

Lutz von Rosenstiel<sup>†</sup>/Erika Regnet/Michel E. Domsch (Hrsg.)

# **Führung von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen**

Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement

2025

9., neu bearbeitete und aktualisierte Auflage

Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart

# 51 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Jochen Prümper und Alina Marie Prümper

- 51.1 Einleitung
- 51.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine inhaltliche Einordnung
- 51.3 Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements
- 51.4 Fazit und Ausblick

## 51.1 Einleitung

Krankheitsbedingte Abwesenheiten verursachen erhebliche betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten (BAuA, 2023). Zudem entstehen durch von Krankheiten und Gesundheitsproblemen verursachte Arbeitsunfähigkeit häufig massive individuelle und soziale Probleme. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die betriebliche Wiedereingliederung nach längerer Arbeitsunfähigkeit unzureichend gelingt (Prümper, 2023).

Die krankheitsbedingten Fehltage der Erwerbstätigen in Deutschland liegen – so der Gesundheitsreport der Betriebskrankenkassen (Klemm et al., 2024) – bei 22,4 Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) je Beschäftigtem, also bei über vier Wochen. Vor zehn Jahren lag die Quote noch bei 16,3 AU-Tagen je Beschäftigtem (ebd., S. 61). Dies entspricht innerhalb einer Dekade einer Zunahme von rund 40 Prozent. Die Betrachtung der längerfristigen Entwicklung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens zeigt, dass psychische Störungen den mit Abstand deutlichsten Anstieg verzeichnen. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund dieser Diagnose hat sich in den vergangenen zehn Jahren weit mehr als verdoppelt (TK, 2024, S. 28; vgl. den Beitrag von Seibold »Psychische Störungen und Burn-out« (Kapitel 22) in diesem Band).

Auch der mit Abstand größte Anteil aller Erwerbsminderungsrentenzugänge (EM-Rentenzugänge) entfällt auf die Diagnose »psychische Störungen«. Diese haben sich seit Mitte der 1990er-Jahre mehr als verdoppelt; Depressionen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie Suchterkrankungen zählen hier zu den Hauptverursachern (DRV, 2023; vgl. hierzu auch den Beitrag von Raiser »Suchtmittelprobleme im Unternehmen« (Kapitel 23) in diesem Band).

Vor diesem Hintergrund kommen in Organisationen Maßnahmen zum Schutz und zur Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung und damit der Prävention möglicher psychischer Beeinträchtigungen eine besondere Bedeutung zu.

Neben den Problemen, die durch Arbeitsunfähigkeit entstehen, stellt *Präsentismus* – also das Verhalten, trotz gesundheitlicher Beschwerden zur Arbeit zu gehen – eine weitere Herausforderung dar. Nach Steinke und Badura (2011, S. 110) darf als gesichert angesehen werden, dass Präsentismus hinsichtlich der verursachten Kosten mindestens so hoch wie Absentismus zu bewerten ist und sehr wahrscheinlich darüber liegt. Hintergrund ist, dass Beschäftigte, die krank zur Arbeit gehen, nicht nur eine *Gefahr für*

sich (z. B. Chronifizierung), sondern auch für die *Sicherheit* (z. B. Arbeitsunfälle aufgrund von Konzentrationsmängeln) und *Gesundheit der Kolleginnen und Kollegen* (z. B. Ansteckungseffekte) sowie für die *Produkt-* (z. B. durch Kontamination) und *Prozessqualität* (z. B. durch Bearbeitungsfehler) darstellen können (vgl. hierzu auch Steidelmüller, 2020).

Vor diesem Hintergrund hat das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen.

#### Definition betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die zielorientierte, systematische und nachhaltige Gestaltung, Lenkung und Entwicklung aller betrieblichen Strukturen und Prozesse mit dem Ziel, unter Nutzung aller möglichen verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen Sicherheit, Gesundheit, Wohlbefinden, Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen.

## 51.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine inhaltliche Einordnung

Gesundheit ist weit mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Gesundheit ist, wie es die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits 1947 definierte, »ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO, 1947, S. 1). Deshalb sollte auch die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein (WHO, 1986, S. 3).

Entsprechend ist eine Arbeit erst dann human, wenn sie menschengerecht und menschenwürdig ausgeführt werden kann, an die Bedürfnisse und Qualifikationen des arbeitenden Menschen angepasst ist und eine Entwicklung der Persönlichkeit sowie eine Entfaltung von Potenzialen und Kompetenzen fördert (GfA, 2021).

### 51.2.1 Von der Pathogenese zur Salutogenese

Im Zuge der gestiegenen Achtsamkeit für Gesundheit veränderte sich auch das Verständnis von Prävention. Während in der Vergangenheit die Risikofaktoren im Fokus standen, die Krankheiten, ihre Ursachen und die Gefahren, die es galt zu verhindern und zu *bekämpfen* (*pathogenetische Sichtweise*), steht heute die Frage im Vordergrund, welche Faktoren zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden führen (*salutogenetische Sichtweise*). Betriebe eignen sich – da die meisten Menschen einen großen Teil ihres Lebens in der Arbeitswelt verbringen – in besonderer Weise zur Umsetzung von Präventionsangeboten (vgl. hierzu Antonovsky, 1997).

## 51.2.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Im Rahmen der Prävention lassen sich nach Ansatzpunkten der Intervention die Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden.

### Verhaltensprävention

Bei der *Verhaltensprävention* handelt es sich um eine personenbezogene Intervention, die als *universelle Prävention* (z. B. alle Beschäftigten ausgewählter Teams), *selektive Prävention* (z. B. ältere Beschäftigte) oder *indizierte Prävention* (z. B. Beschäftigte nach einer Langzeiterkrankung) in Erscheinung treten kann (Gordon, 1983).

Zu der medizinisch-psychologischen Ebene der Verhaltensprävention zählen:

- *bewegungsbezogene Interventionen* (z. B. Integration von Nacken- und Schulterübungen in den Arbeitsalltag bei muskulären Verspannungen; Teilnahme an einer »Rückenschule« nach dem Auftreten von Rückenschmerzen; medizinische Trainingstherapie und Physiotherapie in Rehakliniken bei chronischen Rückenschmerzen),
- *ernährungsbezogene Interventionen* (z. B. die Wahl von Bio-Produkten, um Rückstände von Pestiziden oder Antibiotika im Essen zu reduzieren; Verzicht auf Fertiggerichte und Fast Food zur Vermeidung zu großer Mengen an Salz, Zucker und ungesunden Fetten; Wechsel zur einer abwechslungsreichen pflanzenbasierten Ernährung bei Adipositas),
- *mentalbezogene Interventionen* (z. B. progressive Muskelentspannung bei der Behandlung von Spannungskopfschmerzen; autogenes Training zur unterstützenden Behandlung von Nervosität und innerer Anspannung; Achtsamkeitsmeditation zur flankierenden Behandlung bei Bluthochdruck),
- *suchtbezogene Interventionen* (z. B. ambulante Gesprächstherapie bei Alkoholabhängigkeit; kognitive Verhaltenstherapie bei Drogenabhängigkeit; Selbsthilfegruppen bei Glücksspielsucht).

### Verhältnisprävention

Bei der *Verhältnisprävention* handelt es sich um eine bedingungsbezogene Intervention, die auf die Veränderungen des Arbeitssystems zielt. Die Maßnahmen müssen dem Stand der Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie den Anforderungen der Ergonomie entsprechen.

Zu der arbeitspsychologischen Ebene der Verhältnisprävention zählen Maßnahmen zur Gestaltung von:

- *Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe* (z. B. Gestaltung ausreichenden Handlungsspielraums; Schaffen von Tätigkeiten, die der Qualifikation des Beschäftigten entsprechen; Schutz vor Bedrohungen oder Übergriffen durch andere Personen),
- *Arbeitsorganisation* (z. B. Schaffen ausreichender Möglichkeiten zum fachlichen Austausch; Festlegung klarer Kompetenzen, Sicherstellung überschaubarer Unterbrechungen oder Störungen der Arbeit),
- *Arbeitszeit* (z. B. gut gestaltete Schichtarbeit oder Dienstpläne; gute Vorhersehbarkeit und Planbarkeit von Arbeitszeit, Organisation eines guten Pausenregimes),
- *sozialen Beziehungen* (z. B. Sicherstellung ausreichender Möglichkeiten zum sozialen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen; wertschätzende Rückmeldung und Anerkennung von Vorgesetzten; gute soziale Unterstützung im Team),

- *Arbeitsmitteln* (z. B. ergonomisch gestaltete Arbeitsmittel; gute persönliche Schutzausrüstung; gut durchdachte Gestaltung der Mensch-Maschine-Interaktion),
- *Arbeitsumgebung* (z. B. angenehme klimatische Arbeitsumgebung; ausreichende Einflussmöglichkeiten auf Umgebungsbedingungen; günstig bemessene Arbeitsräume und Arbeitsplätze).

Beim Festlegen von Maßnahmen sind die Zusammenhänge bzw. die Wechselwirkungen dieser Faktoren zu berücksichtigen (vgl. GDA, 2022).

### 51.2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement und ökonomischer Nutzen

Kosten-Nutzen-Analysen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement – bezeichnet als »Return on Prevention« (RoP) – zeigen, dass sich Investitionen in betriebliche Gesundheitsprävention lohnen (für eine Übersicht vgl. IGA, 2019). In einer Metaanalyse von Baicker, Cutler und Song (2010) lag der RoP für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten bei 1:2,73, d. h. jedem in BGM investierten Euro steht eine Einsparung von ca. 2,70 Euro gegenüber. Cancelliere et al. (2011) fanden in ihrem Review von vierzehn Publikationen in zwei Studien eine starke Evidenz und in acht weiteren Studien eine moderate Evidenz für positive Effekte auf Präsentismus. Diese und andere Studien weisen auf einen insgesamt positiven RoP hin, d. h. betriebliches Gesundheitsmanagement lohnt sich auch finanziell.

Keller und Schaninger (2019) untersuchten über 15 Jahre lang Daten von mehr als 2.000 Unternehmen und fanden, dass Führungskräfte auch aus ökonomischen Gründen ihren Schwerpunkt gleichermaßen auf leistungs- und gesundheitsbezogene Handlungen legen sollten, um ein erfolgreiches Unternehmenswachstum zu ermöglichen. Unternehmen mit einem guten betrieblichen Gesundheitsmanagement weisen über einen Zeitraum von acht Jahren eine etwa dreimal so hohe Gesamtrendite auf wie Unternehmen mit einem eher schlechten betrieblichen Gesundheitsmanagement (Keller & Schaninger, 2019, S. 15 ff.).

## 51.3 Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sind die gesetzlichen Regelungen für die drei Handlungsfelder

- betrieblicher Arbeitsschutz (BAS)
- betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) sowie
- betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

### 51.3.1 Betrieblicher Arbeitsschutz

Betrieblicher Arbeitsschutz dient der Schaffung und dem Erhalt sicherer und menschengerechter Arbeitsbedingungen. Er ist eine entscheidende Grundlage für ein funktionierendes Beschäftigungssystem.

*Betrieblicher Arbeitsschutz (BAS)* dient dazu,

- Beschäftigte wirksam vor arbeitsbedingten Sicherheits- und Gesundheitsgefährdungen zu schützen und sie damit vor gesundheitlichen Schädigungen zu bewahren,
- optimale Arbeitsbedingungen in Hinblick auf Gesundheit und Sicherheit, Wohlbefinden, Leistung und Effektivität zu schaffen, sowie Über- wie Unterforderung vorzubeugen, um so die beeinträchtigenden Folgen physischer und psychischer Beanspruchung zu verhindern und die förderlichen Effekte zu entwickeln,
- Beschäftigte so zu unterweisen, dass sie Gesundheitsgefährdungen als solche erkennen und darauf sachgerecht reagieren können.

### 51.3.1.1 Rechtlicher Hintergrund

Arbeitsrechtlich wird das Thema Arbeitsschutz in Deutschland insbesondere in dem »Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit« (Arbeitsschutzgesetz ArbSchG) sowie seinen Verordnungen (wie z. B. der Arbeitsstättenverordnung, der Betriebssicherheitsverordnung oder der Lastenhandhabungsverordnung) geregelt. Ziel des Arbeitsschutzgesetzes ist es, die Gesundheit der Beschäftigten durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern.

Die *Gefährdungsbeurteilung* (vgl. insbes. § 5 ArbSchG) ist – neben dem Aufbau einer geeigneten Arbeitsschutzorganisation – die zentrale Säule eines erfolgreichen Arbeitsschutzes. Die Gefährdungsbeurteilung ist die systematische Ermittlung und Beurteilung aller möglichen Gefährdungen der Beschäftigten, einschließlich der Festlegung der erforderlichen Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit. Eine *Gefährdung* bezeichnet dabei die Möglichkeit eines Gesundheitsschadens oder einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne bestimmte Anforderungen an deren Ausmaß oder Eintrittswahrscheinlichkeit.

Gemäß § 5 ArbSchG kann sich eine Gefährdung insbesondere ergeben durch:

1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit
4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten
6. psychische Belastungen bei der Arbeit

Eine über diese Liste hinausgehende, differenziertere Aufschlüsselung möglicher *Gefährdungsfaktoren* findet sich in der von der »Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie« (GDA) – einer im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) und im Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) auf Dauer verankerten Plattform von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern – herausgegebenen »Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation« (GDA, 2017a).

Nach dem *Arbeitsschutzgesetz* besteht für Arbeitgeber u. a. eine Verpflichtung zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung, der Ableitung geeigneter Maßnahmen sowie einer entsprechenden Dokumentation. Die Beschäftigten sind vor dem Hintergrund des ArbSchG gleichfalls dazu angehalten, nach ihren Möglichkeiten sowie gemäß der Unterweisung und Weisung des Arbeitgebers für ihre eigene Sicherheit und Gesundheit als auch der Personen Sorge zu tragen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.

Zur *Umsetzung der Gefährdungsbeurteilung* sind Arbeitgeber verpflichtet, in einem mehrstufigen Verfahren Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit zu gewährleisten und laufend zu verbessern (GDA, 2017a). Durch die Dokumentation der einzelnen Verfahrensschritte wird das Verfahren verschriftlicht und überprüfbar dauerhaft eingerichtet (s. Abbildung 1).

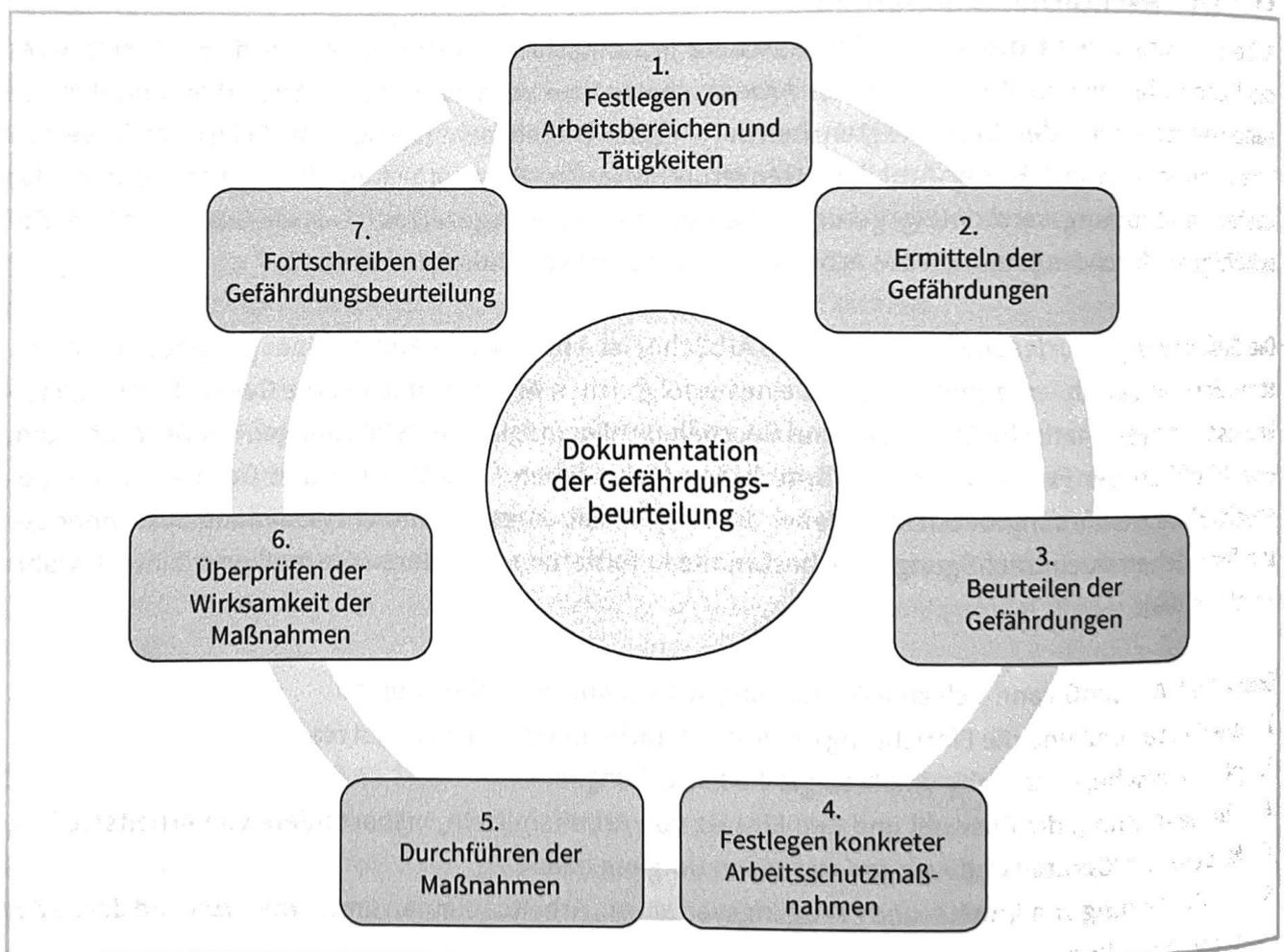


Abb. 1: Prozessschritte der Gefährdungsbeurteilung

In diesem Zusammenhang stellen Arbeitgeber in Erfüllung der Verpflichtung aus dem ArbSchG ein Verfahren bereit. Die institutionalisierte Arbeitnehmer- bzw. Personalvertretung (Betriebs-/Personalrat) ist – gemäß Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) bzw. der Personalvertretungsgesetze (PersVG) – bei dessen Ausgestaltung und Umsetzung zu beteiligen. Zuständigkeiten und Vorgehensweisen für die Durchführung und Auswertung der Gefährdungsbeurteilungen, die Ableitung von Schutzmaßnahmen, die Wirksamkeitskontrolle und die Weitergabe der relevanten Informationen aus Gefährdungsbeurteilungen sind klar zu regeln (GDA, 2017b).

Bei der Ableitung der Schutzmaßnahmen ist die *T-O-P-Rangfolge* zu beachten. Durch sie wird geklärt, auf welcher Ebene (d. h. technischer, organisatorischer oder persönlicher Ebene) eine Maßnahme umgesetzt wird. Durch Berücksichtigung dieser Regel wird gleichzeitig die Anforderung »*Verhältnisprävention geht vor Verhaltensprävention*« erfüllt:

- *Technische Maßnahmen*: Zunächst ist zu prüfen, ob die Fehlbelastung durch technische Maßnahmen zu beseitigen oder zu reduzieren ist. Hierzu gehört erstens die Vermeidung der Gefährdung (z. B. Ersetzen eines gefährlichen Arbeitsverfahrens durch ein ungefährliches; Abführen unmittelbar belastender Wärme; Beschaffung ergonomischer Softwareprogramme) und zweitens die verbleibende Gefährdung möglichst geringhalten (z. B. Installation von Wärmeschutzschilden; Klimatisierung der Arbeitsräume, Anpassung von Softwareprogrammen an die Anforderungen der Anwender und Anwenderinnen).
- *Organisatorische Maßnahmen*: Falls dies nicht möglich sein sollte, wird geprüft, ob die Gefährdung durch organisatorische Maßnahmen beseitigt oder reduziert werden kann (z. B. Planung betrieblicher Abläufe unter Einbeziehung der Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Änderung von Arbeitsabläufen, um die Aufenthaltsdauer im wärmebelasteten Arbeitsbereich zu vermeiden bzw. zu verringern; Möglichkeit, auf einen gut erreichbaren und qualifizierten IT-Support zuzugreifen).
- *Persönliche Maßnahmen*: Persönliche Maßnahmen können begleitend zu technischen oder organisatorischen Maßnahmen festgelegt werden und müssen so ausgewählt werden, dass Beschäftigte sich und andere ausreichend gegen Gefährdungen schützen können und sich daraus keine neuen Gefährdungen ergeben. Hierzu gehört erstens, die Gefährdung durch persönliche Schutzausrüstungen zu vermeiden (z. B. Bereitstellung von Sicherheitsschuhen und Schutzhelmen; Tragen von Hitzeschutzkleidung; Zurverfügungstellung von Bildschirmarbeitsplatzbrillen), und zweitens, die Gefährdung durch Qualifikation der Beschäftigten zu reduzieren (z. B. Vorgaben zum Verhalten von Beschäftigten, zur Benutzung persönlicher Schutzausrüstung; Unterweisung zur richtigen Reaktion auf Warnsignale; Schulungen zu Softwareprogrammen).

### 51.3.1.2 Organisation der Gefährdungsbeurteilung

Im Rahmen der *staatlichen Überwachung des betrieblichen Arbeitsschutzes* wird »der Organisation der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung im Betrieb« ein »besonderer Stellenwert« eingeräumt, denn die »Gesamtbewertung der Arbeitsschutzorganisation kann nicht besser ausfallen als die Bewertung des Elements ›Organisation der Durchführung der Gefährdungsbeurteilung« (GDA, 2017b, S. 11).

In diesem Zusammenhang wird auch geprüft, »ob Zuständigkeiten und systematische Verfahren zur Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen, zur Ableitung von Maßnahmen und zur Wirksamkeitsbewertung im laufenden Betrieb sowie bei Planungs- und Änderungsprozessen existieren« (GDA, 2017b, S. 24). *Beispiele für anerkannte Methoden und Verfahren zur Gefährdungsbeurteilung physischer Belastung und zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung* sind im Folgenden aufgeführt.

### MEGAPHYS ALS VERFAHREN ZUR GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG PHYSISCHER BELASTUNG

Physische Belastungen sind der wichtigste Faktor für arbeitsbezogene Muskel-Skelett-Erkrankungen. MEGAPHYS ist ein mehrstufiges Verfahren zur Gefährdungsanalyse physischer Belastungen am Arbeitsplatz (BAuA, 2019). Als Screeningverfahren enthält es u. a. Leitmerkmalmethoden, mit denen die sechs Belastungsarten »manuelles Heben, Halten und Tragen von Lasten«, »manuelles Ziehen und Schieben von Lasten«, »manuelle Arbeitsprozesse«, »Ganzkörperkräfte«, »Körperfortbewegung« und »Körperzwangshaltung« beurteilt werden können.

### KFZA UND IPLV ALS VERFAHREN ZUR GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG PSYCHISCHER BELASTUNG

In den vergangenen Jahren hat in vielen Arbeitsbereichen die psychische Belastung der Beschäftigten stark zugenommen. Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang die Arbeitsinhalte, die Arbeitsorganisation (u. a. die Arbeitszeitgestaltung), die sozialen Beziehungen bei der Arbeit sowie die Arbeitsumgebung. Ein weitverbreitetes Screeningverfahren zur Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung am Arbeitsplatz ist der »Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse« (KFZA, s. Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995; Prümper, Schneeberg & Prümper, 2020; Prümper & Vowinkel, 2019). Der KFZA gilt im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung als »Standardinstrument« (Appel et al., 2017, S. 1), »das keine zu hohen fachlichen Anforderungen an die Anwender stellt« (Hamborg & Schaper, 2018, S. 51) und mit dem »reliabel und valide Problemfelder« (Uhle & Treier, 2019, S. 382) erkannt werden können. Mithilfe der IPLV-Workshopmethode (Prümper, 2015) können auf Grundlage der KFZA-Analysen partizipativ geeignete Maßnahmenvorschläge erarbeitet werden.

*Praxisbeispiele* zum Thema Arbeitsschutz – insbesondere unter dem Aspekt Gefährdungsbeurteilungen – finden sich in Prümper (2018a und b) oder Treier (2018).

### 51.3.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Mehr als die Hälfte aller Fehlzeiten sind auf Langzeiterkrankungen mit über sechs Wochen zurückzuführen. »Psychische und Verhaltensstörungen« verursachen hierbei die mit Abstand meisten Arbeitsunfähigkeitstage (Richter et al., 2024, S. 193).

Die Frage, wie Langzeitkrankenstände und deren Kosten aktiv gemanagt und zugleich die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten tatkräftig gefördert werden kann, stellt für Organisationen – heutzutage mehr denn je – einen wesentlichen Erfolgsfaktor dar.

*Betriebliches Eingliederungsmanagement* (BEM) dient dazu,

- eine bestehende Arbeitsunfähigkeit zu überwinden,
- erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und
- die Arbeitsfähigkeit langfristig zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen.

Zudem stellt es – da Arbeitsunfähigkeitszeiten stark mit dem Alter korreliert sind (Klemm et al., 2024, S. 77) – ein Instrument dar, um den Folgen des demografischen Wandels wirksam zu begegnen.

### 51.3.2.1 Rechtlicher Hintergrund

Sozialrechtlich wird der Begriff des betrieblichen Eingliederungsmanagements in § 167 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) legaldefiniert. Hiernach haben Arbeitgeber – in den Fällen, in denen Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind – die Klärungspflicht, wie die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden und wie erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann. Für die betroffenen Beschäftigten selbst ist BEM ein Angebot, das sie annehmen können, aber nicht müssen.

### 51.3.2.2 Organisation des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Um die Ziele des BEM zu erreichen, sind – bezogen auf materielle, personelle und organisationale Rahmenbedingungen – effektive und effiziente Strukturen und – bezogen auf die individuelle betriebliche Eingliederung – transparente und partizipative Prozesse notwendig (Prümper, Reuter & Sporbert, 2015).

In diesem Zusammenhang gilt es, die folgenden Grundsätze zu berücksichtigen:

1. *Freiwilligkeit*: Bei der *Installation* und Umsetzung eines »ordnungsgemäßen« BEM sollte deshalb gewährleistet sein, dass es sich um ein aus Sicht der Beschäftigten freiwilliges Verfahren zur Wiederherstellung, Erhaltung und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit handelt.
2. *Gleichheit*: Allen BEM-Berechtigten ist – unabhängig von ihrem Krankheitsverlauf oder betrieblichen Status – die gleiche BEM-Systematik anzubieten.
3. *Beteiligung*: Sowohl bei der Entwicklung des BEM-Konzeptes als auch bei der Durchführung des BEM-Verfahrens müssen die Mitbestimmungsrechte der zuständigen Interessenvertretung gewahrt werden. Ferner sind bei Bedarf eine professionelle Unterstützung – intern etwa der Betriebsarzt oder extern das Integrationsamt oder die Rehabilitationsträger – hinzuzuziehen und der oder dem BEM-Berechtigten muss die Möglichkeit gegeben werden, den Prozess aktiv mitzugestalten.
4. *Vertraulichkeit und Datenschutz*: Zudem ist durch ein Datenschutzkonzept der Schutz personenbezogener Daten sicherzustellen, die erforderliche Aufklärung des oder der BEM-Berechtigten über den Umgang mit personenbezogenen Daten zu gewährleisten und vorzusehen, dass für die Verarbeitung bzw. Weitergabe der personenbezogenen Daten stets die Einwilligung der jeweiligen BEM-Berechtigten eingeholt wird. Insgesamt steht und fällt ein BEM-Verfahren mit der vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Akteure.
5. *Prävention*: Zur Analyse der zu vereinbarenden Maßnahmen werden sowohl Erkenntnisse aus kollektiven als auch aus individuellen, personenbezogenen Gefährdungsbeurteilungen berücksichtigt; bei der Maßnahmenentwicklung werden stets sowohl Aspekte der Verhaltens- als auch der Verhältnisprävention bedacht.

Ein Phasenmodell, mit dem das BEM in der betrieblichen Praxis in zwölf Schritten zum Erfolg geführt werden kann, findet sich in Prümper und Reuter (2015; s. Abbildung 2).

Phasen	Schritte
I. Organisation	1. Einrichtung eines Steuerkreises
	2. Erfassung der Arbeitsunfähigkeitszeiten
	3. Qualifizierung der betrieblichen Akteure
	4. Innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit
▼	
II. Initiierung	5. Feststellung der BEM-Berechtigung
	6. Erstkontakt mit dem BEM-Berechtigten
	7. Erstgespräch mit dem BEM-Berechtigten
▼	
III. Intervention	8. Durchführung einer Situationsanalyse
	9. Entwicklung von Maßnahmen
	10. Umsetzung von Maßnahmen
▼ ▲	
IV. Evaluation	11. Wirksamkeitsüberprüfung
	12. Abschlussgespräch
	13. Nachhaltigkeitsgespräch

Abb. 2: Prozessschritte des betrieblichen Eingliederungsmanagements

Erarbeitete und vereinbarte *arbeitsplatzsichernde Maßnahmen* sollten dabei grundsätzlich nach folgender Maßgabe und Rangfolge geplant werden:

1. Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz unter Ausschöpfung aller verhältnis- und verhaltensbezogenen Eingliederungsmaßnahmen
2. Angebot eines den Fähigkeiten und Fertigkeiten entsprechenden »neuen« Arbeitsplatzes mit Anpassungsfortbildung
3. Unterstützung bei der Suche nach außerbetrieblichen Perspektiven und Alternativen

#### BEMPSY: EIN PORTAL ZUM BETRIEBLICHEN EINGLIEDERUNGSMANAGEMENT

Mit BEMpsy ([www.bempsy.de](http://www.bempsy.de)) steht eine barrierefreie, digitale Plattform mit entsprechenden Tools zur Verfügung, um Menschen unter besonderer Berücksichtigung (drohender) psychischer Beeinträchtigungen die Wiedereingliederung in das Arbeitsleben zu erleichtern (vgl. Prümper et al., 2023a, b). Das Portal richtet sich sowohl an Beschäftigte (BEM-Berechtigte, Kollegen und Kolleginnen, Angehörige etc.) als auch an Unternehmen (Arbeitgeber, BEM-Fallmanager, Betriebs- und Personalräte, Führungskräfte, Schwerbehindertenvertretungen etc.).

*Praxisbeispiele* zum betrieblichen Eingliederungsmanagement finden sich in Prümper (2023), Riechert und Habib (2017) oder Richter (2022).

### 51.3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) stärkt die Bedeutung des Betriebs als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheitsvorsorge (Public Health), indem sie mittels partizipativer Methoden die gesundheitliche Situation der Arbeitswelt reflektiert, Vorschläge zu ihrer Verbesserung entwickelt und umsetzt

sowie einen Beitrag zur Erhöhung der gesundheitlichen Ressourcen und Kompetenzen der Beschäftigten leistet.

*Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)* dient dazu,

- sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen,
- Beschäftigten ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen,
- das bestehende Gesundheitspotenzial durch eine aktive Mitarbeiterbeteiligung zu fördern und sozial bedingte sowie geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern.

### 51.3.3.1 Rechtlicher Hintergrund

Sozialrechtlich wird der Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung in § 20 SGB V legaldefiniert. Hiernach haben Krankenkassen die Pflicht, Organisationen bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Sowohl für Arbeitgeber als auch für die Beschäftigten ist die Teilnahme an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung freiwillig.

### 51.3.3.2 Organisation der betrieblichen Gesundheitsförderung

Gemäß der »Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union« (ENWHP, 2014) kann BGF ihr Ziel »gesunde Beschäftigte in gesunden Organisationen« erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert:

1. *Partizipation*: Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden.
2. *Integration*: BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden.
3. *Projektmanagement*: Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Dies umfasst Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.
4. *Ganzheitlichkeit*: BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen.

Gemäß dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband, 2023) lassen sich die Leistungen der Krankenkassen einem oder mehreren der folgenden Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung zuordnen:

1. *Beratung zur gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung*, wie z.B. gesundheitsdienliche Gestaltung von Arbeitstätigkeit und -bedingungen, gesundheitsgerechte Führung sowie gesundheitsförderliches Angebot betrieblicher Rahmenbedingungen (z.B. bewegungsförderliche Umgebung, gesundheitsgerechte Verpflegung im Arbeitsalltag, verhältnisbezogene Suchtprävention im Betrieb)
2. *Gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensstil*, wie z.B. Stressbewältigung und Ressourcenstärkung, bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte, gesundheitsgerechte Ernährung im Arbeitsalltag oder verhaltensbezogene Suchtprävention im Betrieb

### 3. Überbetriebliche Vernetzung und Beratung, wie z.B. Verbreitung und Implementierung von BGF durch überbetriebliche Netzwerke

So wie die Gefährdungsbeurteilung die zentrale Säule eines erfolgreichen Arbeitsschutzes ist, ist *gesundheitsgerechte Führung* sicherlich eine der zentralen Säulen einer erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsförderung. Den Führungskräften kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle zu, weil sie nahen Kontakt zu ihren Untergebenen haben und gerade deshalb ihre Kompetenzen und Potenziale, aber auch deren Probleme, Anliegen und Erwartungen kennen sollten. Darüber hinaus zeigen zahlreiche Studien, dass kaum etwas so großen Einfluss auf Erhalt, Förderung und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten hat wie gutes Führungsverhalten (siehe z. B. Prümper & Becker, 2011). Eine bedeutende Rolle kommt Führungskräften insbesondere dann zu, wenn es zu ihrer Führungsaufgabe gehört, mit den Beschäftigten über das Thema Gesundheit zu sprechen. Grundlagen und Mindeststandards für das *Führen von Gesundheitsgesprächen* finden sich in Prümper (2014); ein betriebliches Umsetzungsprojekt wird in Prümper und Hamann (2012) dargestellt.

*Praxisbeispiele* zur betrieblichen Gesundheitsförderung finden sich in Faller (2017) oder Schneider (2018); insbesondere zu Gesundheitsgesprächen zudem in Prümper (2018c, d).

## 51.4 Fazit und Ausblick

In den letzten Jahren hat der traditionelle Arbeitsschutz durch die Prävention von Berufskrankheiten und die Verringerung von Arbeitsunfällen entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit in der Arbeitswelt beigetragen. In jüngerer Zeit wurde jedoch – geprägt durch Megatrends wie Digitalisierung, Globalisierung, Demografie und Arbeitskräfteangebot der Zukunft und kulturellen Wandel – eine Phase tiefgreifenden Wandels eingeläutet (BMAS, 2017).

Als Folgen der Globalisierung sind eine Erhöhung des Arbeitsrhythmus, ungesicherte Arbeitsverhältnisse und geringere Autonomie zu beobachten (vgl. den Beitrag von Kaiser & Kozica »Zukunftsfähige Personalarbeit für Krisenzeiten« (Kapitel 5) in diesem Band). Die Zunahme der Arbeit im Dienstleistungssektor bewirkt – in Verbindung mit einem höheren Risiko von Gewalt und Belästigung – eine Zunahme der »Emotionsarbeit«. Die digitale Transformation kann »Technikstress« verursachen, wenn die Technologie – auch befeuert durch den demografischen Wandel – nicht wirksam genutzt werden kann (EU-OSHA, 2018). In diesem Zusammenhang verändern sich Unternehmensstrukturen, die Präsenzkultur verliert an Bedeutung, es ändern sich die Ansprüche an die Arbeit und Führung muss neu gedacht werden (vgl. hierzu Badura et al., 2019, sowie den Beitrag von Albrecht »Arbeitswelt 4.0« (Kapitel 47) in diesem Band).

Zusammengenommen haben all diese Neuerungen – so die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA) – insbesondere zu einem Anstieg der Expositionen der Arbeitnehmer gegenüber psychosozialen Risiken geführt (EU-OSHA, 2018). Deshalb sollte in den Organisationsmaßnahmen zum Schutz und zur Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung eine besondere Bedeutung zukommen.

Auf diese Entwicklungen sollte das betriebliche Gesundheitsmanagement nicht nur reagieren, sondern sie proaktiv mitgestalten. Diese Herausforderung berührt alle betrieblichen Gestaltungsfelder – von der Arbeitsgestaltung bis hin zur Führungs- und Unternehmenskultur – und kann nur effektiv, effizient und zur Zufriedenstellung aller bewältigt werden, wenn BGM als eine ganzheitliche Managementaufgabe verstanden wird, die alle Akteure – von der Unternehmensleitung bis hin zur Beschäftigtenvertretung – gemeinsam angehen.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Appel, P., Schuler, M., Vogel, H., Oezelsel, A. & Faller, H. (2017). Short questionnaire for workplace analysis (KFZA): factorial validation in physicians and nurses working in hospital settings. In: *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 12/2017, S. 1–10.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2019). (Hrsg.). *Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen*. Berlin: Springer.
- Baicker, K., Cutler, D. & Song, Z. (2010). Workplace wellness programs can generate savings. In: *Health Affairs*, 29, 2/2010, S. 304–311.
- BAuA (2019). *MEGAPHYS – Mehrstufige Gefährdungsanalyse physischer Belastungen am Arbeitsplatz*. 1. Aufl., Dortmund: BAuA. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/F2333> (Abrufdatum 16.08.2024).
- BAuA (2023). *Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2022*. Dortmund: BAuA 2023. <https://www.baua.de/DE/Themen/Monitoring-Evaluation/Zahlen-Daten-Fakten/Kosten-der-Arbeitsunfaehigkeit> (Abrufdatum 16.08.2024).
- BMAS (2017). *Weißbuch Arbeiten 4.0*. Berlin. [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a883-weissbuch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a883-weissbuch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (Abrufdatum 06.06.2024).
- Cancelliere C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C. & Côté, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature. In: *BMC Public Health*, 11/2011, S. 395–434.
- DRV (2023). *Erwerbsminderungsrenten im Zeitablauf 2023*. [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten\\_zeitablauf.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/statistikpublikationen/erwerbsminderungsrenten_zeitablauf.html). (Abrufdatum 06.06.2024).
- ENWHP (2014). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. [https://www.dnbgf.de/fileadmin/user\\_upload/Materialien/2014\\_Luxemburger\\_Deklaration\\_BGF.pdf](https://www.dnbgf.de/fileadmin/user_upload/Materialien/2014_Luxemburger_Deklaration_BGF.pdf). (Abrufdatum 06.06.2024).
- EU-OSHA (2018). *Management psychosozialer Risiken an europäischen Arbeitsplätzen – Erkenntnisse der zweiten Europäischen Unternehmenserhebung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-2)*. [https://osha.europa.eu/sites/default/files/675%20Esener%202\\_DE.pdf](https://osha.europa.eu/sites/default/files/675%20Esener%202_DE.pdf) (Abrufdatum 06.06.2024).
- Faller, G. (2017). (Hrsg.). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 3. Aufl., Bern: Hogrefe. GDA (2017a). *Leitlinie Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation*. Berlin: GDA 2017.
- GDA (2017). *Leitlinie Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes*. Berlin: GDA.
- GDA (2022). *Berücksichtigung psychischer Belastung in der Gefährdungsbeurteilung. Empfehlungen zur Umsetzung in der betrieblichen Praxis*. Berlin: GDA.
- GfA (2021). *Selbstverständnis der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e. V. (GfA)*. Dortmund 2021. <https://www.gesellschaft-fuer-arbeitswissenschaft.de/inhalt/dokumente/gfa-selbstverstaendnis-2021.pdf> (Abrufdatum 06.06.2024).

- GKV-Spitzenverband (2023). Leitfaden Prävention. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praevention\\_leitfaden/2023-12-Leitfaden\\_Pravention\\_barrierefrei.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2023-12-Leitfaden_Pravention_barrierefrei.pdf) (Abrufdatum 06.06.2024).
- Gordon, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. In: Public Health Report, 98, 2/1983, S. 107–109.
- Hamborg, K.-C. & Schaper, N. (2018). Analyse, Bewertung und Gestaltung von Aufgaben, Arbeitstätigkeiten und Arbeitssystemen. In: S. Greif & K.-C. Hamborg (Hrsg.), Methoden der Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie, Enzyklopädie der Psychologie, 3. Band. Göttingen: Hogrefe, S. 1–79.
- IGA (2019). iga.Report 40. Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Dresden. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_40\\_Wirksamkeit\\_und\\_Nutzen\\_Gesundheitsfoerderung\\_Praevention.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_40_Wirksamkeit_und_Nutzen_Gesundheitsfoerderung_Praevention.pdf) (Abrufdatum 06.06.2024).
- Keller, S. & Schaninger, B. (2019). Beyond performance 2.0: a proven approach to leading large-scale change. Hoboken: Wiley.
- Klemm, A.-K., Knieps, F. & Pfaff, H. (Hrsg.). (2024). BKK Gesundheitsreport 2024. Spurwechsel Prävention. Berlin: MWV. [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/BKK\\_Gesundheitsreport/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2024/BKK\\_Gesundheitsreport\\_2024.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/Artikelsystem/BKK_Gesundheitsreport/BKK_Gesundheitsreport_2024/BKK_Gesundheitsreport_2024.pdf) (Abrufdatum 19.12.2024).
- Prümper, J. (2014). Gesundheitsgespräche als Führungsaufgabe – Grundlagen und Mindeststandards. In: GesundheitsManager, 1/2014, S. 17–20.
- Prümper, J. (2015). Von der KFZA-Grobanalyse zur IPLV-Feinanalyse. Eine Methode zur Maßnahmenentwicklung in der Evaluierung psychischer Belastung. In: personal manager (Supplement), 2/2015, S. 1–6.
- Prümper, J. (2018a). Gefährdungsbeurteilung: Stress in der Altenpflege. In: M. E. Domsch, E. Regnet & L. von Rosenstiel (Hrsg.), Führung von Mitarbeitern: Fallstudien zum Personalmanagement. 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 447–452.
- Prümper, J. (2018b). Gefährdungsbeurteilung: Stress in der Bildungsstätte. In: M. E. Domsch, E. Regnet & L. von Rosenstiel (Hrsg.), Führung von Mitarbeitern: Fallstudien zum Personalmanagement. 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 443–447.
- Prümper, J. (2018c). Gesundheitsgespräch – Das Kreuz mit dem Kreuz. In: M. E. Domsch, E. Regnet & L. von Rosenstiel (Hrsg.), Führung von Mitarbeitern: Fallstudien zum Personalmanagement. 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 452–455.
- Prümper, J. (2018d). Gesundheitsgespräch – Jagd auf Kranke oder ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung? In: M. E. Domsch, E. Regnet & L. von Rosenstiel (Hrsg.), Führung von Mitarbeitern: Fallstudien zum Personalmanagement. 4. Aufl., Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 455–459.
- Prümper, J. (Hrsg.). (2023). Betriebliches Eingliederungsmanagement. In: Wirtschaftspsychologie, 3/2015, S. 195–298.
- Prümper, J. & Becker, M. (2011). Freundliches und respektvolles Führungsverhalten und die Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten. In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer, S. 37–47.
- Prümper, J. & Hamann, K. (2012). Gesundheitsgespräche im Wandel. Vom sanktionierenden Krankenrückkehrgespräch zum partnerzentrierten Arbeitsfähigkeitsdialog. In: Personalführung, 9/2012, S. 30–37.
- Prümper, J. & Reuter, T. (2015). Realisierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements: Organisation, Initiierung, Intervention und Evaluation. In: GesundheitsManager, 5/2015, S. 6–11.

- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 39, 3/1995, S. 125–132.
- Prümper, J., Moreno Superlano, K., Freiheit, J. & Siegeris, J. (2023a). BEMpsy – Digital einfach machen. Ein barrierefreies Online-Portal für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Teil 1: Herausforderung psychische Beeinträchtigungen und Ergebnisse von Bedarfserhebungen. In: sicher ist sicher, 6/2023, S. 293–298.
- Prümper, J., Moreno Superlano, K., Freiheit, J. & Siegeris, J. (2023b). BEMpsy – Digital einfach machen. Ein barrierefreies Online-Portal für das Betriebliche Eingliederungsmanagement. Teil 2: Herausforderung Diversität, Barrierefreiheit, Datenschutz und Ergebnisse digitaler Lösungen. In: sicher ist sicher, 7/8/2023, S. 347–350.
- Prümper, J., Reuter, T. & Sporbert, A.. (2015). (Hrsg.). BEM-Netz – Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen. Ergebnisse aus einem transnationalen Projekt. Berlin: HTW. [https://www.wainetzwerk.de/uploads/content/pdf/Betriebliches%20Eingliederungsmanagement/Pruemper%2C%20Reuter%2C%20Sporbert\\_BEM-Netz\\_Brosch%C3%BCre.pdf](https://www.wainetzwerk.de/uploads/content/pdf/Betriebliches%20Eingliederungsmanagement/Pruemper%2C%20Reuter%2C%20Sporbert_BEM-Netz_Brosch%C3%BCre.pdf) (Abrufdatum 16.08.2024).
- Prümper, J., Schneeberg, T. & Prümper, A. M. (2020). EVALOG – Beurteilung der Gebrauchstauglichkeit, Schwierigkeit, Teilnahmemotivation und emotionalen Reaktion bei der Evaluierung psychischer Belastung aus Sicht von Evaluierenden und Beschäftigten. In: Prävention und Gesundheitsförderung, 4/2020, S. 334–343.
- Prümper, J. & Vowinkel, J. (2019). EVALOG – Evaluierung psychischer Belastung im Dialog. Wien: AUVA.
- Richter, M., Kliner, K. & Rennert, M. (2024). Stationäre Versorgung. In: A.-K. Klemm, F. Knieps & H. Pfaff (Hrsg.), BKK Gesundheitsreport – Spurwechsel Prävention. Berlin: MWV, S. 187–214.
- Riechert, I. & Habib, E. (2017). Betriebliches Eingliederungsmanagement bei Mitarbeitern mit psychischen Störungen. Berlin: Springer.
- Richter, R. (Hrsg.) (2022). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: 25 Praxisbeispiele. 3. Aufl., Bielefeld: wbv.
- Schneider, C. (2018). Praxis-Guide Betriebliches Gesundheitsmanagement: Tools und Techniken für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. 3. Aufl., Bern: Hogrefe.
- Steidelmüller, C. (2020). Präsentismus als Selbstgefährdung: Gesundheitliche und leistungsbezogene Auswirkungen des Verhaltens, krank zu arbeiten. Wiesbaden: Springer.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). Präsentismus – Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: BAuA. <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd60> (Abrufdatum 16.08.2024).
- TK (2024). Gesundheitsreport 2024 – Arbeitsunfähigkeiten. Hamburg: TK. <https://www.tk.de/resource/blob/2168508/ee48ec9ef5943d2d40dc10a76bedf290/gesundheitsreport-au-2024-data.pdf> (Abrufdatum 16.08.2024).
- Treier, M. (2018). Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen: Begründung, Instrumente, Umsetzung. 2. Aufl., Wiesbaden: Springer.
- Uhle, T., & Treier, M. (2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement. 4. Aufl., Wiesbaden: Springer.
- Waltersbacher, A., Maisuradze, M. & Schröder, H. (2019). Arbeitszeit und Arbeitsort – (wie viel) Flexibilität ist gesund? In: B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin: Springer 2019, S. 77–107.
- WHO (1947). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Genf: WHO 1947.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Genf: WHO 1986.

*Zur Konkretisierung und weiteren Vertiefung wird empfohlen, im Fallstudienband die Fälle zu »Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie zu »Arbeitswelt 4.0« zu bearbeiten.*