



Work.
Adapted for all.
Move Europe.

BEM:

Einstieg und Leitfaden für die Praxis

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)



ENWHP www.enwhp.org

Wem sollte dieser Leitfaden dienen?

Dieser Leitfaden soll als Einstieg ins Thema dienen und all jenen eine grundlegende Information sein, die das Thema interessiert. Des Weiteren kann er durchaus betrieblichen Akteurinnen und Akteuren hilfreich sein und als Einstieg dienen.

Allenfalls ist eines zu berücksichtigen: Der Leitfaden wurde so konzipiert, dass er inhaltlich möglichst universell auf alle Mitgliedstaaten der Europäischen Union anwendbar ist. Insofern kann nicht ausgeschlossen werden, dass inhaltliche Adaptierungen sinnvoll und notwendig sind.

Autoren:

Karsten Knoche (Team Health Corporation for Health Management)

Dr Reinhold Sochert (BKK Federal Association)

Kathleen Houston (Scottish Centre for Healthy Working Lives)

© European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP), 2012



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Inhaltsverzeichnis

Hintergrund	3
ENWHP	5
Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement	7
Was ist eine chronische Krankheit?	8
BEM - Der Einstieg	11
BEM - Der 6-Schritte Praxisleitfaden	14
Erfolgsfaktoren des Betrieblichen (Wieder-) Eingliederungsmanagements	17
Schlussbetrachtung	18
Anhang	19
Quellenverzeichnis	26

Hintergrund

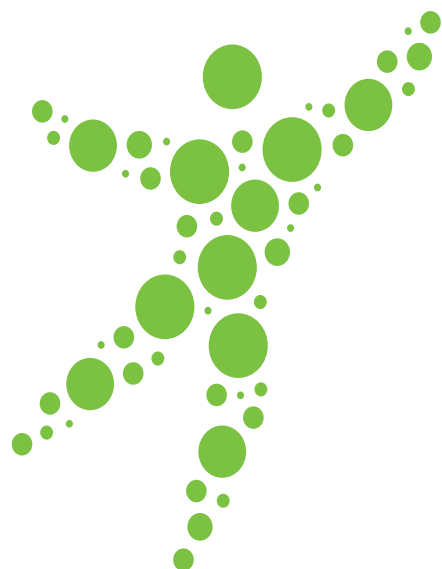
Einleitung

Die Europäische Kommission hat am 1. März 2012¹ die Europa 2020 Strategie zur Bewältigung der gesundheits- und sozialpolitischen Folgen der Wirtschaftskrise gestartet. Das übergeordnete Ziel ist die Förderung einer intelligenten, nachhaltigen und integrativen Wirtschaft. Der Weg zu diesem Ziel soll über folgende Stationen erreicht werden: Investitionen in Forschung und Entwicklung, Verringerung der Emissionen, Aus- und Weiterbildung für Menschen aller sozialen Schichten und Armut und Armutsrisiko vermindern. Die gewünschten Folgen sind Beschäftigung, eine leistungsfähige Wirtschaft und letztlich sozialer Frieden.

Das für diese Arbeit grundlegende Teilziel der Strategie Europa 2020 ist: "Steigerung der Beschäftigungsquote auf 75% für 20-64 Jährige in der gesamten EU." Im Gegensatz zu diesem Ziel berichten 23,5% der erwerbstätigen Bevölkerung in den 27 europäischen Mitgliedsländern an einer chronischen Krankheit zu leiden, und 19% geben an, langjährige Gesundheitsprobleme zu haben.² Chronische Erkrankungen stellen eine große Herausforderung dar - es ist die häufigste Ursache für Mortalität und Morbidität in Europa und hat einen deterministischen Einfluss auf die Lebenserwartung.

Ein ganzheitliches und umfassendes Aufgreifen des Themas „Chronische Erkrankungen am Arbeitsplatz“ wird als Schlüssel zu stärkerem Wirtschaftswachstum, Erwerbstätigkeit, weniger Abhängigkeit von staatlichen Leistungen, weniger Belastungen für die Gesundheitssysteme und Steigerung der volkswirtschaftlichen Produktivität erachtet. Die Ziele der Europa 2020 Strategie erfordern allenfalls eine

gemeinsame Reaktion möglichst aller Player und Stakeholder und die 9. Initiative des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung soll einen Beitrag zur Erreichung der Gesamtstrategie darstellen.



ENWHP

Seit der offiziellen Gründung des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) im Jahr 1996, ist es führend in Bezug auf Entwicklungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene. Aufgrund der Durchführung einer Reihe von gemeinsamen Initiativen (siehe Anhang A) hat es Kriterien guter Praxis für die betriebliche Gesundheitsförderung (WHP) für viele verschiedene Arten von Organisationen entwickelt und Infrastrukturen für BGF in den Mitgliedstaaten gefördert und etabliert (siehe Anhang B).

Die ENWHP Vision lautet: "Gesunde Mitarbeiter/innen in gesunden Organisationen". Das ENWHP forciert den grenzüberschreitenden Austausch von Informationen und die Verbreitung bewährter Praxis. Die Player des Netzwerks sind nationale Organisationen des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit oder auch der Sozialversicherung.

Das ENWHP ist stetig gewachsen und hat derzeit Mitglieder aus 28 europäischen Ländern. Gemeinsam wollen die Mitglieder Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessern und die Auswirkungen von arbeitsbedingten Erkrankungen auf dem europäischen Arbeitsmarkt reduzieren. Gleichwohl ist das Netzwerk eine Plattform für alle, die ein Interesse an der Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz hegen und Teil eines Netzwerks sein wollen, welches zu einer nachhaltigen, wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung in Europa beiträgt.³⁴



Förderung der Gesundheit von Mitarbeiter/innen. Eine WinWinWin-Situation.

Nutzen für Unternehmen

Der Arbeitsplatz wirkt sich direkt auf die Gesundheit der Menschen aus, weil es der Ort ist, wo die Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Es ist der perfekte Ort, um einen gesunden Lebensstil zu fördern und dazu beizutragen, eine Steigerung der Gesundheit der Menschen anzustreben. Darüber hinaus hängt das Vorankommen und die Wettbewerbsfähigkeit vieler Unternehmen von einer motivierten und gesunden Belegschaft ab. In Anbetracht eines derzeit herrschenden Arbeitskräftemangels und einem hohen Anteil an Arbeitnehmer/innen, die unter gesundheitlichen Problemen und chronischen Krankheiten leiden, gibt es viele Argumente für Investitionen in Betriebliches Gesundheitsmanagement jedoch kaum eines dagegen.

- Schaffen Sie ein positives Umfeld, in dem Menschen Freude an der Arbeit haben.
- Weniger Fehlzeiten und somit weniger verlorene Arbeitstage.
- Sichern Sie sich Wettbewerbsvorteile durch eine Steigerung der Produktivität.
- Bewahren Sie die Erfahrung und das Wissen der Mitarbeiter/innen, die der Gefahr unterliegen, aufgrund von Krankheit oder Behinderung aus dem Arbeitsprozess zu fallen.
- Steigern Sie das Image Ihres Unternehmens, indem Sie auf die Gesundheit Ihrer Mitarbeiter/innen setzen.

Nutzen für Arbeitnehmer/innen

Der erfolgreiche Verbleib im Unternehmen trotz chronischer Erkrankung oder Rückkehr zur Arbeit nach einer Erkrankung können Fortschritte für die Gesundheit chronisch kranker Arbeitnehmer/innen bewirken. In der westlichen Leistungsgesellschaft definiert man sich oftmals selbst über die eigene Arbeit und schöpft demnach Sinn aus der Tätigkeit. Insofern trifft folgende Aussage in vielen Fällen zu: Menschen mit chronischen Erkrankungen zu helfen, bedeutet Arbeit zu ermöglichen.

Nutzen für die Gesellschaft

Umfassende Strategien, die dazu dienen, Menschen mit chronischen Erkrankungen in der Arbeit zu halten oder diese wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, bergen enorme Potenziale in Hinblick auf die volkswirtschaftliche Produktivität und den sozialen Zusammenhalt.

Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement.

Zwei Themen - ein Ziel

In den letzten zwei Jahrzehnten, haben Unternehmen weltweit damit begonnen, ihr Augenmerk auf die Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen zu richten, um so einen nachhaltigen Wettbewerbsvorteil zu erlangen. Diese Bemühungen haben zu einer rasanten und dynamischen Entwicklung in Bezug auf die Förderung der Gesundheit im Setting Betrieb geführt. Diese Entwicklung hat zur Ausbildung unterschiedlicher Strategien, die sich insbesondere durch den Präventionsgrad unterscheiden.

Dabei sollte aber stets darauf Bedacht genommen werden, dass die unterschiedlichen Strategien, Methoden und Programme nicht allzu isoliert gedacht und erst recht nicht umgesetzt werden.

Das allgemeine Ziel sollte sein, **das richtige Service für die richtigen Leute zur richtigen Zeit** anbieten zu können.⁴

Unabhängig von nationalen Strukturen und Gegebenheiten empfiehlt das ENWHP einen gemeinsamen Blick sowohl auf die Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Eingliederungsmanagement. Die Vision von gesunden Mitarbeiter/innen in gesunden Organisationen eint beide Strategien.

Was ist eine chronische Krankheit?

Chronische Erkrankungen sind die häufigste Todesursache in Europa und werden von der WHO definiert als: "Alle Krankheiten, welche zu gesundheitliche Problemen führen und laufende Betreuung für einen Zeitraum von Jahren oder Jahrzehnten erfordern".⁵ Sie sind meist nicht-übertragbar, schreiten in der Regel langsam voran und haben Auswirkungen auf die Qualität des täglichen Lebens. Chronische Krankheiten werden auf Alterung, Lebensstil und genetische Prädisposition zurückgeführt. Ein kurzer Überblick über die wirtschaftliche Belastung, Mortalität, Morbidität und Risikofaktoren für einige der häufigsten chronischen Krankheiten in der EU ist in Tabelle 1 dargestellt. Diese Liste der chronischen Krankheiten ist bei weitem nicht erschöpfend. Quellen für Informationen über bestimmte chronische Krankheiten können in Anhang C gefunden werden



Tabelle 1: Einige chronische Erkrankungen in der EU, die wirtschaftlichen Kosten und die damit verbundenen Risikofaktoren

	Mortalitäts- und Morbiditätsraten in der EU	Kosten für die Wirtschaft	In Verbindung stehende Risikofaktoren
Krebserkrankungen z.B. Dickdarm-, Brust-, Prostata-, Lungen- und Magen	1.7 Millionen Tote im Jahr 2008 ⁷	€54 Milliarden ⁸	Alkohol Tabak
Herz-Kreislauf-Erkrankungen z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Bluthochdruck	2 Millionen Tote ⁶	€192 Milliarden, inklusive 110 Milliarden für Gesundheitssysteme ⁶	Tabakkonsum Ungesunde Diäten Physische Inaktivität Alkoholmissbrauch
Chronische Nierenerkrankung	10% der Bevölkerung davon betroffen (mindestens 40 Millionen Menschen in der EU betroffen) ¹⁴		Bluthochdruck Diabetes Fettleibigkeit Rauchen
Lebererkrankungen z.B. Hepatitis B, C, D, E und nicht-virale Formen (alkoholische und Autoimmun-Hepatitis), Leberzirrhose, Fettleber, Leberkrebs, Erbkrankheiten (Hämochromatose, Morbus Wilson und Gilbert Syndrom)	70.000 Tote pro Jahr infolge einer chronischen Lebererkrankung ¹¹	Durchschnittliche Kosten in Europa 645 € pro Patient/ pro Monat ¹²	Alkoholkonsum Fettleibigkeit Konsum gesättigter Fettsäuren
Psychische Gesundheit	Die WHO schätzt, dass jedes Jahr 33,4 Millionen Europäer unter schweren Depressionen leidet ¹⁷ Selbstmord infolge depressiver Störungen ist die dritthäufigste Todesursache bei Jugendlichen in Europa. ¹⁸ Die Anzahl derer, welche in Europa im Alter von 60 Jahren und älter an Demenz erkranken wird voraussichtlich von 7.7 Millionen (2001) auf 10.8 Millionen (2020) steigen. Ohne eine wirksame Prävention und Behandlung, wird sich die Anzahl auf 15,9 Millionen im Jahr 2040 verdoppeln. Der Anstieg variiert zwischen 31% und 51% in verschiedenen Regionen. ¹⁹	Geschätzte Kosten zwischen 3% und 4% des BIP	

Tabelle 1: Einige chronische Erkrankungen in der EU, die wirtschaftlichen Kosten und die damit verbundenen Risikofaktoren

	Mortalitäts- und Morbiditätsraten in der EU	Kosten für die Wirtschaft	In Verbindung stehende Risikofaktoren
Adipositas und Übergewicht z. B. Hypertonie, Hyperlipidämie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Typ-2-Diabetes	Unter den 19 Mitgliedstaaten, für die Daten verfügbar sind, variiert der Anteil der übergewichtigen und adipösen Menschen in der erwachsenen Bevölkerung in den Jahren 2008-2009 zwischen 36,9% und 56,7% bei den Frauen und zwischen 51% und 69,3% bei den Männern. ¹⁵	Pro-Kopf-Kosten reichten von € 117 bis € 1.873, je nach Kostenarten und Vergleichsgruppe ¹⁶	Ungesunde Ernährungsgewohnheiten Bewegungsmangel
Erkrankungen der Atemwege z. B. chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) Asthma, Lungenkrebs, Lungenentzündung, Tuberkulose	Durchschnittlich 43,6 Tote/100,000 Einwohner Atemwegserkrankungen sind oftmals altersbedingt. Die überwiegende Mehrheit der Todesfälle durch diese Krankheiten wurden in der Altersgruppe 65 Jahre oder älter aufgezeichnet ⁹	€100 Milliarden Inklusive Kosten im Gesundheitswesen und verlorener Arbeitstage ¹⁰	Rauchen Verschiedene Arten von Luftschadstoffen
Typ 2Diabetes Microvasculäre Krankheit - führt zu Sehstörungen, Erblindung und Nierenversagen. Darüber hinaus begünstigt Typ-2-Diabetes Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfall	31 Millionen Fälle (beinahe 10% der europäischen Bevölkerung) ¹³	€166 Milliarden ¹³	Ungesunde Ernährungsgewohnheiten Bewegungsmangel

BEM - Der Einstieg

Definition

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) ist das Schaffen von Rahmenbedingungen im Unternehmen, welche körperlich oder physisch beeinträchtigten Personen und der Belegschaft im Allgemeinen durch präventive Maßnahmen ein gesundes Altern ermöglichen.²³

Risikogruppen und gesellschaftliche Erfordernisse

Betriebliches Eingliederungsmanagement richtete sich bislang auf Mitarbeiter/innen mit körperlichen Einschränkungen. Die Notwendigkeit dafür belegen beispielsweise die Beschäftigungsquote sowie die Arbeitslosenquote. Für die Bundesrepublik Deutschland konnte für das Jahr 2006 festgestellt werden, dass erstere bei schwer behinderten Menschen mit 36,6 Prozent nur halb so hoch war, wie bei Personen ohne Behinderung. Letztere war bei Menschen mit Beeinträchtigung mit 16,6 Prozent doppelt so hoch. Als Folge der sprunghaft ansteigenden Inzidenzrate bei psychischen Erkrankungen und den daraus resultierenden lange andauernden Krankenständen weitet sich die Zielgruppe sukzessive aus. Analog können die demographischen Veränderungen als Faktor für die Ausweitung der Zielpopulation genannt werden. So darf festgehalten werden, dass ältere Arbeitnehmer/innen unter einem höheren Risiko leiden, Einbußen der Arbeitsfähigkeit hinnehmen zu müssen. Entsprechende präventive Maßnahmen gewinnen somit ebenso an Bedeutung.

Maßnahmen im Sinne des betrieblichen Eingliederungsmanagements richten sich heute an alle Arbeitnehmer/innen und werden dann als angezeigt erachtet, wenn "Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind".²³ In diesem Fall sollte abgeklärt werden, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und wie erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt werden kann.²³

Bekanntheitsgrad und Verbreitung

In einer Studie aus dem Jahr 2007 in welcher 700 deutsche Betriebe befragt wurden, stellte sich heraus, dass mehr als die Hälfte der mittleren bis großen Unternehmen BEM bekannt ist, hingegen nur 30 Prozent der kleinen Unternehmen. Eine weitere Studie aus demselben Jahr zeigt, dass lediglich zehn Prozent der Betriebe Maßnahmen, die explizit BEM zugeordnet werden können, eingeführt haben. Dabei ist zusätzlich eine enorme Diskrepanz zwischen Kleinbetrieben und Mittel- und Großbetrieben zu erkennen. Es besteht also nicht nur bezüglich des Bekanntheitsgrades ein erheblicher Unterschied sondern ein ebenso gearteter in der konkreten Umsetzung. Unabhängig von der unterschiedlichen Verbreitung hinsichtlich der Betriebsgröße steht die flächendeckende Implementierung von BEM erst am Anfang.²³

Das Potential ist allerdings gewaltig. Der größte Teil der Arbeitsunfähigkeitstage wird von einer relativ kleinen Gruppe verursacht. Für Deutschland ist für die AOK-Mitglieder bekannt, dass rund die Hälfte aller Arbeitsunfähigkeitstage auf 7,5 Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle zurückzuführen sind.²³ Der dadurch verursachte Bruttowertschöpfungsausfall wird von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) auf 73 Milliarden Euro geschätzt.²²

Erwartungen

Die Erwartungen, die seitens der Arbeitgeber/innen an BEM gestellt werden, sind trotz der beeindruckenden Zahlen dennoch teilweise überzogen, was sich dadurch erklären lässt, dass sich viele Unternehmer/innen noch nicht essentiell damit auseinandergesetzt haben. So erhoffen sich eine Vielzahl befragter UnternehmerInnen beispielsweise eine Senkung der Krankenstandstage, eine stärkere Bindung von Fachkräften oder eine höhere Sensibilisierung von Führungskräften. Niehaus/Vater (2010) weisen explizit darauf hin, dass BEM weniger als „Allheilmittel“ (192) als vielmehr eine dringliche Notwendigkeit und eine Reaktion des Arbeitsmarktes auf durch den gesellschaftlichen Wandel hervorgerufene Herausforderungen anzusehen ist.

Die Teilnahmebereitschaft und generelle Einstellung der betroffenen Beschäftigten ist maßgeblich vom Verhältnis zu den Vorgesetzten, dem Grad an

Transparenz und der Wahrung der Anonymität der in Zusammenhang mit BEM erhobenen Daten abhängig. Demzufolge äußern sich Betroffene eher skeptisch bzw. negativ zu BEM-Projekten und beklagen Arbeitsplatzunsicherheit, wenn das Verhältnis zu den Vorgesetzten belastet ist. Ebenso misstrauisch zeigen sich Beschäftigte, wenn die Transparenz und die Kommunikation über BEM-Projekte eingeschränkt sind.²³



Maßnahmen

Typische BEM-Maßnahmen lassen sich kaum bestimmen, da sie wenig trennscharf zur allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung sind und je nach Art der Beeinträchtigung recht unterschiedlich ausfallen. Ganz allgemein kann jedoch festgehalten werden, dass BEM sowohl Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention beinhaltet. Prozessual betrachtet gilt es, gefährdete Beschäftigte durch standardisierte oder teilstandardisierte Instrumente zu identifizieren, etwaige Schädigungen durch individuelle und abgestimmte Maßnahmen abzuwenden oder zu rehabilitieren. Sollte die Arbeitsfähigkeit nicht mehr vollständig herstellbar sein, so gilt es die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass eine Weiterbeschäftigung möglich und sinnvoll ist. Generell – und diesbezüglich ist eine Abgrenzung zu BGF arbiträr – kann als allgemeines Ziel die Reduktion der Arbeitsbelastungen genannt werden, um Produktivitätseinschränkungen vorzubeugen. Als spezifische Maßnahme der Reintegration nach längerer Absenz sind Wiedereintrittsgespräche zu nennen.

KooperationspartnerInnen

Bei der Implementierung von BEM bieten sich zahlreiche Kooperationspartner/innen an. Das Spektrum reicht von Sozialversicherungsträger über das Arbeitsmarktservice bis hin zu privaten Anbieter/innen. Dass diese Partner/innen auch gesucht und angenommen werden, zeigt eine Studie von Niehaus et al. (2008), wonach jeder zweite

Betrieb externe Unterstützung in Anspruch nimmt. Insbesondere Klein- und Kleinstbetriebe sehen sich selten in der Lage, derartige Projekte eigenständig durchzuführen.

Effekte und Wirksamkeit

Harte Fakten liefert eine Evaluation eines Pilotprojektes der Deutschen Rentenversicherung. Demzufolge konnten 30 Prozent der BEM-Fälle erfolgreich in den Betrieb reintegriert werden, rund 50 Prozent befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in Rehabilitationsmaßnahmen. Ein Drittel der BEM-Fälle war noch zu krank, um Rehabilitationsmaßnahmen zugeführt zu werden, hat eine Rente beantragt oder hat den Arbeitsvertrag aufgelöst.

Mit den finanziellen Auswirkungen hat sich die Universität Nürnberg-Erlangen beschäftigt. Der ROI liegt bei 1:4,8. Dieser monetäre BEM-Nutzen ergibt sich vor allem aus der gesteigerten Produktivität der Mitarbeiter/innen.²²

Auch die Qualität des BEM selbst ist im Steigen begriffen, wenngleich die innerbetrieblichen Standards mitunter sehr unterschiedlich ausfallen. Sukzessive arbeiten mehr Betriebe standardisiert und strukturiert.²³

BEM – Der 6-Schritte Praxisleitfaden

Das Management von Mitarbeiter/innen mit chronischen Erkrankungen erfordert sechs Schritte.

Schritt 1: Identifizieren Sie, wer Hilfe braucht!

Krankenstandsaufzeichnungen sind zwar nicht der verlässlichste Indikator für Gesundheit oder Krankheit, sie sind jedoch in den allermeisten Betrieben verfügbar oder zumindest aufzutreiben. Als Grundlage und allumfassende Voraussetzungen sind allenfalls drei Faktoren zu nennen:

Information, Expertinnen und Expertenwissen und Datenschutz.

Die Belegschaft kann zu diesem Thema nicht genug informiert werden. Wiederkehrende und verständliche Information zu BEM-Strategien im Betrieb schaffen die notwendigen Voraussetzungen, um überhaupt erst in die Umsetzung zu kommen.

- die Mitarbeiter/innen mit Basisinformationen rund um Betriebliches Eingliederungsmanagement versorgt
- mit den Mitarbeiter/innen eine offene Diskussion führt.
- den Mitarbeiter/innen Zugang zu (externer) Hilfe eröffnet
- den Mitarbeiter/innen einen diskreten Umgang mit dem Thema zusichert.

Das Wissen und die Skills von Expertinnen und Experten sind auf jeder Stufe hilfreich. BEM ist ein heikles und sensibles Thema. Qualifikation und Erfahrung sind der Schlüssel dazu, um dieses Thema auch adäquat bearbeiten zu können.

Für alle Beteiligten unerlässlich ist ein wasserdichter Datenschutz. Machen Sie sich mit den rechtlichen Grundlagen vertraut. Dokumentieren Sie alle Schritte und machen Sie die Aufzeichnungen für alle Beteiligten transparent. Dies fördert nicht nur das Vertrauen sondern bietet im Falle des Falles auch rechtlichen Halt.

Schritt 2: Gehen Sie in Kontakt!

Nehmen Sie so bald wie möglich Kontakt zu den betroffenen Person auf und loten Sie die Bereitschaft der Person aus, sich mit dem Problem zu beschäftigen. Von Anfang an ist es wichtig, die Person zu motivieren und gleichzeitig eine gute Vertrauensbasis zu schaffen: Dies gelingt, indem man ein offenes und sensibles Gespräch zu diesem Zeitpunkt kann und soll die Person ermutigen, daran zu glauben, dass eine Rückkehr in die Arbeit bzw. ein Verbleib im Arbeitsprozess möglich ist. Als Ergebnis der Kontaktaufnahme sollten Sie in der Lage sein, der Mitarbeiterin/dem Mitarbeiter ein erstes Treffen anzubieten, um Wege in die Zukunft zu diskutieren.

Schritt 3: Erstes Treffen

Wenn die/der Mitarbeiter/in bereit und fähig ist, laden Sie sie/ihn zu einem Treffen. Diese Erstberatung sollte in einem angenehmen Rahmen

stattfinden.

Teilnehmen sollten jedenfalls die betroffene Person, die Führungskraft, der Betriebsrat und notwendige Expertinnen und Experten. Um die Diskussion in eine nützliche Richtung zu lenken, legen Sie den Fokus auf die Hoffnungen und Anliegen der einzelnen Teilnehmer/innen.

Generieren, fördern und stärken Sie gegenseitiges Vertrauen.

Erklären Sie den Sinn und Zweck des Gesprächs.

Informieren Sie über den Gesamtprozess und welche Stelle das Gespräch einnimmt.

Stellen Sie fest, was die/der Mitarbeiter/in zu erreichen hofft.

Klären Sie unbedingt ab, welche Gründe für die wie auch immer geartete Gesundheitsstörung verantwortlich sind.

Verschaffen Sie sich unter Hinzuziehung von Professionist/innen Klarheit über das verbleibende Funktionsniveau, die Dauer und Schwere der Krankheit. Nur eine objektive Erhebung wird die Planung des weiteren Vorgehens ermöglichen.

BEM ist mit sensiblen Inhalten befasst.

Dokumentieren Sie im Sinne und zu Sicherheit aller Beteiligten alle Kontakte.

Schritt 4: Fallbewertung

In den meisten Fällen sind die Informationen, welche aus dem Erstgespräch (Schritt 3) gewonnen werden konnten, nicht ausreichend, um eine umfassende Bewertung zu erzielen. Sie sollten daher, nach

schriftlicher Zustimmung, eine Fallbesprechung oder ein Interview/Integrationsgespräch mit der Person vereinbaren, welches möglicherweise eine medizinische Untersuchung beinhaltet. Dies sollte genutzt werden, um alle relevanten Daten und ärztliche Gutachten zu erfassen. Auch hier ist eine persönliche Genehmigung von Nöten und absolute Freiwilligkeit Voraussetzung. Möglicherweise müssen Sie für die fachliche Bewertung verschiedene Player ins Boot holen.

Ziel ist es, genügend Informationen zu erhalten, um die Gesundheitseinschränkung und die damit einhergehenden Herausforderungen in der Arbeit zu verstehen und einen umfassenden Plan zu erarbeiten, um betroffene Mitarbeiter/innen bei ihrer Rückkehr zur Arbeit oder dem Verbleib im Betrieb behilflich zu sein. Der Plan sollte von allen Parteien und muss von der betroffenen Person gebilligt werden.

Schritt 5: Entwickeln Sie ein individuell abgestimmten Plan

Nach der Fallbesprechung sollten die Führungskraft, die/der Mitarbeiter/in und allenfalls die Belegschaftsvertretung (sofern vorhanden und von der/dem Mitarbeiter/in gewünscht) einen verbindlichen Aktionsplan vereinbaren, der die Rückkehr in oder den Verbleib im Betrieb als Endpunkte haben sollte. Insbesondere sollte festgehalten werden, welche Maßnahmen wann, wie und wo ergriffen werden müssen und ob und in welchem Umfang die/der Mitarbeiter/in einbezogen zu werden wünscht. Vergessen Sie nicht den einen oder anderen Plan B zu entwerfen. Gesundheit ist

nicht berechenbar und nur bedingt vorhersehbar.

Gemeinsam mit den Betroffenen sind Zielformulierungen vorzunehmen. Wenngleich das Ziel dieses Prozesses vorgegeben ist (Reintegration oder Verbleib im Arbeitsprozess), so bleibt der Weg dorthin zu definieren (zeitliche Perspektiven, Arbeitsausmaß, Tätigkeit, etc.).

Reintegration oder Verbleib im Arbeitsprozess und Gesundheitszustand nachhaltig sichern

Letztlich ist der Plan unter zweierlei Prämissen zu entwerfen. So sollte einerseits die Reintegration oder der Verbleib in den Arbeitsprozess gelingen, andererseits sollten neuerliche Probleme vermieden werden. Dabei handelt es sich um zwei unterschiedliche Strategien, die in der Planung gleichermaßen berücksichtigt werden sollten.

Steigerung der Gesundheitskompetenz, Arbeitsplatzadaptierungen und Qualifizierungsmaßnahmen

Die vereinbarten Maßnahmen decken potentiell ein sehr breites Spektrum ab. So ist es denkbar, dass schon Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz ausschlaggebend sein könnten. Meist wird jedoch an den Verhältnissen „geschraubt“ werden müssen. So wird Betriebliches Eingliederungsmanagement in der Regel meist nicht ohne Arbeitsplatzadaptierungen oder Qualifizierungsmaßnahmen, die einen Arbeitsplatzwechsel ermöglichen, auskommen.

Sobald eine verbindliche Strategie abgestimmt wurde und Planungsphase abgeschlossen ist, sollte umgehend damit begonnen werden, den Plan in die Praxis umzusetzen. Ein rasches und – nach

Möglichkeit – unbürokratisches Vorgehen soll allen Beteiligten die Wichtigkeit des Unterfangens verdeutlichen und sichert die Motivation.

Schritt 6: Halten Sie den Plan unter Beobachtung

Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement endet nicht mit der Durchführung des vereinbarten Plans. Die Überprüfung der Wirksamkeit und etwaige Verbesserungen sind die letzten Schritte in diesem Sechs-Stufen-Prozess. Die Prozess- und Ergebnisevaluierung sollte durch regelmäßige Treffen und Gespräche umgesetzt werden. Auch der individuelle Plan mit den definierten Zielen ist hierfür ein vortreffliches Mittel der Wirksamkeitsüberprüfung.

Gleichsam wird eine Abschlussbesprechung mit allen im Prozess beteiligten Personen empfohlen. Diese bietet allen Beteiligten die Möglichkeit, Erfahrungen zu teilen, Fallstricke zu identifizieren und so das gesamte System zu verbessern.

Erfolgsfaktoren des Betrieblichen (Wieder-)Eingliederungsmanagement

1. **Versuchen Sie ein vertrauensbasiertes Betriebsklima zu schaffen.**
2. **Streben Sie eine Rückkehr zur Arbeit so bald wie möglich an.**
3. **Konzentrieren Sie sich auf den Einzelfall und achten Sie auf die individuellen Bedürfnisse.**
4. **Verfolgen Sie durchwegs einen partizipativen Ansatz.**
Auch gut gemeinte Alleingänge begraben jegliche BEM-Aktivitäten.
5. **Akzeptieren Sie die betroffenen Mitarbeiter/innen als Expertinnen und Experten für ihre eigene Gesundheit.**
6. **Denken Sie ganzheitlich. Chronische Erkrankungen enden nicht an den Unternehmensporten.**
Versuchen Sie die gesamte Lebenswelt mitzudenken.
7. **Nutzen Sie Expertinnen- und Expertenwissen.**
BEM erfordert die Hilfe von zahlreichen betrieblichen Akteur/innen und Professionen.
8. **Verteilen Sie Verantwortung.**
BEM kann nicht von einzelnen getragen werden.
9. **Halten Sie die Regelungen in einem Prozess oder einer Betriebsvereinbarung fest und dokumentieren Sie Vereinbarungen!**
10. **Gesundheits- und Sicherheitsrisiken müssen laufend beurteilt und kontrolliert werden.**
11. **Gehen Sie systematisch und koordiniert vor.**
Wenngleich das Hilfesystem individuelle Lösungen bringen sollte, so ist es dennoch erforderlich, der Prozess dahin transparent und standardisiert ist.
12. **Die Teilnahme der Arbeitnehmer/innen muss auf Freiwilligkeit basieren - eine Ablehnung darf nicht zu Diskriminierung in der Arbeit führen.**
13. **BEM ist ein Prozess der Beharrlichkeit und Disziplin.**
Geben Sie sich mit den ersten Erfolgen nicht zufrieden und verfolgen Sie die Weiterentwicklung.

Schlussbetrachtung

Durch das Lesen dieses Leitfadens sollten Sie einen Eindruck davon gewonnen haben, wie man Mitarbeiter/innen mit einer chronischen Krankheit unterstützt. Der Sechs-Schritte-Aktionsplan sollte Personen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz oder dem Verbleib im Arbeitsprozess helfen. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die spezifische Ausgestaltung der einzelnen Schritte von vielerlei Faktoren abhängt. Diese sind abhängig von den Vorstellungen und Bedürfnissen der Mitarbeiter/innen, die von chronischen Erkrankungen betroffen sind, von unternehmensspezifischen Faktoren, von den verfügbaren Playern aber auch von zur Verfügung stehende Ressourcen.

Im Anhang D befindet sich eine praktische Checkliste, die dabei helfen soll, den „roten Faden“ im Prozess nicht zu verlieren.^{20,21} Als weitere Hilfe darf die Liste nützlicher Websites in Zusammenhang mit den häufigsten Gründen von chronischen Krankheiten im Anhang C gesehen werden.



Anhang A

ENWHP Initiativen

Mit der Unterstützung der Europäischen Kommission hat das ENWHP eine Reihe von wichtigen europäischen Initiativen durchgeführt, welche Betriebliche Gesundheitsförderung als maßgebliches Handlungsfeld der Gesundheit auf europäischer und nationaler Ebene etabliert haben.

Initiative

1st	1997–1999	Quality criteria and success factors of workplace health promotion
2nd	1999–2000	Workplace health promotion in small and medium-sized enterprises
3rd	2001–2002	Workplace health promotion in the public administration sector
4th	2002–2004	The implementation of infrastructures for promoting workplace health
5th	2004–2006	Healthy work in an ageing Europe
6th	2005–2007	Disseminating good workplace health in Eastern European countries
7th	2007–2009	Move Europe – healthy lifestyles in the working environment
8th	2009–2010	Work in tune with life. Move Europe

Anhang B

Teilnehmer an diesem Projekt

Förderung gesunder Arbeit für Mitarbeiter mit chronischen Erkrankungen: Öffentliche Gesundheit und Arbeit ist die neunte ENWHP Initiative. Von den 28 Mitgliedern ENWHP waren folgende 17 aktiv an dem Projekt beteiligt:

Österreich

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
www.oegkk.at

Belgien

Prevent
www.prevent.be

Zypern

Ministry of Labour and Social Insurance
www.mlsi.gov.cy

Dänemark

The Danish Healthy Cities Network
www.sund-by-net.dk

Finnland

The Finnish Institute of Occupational Health
www.ttl.fi/english/

Frankreich

French National Agency for the Improvement of Working Conditions
www.anact.fr

Deutschland

BKK Federal Association of Company Health Insurance Funds/Team Health Corporation for Health Management
www.bkk.de
www.teamgesundheit.de

Griechenland

Hellenic Ministry of Employment and Social Protection
www.yeka.gr or www.osh.gr/kyae/whp

Ungarn

National Institute for Health Development
www.oefi.hu/english.htm

Irland

Department of Health and Children/Work Research Centre
www.wrc-research.ie

Niederlande

TNO Quality of Life/Work & Employment
www.tno.nl/arbeid

Norwegen

National Institute of Occupational Health
www.stami.no

Polen

Nofer Institute of Occupational Medicine
www.imp.lodz.pl

Rumänien

The Romtens Foundation
www.romtens.ro

Slovakei

Institute of Normal and Pathological Physiology
www.unpf.sav.sk

Slovenien

Clinical Institute of Occupational, Traffic and Sports Medicine
www.cilizadelo.si

Großbritannien

The Scottish Centre for Healthy Working Lives
www.healthyworkinglives.co.uk

Anhang C

Nützliche Webseiten

Atemwegserkrankungen

British Lung Foundation
www.blf.org.uk/Home

Chronische Nierenerkrankungen

NHS
www.nhs.uk/Conditions/Kidney-diseasechronic/Pages/Introduction.aspx

The Renal Association
www.renal.org/whatwedo/InformationResources/CKDeGUIDE.aspx

Fettleibigkeit und Übergewicht

The World Health Organization
www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html

www.who.int/dietphysicalactivity/media/en/gsf_s_obesity.pdf

The Department for Work and Pensions
www.dwp.gov.uk/publications/specialist-guides/medical-conditions/a-z-of-medical-conditions/obesity/definition-obesity.shtml

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

The British Heart Foundation
www.bhf.org.uk

Heart UK - The Nation's Cholesterol Charity
www.heartuk.org.uk

British Association for Cardiac Rehabilitation
www.bcs.com/pages/aff_detail.asp?AfID=1

The Stroke Association
www.stroke.org.uk/

Krankheits- und Abwesenheitsmanagement

Healthy Working Lives – recording attendance tool
www.healthyworkinglives.com/advice/workrelated-illness-injury/attendance-management/tool.aspx

Krebserkrankungen

Macmillan Cancer Support
www.macmillan.org.uk

Marie Curie Cancer Support
www.mariecurie.org.uk

Cancer Research UK
www.cancerresearchuk.org

Rarer Cancers Foundation
www.rarercancers.org.uk

Muskel-Skelett-Probleme

NHS24 Musculoskeletal Zone
www.nhsinform.co.uk/msk

Nierenerkrankungen

Drinkaware
www.drinkaware.co.uk/facts/factsheets/beer-and-your-liver?utm_source=msn&utm_medium=cpc&utm_term=liver%20disease&utm_campaign=Health%20Issues

British Liver Trust
www.britishlivertrust.org.uk/home/the-liver/liver-diseases.aspx

Psychische Gesundheit

Mental Health Foundation
www.mentalhealth.org.uk

Mind
www.mind.org.uk

See Me
www.seemescotland.org.uk
[Return to work](#)

Get Well Soon
www.rcseng.ac.uk/patients/get-well-soon/copy_of_welcome-page

Typ 2 Diabetes

Diabetes UK
www.diabetes.org.uk/Guide-to-diabetes/Type-2-diabetes

Anhang D

Manager-Unterstützung für die Rückkehr in die Arbeit: eine Checkliste

Die Tabelle auf der Rückseite wurde in Partnerschaft mit der britischen Occupational Health Research Foundation, der Health and Safety Executive, dem Chartered Institute of Personnel and Development und dem Scottish Centre for Healthy Working Lives produziert.



Name des Mitarbeiters: _____

Name der Führungskraft: _____ Datum der ersten Abwesenheit _____

Kompetenz	Subkompetenz	Do (✓) Don't (✗)	Beispiele für Führungsverhalten	Datum	Kommentare
Während der Abwesenheit des Mitarbeiters....					
Während der Abwesenheit des Mitarbeiters			kommuniziert die Führungskraft regelmäßig mit dem/der Mitarbeiter/in per Telefon oder E-Mail		
			kommuniziert die Führungskraft regelmäßig Arbeitsprobleme mit dem/der Mitarbeiter/in , um ihn auf dem Laufenden zu halten		
			konzentriert sich die Führungskraft auf Gespräche rund ums individuelle Wohlbefinden des/der Mitarbeiterin Mitarbeiters		
			steht die Führungskraft mit den engen Kollegen der betroffenen Person in Kontakt		
			ermutigt die Führungskraft Arbeitskollegen/Arbeitskolleginnen und andere Mitglieder der Organisation Kontakt mit dieser Person zu halten		
		✓	gibt ie Führungskraft positive Nachrichten über Familie oder Freunde weiter		
			signalisiert die Führungskraft,, dass der/die Mitarbeiter/in nicht zu schnell an den Arbeitsplatz zurückkehren sollte		
			signalisiert die Führungskraft, dass das Unternehmen den/die Mitarbeiter/in während der Abwesenheit unterstützt		
			beruhigt die Führungskraft den Mitarbeiter, dass der Arbeitsplatz nicht anderweitig vergeben ist, wenn eine Rückkehr in die Arbeit angestrebt wird		
			verhindert die Führungskraft, dass die Person sich zu stark unter Druck setzt, um in den Beruf zurückkehren		
Sobald der Arbeitnehmer an den Arbeitsplatz zurückgekehrt ist....					
Die anfängliche Rückkehr an den Arbeitsplatz			erhält der/die Mitarbeiter/in zunächst leichtere / verschiedene Aufgaben		
			forciert die Führungskraft eine sukzessive Rückkehr an den Arbeitsplatz		
			bleibt die Führungskraft objektiv, wenn es um return-to-work-Anpassungen für den Einzelnen geht		
		✓	klärt die Führungskraft den/die Mitarbeiter/in über return-to-work-Prozesse / Verfahren auf, bevor er an den Arbeitsplatz zurückkehrt		
			vereinbart die Führungskraft ein Treffen mit dem/der Mitarbeiter/in am ersten Tag seiner Rückkehr		
			gestaltet die Führungskraft die ersten Arbeitswochen so angenehm wie möglich		

Negative Verhaltensweisen	✘	verliert die Führungskraft die Geduld mit dem/der Mitarbeiter/in, wenn die Dinge schwierig werden	
		zeigt die Führungsperson aggressive Verhaltensweisen	
Allgemeines Verhalten	✓	stellt die Führungskraft jede Handlung des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin in Frage	
		geht die Führungskraft gegen die Bitten der Person nach bestimmten Anpassungen für ihren Arbeitsplatz vor	
	fragt den/die Mitarbeiter/in um Erlaubnis, das Team hinsichtlich des Gesundheitszustandes auf dem Laufenden halten zu dürfen		
	lässt den/die Mitarbeiter/in spüren, dass er/sie von der Organisation vermisst wird		
	ermuntert Kollegen/Kolleginnen dazu, am Rehabilitationsprozess des/der Kollegen/Kollegin teilzunehmen		
	fördert einen positiven Teamgeist		
	kommuniziert regelmäßig mit HR/OH und hält den/die Mitarbeiter/in am Laufenden		
	verhält sich die Führungskraft im Arrangieren regelmäßiger Sitzungen proaktiv, um die Bedingungen des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin und den möglichen Einfluss auf dessen/deren Arbeit zu besprechen		
	kommuniziert die Führungskraft offen		
	hört die Führungskraft den Sorgen der Mitarbeiter/innen zu		
Offenes und sensibles Vorgehen	✓	versteht die Führungskraft, dass der/die Mitarbeiter/in trotz eines „gesunden Aussehens“ noch krank ist	
		schätzt die Führungskraft die Wünsche der Mitarbeiter/innen	
Rechts- und Handlungswissen	✓	verfolgt die Führungskraft eine „open-door-policy“, damit sich die Mitarbeiter/innen immer mit ihren Sorgen an diese wenden können	
		passt die Führungskraft ihre Herangehensweise sensibler an die Mitarbeiter/innen an	
	erlaubt die Führungskraft dem/der Mitarbeiter/in ein gewisses Maß an Normalität aufrechtzuerhalten		
	reagiert die Führungskraft schnell per E-Mail oder Telefon auf die Anliegen der Mitarbeiter/innen		
	versteht die Führungskraft den Einfluss, den die Krankheit auf den/die Mitarbeiter/in ausübt		
	bleibt die Führungskraft während des gesamten Rehabilitationsprozesses zuversichtlich		
	zeigt die Führungskraft Verantwortung für ihre gesetzlichen Aufgaben		
	versteht die Führungskraft die Notwendigkeit, angemessene Anpassungen per Gesetz zu veranlassen		
folgt die Führungskräfte den korrekten, organisatorischen Abläufen			

Quellenverzeichnis

1. European Commission. (2010). *Europe 2020: a strategy for smart, sustainable and inclusive growth*. European Commission. Brussels; 2010. Available from:
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:2020:FIN:EN:PDF>
2. ENWHP. (2013). *PH work: promoting healthy work for people with chronic illness. 9th Initiative (2011–2013)*. ENWHP. Available from:
www.enwhp.org/enwhp-initiatives/9th-initiative-ph-work.html
3. European Urban Knowledge Network. (2012). The European Network for Workplace Health Promotion. [Online]. Available from: URL: **www.eukn.org/E_library/Economy_Knowledge_Employment/Urban_Economy/Employment/Workforce/European_Network_for_Workplace_Health_Promotion_ENWHP**
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2010). *Sickness, disability and work: Breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris: OECD, 2010.
5. World Health Organization. Fact sheets on chronic diseases. Available from: **www.who.int/topics/chronic_diseases/en/**
6. Allender S, Scarborough P, Peto V, Rayner M. (2008). *European cardiovascular disease statistics*. European Heart Network: Brussels; 2008.
7. Ferlay J, Parkin DM, Steliarova-Foucher E. (2010). *Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 2008*. Eur J Cancer 2010 Mar;46(4):765–81. Epub 2010 Jan 29
8. Wilking N, Jönsson B. (2005). *A pan-European comparison regarding patient access to cancer drugs*. Karolinska Institutet and Stockholm School of Economics: Stockholm.
9. European Commission Eurostat. (2011). *Causes of death statistics*. Available from:
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics
10. Loddenkemper R, Gibson GJ, Sybille Y (editors). (2003). *European lung white book: the first comprehensive survey on respiratory health in Europe*. European Respiratory Society, ERSJ, 2003:16–25.
11. The European Association for the Study of Liver. Facts and figures. [Online]. Available at:
www.easl.eu/assets/application/files/19d80b59a26a03c_file.pdf
12. Chronic hepatic disease generate high costs to Europe [Online]. (2012) [cited 2012 July 19]. Available from: **http://article.wn.com/view/2012/04/19/Chronic_hepatic_diseases_generate_high_costs_to_Europe/**

-
13. The Chronic Disease Alliance. (2010). *A unified prevention approach. Position paper for the EU Commissioner of Health and Welfare*. The Chronic Disease Alliance. Available from: www.idf.org/webdata/docs/idf-europe/Chronic-disease-alliance-Final.pdf
 14. European Kidney Health Alliance. The kidney in health and disease: the key facts. [Online]. Available from: http://www.ekha.eu/usr_img/info/factsheet.pdf
 15. European Commission Eurostat. Overweight and obesity: BMI statistics. [Online]. Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Overweight_and_obesity_-_BMI_statistics
 16. von Lengerke T, Krauth C. (2011). *Economic costs of adult obesity: a review of recent European studies with a focus on subgroup-specific costs*. *Maturitas* [cited 2011 May 18]; 69(3):220-9. Available from: URL: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21592692
 17. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. (2010). *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen: World Health Organization. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
 18. Pomerleau J, Knai C, Nolte E. (2008). *The burden of chronic disease in Europe*. In: Nolte E, McKee M (eds). *Caring for people with chronic conditions: A health system perspective*. Maidenhead, Open University Press: 15–42.
 19. Ferri C et al. (2005). *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. *Lancet*, 366:2112-2117. In *Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges*. Copenhagen: World Health Organization; 2010. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
 20. National Institute of Disability Management and Research [Online]. Available from: www.nidmar.ca/education/education_online/online_module_descriptions.asp?progID=1
 21. Re Integrate. Return to work: an integrated eLearning environment [Online]. Available from: www.re-integrate.eu/
 22. Kaiser, H., Jastrow, B., Hörnlein, E., Frohnweiler, A. (2010): Entwicklung und Integration eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements – das Projekt EIBE. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (HgInnen.): *Fehlzeiten-Report 2010*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, S.189-197
 23. Niehaus, M., Vater, G. (2010): Aktueller Stand der Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements. In: Badura, B., Schröder, H., Klose, J., Macco, K. (HgInnen.): *Fehlzeiten-Report 2010*. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, S.189-197.

Picture credits

Page 1 © iStockphoto.com/abalcazar
Page 10 © iStockphoto.com/monkeybusinessimages
Page 16 © iStockphoto.com/alynst



www.enwhp.org
www.healthyworkinglives.com