

BACHELORARBEIT

Thema

Internationale Unterschiede im betrieblichen Gesundheitsmanagement: Eine Analyse möglicher Einflussfaktoren mit dem Fokus auf gesundheitsfördernde Maßnahmen

Verfasser:	Alexandra Schiele
Matr.-Nr.:	292485
Geburtsdatum:	23.06.2001
Erstbetreuer:	Prof. Dr. Judith Mantz
Zweitbetreuer:	Prof. Dr. Patrick Da-Cruz, Hochschule Neu-Ulm
Thema erhalten:	24.05.2024
Arbeit abgeliefert:	24.09.2024
Sperrvermerk:	Nein
Anlagen:	-

Zusammenfassung

Das betriebliche Gesundheitsmanagement gewinnt weltweit zunehmend an Relevanz. Durch die Implementierung und effektive Durchführung kann u.a. dem bestehenden Fachkräftemangel vorgebeugt werden. Das Ziel dieser Arbeit ist die Identifizierung von internationalen Unterschieden des betrieblichen Gesundheitsmanagements, sowie relevanten Einflussfaktoren. Um dies zu erreichen, wird zunächst ein Überblick der betrachteten Länder geschaffen. Innerhalb der Arbeit werden vier Länder, namentlich: Deutschland, Spanien, USA und Schweden, betrachtet. Bei der Gegenüberstellung dieser Länder zur Analyse von Unterschieden konzentriert sich der Fokus möglichst auf die betriebliche Gesundheitsförderung. Für diese Arbeit wird die folgende Forschungsfrage definiert: Welche Unterschiede ergeben sich im betrieblichen Gesundheitsmanagement innerhalb eines internationalen Kontexts und welche möglichen Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle? Die Methodik zur Beantwortung der Forschungsfrage basiert auf einer umfassenden Literaturrecherche. Diese umfasst die Themen des 3-Säulen Modells des BGM der vier genannten Länder. Dabei wurden anhand von Kennzahlen mögliche Einflussfaktoren zur Begründung der Unterschiede abgeleitet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die erheblichsten Unterschiede innerhalb der Anreizsysteme der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie bei der Definition des betrieblichen Eingliederungsmanagements in den jeweiligen Ländern, gefunden werden konnten.

Dabei ist eine weiterführende Forschung der internationalen Recherche der betrieblichen Gesundheitsförderung, insbesondere im Bereich der Evaluationsmaßnahmen und Evidenzbasierung empfehlenswert. Innerhalb dieser Arbeit wurde in diesen Themen Forschungslücken festgestellt.

Schlüsselwörter: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Betriebliche Gesundheitsförderung, International

Abstract

Occupational health management is becoming increasingly relevant worldwide. The existing shortage of skilled workers can be prevented through implementation and effective execution. The aim of this thesis is to identify international differences in occupational health management as well as relevant influencing factors. In order to achieve this, an overview of the countries under consideration was created. Four countries, namely Germany, Spain, Sweden and the USA, are considered within this thesis. When comparing these countries, in order to analyze differences, the focus is placed on workplace health promotion as far as possible. The following research question is defined for this study: What are the differences in workplace health management within an international context and what possible influencing factors play a role? The methodology for answering the research question is based on a comprehensive literature review. This covers the topics of the 3-pillar model of OHM in the four countries mentioned. Possible influencing factors to explain the differences were derived using key figures. The results indicate that the most significant differences were found within the incentive systems of workplace health promotion and in the definition of workplace integration management in the respective countries. Further research into international research into workplace health promotion, particularly in the area of evaluation measures and evidence-based research, is recommended. Within this work, a research gap was identified in these topics.

Key words: Occupational Health Management, Occupational Safety and Health, Occupational, Occupational Integration Management, Occupational Health Promotion, International

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Inhaltsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	V
1 Einleitung.....	1
1.1 Gegenstand der Arbeit.....	2
1.2 Wissenschaftliche Einordnung	2
1.3 Aufbau der Arbeit	2
2 Begriffsbestimmung.....	3
2.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz.....	3
2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement	4
2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	6
3 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland.....	9
3.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Deutschland.....	9
3.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Deutschland	12
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Deutschland.....	15
4 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Spanien	19
4.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Spanien.....	19
4.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Spanien	22
4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Spanien.....	22
5 Betriebliches Gesundheitsmanagement in den USA	26
5.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz USA.....	26
5.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement USA	29
5.3 Betriebliche Gesundheitsförderung USA.....	31

6 Betriebliches Gesundheitsmanagement Schweden	35
6.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Schweden	36
6.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Schweden.....	38
6.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Schweden	39
7 Internationaler Vergleich und Analyse möglicher Einflussfaktoren	43
8 Schlussbetrachtung	47
9 Literaturverzeichnis.....	49

Abkürzungsverzeichnis

ADA	Americans with Disabilities Act
AGS	Arbeits- und Gesundheitsschutz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
ILO	International Labor Organisation
INSST	Instituto Nacional de Seguridad en el Trabajo
ISSA	International Social Security Association
KMU	Kleine und Mittlere Unternehmen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OSH	Occupational Safety and Health
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PrävG	Präventionsgesetz
REES	Red Española de Empresas Saludables
RTWC	Return-to-work coordinator
SAW/RTW	Stay-at-Work/Return-to-Work
SLIC	Senior Labour Inspectors' Committee
SGB	Sozialgesetzbuch

1 Einleitung

Der Arbeitsmarkt befindet sich in einem ständigen Wandel, der durch technologische Innovationen, gesellschaftliche Veränderungen und zunehmende Globalisierung geprägt ist. Unternehmen sind dabei nicht nur mit zahlreichen Chancen, sondern auch erheblichen Herausforderungen konfrontiert. Um diesen Entwicklungen erfolgreich zu begegnen und sich ihnen anzupassen, muss eine wichtige Voraussetzung erfüllt sein. Die Betriebe benötigen ausreichend qualifiziertes und gesundes Personal. Allerdings stellt der demografische Wandel Unternehmen vor eine zusätzliche Herausforderung. Die Beschäftigtenstruktur wird zunehmend älter. Diese Entwicklung sorgt dafür, dass weniger Arbeitnehmer auf dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Zusätzlich steigt die Krankheitsanfälligkeit des bestehenden Personals mit zunehmendem Alter. Deshalb spielt die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter eine signifikante Rolle in der Erhaltung von Arbeitskräften. Die Förderung und Sicherung der Gesundheit sowie der Arbeitssicherheit sollten im Unternehmen priorisiert sein.

In diesem Kontext gewinnt das betriebliche Gesundheitsmanagement BGM zunehmend an Bedeutung. Das BGM zielt auf den Erhalt von Arbeitsplätzen, die Minimierung von Arbeitsrisiken und die Unterstützung der Gesundheit der Beschäftigten ab. Es beinhaltet den Arbeits- und Gesundheitsschutz, die betriebliche Eingliederung und die betriebliche Gesundheitsförderung. Ein effektives BGM kann sowohl die Produktivität als auch die Attraktivität der Unternehmen erhöhen. Damit können sich Betriebe einen Wettbewerbsvorteil schaffen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement wird längst nicht nur in Deutschland genutzt. Weltweit wird von der Nutzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements profitiert. Allerdings ist wenig Forschung zu den internationalen Unterschieden vorhanden. Jene untersucht meist nur eine der drei Säulen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die internationale Perspektive eröffnet einige Fragen, darunter: welche Unterschiede können im internationalen Kontext des BGM identifiziert werden? Und welche Einflussfaktoren haben diese Unterschiede? Diese Bachelorarbeit widmet sich der Analyse dieser Frage. Um diese Forschungslücke zu schließen, werden vier Länder anhand jeder der drei Säulen des betrieblichen Gesundheitsmanagements untersucht. Dabei werden Unterschiede sowie mögliche Einflussfaktoren identifiziert.

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet. Damit werden alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

1.1 Gegenstand der Arbeit

Das erkenntnisleitende Interesse der vorliegenden Arbeit besteht in der Identifizierung von Unterschieden im internationalen Vergleich des betrieblichen Gesundheitsmanagements, sowie der Untersuchung von möglichen Einflussfaktoren. Die Unterschiede werden für vier Länder, namentlich: Deutschland, Schweden, Spanien und USA untersucht. Dabei wird das BGM im 3-Säulen-Modell betrachtet. Ein bereits vorhandener Vergleich des BGM anhand dieser vier Länder konnte nicht ausfindig gemacht werden, wonach sich der Forschungsbedarf gibt. Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: Welche Unterschiede ergeben sich im betrieblichen Gesundheitsmanagement innerhalb eines internationalen Kontexts und welche möglichen Einflussfaktoren spielen dabei eine Rolle?

1.2 Wissenschaftliche Einordnung

Die folgenden Wissenschaftsdisziplinen beziehen sich auf die Arbeit: Wirtschaftswissenschaften, Gesundheitswissenschaften sowie Rechtswissenschaften. Das Thema wird anhand einer Literaturrecherche bearbeitet. Hierbei wurden Studien in Englischer, Deutscher und Spanischer Sprache betrachtet. Bei der Recherche wurden neben Büchern zahlreiche Datenbanken, sowie Berichte von staatlichen Organisationen und Gesetzestexte miteinbezogen. Hierbei wurde darauf geachtet, dass das Datum der Veröffentlichung nicht länger als 10 Jahre zurückliegt. In Einzelfällen war dies jedoch unvermeidlich. Für die Analyse möglicher Einflussfaktoren werden quantitative Kennzahlen hervorgehoben, die sich aus der Literaturrecherche herauskristallisiert haben.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in acht Kapiteln. Nach der Einleitung folgt die Begriffsbestimmung in Kapitel 2. Dabei wird auf die Begriffe betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeits- und Gesundheitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung eingegangen. Danach folgen die Untersuchungen der einzelnen Länder bezüglich des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dabei umfasst Kapitel 3 Deutschland, Kapitel 4 Spanien, Kapitel 5 die USA und Kapitel 6 Schweden. Die Kapitel der Länderuntersuchungen sind allesamt gleich aufgebaut und beinhalten die drei Säulen des BGM. Anschließend werden die Erkenntnisse der Kapitel 3-6 in Kapitel 7 zusammengeführt und die Unterschiede anhand von möglichen Einflussfaktoren analysiert. Abschließend folgt in Kapitel 8 die Schlussbetrachtung.

2 Begriffsbestimmung

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ist die gezielte und nachhaltige Etablierung sowie Gestaltung von gesundheitsfördernden Strukturen und Prozessen. Dabei soll es ein selbstverantwortliches, gesundheitsbewusstes Verhalten der Organisationsmitglieder aufbauen und stärken.¹ Die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten werden als betriebliche Ziele betrachtet, deren Erreichung einen ganzheitlichen Managementprozess erfordert. Dieser Prozess muss auf die spezifischen Gegebenheiten der jeweiligen Organisation zugeschnitten sein.² In dieser Arbeit wird das betriebliche Gesundheitsmanagement im Drei-Säulen-Modell betrachtet. Dabei wird auf die Säulen Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) eingegangen.³ Um das BGM möglichst nachhaltig und effektiv zu gestalten, sollten einerseits rechtliche Grundlagen miteinander verknüpft werden, um Synergien zu nutzen. Andererseits sollte die Zusammenarbeit mit Akteuren, wie Krankenkassen und anderen Versicherungsträgern angestoßen werden.⁴

2.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz

Laut der ILO, der International Labour Organization wird der Arbeits- und Gesundheitsschutz als Disziplin definiert, die sich mit der Verhütung von arbeitsbedingten Verletzungen und Krankheiten befasst. Des Weiteren spielen der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten eine Rolle. Der AGS zielt auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsumgebung ab.⁵ Der Bedarf eines umfassenden AGS wird nach einem Blick auf einige Kennzahlen deutlich: 2021 gaben in allen europäischen Ländern durchschnittlich 34% der Beschäftigten an, dass ihre Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit gefährdet sei.⁶ Zudem verstarben nach Schätzungen der Iweltsweit im Jahr 2019 ca. 3 Millionen Beschäftigte infolge eines arbeitsbedingten Faktors. Dies entspricht einem Anstieg von mehr als 12% seit dem Jahr 2000.⁷ Zudem stirbt weltweit jede 15 Sekunden ein Beschäftigter an einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit. Ein

¹ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 30.

² Vgl. GKV-Spitzenverband (2023), S. 116.

³ Vgl. Pfannstiel/ Mehlich (2018), S. 21.

⁴ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 30–31.

⁵ Vgl. International Labour Organization (1998), S. 22.

⁶ Vgl. Eurofound (2022), S. 109.

⁷ Vgl. International Labour Organization (2023), S. 2.

Arbeitsunfall wird von der ILO als ein Ereignis definiert, das während der Arbeitszeit eintritt und zu einer Verletzung führt. Diese Verletzung kann nicht-tödlich, tödlich oder mit Arbeitszeitverlust enden.⁸ Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verhindern ist nicht nur ein gesetzliches und ethisches Anliegen. Schätzungsweise machen Kosten, die mit Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten assoziiert werden, etwa 4% des Bruttoinlandsproduktes eines Landes aus. Dies verdeutlicht, dass eine gesunde und möglichst risikoarme Arbeitsumgebung für Unternehmen sowie Krankenkassen von erheblichem finanziellem Interesse ist. Insbesondere arbeitsbezogene Krankheiten stellen ein Problem dar, welches über lange Zeit hinweg unterschätzt wurde. Allerdings erhält die Thematik seit einigen Jahren immer mehr Aufmerksamkeit. Der Erfolg durch Maßnahmen zur Verhütung von Arbeitsunfällen kann relativ schnell im Zuge von rückläufigen Arbeitsunfällen gemessen werden. Berufskrankheiten zu reduzieren ist hingegen meist ein langwieriger Prozess, der sich schwer über einen kurzen Zeitraum ermitteln lässt. Außerdem hängen Berufskrankheiten häufig mit Faktoren wie der Arbeitszeit, Arbeitsmenge oder dem Arbeitsumfeld zusammen.⁹ Diese Thematiken werden oft ungern von Arbeitgebern angesprochen oder bearbeitet, da eine mögliche Lösung eine zusätzliche finanzielle Belastung darstellen könnte.

Ein Phänomen innerhalb des Arbeitsschutzes ist Präsentismus. Dieser beschreibt das Verhalten von Arbeitnehmern, trotz Krankheit oder gesundheitlicher Beschwerden, zu arbeiten. Infolgedessen mindert sich meist die Arbeitsproduktivität der Beschäftigten. Zudem steigt bei Infektionskrankheiten die Ansteckungsgefahr, was weitere Ausfälle oder Produktivitätsverluste mit sich führen könnte.¹⁰

2.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Durch den demografischen Wandel und der stets älter werdenden Bevölkerung ist der Erhalt der Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Bestreben für viele Länder. Um die Teilhabe am Arbeitsleben absichern zu können, sollte die Rückkehr eines Mitarbeiters an den Arbeitsplatz nach einer längeren Krankheitsperiode geplant und unterstützt werden. Das betriebliche Eingliederungsmanagement setzt sich mit der systematischen Wiedereingliederung eines Mitarbeiters an den Arbeitsplatz, nach einer länger anhaltenden

⁸ Vgl. Fuentes-Bargues et al. (2023), S. 1.

⁹ Vgl. Hämäläinen/ Leena Saarela/ Takala (2009), o.S.

¹⁰ Vgl. Schnabel/ Lechmann (2019), S. 6–7.

Erwerbsunfähigkeit, auseinander.¹¹ Dabei spielt die Gesundheit der Arbeitnehmer eine wesentliche Rolle. Bei erfolgreicher Durchführung des BEMs und resultierender Erhaltung der Arbeitsfähigkeit profitieren alle beteiligten Parteien.¹²

Obwohl bereits einige länderübergreifende Akteure wie die Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) oder die International Social Security Association (ISSA) Empfehlungen für die Rehabilitation bzw. die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt veröffentlicht haben, verfügt dennoch nicht jedes Land über eine gesetzliche BEM-Regelung. Die Hauptgründe für das Defizit eines BEM-Systems in Ländern liegen oft darin, wie das jeweilige Land berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung interpretiert. Liegt der Fokus des BEMs hauptsächlich auf der Erfüllung der Bedürfnisse von beeinträchtigten Menschen (bspw. mit Behinderung, anerkannten Berufskrankheiten oder -unfällen), ist das BEM relativ eng gefasst. Wird hingegen ein vielseitiges Konzept verwendet, kann die Gesundheit und Arbeitsqualität der Beschäftigten nachhaltig verbessert werden. Ein vielseitiges Konzept setzt sich zum einen mit krankheitsbedingten Fehlzeiten auseinander. Zum anderen inkludiert es alle Beschäftigten nach einer langen Krankheitsphase oder gesundheitlichen Problemen.¹³

Um die Notwendigkeit, sowie die Rentabilität des betrieblichen Eingliederungsmanagements aufzuzeigen, werden nachfolgend einige Kennzahlen genannt. Die ISSA schätzt die durchschnittliche Rendite der Ausgaben für die berufliche Wiedereingliederung für Arbeitgeber auf 3,7. Für jeden investierten Dollar erzielen Arbeitgeber demnach eine durchschnittliche Rendite von mehr als dem Dreifachen der ursprünglichen Investition.¹⁴ Diese Zahl könnte besonders als Anreiz für Unternehmen gesehen werden, welche das BEM bisher aus finanziellen Gründen ausschließen. Des Weiteren gaben in einer Eurostat Studie aus dem Jahr 2018 etwa 36% der Befragten ab dem Alter von 16 Jahren an, von einer Langzeiterkrankung oder Gesundheitsproblem betroffen zu sein.¹⁵ Hierbei wird deutlich, wie wichtig ein BEM ist, um eine mögliche Erwerbsunfähigkeit zu vermeiden. Forschungen des Institute for Work and Health haben gezeigt, dass Arbeitgeber, Krankenversicherungen und Arbeitnehmer die Hauptrollen im BEM spielen.¹⁶

¹¹ Vgl. EU-OSHA (o.J.), o.S.

¹² Vgl. Esslinger/ Emmert/ Schöffski (2010), S. 159.

¹³ Vgl. Sarah Copey (2022), o.S.

¹⁴ Vgl. IOSH (o. J.), o.S.

¹⁵ Vgl. IOSH (o. J.), o.S.

¹⁶ Vgl. IOSH (o. J.), o.S.

Im Englischen wird das betriebliche Eingliederungsmanagement als return-to-work oder vocational bzw. occupational rehabilitation bezeichnet. In dieser Arbeit wird für die Einheitlichkeit hauptsächlich der deutsche Begriff genutzt. Wichtig ist hierbei zu erwähnen, dass return-to-work noch vor dem eigentlichen BEM greift, denn der Prozess von return-to-work beginnt bereits in der zweiten Hälfte eines Klinik- oder Rehabilitationsaufenthaltes, mit der Kontaktaufnahme des Arbeitgebers.¹⁷ Dies wird in dem Fall für das jeweilige Land erläutert.

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Sinne des Ottawa Charter der WHO und des Salutogenese-Konzeptes von Antonovsky zielt die Gesundheitsförderung primär auf die Unterstützung und Befähigung ab, das eigene Leben selbstbestimmt zu führen und die Bedürfnisse der eigenen Gesundheit zu beachten.¹⁸ Die betriebliche Gesundheitsförderung soll diese Fähigkeit verbessern, um die Gesundheit am Arbeitsplatz zu erhalten und zu stärken, sowie das Wohlbefinden zu verbessern.¹⁹ Das übergeordnete Ziel der BGF ist es, Gesundheitskompetenzen und -ressourcen der Beschäftigten auf- und auszubauen. Gesundheitskompetenz meint den richtigen Umgang und ein Verständnis für gesundheitsbezogene Informationen, beispielsweise die Kenntnis von Gesundheitsrisiken. Unter Gesundheitsressourcen werden die Mittel oder Bedingungen verstanden, welche entwickelt und gefördert werden, um die Gesundheit zu erhalten und das Wohlbefinden zu fördern, beispielsweise die Bereitstellung von Sportgeräten am Arbeitsplatz. Die Maßnahmen für die BGF haben einen großen Handlungsspielraum und können u.a. mit Kursen, Seminaren oder Workshops realisiert werden.²⁰ Häufig handelt es sich um präventive Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Stressbewältigung oder Ernährung. Allerdings kann auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein Ansatzpunkt der BGF sein, beispielsweise ein höhenverstellbarer Tisch. Entscheidend für den Erfolg einer BGF-Maßnahme ist neben einer hohen Teilnahme und Zufriedenheit die Wirksamkeit. Dabei nehmen folgende sieben Aspekte einen Einfluss auf die Wirksamkeit: Intensität der Maßnahmen, Komplexität der Maßnahmen,

¹⁷ Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022), S. 37.

¹⁸ Vgl. Elke et al. (2015), S. 178.

¹⁹ Vgl. Esslinger/ Emmert/ Schöffski (2010), S. 68.

²⁰ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 242–243.

Zielgruppenspezifität, Multikomponentenprogramme, Kombination aus Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, Durchführungsmodus sowie Form und Inhalt.²¹ Die Intensität einer Intervention meint die Häufigkeit und Dauer, beispielsweise wenn Interventionen in regelmäßigen Abständen wiederholt stattfinden. Die Komplexität beschreibt, wie viele Verhaltensweisen ein Programm anstrebt zu ändern. Oftmals erhalten komplexere Gesundheitsprogramme eine höhere Teilnehmeranzahl, da sie eine breitere Masse ansprechen. Ein Beispiel für eine komplexe Intervention ist ein Kurs, welcher auf Ernährungs-, sowie bewegungsbezogene Verhaltensweisen abzielt. Die Zielgruppenspezifität betont die Wichtigkeit, Programme auf die Teilnehmer anzupassen und diese gezielt anzusprechen.²² Bei Multikomponentenprogrammen setzen verschiedene Maßnahmen innerhalb eines Programmes an. Eine Kombination aus Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention vereint personenbezogene und bedingungsbezogene Komponenten. Die Verhaltensprävention setzt durch Stärkung der Handlungskompetenz auf die Veränderung des Verhaltens an. Die Verhältnisprävention hingegen zielt auf die Änderung der Rahmenbedingungen bzw. des Umfelds ab.²³ Der Durchführungsmodus unterscheidet, ob eine Maßnahme innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit sowie des Arbeitsplatzes stattfindet. Dabei schneiden Interventionen innerhalb der Arbeitszeit und des Arbeitsplatzes mit deutlich höheren Teilnahmequoten ab. Im letzten Aspekt, Form und Inhalt, hat sich herauskristallisiert, dass besonders Maßnahmen, welche Raum für Feedback, offene Kommunikation oder motivierende Gespräche gegeben haben, erfolgreicher ausfielen.²⁴ Die Themen der Interventionen sollten relevante oder alltägliche Probleme ansprechen. Dies können Themen rund um Ernährung, Sucht, Stressbewältigung oder die richtige Körperhaltung sein. Bei einigen Themen ist es sinnvoll, sie Abteilungs- oder Stellenbezogen zu vollziehen. Mitarbeiter in der Produktion, welche die meiste Zeit des Tages stehen oder körperlich anstrengende Arbeit vollbringen, benötigen eine andere Form der betrieblichen Gesundheitsförderung als Bürokräfte. Im besten Fall sollte die Führungskraft als Vorbild in den jeweiligen Themen agieren oder sich zumindest ihre Rolle bewusst sein, um die Motivation und den Erfolg von gesundheitsfördernden Maßnahmen zu erhöhen.²⁵ Die BGF kann das Gesundheitsbewusstsein, das Wohlbefinden sowie die

²¹ Vgl. Elke et al. (2015), S. 249.

²² Vgl. Elke et al. (2015), S. 50, 54–55, 57.

²³ Vgl. Elke et al. (2015), S. 43, 48.

²⁴ Vgl. Elke et al. (2015), S. 55–56, 60.

²⁵ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 255, 258.

Arbeitszufriedenheit steigern.²⁶ Zudem fördert das BGF die Entwicklung neuer Fähigkeiten.

Allerdings können BGF-Interventionen für Arbeitgeber hinsichtlich der finanziellen Ressourcen, die aufgewendet werden müssen, unattraktiv oder unrentabel wirken. Fast alle BGM-Maßnahmen trifft eine Grundregel: sie müssen mehrmals wiederholt oder aufeinander aufgebaut werden. Denn eine einmalige Durchführung einer Maßnahme bringt meist keinen nachhaltigen Mehrwert.²⁷

Ein wichtiges Thema innerhalb der BGF ist die Evidenzbasierung und Evaluation der Maßnahmen. Bislang gibt es kein einheitliches Konzept für die Evidenzbasierung. Die Cochrane Evaluationskriterien, weisen in der Theorie eine detaillierte Möglichkeit der Evaluierung und Evidenzbasierung auf. In der Praxis werden die Kriterien jedoch seltener angewendet. Dies liegt primär an den nicht kontrollierbaren, kontextualen Einflüssen, welche im Arbeitskontext gegeben sind. Diese erschweren es, Cochrane Kriterien anzuwenden.²⁸ Im Allgemeinen ist im Rahmen der BGF ein Defizit sowohl an theoriebasierten Maßnahmen in der Praxis als auch in der Forschung festzustellen.²⁹ Jedoch ist ein Konzept für die Evidenzbasierung wichtig, um nachzuvollziehen, ob eine Intervention den gewünschten Erfolg hat und Änderungen bei den Mitarbeitern bewirkt. Denn nur ein wirksames und effektives Verfahren kann langfristig durchgeführt und finanziell begründet werden.

²⁶ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 243.

²⁷ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 254.

²⁸ Vgl. Elke et al. (2015), S. 168.

²⁹ Vgl. Elke et al. (2015), S. 180.

3 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland

In folgendem Kapitel wird das BGM in Deutschland erklärt. Dabei werden gesetzliche Rahmen aufgezeigt, sowie mögliche Herausforderungen oder best-practices. Des Weiteren werden generelle Kennzahlen aufgedeckt. Diese sollen als Basis der Begründung möglicher Einflussfaktoren dienen.

3.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Deutschland

Der AGS in Deutschland zielt darauf ab, die Sicherheit und Gesundheit von Erwerbstätigen, ehrenamtlich Engagierten sowie Schülern und Studenten zu sichern und zu verbessern. Anders als andere Bereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist AGS sowohl für den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer verpflichtend.³⁰ Die Erarbeitung und Verabschiedung von Gesetzen und Verordnungen für den Arbeitsschutz geschieht auf Bundesebene unter Berücksichtigung internationaler Vorgaben wie Verordnungen und Richtlinien der EU, sowie ILO-Übereinkommen. Währenddessen konzentriert sich der Zuständigkeitsbereich auf Länderebene auf die Durchsetzung dieser Gesetze und Verordnungen. Hierbei verfügt jedes Bundesland über eine eigene zuständige Aufsichtsbehörde. Darüber hinaus wird das sogenannte autonome Arbeitsschutzrecht von Unfallversicherungsträgern verwaltet. Die Unfallversicherungsträger sind nach Bedarfsprüfung für die Rechtsetzung, Beratung und Überwachung der Unfallverhütungsvorschriften zuständig. Dieses duale System ist eine Besonderheit des deutschen AGS.³¹

Ursprünglich lag der Fokus im AGS auf der Vermeidung von Arbeitsunfällen. Mit der Einführung des Sozialgesetzbuchs VII und des Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) im Jahr 1996 rückte zusätzlich die Erhaltung der Gesundheit in den Vordergrund. Das ArbSchG setzte die europäische Richtlinie 89/391/EWG um, welche die Mindestanforderungen an Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit umfasst. Der verstärkte Fokus auf den Erhalt der Gesundheit war einerseits eine Reaktion auf die gesunkenen Fallzahlen der Arbeitsunfälle und andererseits die zunehmende Relevanz gesundheitlicher Probleme, insbesondere psychische Erkrankungen. Die Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass sie ausführbar, möglichst schädigungslos, zumutbar und persönlichkeitsfördernd sind.³²

³⁰ Vgl. Cosmar/ Prüße (2022), S. 267-268

³¹ Vgl. Velazquez/ Martinez/ Devits (2017), S. 8–10.

³² Vgl. Cosmar/ Prüße (2022), S. 267-268

Nach dem ArbSchG sind Arbeitgeber laut §5 Abs. 1 verpflichtet, die Arbeitsbedingungen zu beurteilen und somit Gefährdungen zu ermitteln, zu bewerten und geeignete Maßnahmen zur Sicherstellung des Schutzes bereitzustellen.³³ Arbeitnehmer auf der anderen Seite müssen diesen Maßnahmen Folge leisten. Seit 2013 zählen psychische Belastungen bei der Arbeit im §5 Abs. 3 S. 6 ArbSchG zu potenziellen Gefährdungen am Arbeitsplatz.³⁴ Der gesetzliche Rahmen für den AGS ist seit einigen Jahren verabschiedet und wird stetig überarbeitet. Im Anschluss zu den Regularien folgen im nächsten Abschnitt einige Kennzahlen, um einen Einblick in die tatsächliche Situation zu erhalten und die Vergleichbarkeit mit anderen Ländern sicherzustellen.

Im Jahr 2022 lag die Zahl der Erwerbstätigen in Deutschland bei 42,6 Millionen, was einen Anstieg von 1,0 Millionen zum Vorjahr verzeichnet. Ausgehend von 83,1 Millionen Einwohnern sind somit 51,3% Einwohner erwerbstätig. Deutschlands Arbeitslosenquote liegt bei 3,3% und liegt somit unter dem OECD-Durchschnitt von 4,9%.³⁵

2022 wurden rund 844.000 meldepflichtige Arbeitsunfälle verzeichnet, dies entspricht einer Unfallquote von 1.900 je 100.000 Vollzeitbeschäftigten. Die Zahl der Unfallrenten liegt bei 30 je 100.000 Vollzeitbeschäftigten. Dazu zählend jene Unfälle welche für die Zahlung einer Rente an Versicherte, oder einer Rente an Hinterbliebene gesorgt haben. Die Zahlen der Arbeitsunfälle und Unfallrenten haben in den letzten Jahren immer weiter abgenommen. 2022 verunglückten 533 Menschen tödlich bei einem Arbeitsunfall, was 1,25 je 100.000 Vollzeitbeschäftigten entspricht.³⁶

Die Zahlen der Berufskrankheiten sind noch immer durch die COVID-19-Pandemie geprägt und stiegen deshalb 2022 weiterhin an. Die Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit wurden mit knapp 374.500 Fällen vermerkt, davon sind 79% auf Infektionskrankheiten zurückzuführen. Weitere Berufskrankheiten die häufig auftreten sind Lärmschwerhörigkeit, Hauterkrankungen sowie Hautkrebs durch UV-Strahlungen. Die Anzahl der tatsächlich anerkannten Berufskrankheiten bemisst sich 2022 auf 201.723, wobei 90% auf Infektionskrankheiten zurückzuführen sind. Die Anzahl der Todesfälle in Folge einer Berufserkrankung, sank auf 2.164, wobei Infektionserkrankungen lediglich 2% dieser

³³ Vgl. Arbeitsschutzgesetz (2013), o.S.

³⁴ Vgl. Cosmar/ Prüße (2022), S. 268..

³⁵ Vgl. OECD (2024), S. 2.

³⁶ Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 25.

Todesfälle verursachen. Der Großteil der Todesfälle sind auf asbest-assoziierte Berufserkrankungen zurückzuführen.³⁷

Der häufigste Grund für einen frühzeitigen Renteneintritt aufgrund von verminderter Erwerbstätigkeit sind sowohl bei Männern als auch bei Frauen psychische Belastungen und Verhaltensstörungen.³⁸ Laut Umfrageergebnissen gaben fast 50% der Beschäftigten in einer Studie an, mit engen Deadlines zu arbeiten und etwa 55% unter hoher Geschwindigkeit zu arbeiten.³⁹ Dies kann langfristig negative Folgen auf die Gesundheit haben und sollte demnach gesenkt werden. Vor allem psychische Probleme sind in Deutschland von einer Stigmatisierung geprägt. Laut einer Umfrage würden rund 3/5 trotz psychischer Probleme in die Arbeit gehen.⁴⁰ Zudem gaben 40% der Beschäftigten an, sie würden sich nicht wohl dabei fühlen, mit ihrem Arbeitgeber über ihre mentale Gesundheit zu sprechen. Dabei schneidet Deutschland schlechter ab als der EU-Durchschnitt mit 37%.⁴¹ Dies sollte unbedingt verbessert werden.

Die durchschnittlichen Krankheitstage in Deutschland lagen 2021 bei 10,9 Tagen. Im Vergleich zu den Vorjahren ohne Pandemie hat sich die Zahl von 12,3 Krankheitstagen im Jahr 2015 gemindert. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 2021 17,4 Tage, diese Zahl hat sich hingegen in den vorherigen Jahren erhöht. Die Präsentismustage, also Tage an denen Beschäftigte krank gearbeitet haben, liegen 2021 bei 7,3 Tagen. Die Zahl wurde 2017 erstmals mit 8,8 Tagen im Bericht für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit angegeben und ist seither rückläufig. Zusätzliche Analysen zeigen, dass Präsentismus mit wachsender Unternehmensgröße zunimmt, während die Anzahl der Krankentage von der Betriebsgröße unbeeinflusst bleibt.⁴² Laut einer Eurofound Studie waren 2021 in Deutschland rund 33% der Frauen und rund 27% der Männer von Präsentismus betroffen. Hiermit liegt Deutschland leicht über dem EU-Durchschnitt.⁴³ Ein möglicher Grund für Präsentismus könnte die Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen sein. Wie oben erwähnt, geben 3/5 Deutschen an, sie würden trotz psychischer Probleme in die Arbeit gehen. Deutsche Unternehmen und Führungskräfte sollten im Hinblick auf ansteigende

³⁷ Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 32–33.

³⁸ Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 3.

³⁹ Vgl. Eurofound (2022), S. 36.

⁴⁰ Vgl. Schläger et al. (2023), S. 243.

⁴¹ Vgl. European Agency for Safety and Health at Work et al. (2022), S. 27.

⁴² Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 51–52.

⁴³ Vgl. Eurofound (2022), S. 112.

Zahlen von psychischen Erkrankungen eine offene und vertraute Atmosphäre schaffen, in der mentale Gesundheitsprobleme kein Tabuthema sind.

Um die Wirksamkeit des Arbeitsschutzsystems zu bewerten, fand 2017 die SLIC-Evaluation des Senior Labour Inspectors' Committee statt. Das SLIC ist der Ausschuss der leitenden Arbeitsaufsichtsbeamten der Europäischen Union. Innerhalb dieser Evaluation wurde bestätigt, dass die EU-Richtlinie zu Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit ordnungsgemäß und vollständig umgesetzt worden ist. Darüber hinaus werden Arbeitsaufsichtsbehörden von Arbeitgebern als gut bewertet. Das duale System aus dem autonomen und staatlichen Arbeitsschutzsystem wird ebenso für gut befunden.⁴⁴ In einer Studie der EU gaben rund 83% der Beschäftigten in Deutschland an, einen Sicherheitsbeauftragten oder Ausschuss für Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen zur Verfügung stehen zu haben. Damit schneidet Deutschland mit der 4. höchsten Rate in der Studie ab und liegt 8% über dem EU-Durchschnitt.⁴⁵ Bezüglich der Einhaltung von Arbeitsrechten erhält Deutschland bei der Bewertung des World Economic Forums 2023 die bestmögliche Note.⁴⁶ Trotz eines generell sehr gut funktionierenden Arbeitsschutzes, beschränkt sich der AGS in sogenannten KMU, kleinen und mittleren Unternehmen, oft lediglich auf das gesetzlich Vorgeschriebene.⁴⁷ Hierbei besteht noch Verbesserungspotenzial.

3.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Deutschland

Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist ein seit 2004 gesetzlich vorgeschriebenes Verfahren, welches sich an alle Beschäftigten richtet, die innerhalb der letzten 12 Monate mehr als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig waren. Die Verpflichtung ein BEM anzubieten, ergibt sich für Arbeitgeber aus dem Sozialgesetzbuch IX §167 Abs. 2. Innerhalb des BEM-Verfahrens soll die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und einem erneuten Wiederauftreten vorgebeugt werden. Dies soll in einem Rahmen geschehen, in welchem der Arbeitsplatz erhalten bleiben kann.⁴⁸ Innerhalb des BEMs haben Unternehmen einen Handlungs- und

⁴⁴ Vgl. Velazquez/ Martinez/ Devits (2017), S. 30–32.

⁴⁵ Vgl. Eurofound (2022), S. 67.

⁴⁶ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 122.

⁴⁷ Vgl. Treier (2023), S. 33.

⁴⁸ Vgl. Sozialgesetzbuch IX (2021), o.S.

Entscheidungsspielraum, denn das Gesetz gibt kein genaues BEM-Verfahren im Detail vor. Es kann und soll auf die individuelle Situation des Arbeitnehmers eingegangen werden.⁴⁹

Im Gegensatz zum AGS ist das BEM lediglich für Arbeitgeber verpflichtend. Die Teilnahme am BEM ist für die Mitarbeitenden freiwillig, jedoch können sie selbst die Initiative ergreifen und ein BEM-Verfahren anregen. Diese Initiative können Arbeitnehmer ergreifen, wenn beispielsweise gesundheitliche Einschränkungen die Fortführung der Tätigkeit erschweren. Allerdings besteht kein individueller Rechtsanspruch auf die Durchführung eines BEM. Dies obliegt den betrieblichen Interessenvertretungen. Im Falle der Zustimmung hat das BEM somit bereits einen präventiven Charakter.⁵⁰ Der BEM-Prozess wird nach Zustimmung der betroffenen Person eingeleitet und in der Regel von einem BEM-Beauftragten moderiert. Falls erwünscht, können auch betriebliche Interessenvertretungen, wie beispielsweise der Betriebsrat, die Schwerbehindertenvertretung oder der Betriebsarzt in den Prozess mit einbezogen werden, sofern die betroffene Person ihre Zustimmung erteilt. In kleineren oder mittleren Unternehmen kann auch ein externer Dienstleister zur Durchführung des BEM beauftragt werden.⁵¹ Im Falle einer Ablehnung des BEM-Angebots, dürfen dem Arbeitnehmer daraus keine Nachteile entstehen.⁵²

Allerdings ist die Durchführung des BEMs für beide Parteien durchaus sinnvoll, für die betroffenen Mitarbeiter sowie für Unternehmen. Im Unternehmen können unter anderem Fehlzeiten und Krankheitstage reduziert werden, qualifiziertes Personal an das Unternehmen gebunden werden, sowie die Arbeitszufriedenheit und Produktivität erhöht werden. Dies ist vor allem im Hinblick der Herausforderung des demografischen Wandels und des damit zunehmenden Personalmangels von hoher Bedeutung für Arbeitgeber. Für Arbeitnehmer bietet das BEM eine Unterstützung bei gesundheitlichen Problemen und mindert das Risiko von krankheitsbedingten Rückschlägen. Zudem kann es die Erwerbsfähigkeit verlängern. Das BEM gliedert sich in einigen Schritten. Das oberste Ziel des BEM ist die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern. Das BEM beginnt mit der Orientierungsphase und der Feststellung der AU-Zeiten. Sobald dies erfolgt ist, beginnt die Kontaktaufnahme des Betroffenen. Bereits an dieser Stelle kann der Mitarbeiter das BEM ablehnen. Falls der Beschäftigte dem BEM zustimmt, wird ein Erstgespräch

⁴⁹ Vgl. Pfannstiel/ Mehlich (2018), S. 627.

⁵⁰ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 95.

⁵¹ Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 72–73.

⁵² Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 95.

geführt, nach welchem der Mitarbeiter erneut die Möglichkeit hat, das BEM abzulehnen. Tritt dies nicht ein, folgt die Analyse des Arbeitsplatzes. Hier wird die Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes mit einbezogen. Anschließend werden Fähigkeiten und Anforderungen des Mitarbeiters abgeglichen und entsprechende Maßnahmen entwickelt und durchgeführt. Falls festgestellt wird, dass keine Interventionen möglich sind, wird der BEM-Prozess beendet. Abschließend erfolgt die Wirksamkeitskontrolle und die Evaluation. Falls im Rahmen dieser Evaluation bemerkt wird, dass die Maßnahmen nicht erfolgreich waren, setzt das BEM wieder am Schritt der Analyse des Arbeitsplatzes an. Falls die Interventionen erfolgreich waren, gilt das BEM als abgeschlossen.⁵³

Ein wichtiger Teil des BEM ist die stufenweise Wiedereingliederung, welche einen individuell gestaltbaren Wiedereinstieg ermöglicht und auf die Bedürfnisse der BEM-Berechtigten eingeht. Sie ist eine medizinisch-berufliche Rehabilitation, bei welcher Berechtigte langsam, aber kontinuierlich während der Arbeitsunfähigkeit an den Arbeitsplatz herangeführt werden. Dies wird vor allem bei psychischen Erkrankungen empfohlen.⁵⁴

Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2018 zeigt, dass obwohl das BEM seit 2004 für Arbeitgeber verpflichtend ist, nur rund 40% der potenziell berechtigten Arbeitnehmer ein Angebot auf die betriebliche Eingliederung erhielten. Gleichzeitig wurde in der Befragung ersichtlich, dass fast 70% aller Arbeitnehmer, welche das Angebot erhielten, daran teilnahmen. Von knapp 17.500 befragten Arbeitnehmern waren 8%, somit 1.382 Arbeitnehmer berechtigt, ein BEM-Angebot in Anspruch zu nehmen.

In anderen Bereichen, wie in kleinen Betrieben, im Dienstleistungsbereich sowie im Handwerk erhielten weniger als 40% der BEM-Berechtigten ein entsprechendes Angebot. Das BEM ist häufiger in Betrieben anzutreffen, in welchen betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen umgesetzt werden, eine wertschätzende und unterstützende Führungskultur herrscht und ein ausgeprägtes kollegiales Verhalten vorhanden ist.⁵⁵

Trotz der Tatsache, dass das BEM seit 20 Jahren gesetzlich für den Arbeitgeber verpflichtend ist, zeichnet sich ein großes Defizit seitens des BEM-Angebots der Unternehmen ab. Um den gesetzlichen Anforderungen bundesweit nachzukommen, ist eine flächendeckende Nutzung des BEM in Betrieben nötig. Hierbei besteht in allen

⁵³ Vgl. Richter (2022), S. 44.

⁵⁴ Vgl. Richter (2022), S. 73.

⁵⁵ Vgl. Wrage/ Sikora/ Wegewitz (2020), S. 1–2.

Unternehmensgrößen und Bereichen ein Nachholbedarf. Dieser ist allerdings in kleinen Unternehmen, im Dienstleistungsbereich und im Handwerk besonders erhöht.⁵⁶ Hierbei scheinen unzureichende Informationen nicht das Problem zu sein, sondern vielmehr eine hohe Informationsflut für BEM-Beauftragte. Da das BEM hoch-individuell gestaltet werden muss und sich nach Unternehmensgröße und Branche unterscheidet, scheint es für BEM-Beauftragte schwierig, gefundene Informationen auf das Unternehmen zu übertragen.⁵⁷ Um dem Vorzubeugen hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation den BEM-Kompass ins Leben gerufen, welcher für mehr Orientierung in der Umsetzung sorgen soll.⁵⁸

Eine weitere hochaktuelle Herausforderung sind psychische Erkrankungen, welche für steigende Zahlen der Arbeitsunfähigkeitstage sorgen. Laut des BKK-Gesundheitsreports machten psychische Erkrankungen fast 30% der Krankengeldtage aus. Die Anzahl der Erwerbsminderungsrenten in Deutschland – aufgrund von psychischen Erkrankungen – hat sich von 2000 bis 2020 um 16% erhöht und liegt nun bei 40%. Hierbei fehlt den Arbeitgebern im Umgang mit Betroffenen oft das nötige Know-how, oder Arbeitnehmer sind von Stigmatisierungen betroffen. In einer Studie gaben 62% an, dass sie trotz psychischen Problemen arbeiten gehen und dem Unternehmen nichts über ihrem Gesundheitszustand kommunizieren würden. Dabei ist die Kommunikation ein wesentlicher Bestandteil eines funktionierenden BEMs.⁵⁹

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Deutschland

2015 hat das Präventionsgesetz die Regelungen für das BGF in den §§20 ff. SGB V ausgebaut und ergänzt damit weitere Gesetze rund um das Thema BGF. Dort ist primär vorgeschrieben, dass die Krankenkassen die Gesundheitsförderung in Betrieben unterstützen. Dies geschieht durch Beratung, sowie durch die Unterstützung und den Ausbau von gesundheitsförderlichen Strukturen. Zudem folgte die Implementierung von gesetzlich vorgeschriebenen BGF-Koordinierungsstellen, welche Unternehmen, vor allem KMU, berät. Innerhalb der Beratung wird geholfen, passende Maßnahmen für das Unternehmen zu finden. Arbeitgeber selbst sind laut dem Gesetz nicht verpflichtet, eine betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen zu implementieren und Arbeitnehmer sind nicht

⁵⁶ Vgl. Wrage/ Sikora/ Wegewitz (2020), S. 2.

⁵⁷ Vgl. Richter (2022), S. 98.

⁵⁸ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019), S. o.S.

⁵⁹ Vgl. Schläger et al. (2023), S. 243.

verpflichtet, BGF-Angebote wahrzunehmen. Allerdings bietet der Staat Vorteile für Unternehmen, welche BGF-Maßnahmen anbieten. So sind Maßnahmen unter gewissen Bedingungen bis zu 600 Euro pro Jahr und Beschäftigten steuerfrei.⁶⁰ Diese finden sich im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes wieder. BGF-Interventionen decken meist folgende Bereiche ab: psychische Gesundheit, Ernährung, Sucht und körperliche Belastungen.⁶¹ Deutschland verfügt über viel Literatur zum Thema betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie betriebliche Gesundheitsförderung. Demnach fehlt es Unternehmen nicht am Zugang zu Informationen. In der Literatur werden zudem häufig direkte Maßnahmen als Beispiele erläutert, samt einer Übersicht für welche Unternehmen und Branchen die jeweiligen Maßnahmen geeignet sind und wie sie auf Mitarbeitende wirken.⁶²

Doch trotz der gesetzlichen Anreize sowie genügend Informationsquellen gaben in einer Umfrage 2018 lediglich 47% der Beschäftigten an, dass in ihrem Unternehmen innerhalb der letzten zwei Jahre BGF-Interventionen angeboten wurden. Dabei wird festgestellt, dass die Angebote mit wachsender Betriebsgröße zunehmen.⁶³ Eine Herausforderung der BGF in Deutschland stellt neben einem mangelnden Angebot ebenso die Teilnehmerzahlen dar. 2018 berichteten lediglich 25% der Befragten, ein BGF-Angebot in den letzten zwei Jahren angenommen zu haben.⁶⁴ Eine geringe Teilnehmerzahl wird in vielen Unternehmen berichtet, so beispielsweise auch in einer Fallstudie des mittelständischen Nürnberger Unternehmens SEMIKRON. Dort ist auffällig, dass keine Maßnahme mehr als 50% der Beschäftigten bekannt ist. Zudem wurde ein angebotener Gesundheitstag lediglich von $\frac{1}{4}$ der Beschäftigten wahrgenommen. Dabei wurde festgestellt, dass unter den Teilnehmern Fertigungsarbeiter geringer vertreten sind als Verwaltungskräfte.⁶⁵ Beschäftigte, die ihren eigenen Gesundheitsstatus für nicht gut befunden haben, nahmen lediglich zu 30% an BGF-Maßnahmen teil.⁶⁶ Dies zeigt, dass nicht nur die Teilnahme im Allgemeinen erhöht werden sollte, sondern BGF-Maßnahmen besonders auf Mitarbeiter zugeschnitten sein sollten, die bereits von einem schlechten Gesundheitszustand berichten.

⁶⁰ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 97–98.

⁶¹ Vgl. Esslinger/ Emmert/ Schöffski (2010), S. 68.

⁶² Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 248–253.

⁶³ Vgl. Holleder (2023), S. 277.

⁶⁴ Vgl. Holleder (2023), S. 277.

⁶⁵ Vgl. Schenk/ Stromberg/ Dauer (2010), S. 186.

⁶⁶ Vgl. Holleder (2023), S. 286.

Die Tatsache, dass die BGF nicht nur Vorteile für den Arbeitnehmer, sondern auch für den Arbeitgeber bietet, haben einige deutsche Unternehmen erkannt. In Deutschland wird die betriebliche Gesundheitsförderung bei 21% der befragten Unternehmen einer weltweiten Studie angewendet, um für qualifiziertes Personal attraktiver zu wirken. Deutschland liegt damit über dem weltweiten Durchschnitt von 18%.⁶⁷ Demnach lässt sich ableiten, dass Unternehmen mit einem höheren Fokus auf die betriebliche Gesundheitsförderung für Arbeitnehmer als attraktiv gelten.

Laut dem Datensatz Linked Personnel Panel können Führungskräfte einen entscheidenden Beitrag in der Verringerung von Fehlzeiten und Präsentismus leisten. Dies ergibt sich anhand von zusammengeführten Daten aus Betriebs- und Beschäftigtenbefragungen im Rahmen des Forschungsprojekts „Arbeitsqualität und wirtschaftlicher Erfolg“. Dort zeigt sich, dass in Unternehmen, in welchen die Führungskraft mit einer hohen Fairness angesehen wird, sowohl die Krankheitstage als auch Präsentismustage stark reduziert werden. So betragen die Krankheitstage dort 9,7 Tage und Präsentismustage 5,8 Tage. Im Vergleich zu Unternehmen in welchen die Fairness der Führungskraft als gering angesehen wird, werden 14,2 Krankheitstage und 11,0 Präsentismustage angegeben.⁶⁸

Die mentale Gesundheit gewinnt zunehmend an Bedeutung, sowohl im gesellschaftlichen als auch im arbeitsbezogenen Kontext. In Umfragewerten schneidet Deutschland im Bezug auf Initiativen zur Bekämpfung von Stress und psychischen Problemen am Arbeitsplatz insgesamt gut ab und liegt in allen vier befragten Kategorien weit über dem EU-Durchschnitt. In einer Kategorie der Umfrage, in welcher untersucht wurde, ob Mitarbeiter von ihrem Arbeitgeber zu stressigen oder belastenden Aspekten ihrer Arbeit befragt wurden, erzielte Deutschland das beste Ergebnis. 62% der Befragten bestätigten die Nachfrage seitens des Unternehmens.⁶⁹ Obwohl Deutschland diesbezüglich in der Umfrage europaweit am besten abschneidet, wäre es angesichts der Signifikanz der mentalen Gesundheit dennoch wünschenswert, wenn das Ergebnis höher ausfällt.

Zukünftige Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitsförderung stellen vor allem die digitale Transformation sowie die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden dar. Die digitale Transformation ist in den letzten Jahren, jedoch besonders während dem Zeitraum der COVID-19 Pandemie durch die vermehrte Nutzung von Homeoffice stark weiterentwickelt. Durch diese Änderung entwickeln sich Arbeitsweisen, Kommunikations-

⁶⁷ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 123.

⁶⁸ Vgl. Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023), S. 49–52.

⁶⁹ Vgl. European Agency for Safety and Health at Work et al. (2022), S. 33.

und Informationsflüsse weiter. Die psychische Gesundheit gewann zuletzt vermehrt an Bedeutung und wird in Diskussionen immer häufiger thematisiert. Dies lässt sich unter anderem mit der stetigen Zunahme der Diagnosehäufigkeit von psychischen Erkrankungen erklären.⁷⁰

Bei optimaler Umsetzung können diese Herausforderungen jedoch als Chancen genutzt werden. So können im Rahmen der digitalen Transformation Gesundheitsapps oder Gesundheitsplattformen für das BGF angewendet werden.⁷¹ Ebenso wie in den anderen Bereichen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist auch in der BGF ein Mangel an Angeboten in KMU in Deutschland ersichtlich. Hierbei besteht vor allem die Schwierigkeit darin, personelle, finanzielle und zeitliche Ressourcen zu beschaffen.

Eine bedeutende Schwierigkeit stellen niedrige Teilnehmerzahlen, aber genauso unzureichende Angebote an BGF-Maßnahmen dar. Zudem sollte darauf geachtet werden, individuell zugeschnittene Interventionen anzubieten. Dies ist zunehmend relevant, da Deutschland in einer OECD-Studie, in welcher vier Gesundheitsrisiken international gemessen wurden, in jeder der vier Kategorien schlechter als der OECD-Durchschnitt abschneidet. Demzufolge ist die Dringlichkeit von BGF-Angeboten besonders hoch.

Außerdem ist es von Bedeutung, dass besonders Mitarbeiter mit bereits bestehenden Gesundheitsproblemen oder ungesunder Lebensweisen BGF-Programme besuchen. Abschließend kann gesagt werden, dass Deutschland trotz der bereits gebotenen Maßnahmen einen großen Handlungsbedarf hat.

⁷⁰ Vgl. Alsdorf et al. (2017), S. 22.

⁷¹ Vgl. Matusiewicz/ Walle/ Lange (2022), S. 30–31.

4 Betriebliches Gesundheitsmanagement in Spanien

4.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Spanien

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz in Spanien, *Salud y seguridad en el trabajo*, soll durch die Prävention von Verletzungen und Krankheiten, sowie der Förderung der Gesundheit der Beschäftigten wesentlich zur Sicherung eines qualitativ hochwertigen Arbeitsmarktes beitragen. Hierfür ist primär das bundesweite Gesetz 31/1995 über Prävention von Arbeitsrisiken maßgebend. Es legt die Rechte und Pflichten von Arbeitgebern und Arbeitnehmern im Zusammenhang mit der Prävention von Arbeitsrisiken fest. Basierend auf der EU-Richtlinie 89/391/EWG wurde es 1995 verabschiedet.⁷² Das Gesetz 31/1995 wird von mehreren Verordnungen ergänzt. Zu den wichtigsten Institutionen zählt das Nationale Institut für Sicherheit und Gesundheit, *Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)*, welches bei der Umsetzung der Maßnahmen berät und Forschung sowie Wissensverbreitung fördert.⁷³ Innerhalb der 17 autonomen Gemeinschaften Spaniens können ebenso Vorschriften zum Arbeitsschutz erlassen werden. Die Arbeitsinspektion, *Inspección de Trabajo y Seguridad Social* überwacht die Einhaltung der Arbeitsschutzgesetze.⁷⁴

Nach dem Überblick der gesetzlichen Lage sowie der Verantwortlichkeiten jeweiliger Akteure, folgt nun der Ausblick in die Realität mittels Kennzahlen. Von 43,38 Millionen Einwohnern⁷⁵ sind in Spanien im 2. Quartal 2024 21,684 Millionen Menschen erwerbstätig. Verglichen mit dem Vorjahr ist die Zahl der Erwerbstätigen gestiegen.⁷⁶ Seit 1980 hat sich die Anzahl der Beschäftigten von 12,3 Millionen fast verdoppelt.⁷⁷ Die Erwerbsquote liegt bei 52,26%, wobei Einwohner unter 16 Jahren nicht berücksichtigt werden.⁷⁸ Die Arbeitslosenquote der Bevölkerung ab 16 Jahren liegt bei 11,27% und sinkt seit 2021 stetig.⁷⁹ Allerdings ist die Arbeitslosenquote Spaniens verglichen mit dem OECD-

⁷² Vgl. Juan Carlos I (1995), S. 1.

⁷³ Vgl. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (o.J.), S. 1–4.

⁷⁴ Vgl. Juan Carlos I (1995), S. 15.

⁷⁵ Vgl. Statista Research Department (2025), o.S.

⁷⁶ Vgl. Instituto Nacional de Estadística (2024c), o.S.

⁷⁷ Vgl. Bruno Urmersbach (2024), o.S.

⁷⁸ Vgl. Instituto Nacional de Estadística (2024a), o.S.

⁷⁹ Vgl. Instituto Nacional de Estadística (2024b), o.S.

Durchschnitt von 4,9% besorgniserregend. Spanien weist die höchste Arbeitslosenquote in Europa auf.⁸⁰

Ähnlich wie in Deutschland stehen Erwerbstätigen in Spanien bezahlte Krankheitstage zu. Im Falle einer nicht-arbeitsbezogenen Erwerbsunfähigkeit wird ab dem vierten Krankheitstag 60% des Gehalts vom Arbeitgeber bezahlt. Bei einer arbeitsbezogenen Erwerbsunfähigkeit wird ab dem zweiten Krankheitstag 75% des Gehalts vom Arbeitgeber bezahlt. Hierbei ist allerdings wichtig zu erwähnen, dass einige Unternehmen Zusatzzahlungen leisten und beispielsweise die ersten drei Krankheitstage zusätzlich bezahlen.⁸¹

Eine wichtige Ergänzung zu den Regelungen rund um krankheitsbedingte Fehlzeiten ist die tatsächliche Zahl der Arbeitsunfälle, die ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten haben. Im Jahr 2023 wurden rund 525.000 nicht tödliche Arbeitsunfälle gemeldet. Dies entspricht einer Inzidenz von etwa 2.800 je 100.000 Beschäftigte. Insgesamt wurden 616 tödliche Arbeitsfälle aufgezeichnet, was einer Inzidenz von 3,1 je 100.000 Beschäftigte entspricht. Dabei sind Männer häufiger von Arbeitsunfällen und vor allem von tödlichen Arbeitsunfällen betroffen als Frauen. Im Vergleich zum Vorjahr 2022 ist die Anzahl der nicht-tödlichen als auch tödlichen Arbeitsunfälle deutlich gesunken.⁸² So geschahen 60% aller schweren oder tödlichen Arbeitsunfälle in Unternehmen mit 25 oder weniger als 25 Arbeitnehmern.⁸³ Die meisten Arbeitsunfälle sind im Zusammenhang mit einem Verkehrsmittel, dem Hantieren mit Gegenständen, oder bei der Arbeit mit Handwerkzeugen geschehen. Die häufigsten Auslöser waren körperliche Überanstrengung mit 31,2% und Schläge oder Stöße gegen den Körper oder einen Gegenstand.⁸⁴ Fast die Hälfte aller tödlichen Arbeitsunfälle sind mit 43,7% auf Schlaganfälle, Herzinfarkte und andere nichttraumatische Erkrankungen zurückzuführen. Danach folgen Zusammenstöße und Schläge gegen Gegenstände mit 15,7% sowie Verkehrsunfälle mit 15,1%.⁸⁵ Hierbei wurden alle Arbeitsbranchen, Unternehmensgrößen und Berufsgruppen berücksichtigt. Es ist jedoch wichtig zu erwähnen, dass sich die Hauptursachen für Arbeitsunfälle je nach Branche, Unternehmensgröße und

⁸⁰ Vgl. OECD (2024), S. 1.

⁸¹ Vgl. Alba-Ramirez/ López-Mourelo (2017), S. 4–5.

⁸² Vgl. INSST/ Fernández (2024), S. 2–3.

⁸³ Vgl. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (2023), S. 17.

⁸⁴ Vgl. INSST/ Fernández (2024), S. 14–17.

⁸⁵ Vgl. INSST/ Fernández (2024), S. 25.

Berufsgruppe ändert. Unternehmen mit weniger als fünf Mitarbeitern, ist die mit am häufigsten vertretene Unternehmensgröße.⁸⁶

Laut einer Umfrage gaben etwa 65% der Beschäftigten an, einen Sicherheitsbeauftragten oder Ausschuss für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zu haben. Damit liegt Spanien unter dem EU-Durchschnitt von fast 75%.⁸⁷ Dabei spielen diese Akteure eine zentrale Rolle für den Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Neben tatsächlichen Fehltagen spielt auch das Phänomen Präsentismus eine wichtige Rolle. Im Jahr 2021 waren laut einer EU-Studie fast 30% aller Frauen und etwa 26% aller Männer von Präsentismus betroffen. Damit liegt Spanien leicht unter dem EU-Durchschnitt.⁸⁸ Eine mögliche Begründung für den Präsentismus in Spanien könnte sich darin finden, dass 32% der Arbeitnehmer von Zeitdruck oder zu hoher Arbeitslast auf der Arbeit berichten.⁸⁹

Um die Arbeits- und Gesundheitssicherheit am Arbeitsplatz weiterzuentwickeln hat das INSST die *spanish strategy on occupational safety and health*, einen Fahrplan für die Umsetzung dieser Richtlinien für die Jahre 2023 – 2027 veröffentlicht. Dieser basiert auf dem strategischen Rahmenwerk für AGS 2021 – 2027 der Europäischen Union.⁹⁰ Die Maßnahmen beinhalten unter anderem die Themen Arbeitsunfälle, Veränderungen der Arbeitswelt und Schulungen im Bereich der betrieblichen Risikoprävention. Ein Kernpunkt der Strategie bildet die Unterstützung von KMU bei AGS-Themen.⁹¹ Zudem wird dort erstmals der mentalen Gesundheit besondere Aufmerksamkeit gewidmet.⁹² Dies ist von besonderem Interesse, denn in einer europäischen Studie geben 56% der Spanier an, die Offenlegung eines psychischen Problems in der Arbeit hätte eine negative Auswirkung auf ihre Arbeitsstelle. Der EU-Durchschnitt lag bei 50%.⁹³ Damit zeigt sich, dass das INSST Lücken des AGS anerkannt hat und diese konkret bekämpfen will. Spanien erhielt im Rahmen einer Bewertung des World Economic Forums bezüglich der Einhaltung der Arbeitsrechte die Note 1 von 10 möglichen Stufen. Dabei ist 0 die bestmögliche Note.⁹⁴

⁸⁶ Vgl. Fuentes-Bargues et al. (2023), S. 13, 22.

⁸⁷ Vgl. Eurofound (2022), S. 67.

⁸⁸ Vgl. Eurofound (2022), S. 112.

⁸⁹ Vgl. INSST (2023), S. 12.

⁹⁰ Vgl. INSST (2023), S. 3.

⁹¹ Vgl. INSST (2023), S. 30.

⁹² Vgl. Godino Alejandro (2024), S. 15.

⁹³ Vgl. European Agency for Safety and Health at Work et al. (2022), S. 27.

⁹⁴ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 164.

Folglich zeigt sich, dass Spanien trotz einiger Schwachpunkte, wie der geringen Quote an Sicherheitsbeauftragten oder einem AGS-Ausschuss, sowie relativ vieler Fälle von Berufsunfällen dennoch ein gutes System des AGS vorzuweisen hat.

4.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Spanien

In Spanien zielen Maßnahmen der betrieblichen Eingliederung vorwiegend auf Beschäftigte mit einer anerkannten, permanenten gesundheitlichen Beeinträchtigung oder Behinderung ab. Arbeitnehmer mit längerer Krankheitsabwesenheit haben lediglich ein Recht auf die medizinische Rehabilitation, die auf Empfehlung des behandelnden Arztes erfolgt. Allerdings haben Arbeitnehmer kein Recht auf Rehabilitationsmaßnahmen am Arbeitsplatz, um den Wiedereinstieg in das Berufsleben zu erleichtern.

Darüber hinaus existieren private Unternehmen, welche Dienstleistungen für Arbeitnehmer und Unternehmen nach einer unfall- oder krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit anbieten. Das Ziel dabei ist, sie bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Eine solche Dienstleistung wird nur auf freiwilliger Basis vom Arbeitgeber angeboten.

Des Weiteren sind Betriebsärzte kein klassischer Teil des betrieblichen Eingliederungsmanagements selbst. Die Hauptaufgabe der Betriebsärzte beinhaltet die Untersuchung der Mitarbeiter, der Förderung gesunder Verhaltensweisen mit Rücksichtnahme auf die gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Bedürfnisse. Das nationale Institut für soziale Sicherheit und die Krankenversicherungen spielen die Hauptrolle in der Rehabilitation und der Rückkehr an den Arbeitsplatz. Allerdings wird der Fokus hierbei eher auf die Anerkennung eines Grades der Arbeitsunfähigkeit und der Überprüfung dieses Grades gelegt. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Spanien ein hoher Nachholbedarf an betrieblichen Eingliederungsmaßnahmen besteht, da es keine gesetzliche Grundlage für ein BEM-System wie es in Deutschland verstanden wird, gibt.⁹⁵ Besonders mit Blick auf die hohen Arbeitslosenzahlen Spaniens könnte die Einführung eines ganzheitlichen BEM-Systems einen erheblichen Beitrag zur Minderung der Arbeitslosenquote leisten.

4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Spanien

Während Spanien weltweit eine der höchsten Lebenserwartungen nachweisen kann, ist die Erwartung der Lebensjahre in Gesundheit im internationalen Vergleich niedriger. Effektive betriebliche Gesundheitsförderung könnte für eine höhere Erwartung an gesunden

⁹⁵ Vgl. Anaya/ Ayuso/ Fries-Tersch (2015), S. 26–33.

Lebensjahren sorgen. Eine Maßnahme, um dies zu gewährleisten war die Gründung des spanischen Netzwerkes an „gesunden Unternehmen“, das Red Española de Empresas Saludables (REES). Diese entstand aus dem Projekt „Gesunde Unternehmen“, welches im Jahre 2013 in Anlehnung an die Arbeit des European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) ins Leben gerufen wurde. Unternehmen, die sich dem spanischen Netzwerk anschließen wollen, müssen einige Voraussetzungen und Qualitätskriterien erfüllen. Eine dieser Voraussetzungen ist die Zustimmung der Einhaltung der Luxemburger Deklaration welche 1997 vom ENWHP veröffentlicht wurde. Diese legt grundlegende Handlungsprinzipien und Rahmenbedingungen für ein gutes BGF-System fest.⁹⁶ Zudem müssen Unternehmen die Gesundheit der Arbeitnehmer in allen Bereichen der Unternehmenspolitik berücksichtigen. Jährlich finden im Rahmen des REES Veranstaltungen statt, in welchem Unternehmen für best-practice BGF-Systeme ausgezeichnet werden. Im Jahr 2022 waren 860 Unternehmen Mitglied des REES. BGF-Maßnahmen die von Mitgliedsunternehmen durchgeführt werden, reichen von physischen Aktivitäten zu psychologischer Unterstützung bis hin zur Prävention von chronischen Krankheiten.⁹⁷

Des Weiteren haben sechs von sieben autonomen Staaten ein BGF-Programm festgelegt. In fünf der sechs Staaten wurden dabei Verordnungen bezüglich der betrieblichen Gesundheitsförderung erlassen. In der Evaluation dieser Programme hat sich gezeigt, dass die Teilnehmerate einen übergreifenden Schwachpunkt darstellt.⁹⁸ Allerdings erfolgte keine Angabe genauer Teilnehmeraten. Dennoch ist eine ausreichende Teilnahme an BGF-Programmen essenziell. Zusätzlich ist es wichtig, dass sich weitere autonome Staaten dem Thema betriebliche Gesundheitsförderung widmen.⁹⁹

Wie bereits erwähnt sollten Maßnahmen der BGF an die Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestimmt sein. So können sich möglichst viele Vorteile der BGF entfalten. Die Bedürfnisse der Mitarbeiter leiten sich beispielsweise aus Gesundheitsrisiken oder Gesundheitsproblemen ab. In Betracht auf Gesundheitsprobleme in Spanien ergibt sich nach einer OECD-Studie, dass fast 1/5 der Bevölkerung von einer Nikotinsucht betroffen sind. Damit zählt Spanien zu dem obersten Drittel der OECD-Länder, mit der höchsten Raucherquote. Spanien liegt dabei 2,3% über dem OECD-Durchschnitt von 16,5%. Laut der

⁹⁶ Vgl. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (o.J.a), o.S.

⁹⁷ Vgl. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (o.J.b), o.S.

⁹⁸ Vgl. Ramos Montserrat et al. (2021), S. 10.

⁹⁹ Vgl. Ramos Montserrat et al. (2021), S. 8–10.

Studie sind 46% der Arbeitnehmer von Stress betroffen, was ausgehend von dem Durchschnitt von 41,5%, ein erhöhtes Ergebnis ist. Bei den restlichen Ergebnissen der insgesamt vier untersuchten Gesundheitsrisiken liegt Spanien jeweils unter dem OECD-Durchschnitt und weist somit ein geringeres Risiko für übergewichtige und adipöse sowie alkoholsüchtige Menschen auf.¹⁰⁰ Dennoch sollten alle Faktoren, insbesondere der hohe Anteil an Rauchern sowie gestresste Arbeitnehmer beobachtet werden. Es ist ratsam, dass Unternehmen Angebote beispielsweise zur Suchtbekämpfung anbieten.

In Umfragewerten schneidet Spanien im Bezug auf Initiativen zur Bekämpfung von Stress und psychischen Problemen am Arbeitsplatz in allen vier befragten Kategorien, verglichen mit dem EU-Durchschnitt, unterdurchschnittlich ab. Vor allem bei der Frage, ob Zugang zu Beratungsstellen oder psychologische Unterstützung im Unternehmen vorhanden ist, gaben lediglich 18% der Beschäftigten an, dass dies der Fall sei.¹⁰¹ Hinsichtlich der Bekämpfung und Reduzierung von Stress sollten dringend Initiativen zur Verbesserung ergriffen werden. Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, lässt sich in Spanien ein erhöhtes Stresslevel der Arbeitnehmer nachweisen. Deshalb ist es umso wichtiger, dahingehend Maßnahmen zu implementieren und auszubauen. Besonders im Hinblick der zunehmenden Fälle von psychischen Problemen und Stress weltweit sollten mehr Angebote zur Vorbeugung und Reduzierung geschaffen werden.

In Spanien nutzen laut einer weltweiten Studie 27% der befragten Unternehmen BGF als Maßnahme um die Verfügbarkeit von Fachkräften zu verbessern. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 18%.¹⁰²

Das INSST unterstützt Unternehmen bei der Implementierung eines erfolgreichen BGF-Systems anhand von Tools oder Informationsblätter. Um die Qualität von BGF-Maßnahmen zu messen, hat das spanische Arbeitsministerium zusammen mit dem ENWHP beispielsweise einen Fragebogen für Unternehmen entworfen.¹⁰³ Dieser soll Unternehmen dabei helfen herauszufinden, wie attraktiv und effektiv angebotene Programme sind. Darüber hinaus kann es Aufschluss geben, welche Interventionen Unternehmen bevorzugen sollten und auf welche sie verzichten können.¹⁰⁴ Ein weiteres Tool,

¹⁰⁰ Vgl. OECD Health Policy Studies (2022), S. 50.

¹⁰¹ Vgl. European Agency for Safety and Health at Work et al. (2022), S. 33.

¹⁰² Vgl. World Economic Forum (2023), S. 165.

¹⁰³ Vgl. European Network for Workplace Health Promotion (2003), S. 1–2.

¹⁰⁴ Vgl. European Network for Workplace Health Promotion (2003), S. 1–2.

dass Arbeitgebern vom INSST zur Verfügung gestellt wird, ist die Investitionsberechnung von BGF-Maßnahmen. Dabei kann ein Unternehmen die Kosten ermitteln, die sich durch eine fehlende Investition im BGF ergeben haben. Auf der anderen Seite lassen sich Einsparungen im Falle einer Durchführung von BGF-Maßnahmen berechnen.¹⁰⁵ Es lässt sich sagen, dass das INSST einige Maßnahmen unternimmt, um die Implementierung von BGF-Interventionen zu fördern.

Allerdings konnten keine repräsentativen Daten zur Teilnahmequote von Arbeitnehmern, der Angebotsquote von Unternehmen, getätigten Investitionen oder Maßnahmen der Evaluation im Bereich der BGF ausfindig gemacht werden. Dabei wurden Plattformen sämtlicher relevanter Organisationen (INSST, ENWHP, PEROSH, Eurostat, OECD, EU-OSHA) sowie Datenbanken (u.a. Pubmed, Statista, SpringerLink) nach den oben genannten Kennzahlen sowohl auf Deutsch, Englisch als auch auf Spanisch durchsucht. Folglich lässt sich darauf schließen, dass in Spanien mehr Forschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung nötig ist. Deshalb kann über den aktuellen Stand nur gemutmaßt werden. Ausgehend auf den Bemühungen des INSST, der Gründung des REES und der Tatsache, dass zwei von acht Vorstandsmitglieder des ENWHP spanische Staatsbürger¹⁰⁶ sind, kann gesagt werden, dass die Relevanz der BGF in Spanien bekannt ist.

¹⁰⁵ Vgl. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2023), S. 5.

¹⁰⁶ Vgl. ENWHP (2018), o.S.

5 Betriebliches Gesundheitsmanagement in den USA

5.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz USA

1970 wurde der Occupational Safety and Health Act durch den US-Kongress verabschiedet. Dieses Gesetz gewährleistet sichere und gesunde Arbeitsbedingungen für Beschäftigte.¹⁰⁷ Daraufhin wurde die Occupational Safety and Health Administration (OSHA) gegründet, um die Sicherheits- und Gesundheitsvorschriften des Occupational Safety and Health Acts durchzusetzen. Die Aufgaben der OSHA reichen von der Schulung und Informationsgabe an Arbeitgeber und Arbeitnehmer, zu Inspektionen von Unternehmen bis hin zur Erhebung von Geldstrafen bei Verstößen des AGS. Die durchgeführten Inspektionen dienen der Aufdeckung von Gefahren am Arbeitsplatz. Dabei wird zwischen „Programmed“ und „Unprogrammed“ Inspektionen unterschieden. Unprogrammed Inspektionen finden nach Hinweisen über potenziell gefährliche Arbeitsbedingungen oder Arbeitsunfälle in einem Unternehmen sein.¹⁰⁸ Im Jahr 2023 wurden von der OSHA 34.221 Unternehmen inspiziert, davon fanden rund 15.800 planmäßig und knapp 18.400 außerplanmäßig statt.¹⁰⁹ Die OSHA inspiziert demnach eine Vielzahl an Unternehmen jährlich. Eine weitere wichtige Instanz im AGS spielen Sicherheitsbeauftragte in Unternehmen. In einer Studie gaben 83,5% der Befragten an, dass ihr Unternehmen einen Sicherheitsbeauftragten vorweisen kann.¹¹⁰

In nachfolgendem Text werden Kennzahlen zur Einschätzung des AGS-Systems sowie dem generellen Gesundheitszustand der Arbeitnehmer in den USA, genannt. Im Jahr 2024 sind 161.434 Millionen Einwohner erwerbstätig. Dies entspricht einer Beschäftigungsquote von 60%, ausgehend von einer zivilen nichtinstitutionellen Bevölkerung von 268.856 Millionen Menschen. Hierbei werden Personen unter 16 Jahren, sowie Personen, die sich in Institutionen wie Gefängnissen, Pflegeheimen oder anderen Langzeiteinrichtungen befinden, nicht mit eingerechnet.¹¹¹ Die Arbeitslosenquote liegt bei 4,1%.¹¹²

¹⁰⁷ Vgl. U.S. Department of Labor (1970), o.S.

¹⁰⁸ Vgl. Li/ Singleton (2019), S. 2.

¹⁰⁹ Vgl. Occupational Safety and Health Administration (o.J.), o.S.

¹¹⁰ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 1.

¹¹¹ Vgl. Bureau of Labor Statistics (2024), S. 4.

¹¹² Vgl. OECD (2024), S. 1.

Im Jahr 2022 verzeichnete das Bureau of Labor Statistics rund 2.804.200 Arbeitsunfälle, hiervon geschahen rund ein Fünftel der Fälle bei Arbeitnehmern im Gesundheitswesen.¹¹³ Von den 2,8 Millionen Arbeitsunfällen endeten 5.486 tödlich. Die Todesfälle sind im Vergleich zu 2021 um 5,7% gestiegen. Die Inzidenz der tödlichen Arbeitsfälle liegt bei 3,7. Rund 2.000 tödliche Arbeitsunfälle entfallen auf den Transport, der damit weitaus den größten Anteil an tödlichen Arbeitsunfällen ausmacht. Hierbei ist jedoch nicht ersichtlich, ob der Arbeitsweg bereits als Berufsunfall gezählt wird. Danach folgen Stürze, Gewalteinflüsse von Menschen oder Tieren und der Einfluss schädlicher Substanzen oder Umgebungen mit jeweils knapp 800 Fällen.¹¹⁴ Mit der Erkenntnis, welche Arbeitsunfälle vermehrt auftreten, können und sollten Präventionsmaßnahmen abgeleitet werden.

Neben den Arbeitsunfällen ist die Betrachtung der Krankheitstage ebenso interessant für einen Einblick in das Arbeits- und Gesundheitssystem. Um die Krankheitstage, sowie die Krankheitsdauer der Beschäftigten in den USA mit anderen Ländern vergleichen zu können, sollte primär das System für bezahlte Krankheitstage in den USA erläutert werden. Anders als in Deutschland gibt es hierzu keine bundesweite Vorschrift, allerdings gilt laut dem Family and Medical Leave Act, dass der Arbeitgeber bis zu zwölf Wochen unbezahlten Urlaub aus bestimmten medizinischen Gründen gewähren muss.¹¹⁵ 15 Bundesstaaten – darunter Kalifornien und New York - haben Gesetze für bezahlten Krankenurlaub verabschiedet. Darin wird die Anzahl der bezahlten Krankheitstage meist über die Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden verdient. Folglich verdienen Beschäftigte meist für 30 Arbeitsstunden eine Krankheitsstunde. Derzeit hat allerdings fast ein Viertel der Beschäftigten keine bezahlten Krankheitstage.¹¹⁶ Eine Studie aus dem Jahr 2023 ergab, dass rund 23% keine Fehltage hatten und 18% nicht mehr als drei Tage krank waren. Lediglich 4% gaben an, zwischen 11-20 Tagen krankheitsbedingt gefehlt zu haben. Im Vergleich zu 2022 sind die Krankheitstage 2023 leicht angestiegen¹¹⁷

Vor diesem Hintergrund berichtete mehr als ein Drittel der Arbeitgeber, ein Problem mit Präsentismus im Unternehmen festgestellt zu haben.¹¹⁸ Fast 70% der Beschäftigten gaben in einer Befragung an, in den letzten 12 Monaten von Präsentismus betroffen gewesen zu

¹¹³ Vgl. Statista Research Department (2023), o.S.

¹¹⁴ Vgl. Bureau of Labor Statistics (2023), S. 1.

¹¹⁵ Vgl. U.S. Department of Labor (o.J.), o.S.

¹¹⁶ Vgl. Weston (2024), o.S.

¹¹⁷ Vgl. John Elflein (2024), o.S.

¹¹⁸ Vgl. Corley/ Frothingham/ Bahn (2017), S. 12.

sein.¹¹⁹ Die Gründe für Präsentismus in den USA sind neben finanziellen Sorgen auch die Angst, gekündigt zu werden, oder mit den Tätigkeiten in Rückstand zu geraten, zurückzuführen.¹²⁰ Die Auswirkung von Präsentismus auf den Arbeitnehmer wird unter anderem in einer U.S. Studie deutlich. Aus dieser geht hervor, dass Beschäftigte, welche krank zur Arbeit gehen, eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit haben, psychische Belastungen zu erleiden als jene, die sich bei Krankheit ausruhen und zuhause bleiben.¹²¹ Zudem sind die Kosten von Präsentismus oft höher als die Kosten des Absentismus für das Unternehmen.¹²² In einer US-Studie wurden die häufigsten Beeinträchtigungen im Zusammenhang mit Präsentismus erhoben. Dabei ergab sich, dass Beschäftigte die über Allergien, Bluthochdruck, chronische Rückenschmerzen und psychische Erkrankungen klagten, meist trotz ihrer Beeinträchtigung arbeiteten.¹²³ Um die Produktivität in Unternehmen zu erhöhen und die Gesundheit der Mitarbeiter zu sichern, sollten Maßnahmen getroffen werden, um das Präsentismus-Verhalten zu reduzieren.

Für eine realistische Betrachtung des AGS, sollte auch auf den tatsächlichen Ist-Zustand der Gesetzeseinhaltung eingegangen werden. Das World Economic Forum hat im Zuge eines umfangreichen internationalen Berichts Länderprofile erstellt. Innerhalb dieser Profile wird angegeben, inwiefern das jeweilige Land ihre Arbeitsrechte einhält. Dabei konnte allerdings für die USA keine Angabe gemacht werden. Der Grund hierfür ist nicht ersichtlich. Allerdings wurde der Index für Arbeitnehmerrechte auf einer Skala von 1-5 bei 4 angegeben. Dabei sagt 1 aus, dass Rechte sporadisch verletzt werden und 5 bedeutet, dass keine Garantie für die Einhaltung von Rechten aufgrund des Zusammenbruchs der Rechtsstaatlichkeit gegeben ist.¹²⁴ Da der Grund für die schlechte Bewertung in dem Länderbericht nicht nachzuvollziehen ist, sollte diese Angabe kritisch hinterfragt werden. In Anbetracht der regelmäßig durchgeführten Inspektionen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der hohen Quote an Arbeitnehmern mit einem Sicherheitsbeauftragten, lässt sich darauf schließen, dass der AGS im Allgemeinen in den USA stabil ist. Allerdings könnte die Quote auf die recht hohen Inzidenzen der tödlichen Arbeitsunfälle, die

¹¹⁹ Vgl. Maestas/ Mullen/ Rennane (2021), S. 11.

¹²⁰ Vgl. Burke/ Clarke/ Cooper (2016), S. 21.

¹²¹ Vgl. Mykyta (2023), S. 1–4.

¹²² Vgl. Corley/ Frothingham/ Bahn (2017), S. 12.

¹²³ Vgl. Allen et al. (2018), S. 4–5.

¹²⁴ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 180.

hohen Präsentismusraten oder die Regelungen für nicht-bezahlte Krankheitstage begründet sein.

5.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement USA

Bereits 1999 hat das General Accounting Office der USA Empfehlungen ausgesprochen, BEM-Strategien zu implementieren und zu verbessern, um Menschen mit Gesundheitsbeeinträchtigungen wieder zurück in das Berufsleben zu bringen. Dabei wurde bereits auf erfolgreiche Systeme in Deutschland und Schweden verwiesen. Damals wurde ein BEM vor allem im Blick auf die steigend hohen Zahlungen an Erwerbsunfähigen empfohlen.¹²⁵ Die Stay-at-Work/Return-to-Work (SAW/RTW) Policy Collaborative wurde vom U.S. Department of Labor's Office of Disability Employment Policy ins Leben gerufen. Ziel dieser Initiative ist es, Arbeitnehmer die aufgrund von Verletzungen, schweren Erkrankungen oder Behinderungen ihre Arbeit unterbrechen mussten, wieder in den Arbeitsalltag zu integrieren oder weiterhin beschäftigen zu können. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Strategien und Programme entwickelt und gefördert.

Dabei hat die SAW/RTW Policy Collaborative einige Handlungsempfehlungen für den Staat sowie Arbeitgeber veröffentlicht. Diese sollen Arbeitgebern aufzeigen, wie Arbeitnehmer bei der Wiedereingliederung und bei dem Erhalt des Arbeitsplatzes unterstützt werden können.¹²⁶ Zudem haben viele Bundesstaaten eigene Empfehlungen veröffentlicht. Seit 1990 gibt es den Americans with Disabilities Act (ADA), welcher Menschen mit Behinderung den Zugang und die Teilhabe an der Gesellschaft erleichtern soll. 2008 wurde dieser Act um einige Änderungen erweitert, so beispielsweise auch die Definition von Menschen mit Behinderung bzw. Beeinträchtigung. Diese wird im ADA als eine Person definiert, welche aufgrund von physischer oder psychischer Beeinträchtigung, in einer oder mehreren wichtigen Lebensaktivitäten erheblich eingeschränkt ist. Arbeit zählt im ADA als wichtige Lebensaktivität. Unter der Beeinträchtigung werden unter anderem Krebs, Diabetes, Autismus, HIV oder Blindheit aufgelistet. ADA ist für Unternehmen ab 15 Mitarbeitern verpflichtend. Das Gesetz schreibt vor, dass Menschen mit Beeinträchtigung nicht diskriminiert werden dürfen, angemessene Einrichtungen für sie im Unternehmen verfügbar sein müssen und ggf. der Arbeitsplatz an die Beeinträchtigung angepasst werden muss. Dies kann durch veränderte Arbeitszeiten, einer Versetzung auf eine andere

¹²⁵ Vgl. Sim (1999), S. 41.

¹²⁶ Vgl. Ashley et al. (2017), S. 22–24.

Stelle oder ähnlichem geschehen.¹²⁷ Während der Americans with Disabilities Act Menschen mit Beeinträchtigungen hilft, leichter an eine Arbeitsstelle zu gelangen und das Arbeitsleben dort zu verbessern, gibt es keine Regelungen, wie sich ein Arbeitgeber im Falle einer betrieblichen Wiedereingliederung verhalten soll, geschweige denn dass eine Wiedereingliederung nach einer längeren Krankheitsphase stattfinden muss. Der ADA setzt erst nach dem eigentlichen BEM ein, nachdem der Betroffene bereits längere Zeit infolge seiner Erwerbsunfähigkeit arbeitslos ist.¹²⁸

Ein betriebliches Eingliederungsmanagement wie es beispielsweise in Deutschland existiert, wäre auch in den USA sinnvoll. Dies ergibt sich nach einem Blick auf aktuelle Arbeitslosenquoten von Menschen mit Beeinträchtigungen. Demnach sind 8,3% aller Menschen mit Beeinträchtigung ab 16 Jahren arbeitslos. Verglichen mit dem Vorjahr ist diese Rate um 1,1% angestiegen. Diese Arbeitslosenquote ist fast doppelt so hoch wie die Arbeitslosenquote von Menschen ohne Beeinträchtigung, welche aktuell bei 4,2% liegt. In die Arbeitslosenquote zählen alle Menschen, welche arbeitslos, arbeitssuchend und erwerbsfähig sind.¹²⁹ Um die Arbeitslosenquote von Menschen mit Beeinträchtigungen zu senken und präventiv einem weiteren Anstieg entgegenzuwirken, wäre die Entwicklung und Einführung eines verpflichtenden BEM-Verfahrens von Vorteil. Wie bereits im Arbeits- und Gesundheitsschutz der USA erwähnt, sind Arbeitgeber nicht gesetzlich verpflichtet, Arbeitnehmern Krankheitstage zu bezahlen. Deshalb ist es naheliegend, dass es für Arbeitgeber nicht allzu attraktiv ist, finanzielle Ressourcen für ein BEM-Verfahren aufzuwenden. Vielen Arbeitgebern in den USA fehlt eine Kosten-Nutzen-Bewertung eines BEM, weshalb sie die Ein- oder Durchführung eines BEM-Angebotes aus finanziellen Gründen vermeiden.¹³⁰

Um gegen die Arbeitslosenquote der beeinträchtigten Menschen vorzugehen, gibt es einige Initiativen. Diese helfen Betroffenen und ermöglichen unter anderem eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Die Office of Workers' Compensation Programs des U.S. Department of Labor bieten vier solcher Programme für Bundesbedienstete, Beschäftigte im Energiesektor, Beschäftigte im Seefahr-Bereich und Beschäftigte im Bergbau. Hierbei wird den Betroffenen geholfen, einen Plan zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu entwickeln, der auf Arbeitseinschränkungen, Fähigkeiten, beruflichen

¹²⁷ Vgl. ADA.gov (o.J.), o.S.

¹²⁸ Vgl. Ashley et al. (2017), S. 4.

¹²⁹ Vgl. Office of Disability Employment Policy (2024), o.S.

¹³⁰ Vgl. Ashley et al. (2017), S. 5.

Interessen und der aktuellen Situation auf dem Arbeitsmarkt basiert. Ebenso wird Betroffenen bei der Suche eines Arbeitsplatzes geholfen.¹³¹ Zudem gibt es in allen Staaten staatlich geförderte Agenturen für berufliche Rehabilitation, welche Serviceleistungen für die Vorbereitung auf eine Tätigkeit anbieten, welche den Möglichkeiten und Anliegen der Betroffenen entsprechen.¹³² Diese Initiativen entsprechen jedoch ebenso wenig dem eigentlichen Sinne des betrieblichen Eingliederungssystems, das darauf abzielt, den Arbeitnehmer nach einer längeren Krankheitsphase angemessen in die Arbeit wiedereinzugliedern. Damit wird einem Austritt aus dem Unternehmen zu vorgebeugt. Aufgrund fehlender gesetzlicher Vorgaben, die den Arbeitgeber dazu verpflichten eine betriebliche Wiedereingliederung durchzuführen, verzichten viele Betriebe darauf. Allerdings werden BEM-Angebote öfter in großen Unternehmen oder globale Konzerne freiwillig zur Verfügung gestellt.¹³³ Falls Arbeitgeber sich für eine betriebliche Wiedereingliederung einsetzen, erhalten sie in manchen Staaten Förderungen.¹³⁴ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Bereich des betrieblichen Eingliederungsmanagements großes mögliches Handlungspotenzial offenbleibt. Wie zuvor erwähnt wäre ein effektives BEM-System insbesondere von Vorteil, da es Beeinträchtigungen zu mindern könnte.

5.3 Betriebliche Gesundheitsförderung USA

Um ein möglichst erfolgreiches System der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen zu implementieren, ist es unter anderem notwendig, genügend Maßnahmen für Arbeitnehmer zur Verfügung zu stellen und dabei eine hohe Teilnehmerzahl zu erreichen. Eine US-Studie zeigte auf, dass lediglich 47% der Beschäftigten Zugang zu BGF-Programmen haben. Die Teilnahmequote der Programme liegt bei 58%.¹³⁵ Eine höhere Teilnahmerate lässt sich bei Interventionen für Muskel-Skelett-Verletzungen, Rückenschmerzen und Arthritis vermerken. Wobei dies darin zu begründen ist, dass manche Arbeitgeber diese präventiven Veranstaltungen als Pflichtveranstaltungen anbieten. Die Programme zur Prävention und Bekämpfung von Adipositas bis hin zum Übergewicht haben in der Vergangenheit stark zugenommen. Etwa 60% der Arbeitgeber bieten solche

¹³¹ Vgl. Office of Workers' Compensation Programs (o.J.), o.S.

¹³² Vgl. Rehabilitation Services Administration (o.J.), o.S.

¹³³ Vgl. Ashley et al. (2017), S. 5.

¹³⁴ Vgl. Ashley et al. (2017), S. 14.

¹³⁵ Vgl. Tsai et al. (2019), S. 1–2.

Programme an.¹³⁶ Um sowohl die Teilnehmerquote als auch den Zugang zu Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern, sollten Maßnahmen ergriffen werden. Eine erhöhte Verfügbarkeit an Angeboten sowie eine gesteigerte Teilnahme können langfristig die Gesundheit der Beschäftigten fördern. Dabei ist die BGF als Intervention auch für den Arbeitgeber hilfreich. In den USA nutzen laut einer weltweiten Studie 19% der befragten Unternehmen die betriebliche Gesundheitsförderung als Maßnahme um mehr qualifiziertes Fachpersonal für das Unternehmen zu erwerben und zu binden. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 18%.¹³⁷ Es zeigt sich also, dass BGF-Maßnahmen eine positive Wirkung auf potenzielle Bewerber haben.

Die Planung von BGF-Maßnahmen erfolgt meist von zuständigen Arbeitnehmern eines Unternehmens. In etwa 1/5 der Fälle werden externe Firmen für die Planung beauftragt. Ein wichtiger Faktor, welcher oftmals ein Hindernis für ein effektives BGF-System birgt, sind finanzielle Mittel, die für BGF-Interventionen zur Verfügung stehen. Das jährliche Budget, welches Unternehmen für die betriebliche Gesundheitsförderung ausgeben, variiert stark: 22,5% der Unternehmen haben bis zu 5.000€, 13,5% zwischen 5.001€ – 20.000€ und 28,4% mehr als 20.000€ für BGF-Investitionen zur Verfügung. 35,6% gaben an, kein festes Budget zu haben. Neben den klassischen Kosten der Maßnahmen für das Unternehmen, wie beispielsweise Kursgebühren oder Kosten einer Investition im Sinne der betrieblichen Gesundheitsförderung, bieten Arbeitgeber oft zusätzliche Anreize an. Rund die Hälfte aller Arbeitgeber, welche BGF-Programme anbieten, werben mit Belohnungen für die Teilnahme oder die Erreichung eines Ziels in Form von Geld, Rabatten, Preisen oder Geschenken. Fast die Hälfte dieser Arbeitgeber geben an, die Anreize seien effektiv oder sogar sehr effektiv.¹³⁸ Allerdings ist fraglich, ob diese Belohnungen langfristig zum Erfolg einer BGF-Maßnahme führen. Wie in der Begriffsbestimmung erläutert, sollte das Ziel der Interventionen die Schaffung und Stärkung von Gesundheitskompetenz und Gesundheitsressourcen sein. Ob mit einer Teilnahmebelohnung eine Gesundheitskompetenz aufgebaut werden kann, ist kritisch zu hinterfragen.

Neben der Teilnahme und dem Angebot spielt die Art des Angebots eine weitere wichtige Rolle. BGF-Interventionen sollten nicht nur vorhanden sein, sondern möglichst vielseitig, um verschiedene Themenfelder umfänglich zu thematisieren. Insbesondere große Unternehmen bieten Arbeitnehmern eine weite Bandbreite an BGF-Maßnahmen. In großen

¹³⁶ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 11–14.

¹³⁷ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 181.

¹³⁸ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 5–7.

Unternehmen werden 16% der Arbeitnehmer in sportlicher Aktivität unterstützt durch Fahrradständer, Duschen oder Umkleiden. Für die sportliche Betätigung in ihrer Freizeit wurden 8,2% der Arbeitnehmer entgeltlich belohnt. Lediglich etwas mehr als 40% der Unternehmen bieten Beschäftigten eine Küchenzeile oder einen Kühlschrank an. Den Zugang zu einer betrieblichen Cafeteria oder Snack Bar bieten 16,2% der Unternehmen. Während Meetings oder Veranstaltungen, in welchen Speisen serviert werden, besitzen 10,1% der Unternehmen eine Regelung, dass zusätzlich eine Auswahl an gesünderen Gerichten angeboten werden muss.¹³⁹ Sportliche Konzepte sowie Ernährungsprogramme werden am häufigsten als BGF-Maßnahme von Unternehmen angeboten. Dabei setzen 58% der Betriebe bei Sportprogrammen auf eine Kombination aus informierenden und fähigkeitsbildenden Maßnahmen. Bei den Ernährungsprogrammen sind ebenso über 50% darauf ausgelegt, sowohl theoretische als auch praktische Aspekte umzusetzen. Innerhalb des Angebots an Gesundheitstests oder -screenings werden meist Blutdruckmessungen, Messungen des Cholesterinspiegels, Tests auf Diabeteserkrankungen und Übergewicht, durchgeführt. Oft werden in diesem Rahmen bei Bedarf zusätzliche Konzepte für die Krankheitsbewältigung angeboten.¹⁴⁰ Die Reduzierung der Arbeitszeiten kann als BGF-Maßnahme in der Verhältnisprävention angesehen werden, um die Work-Life-Balance der Mitarbeiter zu verbessern. Im EU-Vergleich hatten die USA 2016 einen relativ geringen Anteil von Arbeitnehmern, die 30-39 Stunden pro Woche arbeiten und andererseits einen hohen Anteil von Arbeitnehmern, die 40 oder mehr Wochenstunden tätig sind.¹⁴¹ Ein primärer Erfolgsfaktor für die BGF sind ganzheitliche Maßnahmen, die darauf abzielen umfassend und nachhaltig die Gesundheit der Mitarbeiter zu verbessern. Lediglich in 11,8% der Unternehmen die BGF-Maßnahmen anbieten, werden umfassende Kurse angeboten. Ein ganzheitliches Programm wird in den USA anhand folgender fünf Elemente definiert: ein unterstützendes Umfeld bezogen auf soziale und physische Faktoren, Verknüpfungen zu anderen Angeboten, Programme zur Stärkung des Wissens zur Gesundheit, Integration eines Programms in die Unternehmensstruktur sowie Gesundheitsuntersuchungen gefolgt von Aufklärungsgesprächen und Nachbesprechungen. Etwa die Hälfte der Unternehmen bieten Maßnahmen an, die mindestens einem Kriterium entsprechen.¹⁴² Folglich sollten mehr Unternehmen ganzheitliche betriebliche

¹³⁹ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 9.

¹⁴⁰ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 8–9.

¹⁴¹ Vgl. Buffie/ Merling (2016), o.S.

¹⁴² Vgl. Linnan et al. (2019), S. 10.

Gesundheitsförderungsprogramme anbieten. Um Interventionen der BGF möglichst zielgerichtet anzubieten, sollte der Betrieb zudem ein Bewusstsein für gesundheitliche Probleme der Arbeitnehmer aufbauen. Im Blick auf Krankheitsrisiken, melden in einer Studie 31% der Arbeitnehmer Risiken bezogen auf die Körperhaltung bei der Arbeit. Darauf folgen umweltbedingte Risiken mit 22% und biologische oder chemische Risiken mit 13%.¹⁴³

Um festzustellen, wie erfolgreich oder attraktiv ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist, wird eine Evaluierung empfohlen. Etwa die Hälfte der Arbeitgeber, die BGF-Maßnahmen anbieten, evaluieren diese. Die häufigsten Arten, BGF-Maßnahmen zu beurteilen, geschehen über die Teilnahmerate und über die Einholung von Feedback der Teilnehmer. Komplexere Evaluationsmethoden wie beispielsweise den return on investment zu berechnen, treten seltener auf. Etwa die Hälfte der Unternehmen die BGF-Maßnahmen evaluieren, messen zusätzlich den Einfluss des Programms bezüglich der Gesundheit der Teilnehmer. Etwa 30% messen Veränderungen der Produktivität. Folglich haben Führungskräfte Schwierigkeiten, die BGF-Maßnahmen zu begründen bzw. einen positiven Effekt der Maßnahme aufzuzeigen. Dies führt dazu, dass neue Maßnahmen nicht genehmigt werden und selbst bestehende Maßnahmen nicht weitergeführt werden können.¹⁴⁴ Demnach wäre es förderlich, die Evaluation als festen Bestandteil der BGF-Maßnahmen zu inkludieren.

Bei der Implementierung und Durchführung von BGF-Maßnahmen können sich einige Herausforderungen ergeben. Mehr als die Hälfte der Arbeitgeber sieht die hohen Kosten verbunden mit der betrieblichen Gesundheitsförderung als Herausforderung an. Eine weitere Schwierigkeit ist fehlendes Interesse von Arbeitnehmern und ein Mangel an BGF-geschulten Mitarbeitern.¹⁴⁵ Besonders KMU haben Probleme bei der Implementierung eines BGF-Systems. Meist bieten KMU keinerlei BGF-Maßnahmen für Arbeitnehmer an. Dabei arbeiten 59 Millionen Einwohner in KMU. Obwohl sich der Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren stark gebessert hat, geben immer noch weniger als die Hälfte dieser Unternehmen an, BGF-Maßnahmen durchzuführen. Es zeigt sich, dass in den USA Verbesserungspotenzial besonders in der Anzahl angebotener Programme von Unternehmen besteht.

¹⁴³ Vgl. Eurofound and International Labour Organization (2019), S. 105.

¹⁴⁴ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 11–14.

¹⁴⁵ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 7.

Bei der Implementierung und Durchführung von BGF-Maßnahmen können sich einige Herausforderungen ergeben. Mehr als die Hälfte der Arbeitgeber sieht die hohen Kosten verbunden mit der betrieblichen Gesundheitsförderung als Herausforderung an. Eine weitere Schwierigkeit ist fehlendes Interesse der Arbeitnehmer und ein Mangel an BGF-geschulten Mitarbeitern.¹⁴⁶ Besonders KMU haben Probleme bei der Implementierung eines BGF-Systems. Meist bieten KMU keinerlei BGF-Maßnahmen für Arbeitnehmer an. Dabei arbeiten 59 Millionen Einwohner in KMU. Obwohl sich der Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in den letzten Jahren stark gebessert hat, geben immer noch weniger als die Hälfte dieser Unternehmen an, BGF-Maßnahmen durchzuführen. Es zeigt sich, dass in den USA Verbesserungspotenzial besonders in der Anzahl angebotener Programme von Unternehmen besteht.

¹⁴⁶ Vgl. Linnan et al. (2019), S. 7.

6 Betriebliches Gesundheitsmanagement Schweden

6.1 Arbeits- und Gesundheitsschutz Schweden

Die Basis des AGS in Schweden bildet der Work Environment Act, Arbetsmiljölagen, welcher 1978 verabschiedet wurde. Das Ziel dieses Acts ist primär arbeitsbedingte Unfälle und Krankheiten zu verhindern und ein gutes Arbeitsumfeld zu schaffen. Die Verantwortung dafür wird in erster Linie beim Arbeitgeber gesehen, wobei laut Gesetz Arbeitgeber und Arbeitnehmer zusammenarbeiten müssen, um ein gutes Arbeitsumfeld sicherzustellen. In Unternehmen besteht die Pflicht, einen Sicherheitsbeauftragten zu ernennen, außer das Unternehmen hat weniger als fünf Mitarbeiter.¹⁴⁷ Darüber hinaus gibt es weitere Verordnungen zum Thema AGS. Die schwedische Arbeitsumweltbehörde, Arbetsmiljöverket, ist befugt, weitere Richtlinien zu erlassen und durchzusetzen. Zudem ist sie für die Inspizierung von Unternehmen zuständig.¹⁴⁸

Im nachfolgenden Text werden, wie in den vorherigen Kapiteln zum Arbeits- und Gesundheitsschutz relevante Kennzahlen erläutert.

Mit 10,55 Millionen Einwohnern weist Schweden die geringste Einwohnerzahl der betrachteten Länder auf.¹⁴⁹ Schwedens Arbeitsmarkt wird oft mit einer hohen Quote an Erwerbstätigen und einer gesunden Work-Life-Balance beschrieben. 2024 glänzte Schweden auf Platz drei in Europa mit einer Beschäftigungsquote von 80,3% aller Einwohner im erwerbsfähigen Alter.¹⁵⁰ Allerdings ist Schwedens Arbeitslosenquote mit 8,2% im OECD-Durchschnitt von 4,9% ziemlich hoch.¹⁵¹ Beide Kennzahlen, sowohl die Beschäftigungs- als auch die Arbeitslosenquote stiegen in den letzten Jahren an.

Die Krankheitsfälle liegen in Schweden über dem OECD-Durchschnitt, obwohl diese seit 2005 kontinuierlich sinken.¹⁵² Im Falle eines nicht-arbeitsbedingten Krankheitsausfalls werden ab dem zweiten Tag 80% des Einkommens vom Arbeitgeber bezahlt. Der Arbeitgeber ist verpflichtet das Einkommen bis zum 14. Krankheitstag zu bezahlen. Danach zahlt die schwedische Krankenkasse 80% des Einkommens bis zu einem Jahr. Die Behandlungskosten von arbeitsbedingten Unfällen und Krankheitsausfällen werden von der

¹⁴⁷ Vgl. Ministry of Employment (1977), S. 1, 4, 13.

¹⁴⁸ Vgl. Arbetsmiljöverket (2021), S. o.S.

¹⁴⁹ Vgl. O'Neill (2024), S. o.S.

¹⁵⁰ Vgl. Eurostat (2024b), S. o.S.

¹⁵¹ Vgl. Eurostat (2024a), S. o.S.

¹⁵² Vgl. OECD (2013), S. 39.

schwedischen Arbeitsunfallversicherung übernommen.¹⁵³ In einer Befragung aus dem Jahr 2013 wurden Stress und psychische Belastungen als die zweithäufigste Ursache von arbeitsbedingten Erkrankungen genannt. Die häufigste Ursache war eine anstrengende bzw. auf Dauer ungesunde Arbeitshaltung.¹⁵⁴

Die nichttödlichen Arbeitsunfälle in Schweden sind seit 2018 stark gestiegen. Die Inzidenzrate liegt 2020 bei etwa 1.865 Unfällen je 100.000 Erwerbstätige. Damals lag die Inzidenz über dem EU-Durchschnitt von ca. 1.440 Unfällen.¹⁵⁵ Die Inzidenz der tödlichen Arbeitsunfälle lag in den Jahren 2015-2020 bei 0,8. Die Inzidenz ist im Vergleich zur vorher ausgewerteten Periode 2010-2014 um 0,2 gesunken. Damit liegt Schweden unter dem OECD-Durchschnitt von 1,8.¹⁵⁶ Zudem weist die Quote im Vergleich mit den anderen betrachteten Ländern die geringste Rate auf.

Im Gegenzug liegt Schweden bezüglich des Präsentismus leicht über dem EU-Durchschnitt. Die Präsentismus-Quote in Schweden liegt 2021 bei rund 32% bei Männern und Frauen. Im Vergleich zu den meisten anderen EU-Länder ist in Schweden die Präsentismus-Quote bei beiden Geschlechtern beinahe identisch.¹⁵⁷ Trotz der wie eingangs beschriebenen Work-Life-Balance, welche Schweden oft zugeschrieben wird, geben in einer EU-weiten Befragung rund 55% der Befragten an, mit hoher Geschwindigkeit zu arbeiten und etwa 43% der Befragten waren von engen Deadlines betroffen. Damit liegt Schweden auf Platz 5 der höchsten angegebenen Arbeitsgeschwindigkeit im EU-Vergleich.¹⁵⁸ Dies könnte jedoch auch auf die durchschnittlich kürzeren Wochenarbeitszeiten zurückzuführen sein.

Mentale Gesundheit ist ein Thema, das auch in Schweden zunehmend an Aufmerksamkeit gewinnt. Nach einer europäischen Befragung haben rund 75% der Erwerbstätigen kein Problem damit, mit ihrem Vorgesetzten über ihre mentale Gesundheit zu sprechen. Damit liegt Schweden weit über dem EU-Durchschnitt von 58%. Allerdings geben dennoch 31% der Befragten an, dass die Bekanntmachung eines mentalen Problems einen negativen Einfluss auf deren Arbeit hätte.¹⁵⁹ Diese Rate sollte bestmöglich reduziert

¹⁵³ Vgl. Ritta Sauni/ Kirsi Koskela/ Peter Westerholm (2019), S. o.S.

¹⁵⁴ Vgl. OECD (2013), S. 68–69.

¹⁵⁵ Vgl. Eurostat, European Statistics for Accidents at Work (ESAW) (2023), S. o.S.

¹⁵⁶ Vgl. Eurostat (2023), S. o.S.

¹⁵⁷ Vgl. Eurofound (2022), S. 112.

¹⁵⁸ Vgl. Eurofound (2022), S. 36.

¹⁵⁹ Vgl. European Agency for Safety and Health at Work et al. (2022), S. 27.

werden. Generell lässt sich Schwedens Arbeits- und Gesundheitssystem als gut bewerten. Rund 81% aller Beschäftigten in Schweden gaben an, dass deren Unternehmen über einen Sicherheitsbeauftragten oder Ausschuss für Arbeits- und Gesundheitsschutz verfügt.¹⁶⁰ Zudem erhält Schweden bei der Bewertung des World Economic Forums bezüglich der Einhaltung der Arbeitsrechte die bestmögliche Note.¹⁶¹

6.2 Betriebliches Eingliederungsmanagement Schweden

In Schweden ist wie in Deutschland der Arbeitgeber für die berufliche Rehabilitation und damit das betriebliche Eingliederungsmanagement der Beschäftigten rechtlich zuständig, unabhängig davon, ob die Erwerbsunfähigkeit berufsbedingt entstanden ist oder nicht. Bereits 2012 war Schweden der Europäische Vorreiter im Bezug auf Recherche zum Thema betriebliche Wiedereingliederung.¹⁶²

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist gesetzlich vorgeschrieben und verpflichtend. Dabei ist der Arbeitgeber für mehrere Aufgaben verantwortlich. Er soll unter anderem bereits während der Arbeitsunfähigkeit kontinuierlichen Kontakt zum Beschäftigten halten, die Arbeitssituation anpassen damit der Mitarbeiter weiter seiner Tätigkeit nachgehen kann und einen Plan für die Rückkehr an den Arbeitsplatz entwickeln. Dieser ist spätestens am 30. Krankheitstag zu erstellen, wenn davon ausgegangen wird, dass der Arbeitnehmer mindestens 60 Tage lang nur eingeschränkt arbeitsfähig ist. Der Plan ist nur in Ausnahmefällen nicht zu erstellen, grundlegend muss allerdings ein Bericht wie im zuvor genannten Fall der 60 Tage erstellt werden. Teil des Plans sollten Maßnahmen sein, die den Wiedereinstieg in den Berufsalltag erleichtern. Darunter wird beispielsweise die Anpassung der Arbeitsaufgaben oder des Arbeitsplatzes, sowie Gesprächsführung mit dem Mitarbeiter zur Stressbewältigung verstanden. Gegebenenfalls kann auch nach einer anderen passenden Arbeit im Unternehmen gesucht werden, die für den gesundheitlichen Zustand des Mitarbeiters besser geeignet ist.¹⁶³ Nach einer Krankheitsdauer von vier Wochen, also 20 Arbeitstagen, muss der Arbeitgeber bereits eine Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem Sozialversicherungsträger und dem Arbeitnehmer veranlassen.¹⁶⁴ Für die Maßnahmen des Arbeitgebers kann dieser gegebenenfalls Zuschüsse beantragen.

¹⁶⁰ Vgl. Eurofound (2022), S. 67.

¹⁶¹ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 166.

¹⁶² Vgl. Rollin/ Gehanno (2012), S. 1.

¹⁶³ Vgl. Försäkringskassan (2024a), S. o.S.

¹⁶⁴ Vgl. Agnes Said/ Elena Fries-Tersch (2016), S. 24.

Anders als in Deutschland sollte sich der Mitarbeiter an den BEM-Maßnahmen aktiv beteiligen. Andererseits könnte ihm drohen, Anspruch auf Entschädigungen zu verlieren. Die schwedische Sozialversicherung untersucht die Beschäftigten, beurteilt über deren Arbeitsfähigkeit und deren Anspruch auf Entschädigung. Bei Bedarf berufen sie verschiedene Maßnahmen ein, die benötigt werden, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Außerdem zahlt die schwedische Sozialversicherung bei Bedarf Zuschüsse an die Betroffenen oder Arbeitgeber für Arbeitshilfen.¹⁶⁵

Eine Besonderheit sind sogenannte return-to-work coordinators (RTWC), welche als Fallmanager Betroffene im Wiedereingliederungsprozess unterstützen sollen. Diese wurden primär eingeführt, um den hohen Krankenstand zu bekämpfen und den Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung zu verbessern. Seit 2020 ist das schwedische Gesundheitswesen dazu verpflichtet, betroffenen Arbeitnehmern den Zugang zu einem RTWC zu ermöglichen. Allerdings besteht hier noch Unklarheit, welche Voraussetzungen dieser RTWC erfüllen muss und in welcher Art und Weise er Beschäftigte unterstützen soll. Beispielsweise haben einige RTWC zuvor als Krankenpfleger, Physiotherapeut oder Sozialarbeiter gearbeitet. Je nach vorherigem Beruf erhalten Berechtigte eine abgewandelte Unterstützung des RTWC.¹⁶⁶ Hierbei wäre ein einheitlicher Prozess, beispielsweise eine Weiterbildung als RTWC sinnvoll.

Insgesamt ist der BEM-Prozess in Schweden seit einigen Jahren ein gut funktionierendes System. Folglich hat Schweden beispielsweise die höchste Beschäftigtenrate an Menschen mit Beeinträchtigungen unter allen OECD-Ländern.¹⁶⁷

6.3 Betriebliche Gesundheitsförderung Schweden

Seit den 1970er Jahren werden in schwedischen Unternehmen Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Diese sollen gesunde Lebensweisen der Arbeitnehmer anregen und unterstützen.¹⁶⁸ Zusätzlich zu den klassisch betrieblich geförderten Angeboten setzt der schwedische Staat Anreize zur BGF durch „Wellness-Pauschalen“. Dies sind Programme, welche ein Unternehmen seinen Beschäftigten steuerfrei anbieten kann. Die Wellness-Pauschalen umfassen laut dem schwedischen Finanzamt Skatteverket Maßnahmen von geringem Wert, die sich an die gesamte Belegschaft richten und nicht

¹⁶⁵ Vgl. Försäkringskassan (2024b), S. o.S.

¹⁶⁶ Vgl. Azad/ Svärd (2024), S. 939–940.

¹⁶⁷ Vgl. Agnes Said/ Elena Fries-Tersch (2016), S. 29.

¹⁶⁸ Vgl. Halling Ullberg et al. (2023), S. 2.

in Bargeld eingetauscht werden können. Beispiele hierfür sind eine Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio oder Ausflüge für Arbeitnehmer.¹⁶⁹ Besonders beliebt ist dabei die „Wellness Stunde“. Hierbei können sich Arbeitnehmer eine Stunde wöchentlich freinehmen, um sportlichen oder anderen gesundheitsfördernden Maßnahmen nachzugehen.¹⁷⁰ Etwa 50% der Arbeitgeber bieten Angebote über die Wellness-Pauschale an. Diese werden von etwa 60-70% der Arbeitnehmer angenommen. Gründe für die nicht-Inanspruchnahme liegen meist daran, dass Beschäftigte bereits einen anderen Sport ausüben und deshalb beispielsweise eine Fitnessstudio-Mitgliedschaft nicht wahrnahmen. Weitere Gründe könnten ein Mangel an Zeit zur Nutzung der Angebote oder das Verpassen der Anmeldefrist sein.¹⁷¹ Eine schwedische Studie konnte feststellen, dass an diesen Angeboten primär Arbeitnehmer teilnahmen, die bereits vor den Interventionen einen aktiven und gesunden Lebensstil aufwiesen.¹⁷² Folglich lässt sich sagen, dass mit Wellness-Pauschalen vermehrt bereits aktive Beschäftigte angesprochen werden. Dabei ist insbesondere die Teilnahme von Beschäftigten mit einem ungesunden und inaktiven Lebensstil wichtig. Ein möglicher Ansatz, sportlich inaktiveren Arbeitnehmern zur Teilnahme an Angeboten der Wellness-Pauschale zu bewegen, ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz durch zusätzliche BGF-Maßnahmen. Eine weitere Möglichkeit wäre der Einsatz von Teilnahmeanreizen. Im Hinblick auf das Budget für Wellness-Programme variieren die Ausgaben der Unternehmen stark. Im Jahr 2020 lagen die Kosten insgesamt zwischen 3.500 und 1,4 Millionen Euro.¹⁷³

Neben den steuerfreien Wellness-Pauschalen bieten Arbeitgeber auch BGF-Maßnahmen an, die zu versteuern sind. Das Spektrum dieser Angebote ist wie in den anderen Ländern breit aufgestellt. Viele Unternehmen bevorzugen allerdings sportliche Aktivitäten für die BGF. Dies ist darin begründet, dass sportliche Aktivitäten mit der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustandes, des Lebensstils, verminderten Fehlzeiten und höherer Produktivität in Verbindung gebracht werden.¹⁷⁴ Beispielsweise werden Förderungen für sportliche Aktivitäten außerhalb der Arbeitszeit von 85% der Unternehmen angeboten.

¹⁶⁹ Vgl. Skatteverket (o.J.), S. o.S.

¹⁷⁰ Vgl. Sigblad/ Savela/ Okenwa Emegwa (2020), S. 2.

¹⁷¹ Vgl. Halling Ullberg et al. (2023), S. 2.

¹⁷² Vgl. Gånedahl et al. (2015), S. 1–2.

¹⁷³ Vgl. Halling Ullberg et al. (2023), S. 7.

¹⁷⁴ Vgl. Sigblad/ Savela/ Okenwa Emegwa (2020), S. 2.

Damit erzielt Schweden innerhalb der EU die höchst gemessene Rate.¹⁷⁵ Bei der Förderung von körperlichen Aktivitäten am Arbeitsplatz wie Rückengymnastik oder Dehnübungen liegt Schweden ebenso über dem EU-Durchschnitt.¹⁷⁶ Die Bevorzugung von sportlichen Aktivitäten als Maßnahme der BGF kann mit einer generell gesunden Lebensweise der Schweden in Verbindung gebracht werden. Der allgemeine Gesundheitszustand der Arbeitnehmer wurde in einer OECD-Studie anhand von vier Risikofaktoren gemessen. Diese bezogen sich auf Übergewicht, Rauchverhalten, Alkoholkonsum und Stress. Dabei schneidet Schweden in allen Bereichen besser ab als der OECD-Durchschnitt.¹⁷⁷ Außerdem liegt Schweden auch in Bezug auf Initiativen zur Bekämpfung von Stress und psychischen Problemen am Arbeitsplatz in drei von vier Kategorien leicht über dem EU-Durchschnitt. Demnach kann gesagt werden, dass der Bedarf an anderen Gesundheitsthemen geringer als in anderen Ländern ist.

Um die Teilnahmerate der Angebote sowie die Effektivität der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verbessern, wird Führungskräften eine besondere Rolle zugesagt. Sie agieren als Schnittstelle zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber. In einer Studie wurden 19 Führungskräfte aus verschiedenen Unternehmensgrößen zur Teilnahme der Arbeitnehmer an BGF-Angeboten interviewt. Das Ziel der Studie lag primär darauf, niedrigen Teilnahmeraten auf den Grund zu gehen. Einige der Führungskräfte berichteten, dass geringe Teilnahmeraten teilweise durch mangelnde Kenntnis des Angebots bei den Beschäftigten zu verantworten seien. Ein weiterer Grund sind negative Einstellungen von Beschäftigten auf die Gesundheitsförderung, wie beispielsweise fehlende Motivation, Desinteresse oder die fehlende Priorisierung der eigenen Gesundheit. Besonders sportlich aktive Mitarbeiter sahen teilweise keinen Bedarf daran, an weiteren sportlichen Tätigkeiten über das Unternehmen teilzunehmen.¹⁷⁸ Resultierend aus diesen Angaben sollten Unternehmen einerseits ausreichend über vorhandene BGF-Maßnahmen informieren. Andererseits sollten die Angebote besser auf die Arbeitnehmer zugeschnitten sein. Bei beiden Ansätzen können Führungskräfte eine wichtige Position einnehmen. Die direkte Kommunikation mit den Beschäftigten kann zur Aufklärung über Angebote sowie der Ermittlung von Bedürfnissen für weitere Angebote verhelfen.

¹⁷⁵ Vgl. Luisa Cantonnet/ Carlos Aldasoro/ Rodriguez Oyarbide (2022), S. 4.

¹⁷⁶ Vgl. Howard/ Antczak/ Albertsen (2022), S. 33.

¹⁷⁷ Vgl. OECD Health Policy Studies (2022), S. 50.

¹⁷⁸ Vgl. Sigblad/ Savela/ Okenwa Emegwa (2020), S. 3–4.

Dass die Evaluation der BGF-Maßnahmen eine entscheidende Rolle spielt, ist bereits bekannt. Allerdings zeigen auch Unternehmen in Schweden Lücken bei der Evaluierung von Interventionen auf. In der zuvor genannten Studie, in welcher Führungskräfte zu BGF-Angeboten befragt wurden, gaben einige Führungskräfte an, dass keine Evaluationen der Maßnahmen stattfinden.¹⁷⁹ Dies ist kritisch zu sehen, denn ohne vorhandene Evaluierung kann keine konkrete Aussage zur Zufriedenheit oder Effektivität gemacht werden.

In Schweden nutzen laut einer weltweiten Studie 21% der befragten Unternehmen BGF als Maßnahme um die Verfügbarkeit von qualifizierten Fachkräften im Unternehmen zu verbessern. Der weltweite Durchschnitt liegt bei 18%.¹⁸⁰

Um die betriebliche Gesundheitsförderung Schwedens weiter auszubauen, ist in der Strategie der zukünftigen Arbeitsumwelt 2021 – 2025 einer der Schwerpunkte, gesunde Arbeitsplätze zu schaffen, die nicht nur darauf abzielen Risiken zu minimieren. Stattdessen soll aktiv die Gesundheit der Arbeitnehmer gefördert werden.¹⁸¹

Um einen umfangreichen und repräsentativen Überblick der Interventionen, Teilnahme-raten sowie Evaluationsmaßnahmen zu erhalten, sollte mehr Forschung zur betrieblichen Gesundheitsförderung in schwedischen Unternehmen betrieben werden. Denn nur mit fundiertem Wissen können möglichst effektive Interventionen angeboten werden und Verbesserungspotenzial realisiert werden.

¹⁷⁹ Vgl. Sigblad/ Savela/ Okenwa Emegwa (2020), S. 5.

¹⁸⁰ Vgl. World Economic Forum (2023), S. 167.

¹⁸¹ Vgl. Regeringskansliet (2021), S. 16–17.

7 Internationaler Vergleich und Analyse möglicher Einflussfaktoren

Um die erhobenen Informationen und Daten der betrachteten Länder zu vergleichen, wird auf jede Säule des BGM einzeln eingegangen. Die Reihenfolge der einzelnen Säulen ist nach demselben Prinzip aufgebaut wie in den Kapiteln der Länderprofile, beginnend mit AGS, BEM und schlussendlich BGF. Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in allen Ländern für Arbeitgeber sowie Arbeitnehmer gesetzlich vorgeschrieben. Der bedeutendste Unterschied innerhalb der Arbeits- und Gesundheitssicherheit liegt in den Präsentismus-Quoten. Demnach ist die Quote in den USA mit 70% mehr als doppelt so hoch als in den anderen Ländern. In den USA haben kranke Arbeitnehmer, die zur Arbeit erscheinen, Angst, den Arbeitsplatz zu verlieren oder mit den Tätigkeiten in den Rückstand zu geraten. Der finanzielle Aspekt spielt hierbei auch eine Rolle. In den meisten Bundesstaaten der USA müssen Arbeitgeber keine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall leisten. Demnach ergeben sich finanzielle Einbußen für den Arbeitnehmer. Wie bereits im vorangegangenen Text erwähnt, sollte Präsentismus weitestgehend reduziert werden.

Ein weiterer Unterschied ergibt sich in der Verfügbarkeit von Sicherheitsbeauftragten oder einem AGS-Ausschuss im Unternehmen. In Spanien liegt die Quote der Verfügbarkeit dieser Akteure bei 65% und liegt damit deutlich unter den verglichenen Ländern. Zum Vergleich: USA 83,5%, Deutschland 83% und Schweden 81%. Eine mögliche Erklärung für das hohe Aufkommen an Arbeitsunfällen in Spanien könnte zum Teil in dieser Quote liegen, denn Sicherheitsbeauftragte spielen eine essenzielle Rolle im AGS. Ein wesentlicher Einflussfaktor könnte der gesetzliche Rahmen sein. In Schweden ist beispielsweise ein Sicherheitsbeauftragter ab fünf Mitarbeitern gesetzlich vorgeschrieben. In Anbetracht dessen, dass die durchschnittliche Mitarbeiterzahl in spanischen Unternehmen unter fünf Mitarbeitern liegt, trägt dies sicherlich auch zu Unfällen bei, die durch einen Sicherheitsbeauftragten verhindert werden könnten. Vor allem sollte in dieser Quote ein Handlungsbedarf gesehen werden, um die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer in Spanien nachhaltig zu schützen und zu fördern.

Während der AGS in allen Ländern implementiert ist, werden bei dem Vergleich des betrieblichen Eingliederungsmanagements größere Unterschiede ersichtlich. Diese ergeben sich hauptsächlich innerhalb der Definierung des BEMs. In Spanien wird beispielsweise

kein gesetzlich vorgeschriebenes BEM-Verfahren für Beschäftigte ohne erwiesene arbeitsbedingte Krankheitsabwesenheit angeboten. Dies geschieht lediglich freiwillig. In den USA fängt das BEM erst bei der bereits bestehenden Arbeitslosigkeit an. Demnach wird darunter nicht wie im eigentlichen Sinne die berufliche Wiedereingliederung verstanden. Lediglich das schwedische BEM gleicht dem Deutschen Ansatz. Dieses ist zudem umfangreicher als das deutsche BEM. Denn zum einen verpflichtet es sowohl den Arbeitgeber als auch den Arbeitnehmer, und zum anderen setzt der schwedische Ansatz bereits früher an. Im deutschen betrieblichen Eingliederungsmanagement wird lediglich der Arbeitgeber verpflichtet, einem Arbeitnehmer ein BEM anzubieten. Der Arbeitnehmer muss dies jedoch nicht annehmen. Der größte Einflussfaktor auf die teils völlig unterschiedlichen Ansätze des BEM stellt hierbei die Gesetzgebung dar. Das schwedische BEM kann in diesem Ländervergleich als Best-Practice betrachtet werden.

Innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Unterschiede bei den Anreizsystemen erkennen. Während in Schweden, Spanien und Deutschland staatliche Anreize mittels steuerfreier Interventionen zur Förderung der BGF angeboten werden, gibt es in den USA kein solches System. Stattdessen werden in den USA Anreize von den Betrieben gegeben, um an der Teilnahme oder an der Erreichung eines Ziels zu motivieren. Daraus lässt sich schließen, dass sich die USA der Signifikanz einer hohen Teilnahmequote bei BGF-Maßnahmen bewusst ist. Allerdings weist eine hohe Teilnahmequote noch keinen Aufschluss darauf, wie erfolgreich eine Intervention ist. Ebenso ist kritisch zu betrachten, inwiefern dies die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter stärkt. Ein möglicher Einflussfaktor dieser verschiedenen Anreize kann über kulturelle Unterschiede begründet werden. Während es in Europa typischer ist, steuerliche Anreize zu setzen, ist es womöglich in den USA typischer, monetäre oder sachliche Anreize für die Mitarbeiter zu setzen. Ein weiterer Einflussfaktor könnte die Evaluation der Maßnahmen sein. Für eine repräsentative Evaluation wird eine ausreichende Teilnehmeranzahl benötigt. Die Evaluation von Interventionen ist laut den Ergebnissen der Literaturrecherche in den USA weit aus üblicher als in Schweden, Deutschland und Spanien.

Ein weiterer erheblicher Unterschied der BGF lässt sich anhand des Forschungsstandes ableiten. Während für den AGS und das BEM ausreichend Studien und Forschung vorhanden sind, ist die Forschungslage bei der betrieblichen Gesundheitsförderung länderübergreifend etwas dünner. Besonders in Spanien kann eine erkennbare Forschungslücke

ausgemacht werden. Davon lässt sich jedoch nicht automatisch ableiten, dass eine Forschungslücke auf einen Mangel an BGF-Maßnahmen in Unternehmen hinweist. Denn die spanische Behörde INSST bemüht sich sichtlich um die Förderung und Aufklärung von BGF-Interventionen. Allerdings könnte hier eine Parallele zur hohen Arbeitslosenrate Spaniens gezogen werden. Unternehmen haben deswegen möglicherweise weniger Interesse daran, BGF-Maßnahmen zur Steigerung ihrer Attraktivität für potenzielle Arbeitnehmer anzubieten. Denn die Arbeitslosenrate könnte daraufhin weisen, dass es weniger Konkurrenz um Arbeitskräfte gibt. Dieser mögliche Einflussfaktor ist allerdings sehr oberflächlich und allgemein gehalten. Denn um eine basierte Aussage darüber zu geben, müsste die Struktur der Arbeitslosen sowie die Gründe der Arbeitslosigkeit näher betrachtet werden.

Weitere Unterschiede stellen die verschiedenen Gesundheitsrisiken der Länder dar. Während in Spanien überdurchschnittlich viele Menschen rauchen, kämpft die Bevölkerung der USA gegen die hohen Zahlen an übergewichtigen und adipösen Menschen. Deutschland hingegen weist ebenso erhöhte Raten an übergewichtigen und adipösen Menschen, sowie Stress auf. Lediglich Schweden schnitt in Bezug auf Gesundheitsrisiken in allen vier betrachteten Bereichen einer Studie überdurchschnittlich gut ab. Dies wird erwähnt, um zu verdeutlichen, dass ein Vergleich der BGF-Angebote nur bis zu einem gewissen Grad möglich ist. BGF-Interventionen sind hoch-individuell an die Beschäftigten und das Unternehmen anzupassen. Deshalb ist ein Vergleich einzelner Programme wenig zielführend. Spannend zu betrachten wären beispielsweise die Unterschiede der Teilnahmequoten, die durchschnittliche Investitionen für das BGF oder die Evaluierungsmaßnahmen. Allerdings konnte hierzu aufgrund von Forschungslücken nicht ausreichend vergleichbare Daten gefunden werden, um eine Auswertung vorzunehmen. Die Forschungslücken könnten auf die Komplexität der Evidenzbasierung der BGF-Maßnahmen oder an einem zu geringen finanziellen Interesse der Unternehmen gepaart mit fehlenden gesetzlichen Vorschriften, zurückzuführen sein.

Allerdings können nicht nur Unterschiede festgemacht werden, sondern auch einige Gemeinsamkeiten. Eine Auffälligkeit hat sich länder- sowie themenunabhängig herauskristallisiert: besonders kleine und mittlere Unternehmen weisen hohes Verbesserungspotenzial in allen Säulen des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf. Problematisch hierbei ist, dass verhältnismäßig viele Arbeitnehmer in KMU tätig sind. Allein in Europa arbeiten mehr als zwei Drittel der Beschäftigten in KMU. Die jeweiligen Einflussfaktoren

hierfür sind primär knappe finanzielle Ressourcen, fehlendes Know-how und zu geringe Teilnehmerzahlen. Ebenso lässt sich sagen, dass BGF-Maßnahmen in allen Ländern nicht die gewünscht Teilnahmequote erreichen. Dabei ist, wie bereits erwähnt, eine ausreichende Teilnahmequote ein wichtiger Faktor der Effektivität der Interventionen.

Schlussendlich ist wichtig zu erwähnen, dass ein Ländervergleich nicht nur zur Identifizierung von Lücken dient, sondern ebenso als Handlungschance gesehen werden kann. Durch den Vergleich können Best-Practice Beispiele auf andere Länder übertragen werden und somit nachhaltig die Gesundheit der Mitarbeiter geschützt und gefördert werden. Dazu muss allerdings beachtet werden, dass ein BGM hoch individuell auf ein Land bzw. Unternehmen zugeschnitten werden muss. Die Aussagen über mögliche Einflussfaktoren innerhalb dieser Analyse basieren auf der Interpretation des Autors nach Betrachtung von quantitativen Kennzahlen. Für eine repräsentative Aussage sollten umfassende Forschungen getätigt werden. Vor allem hinsichtlich der Evaluierung und Evidenzbasierung in der BGF lassen sich Forschungslücken feststellen.

8 Schlussbetrachtung

Es konnten im Rahmen dieser Abschlussarbeit Unterschiede des betrieblichen Gesundheitsmanagements in den betrachteten Ländern identifiziert und analysiert werden. Anhand von quantitativen Kennzahlen, die sich aus der Literaturrecherche ergaben, wurden mögliche Einflussfaktoren genannt. Hierbei wurde beispielsweise eine hohe Arbeitslosenquote, knappe finanzielle Mittel oder kulturelle Unterschiede benannt.

Um stichhaltige Einflussfaktoren zu ermitteln, ist jedoch eine tiefgreifendere Forschung notwendig. Aus den definierten Unterschieden des BGM-Systems im internationalen Kontext konnten Handlungspotenziale aufgewiesen werden. Der bedeutendste Unterschied findet sich im betrieblichen Eingliederungsmanagement wieder. Dort verwendet jedes Land eine etwas abgeänderte Version des BEM. Dabei lässt sich primär Schweden als good-practice Beispiel hervorheben. Außerdem ist ein unterschiedlicher Ansatz bezüglich des Einsatzes von Anreizen erkennbar. Während die USA auf betriebliche Anreize für die Teilnahme oder Erreichung eines Ziels setzt, werden in den restlichen Ländern Anreize des Staates über steuerfreie Interventionen angeboten.

Es ließen sich allerdings nicht nur Unterschiede, sondern auch einige Gemeinsamkeiten feststellen. Die Relevanz des betrieblichen Gesundheitsmanagements im Allgemeinen wurde in allen betrachteten Ländern erkannt. Alle Länder konnten Systeme des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des betrieblichen Eingliederungsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung aufweisen. Eine gemeinsame Herausforderung stellt das BGM in KMU dar. Hierbei ist das BGM Länder- sowie Säulenübergreifend ausbaufähig. Wie bereits erwähnt, sollte insbesondere aufgrund hoher Mitarbeiterzahlen in kleinen und mittleren Unternehmen gezielt Maßnahmen zur Verbesserung der Situation identifiziert und durchgeführt werden. Eine weitere Herausforderung stellen niedrige Teilnahme- und Angebotsraten in der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Um Schwierigkeiten des BGMs erfolgreich zu meistern, wäre es ratsam, vor allem in der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Forschung bezüglich der Evaluierung und Evidenzbasierung von angebotenen Maßnahmen zu betreiben. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Unternehmen dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, einschließlich seiner drei betrachteten Säulen mehr Aufmerksamkeit schenken müssen. Dies lässt sich auf alle betrachteten Länder übertragen. Die Etablierung eines effektiven BGM-Systems kann in Unternehmen den Erhalt und die Bindung von gesundem Personal sichern und somit langfristig die Wettbewerbsfähigkeit wahren. Abschließend lässt sich sagen, dass mehr Forschung zum

Thema betriebliche Gesundheitsförderung vorgenommen werden sollte, sowie die Implementierung eines ganzheitlichen BEM-Systems in den Ländern vorangetrieben wird

9 Literaturverzeichnis

- ADA.gov (o.J.) Introduction to the Americans with Disabilities Act, U.S. Department of Justice Civil Rights Division (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.ada.gov/topics/intro-to-ada/>, Abrufdatum: 16.06.2024.
- Agnes Said, Elena Fries-Tersch (2016) Safer and healthier work at any age—Country Inventory: Sweden, European Agency for Safety and Health at Work, online im Internet, URL: <https://osha.europa.eu/en/publications/safer-and-healthier-work-any-age-country-inventory-sweden>, Abrufdatum: 15.07.2024.
- Alba-Ramirez A., López-Mourelo E. (2017) Sickness absence from work in Spain: Are there gender differences?, Universidad Carlos III de Madrid, Abrufdatum: 10.08.2024.
- Allen D., Hines E. W., Pazdernik V., Konecny L. T., Breitenbach E. (2018) Four-year review of presenteeism data among employees of a large United States health care system: A retrospective prevalence study, in: Human Resources for Health, Jg. 16, Nr. 1, S. 59. DOI: 10.1186/s12960-018-0321-9
- Alsdorf N., Engelbach U., Flick S., Haubl R., Voswinkel S. (2017) Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Analysen und Ansätze zur therapeutischen und betrieblichen Bewältigung, transcript Verlag. DOI: 10.1515/9783839440308
- Anaya C., Ayuso J. L., Fries-Tersch E. (2015) Safer and healthier work at any age—Country inventory - Spain, in: European Agency for Safety and Health at Work, S. 37.
- Arbeitsschutzgesetz (2013) § 5 ArbSchG - Einzelnorm, online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/_5.html, Abrufdatum: 07.08.2024.
- Arbetsmiljö Verket (2021) Schwedisches Zentralamt für Arbeitsumwelt—Arbetsmiljöverket, Schwedisches Zentralamt für Arbeitsumwelt (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.av.se/de/schwedisches-zentralamt-fur-arbeitsumwelt/>, Abrufdatum: 19.08.2024.
- Ashley J., Cashdollar W. S., Magill K., Etcheverry R. (2017) Transition Back to Work: Policies to Support Return to Work after Illness or Injury, in: SAW/RTW Policy Collaborative,

U.S. Department of Labor, Office of Disability Employment Policy, IMPAQ International, LLC., S. 30.

Azad A., Svärd V. (2024) Competence and professionalisation among return-to-work coordinators in Sweden: Comparisons by original profession, in: *European Journal of Social Work*, Jg. 27, Nr. 5, S. 938–951. DOI: 10.1080/13691457.2023.2186269

Bruno Urmersbach (2024) Erwerbstätige in Spanien bis 2025, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://de-statista-com.ezproxy.hnu.de/statistik/daten/studie/200508/umfrage/erwerbstaetige-in-spanien/>, Abrufdatum: 12.07.2024.

Buffie N., Merling L. (2016) US vs. Europe: Which has the best work-life balance?, in: *World Economic Forum*, o.S.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2019) BEM-Kompass, BAR e.V. (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.bar-frankfurt.de/themen/arbeitsleben/betriebliches-eingliederungsmanagement/bem-kompass.html>, Abrufdatum: 15.07.2024.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2022) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit—Berichtsjahr 2021. DOI: 10.21934/BAUA:BERICHT20220718

Bundesministerium Für Arbeit Und Soziales (2023) Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit—Berichtsjahr 2022. DOI: 10.21934/BAUA:BERICHT20230817

Bureau of Labor Statistics (2023) National Census of Fatal Occupational Injuries in 2022, U.S. Department of Labor, Abrufdatum: 13.07.2024.

Bureau of Labor Statistics (2024) The Employment Situation—August 2024, in: U.S. Department of Labor, S. 39.

Burke R. J., Clarke S., Cooper C. L. (2016) *Occupational health and safety*, Routledge, London.

Corley D., Frothingham S., Bahn K. (2017) Paid Sick Days and Paid Family and Medical Leave Are Not Job Killers, in: *Center for American Progress*, S. 22.

Cosmar M., Prüße H.-M. (2022) Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, in: Michel A., Hoppe A. (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitsförderung bei der Arbeit: Interventionen für Individuen, Teams und Organisationen*, Springer Fachmedien, Wiesbaden, S. 267–283. DOI: 10.1007/978-3-658-28651-4_18

- Elke G., Gurt J., Möltner H., Externbrink K. (2015) Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung—Vergleichende Analyse der Prädiktoren und Moderatoren guter Praxis, 1. Aufl., Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund, online im Internet, URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Berichte/Gd82.html>, Abrufdatum: 19.06.2024.
- ENWHP (2018) Members of the Board, European Network for Workplace Health Promotion (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.enwhp.org/?i=portal.en.members-of-the-board>, Abrufdatum: 24.08.2024.
- Esslinger A. S., Emmert M., Schöffski O. (2010) Betriebliches Gesundheitsmanagement, 1. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-8349-8835-5
- EU-OSHA (o.J.) Rehabilitation and return to work | Safety and health at work EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://osha.europa.eu/en/themes/work-related-diseases/rehabilitation-and-return-work>, Abrufdatum: 15.06.2024.
- Eurofound (2022) Working conditions in the time of COVID-19 :implications for the future, European Working Conditions Telephone Survey 2021 series, Publications Office of the European Union, Luxembourg, online im Internet, URL: <https://data.europa.eu/doi/10.2806/357794>, Abrufdatum: 13.06.2024.
- Eurofound and International Labour Organization (2019) Working conditions in a global perspective, Publications Office of the European Union, Luxembourg, and International Labour Organization, Geneva, Luxembourg.
- European Agency for Safety and Health at Work, Leclerc C., De Keulenaer F., Belli S. (2022) OSH pulse: Occupational safety and health in post pandemic workplaces : report, Publications Office of the European Union, LU, online im Internet, URL: <https://data.europa.eu/doi/10.2802/478476>, Abrufdatum: 20.07.2024.
- European Network for Workplace Health Promotion (2003) NTP: 639: La promoción de la salud en el trabajo: Cuestionario para la evaluación de la calidad, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Abrufdatum: 16.06.2024.

- Eurostat (2023) Work accidents—Fatal work accidents, OSH Barometer (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://visualisation.osha.europa.eu/osh-barometer/accidents-diseases-well-being/work-accidents/fatal-work-accidents/AT/DE/ES>, Abrufdatum: 20.07.2024.
- Eurostat (2024a) EU unemployment rate by country 2024, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.statista.com/statistics/1115276/unemployment-in-europe-by-country/>, Abrufdatum: 17.07.2024.
- Eurostat (2024b) Europe employment rate by country 2024, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.statista.com/statistics/1195140/employment-rate-in-europe-by-country/>, Abrufdatum: 17.07.2024.
- Eurostat, European Statistics for Accidents at Work (ESAW) (2023) Work accidents—Non-fatal work accidents, OSH Barometer (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://visualisation.osha.europa.eu/osh-barometer/accidents-diseases-well-being/work-accidents/non-fatal-work-accidents/SE/DE/ES>, Abrufdatum: 20.08.2024.
- Försäkringskassan (2024a) Plan för återgång i arbete, online im Internet, URL: <http://www.forsakringskassan.se/arbetsgivare/att-forebygga-sjukfranvaro/plan-for-atergang-i-arbete>, Abrufdatum: 15.08.2024.
- Försäkringskassan (2024b) Arbetslivsinriktad rehabilitering, online im Internet, URL: <http://www.forsakringskassan.se/halso-och-sjukvarden/sjukdom-och-skada/arbetslivsinriktad-rehabilitering>, Abrufdatum: 15.08.2024.
- Fuentes-Bargues J. L., Sánchez-Lite A., González-Gaya C., Artacho-Ramírez M. A. (2023) Descriptive analysis and a proposal for a predictive model of fatal occupational accidents in Spain, in: *Heliyon*, Jg. 9, Nr. 11, S. e22219. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e22219
- Gånedahl H., Zsaludek Viklund P., Carlén K., Kylberg E., Ekberg J. (2015) Work-site wellness programmes in Sweden: A cross-sectional study of physical activity, self-efficacy, and health, in: *Public Health*, Jg. 129, Nr. 5, S. 525–530. DOI: 10.1016/j.puhe.2015.01.023
- GKV-Spitzenverband (2023) Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V, in: 4.12.2023, S. 174.
- Godino Alejandro (2024) Developments in working life 2023, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Hrsg.), online im Internet, URL:

<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/eurofound-paper/2024/spain-developments-working-life-2023>, Abrufdatum: 11.08.2024.

- Halling Ullberg O., Toivanen S., Tillander A., Bälter K. (2023) Workplace health promotion to facilitate physical activity among office workers in Sweden, in: *Frontiers in Public Health*, Jg. 11, S. 1175977. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1175977
- Hämäläinen P., Leena Saarela K., Takala J. (2009) Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level, in: *Journal of Safety Research*, Jg. 40, Nr. 2, S. 125–139. DOI: 10.1016/j.jsr.2008.12.010
- Holleder A. (2023) Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland für alle? Ergebnisse der BIBB-/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018, in: *Das Gesundheitswesen*, Jg. 85, Nr. 04, S. 277–288. DOI: 10.1055/a-1658-0125
- Howard A., Antczak R., Albertsen K. (2022) Third European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER 2019), Publications Office, LU, online im Internet, URL: <https://data.europa.eu/doi/10.2802/413156>, Abrufdatum: 22.08.2024.
- INSST (2023) Spanish OSH Strategy 2023-2027, in: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P., S. 16.
- INSST, Fernández M. M. F. (2024) Informe anual de accidentes de trabajo en España. Datos 2023, in: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), S. 35.
- Instituto Nacional de Estadística (2024a) Employment rates by CCAA, INe (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=1&lang=en>, Abrufdatum: 12.06.2024.
- Instituto Nacional de Estadística (2024b) Unemployment rates by CCAA, Ine (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=0&lang=en>, Abrufdatum: 12.06.2024.
- Instituto Nacional de Estadística (2024c) Economically Active Population Survey, INE (Hrsg.), online im Internet, URL: https://ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595, Abrufdatum: 12.06.2024.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (2023) Evaluación de la Inversión en Promoción de la Salud en el Trabajo (PST). Guía de utilización de la herramienta informática, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Abrufdatum: 17.06.2024.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (o.J.) Misión, visión y valores, in: Gobierno de España, S. 4.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (2023) Spanish Occupational Safety and Health Strategy, 2023-2027: Executive Summary, in: Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P., S. 29.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (o.J.a) Red Española de Empresas Saludables, INSST - Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.insst.es/materias/transversales/promocion-de-la-salud/red-espanola-de-empresas-saludables>, Abrufdatum: 24.07.2024.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), OA, M.P. (o.J.b) Red Española de Empresas Saludables—10 años, Departamento Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral - INSST, Abrufdatum: 12.06.2024.
- International Labour Organization (1998) Technical and ethical guidelines for workers' health surveillance, ILO, Geneva.
- International Labour Organization (2023) A call for safer and healthier working environments, ILO, Geneva. DOI: 10.54394/HQBQ8592
- IOSH (o. J.) Return to work—IOSH policy position on rehabilitation and inclusivity, Institution of Occupational Safety and Health (IOSH) (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://iosh.com/about/what-we-do/policy-positions/return-to-work>, Abrufdatum: 15.08.2024.
- John Elflein (2024) Number of sick days taken from work or school among adults U.S. 2024, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www-statista-com.ezproxy.hnu.de/forecasts/1260743/number-of-sick-days-taken-from-work-or-school-among-us-adults>, Abrufdatum: 10.09.2024.

- Juan Carlos I (1995) Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, Bd. BOE-A-1995-24292, online im Internet, URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31>, Abrufdatum: 12.09.2024.
- Li L., Singleton P. (2019) The Effect of Workplace Inspections on Worker Safety, in: ILR Review, Jg. 72, Nr. 3, S. 718–748. DOI: 10.1177/0019793918801575
- Linnan L. A., Cluff L., Lang J. E., Penne M., Leff M. S. (2019) Results of the Workplace Health in America Survey, in: American Journal of Health Promotion, Jg. 33, Nr. 5, S. 652–665. DOI: 10.1177/0890117119842047
- Luisa Cantonnet M., Carlos Aldasoro J., Rodriguez Oyarbide I. (2022) Well-Being through workplace health promotion interventions by European enterprises, in: Safety Science, Jg. 151, S. 105736. DOI: 10.1016/j.ssci.2022.105736
- Maestas N. A., Mullen K. J., Rennane S. (2021) Absenteeism and Presenteeism Among American Workers, in: Journal of Disability Policy Studies, Jg. 32, Nr. 1, S. 13–23. DOI: 10.1177/1044207320933211
- Matusiewicz D., Walle O., Lange M. (2022) Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement, 1. Auflage. Aufl., Haufe Group, Freiburg München Stuttgart.
- Ministry of Employment (1977) Work Environment Act (Arbetsmiljölagen), Bd. SFS:1977:1160, Regeringen och Regeringskansliet, online im Internet, URL: <https://www.government.se/government-policy/labour-law-and-work-environment/19771160-work-environment-act-arbetsmiljolagen/>, Abrufdatum: 19.07.2024.
- Mykyta L. (2023) Work Conditions and Serious Psychological Distress Among Working Adults Aged 18–64: United States, 2021, National Center for Health Statistics (U.S.). DOI: 10.15620/cdc:126566
- Occupational Safety and Health Administration (o.J.) Current Enforcement Summary | Occupational Safety and Health Administration (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.osha.gov/enforcement/current-enforcement-summary>, Abrufdatum: 10.09.2024.

- OECD (2013) *Mental Health and Work: Sweden*, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, online im Internet, URL: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/mental-health-and-work-sweden_9789264188730-en, Abrufdatum: 15.08.2024.
- OECD (2024) *OECD Employment Outlook 2024 - Country Notes: Spain*, OECD (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.oecd.org/en/publications/2024/06/oecd-employment-outlook-2024-country-notes_6910072b/spain_575846f9.html, Abrufdatum: 12.09.2024.
- O.V. (2024) *OECD Employment Outlook 2024 - Country Notes: United States*, OECD (Hrsg.), online im Internet, URL: https://www.oecd.org/en/publications/2024/06/oecd-employment-outlook-2024-country-notes_6910072b/united-states_c72653f7.html, Abrufdatum: 14.08.2024.
- OECD Health Policy Studies (2022) *Promoting Health and Well-being at Work: Policy and Practices*, OECD Publishing, Paris. DOI: 10.1787/e179b2a5-en
- Office of Disability Employment Policy (2024) *Disability Employment Statistics*, U.S. Department of Labor (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.dol.gov/agencies/odep/research-evaluation/statistics>, Abrufdatum: 16.08.2024.
- Office of Workers' Compensation Programs (o.J.) *About OWCP*, U.S. Department of Labor (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.dol.gov/agencies/owcp/owcpabout>, Abrufdatum: 16.08.2024.
- O'Neill A. (2024) *Sweden—Total population 2019-2029*, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www-statista-com.ezproxy.hnu.de/statistics/375485/total-population-of-sweden/>, Abrufdatum: 19.08.2024.
- Pfannstiel M. A., Mehlich H. (2018) *BGM - ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*, Springer Gabler, Wiesbaden.
- Ramos Montserrat M., Bueno Ruíz S., González Broto C., de Lara Barloque N., Barrero Través I., Fernández Pérez M. D. (2021) *Identificación y revisión de los programas de promoción de la salud en el trabajo en España [Identification and review of health promotion at work programs in Spain.]*, in: *Revista española de salud publica*, S. 11.

- Regeringskansliet R. och (2021) A good work environment for the future – the Government’s work environment strategy 2021–2025, Regeringskansliet (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.government.se/legal-documents/2021/03/skr.-20202192>, Abrufdatum: 20.07.2024.
- Rehabilitation Services Administration (o.J.) State Vocational Rehabilitation Agencies | Rehabilitation Services Administration, U.S. Department of Labor (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://rsa.ed.gov/about/states>, Abrufdatum: 16.08.2024.
- Richter R. (2022) Das Betriebliche Eingliederungsmanagement: 25 Praxisbeispiele, 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. Aufl., wbv, Bielefeld.
- Ritta Sauni, Kirsi Koskela, Peter Westerholm (2019) OSH system at national level—Sweden, OSHwiki (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/osh-system-national-level-sweden>, Abrufdatum: 19.08.2024.
- Rollin L., Gehanno J.-F. (2012) Research on return to work in European Union countries, in: Occupational Medicine, Jg. 62, Nr. 3, S. 210–215. DOI: 10.1093/occmed/kqr207
- Sarah Copsey (2022) Rehabilitation and return-to-work policies and systems in European Countries, online im Internet, URL: <https://oshwiki.osha.europa.eu/en/themes/rehabilitation-and-return-work-policies-and-systems-european-countries>, Abrufdatum: 15.08.2024.
- Schenk A., Stromberg J., Dauer A. (2010) Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis, in: Esslinger A. S., Emmert M., Schöffski O. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement, 1. Aufl., Gabler Verlag, Wiesbaden, S. 177–194. DOI: 10.1007/978-3-8349-8835-5
- Schläger, Kremser, Giesert, Reuter, Wunderling (2023) Destigmatisierung und Qualifizierung als notwendige Voraussetzung für ein gelingendes Betriebliches Eingliederungsmanagement im Kontext psychischer Beeinträchtigung, in: Wirtschaftspsychologie, Nr. 3, S. 242. DOI: 10.2440/004-0006
- Schnabel C., Lechmann D. S. J. (2019) Präsentismus und Absentismus von Arbeitnehmern: Zwei Seiten derselben Medaille?, in: Wirtschaftsdienst, Jg. 99, Nr. 6, S. 404–410. DOI: 10.1007/s10273-019-2465-1

- Sigblad F., Savela M., Okenwa Emegwa L. (2020) Managers' Perceptions of Factors Affecting Employees' Uptake of Workplace Health Promotion (WHP) Offers, in: *Frontiers in Public Health*, Jg. 8, S. 145. DOI: 10.3389/fpubh.2020.00145
- Sim J. (1999) Improving Return-to-Work Strategies in the United States Disability Programs, with Analysis of Program Practices in Germany and Sweden, in: *Social Security Bulletin*, Jg. 62, Nr. 3, S. 41–50.
- Skatteverket (o.J.) Personalvårdsförmån, motion och friskvård, Skatteverket (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.skatteverket.se/foretag/arbetsgivare/lonochersattning/formaner/personalvardsformanmotionochfriskvard.4.3016b5d91791bf546791431.html>, Abrufdatum: 22.07.2024.
- Sozialgesetzbuch IX (2021) § 167 SGB IX - Einzelnorm, online im Internet, URL: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/_167.html, Abrufdatum: 08.09.2024.
- Statista Research Department (2023) Nonfatal occupational injuries U.S. by sector 2022, online im Internet, URL: <https://www-statista-com.ezproxy.hnu.de/statistics/284904/nonfatal-occupational-injuries-in-the-us-in-2012-by-industry-sector/>, Abrufdatum: 10.09.2024.
- Statista Research Department (2025) Total Population of Spain between 2010 and 2024 and forecast 2025 to 2029, Statista (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www-statista-com.ezproxy.hnu.de/statistics/263751/total-population-of-spain/>, Abrufdatum: 14.09.2024.
- Treier M. (2023) *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ein Lehrbuch für Bachelor- und Masterstudierende sowie Berufstätige*, Springer, Berlin [Heidelberg].
- Tsai R., Alterman T., Grosch J. W., Luckhaupt S. E. (2019) Availability of and Participation in Workplace Health Promotion Programs by Sociodemographic, Occupation, and Work Organization Characteristics in US Workers, in: *American Journal of Health Promotion*, Jg. 33, Nr. 7, S. 1028–1038. DOI: 10.1177/0890117119844478
- U.S. Department of Labor (1970) Occupational Safety and Health Act of 1970, online im Internet, URL: https://www.osha.gov/laws-regs/oshact/section_1, Abrufdatum: 10.09.2024.
- U.S. Department of Labor (o.J.) Sick Leave, DOL (Hrsg.), online im Internet, URL: <https://www.dol.gov/general/topic/workhours/sickleave>, Abrufdatum: 11.09.2024.

-
- Velazquez M., Martinez L., Devits E. (2017) Abschlussbericht zur SLIC-Revision 2017 des staatlichen Arbeitsschutzsystems der Bundesrepublik Deutschland, in: Geschäftsstelle des Länderausschusses für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, S. 109.
- Weston M. (2024) The State of Paid Sick Time in the U.S. in 2024, online im Internet, URL: <https://www.americanprogress.org/article/the-state-of-paid-sick-time-in-the-u-s-in-2024/>, Abrufdatum: 11.09.2024.
- World Economic Forum (2023) The Future of Jobs Insight Report 2023, World Economic Forum, Switzerland, online im Internet, URL: <https://www.weforum.org/publications/the-future-of-jobs-report-2023/digest/>, Abrufdatum: 21.08.2024.
- Wrage W., Sikora A., Wegewitz U. (2020) Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM), in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 2. DOI: 10.21934/BAUA:FAKTEN20201109