

Hochschule Kempten

Studienarbeit im Themenfeld „Mittleres Lebensalter“

Betriebliches Eingliederungsmanagement als Maßnahme
zur Verhinderung von Armut durch Krankheit

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	3
1 Einleitung	4
1.1 Fragestellung	4
1.2 Was bedeutet Betriebliches Eingliederungsmanagement?	4
2 Hauptteil	5
2.1 Armut durch Krankheit	5
2.2 Chancen und Möglichkeiten des BEM	5
2.3 Einschränkungen und Ergebnisbeurteilung des BEM	9
3 Schluss	9
3.1 Fazit	9
Literaturverzeichnis	11

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anträge / Bewilligung Berufliche Reha vs. Medizinische Reha	6
Abbildung 2: BEM zur Förderung der Teilhabe	8

1 Einleitung

1.1 Fragestellung

Krankheit durch Armut ist ein wesentliches Problem unserer Gesellschaft, das berechtigterweise in Forschung und Lehre viel Beachtung findet. Das Phänomen Armut durch Krankheit dagegen ist zwar ebenso bekannt, findet sich jedoch in der Literatur seltener erläutert (vgl. Sailer-Pfister 2013, S. 59). Armut, die durch Krankheit verursacht wurde, wirkt sich umgekehrt auch ungünstig auf die Gesundheit aus und führt zu einer weiteren Verschlechterung und Verarmung. Dadurch finden sich durch Krankheit in Armut Geratene schnell in einem Circulus vitiosus (vgl. Enke 2012, S. 18-20).

Im mittleren Lebensalter entsteht Armut durch Krankheit meist durch den Verlust oder eine Einschränkung der Erwerbstätigkeit (vgl. Lampert u.a. 2007, S. 44). In diesem Zusammenhang könnte ein wirkungsvolles Betriebliches Eingliederungsmanagement eine geeignete Maßnahme sein dem Armutsrisiko entgegenzuwirken. Dabei bildet das Betriebliche Eingliederungsmanagement neben Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie betrieblicher Gesundheitsförderung eine der drei Komponenten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die in diesem Zusammenhang alle ihre Bedeutung und Berechtigung haben (vgl. Rexrodt 2005, S. 65).

In dieser Arbeit wird erörtert, ob das Betriebliche Eingliederungsmanagement tatsächlich dazu geeignet ist, Armut durch Krankheit zu verhindern und ob dieses Mittel entsprechend eingesetzt wird. Ein bedeutsamer Grund dieser Fragestellung nachzugehen, rührt von den zu beobachtenden Veränderungen der Gesellschaft und Arbeitnehmerzusammensetzung. Es besteht die Vermutung, dass demographische Veränderungen sowie die Zunahme an psychischen Erkrankungen die Forderungen an das Betriebliche Eingliederungsmanagement weiter erhöhen (Marschall et al. 2016, S. 16, S. 22). Grundlage der Studienarbeit bildet die Literatur- und Internetrecherche.

1.2 Was bedeutet Betriebliches Eingliederungsmanagement?

Mit § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet der Gesetzgeber seit 2004 Unternehmen, ein Betriebliches Eingliederungsmanagement – im Folgenden BEM genannt - allen Mitarbeitern anzubieten, die mit oder ohne Unterbrechungen sechs Wochen krankheitsbedingt arbeitsunfähig waren. Damit überträgt der Gesetzgeber den Unternehmen die Verantwortung für ihre Beschäftigten. Die Freiwilligkeit der Teilnahme seitens der Mitarbeiter setzt deren Mitwirkung voraus. BEM hat das Ziel

Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Damit bedeutet § 84 Abs. 2 SGB IX einen Eingriff des Gesetzgebers in betriebliche Beschäftigungspolitik zu Gunsten gesundheitlich eingeschränkter Arbeitnehmer (vgl. Niehaus 2008, S. 110 f.).

2 Hauptteil

2.1 Armut durch Krankheit

Der Schwellenwert für Armutsgefährdung liegt bei einem Einkommen, das 60 % des Medianeinkommens unterschreitet. Dies lag in Deutschland 2014 bei 11.840 €. Entsprechend galt eine Person als armutsgefährdet, wenn ihr Nettoäquivalenzeinkommen bei unter 987 € pro Monat lag. 2014 waren in Deutschland 16,7 % der Bevölkerung hiervon betroffen (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2016, S. 170-171). Die Ursache „Erkrankung, Sucht, Unfall“ zählte mit 12,1 % im Jahr 2014 als dritthäufigster Hauptauslöser für Überschuldung (vgl. ebd., S. 168). Chronische Krankheit und Behinderung sind eine Ursache für geringe Einkommen, da dieser Personengruppe der Zugang beziehungsweise die Rückkehr zur Arbeitswelt erschwert ist. Arbeitslosigkeit ist bei diesem Personenkreis besonders häufig anzutreffen (vgl. Lampert et al. 2007, S. 44). „Aus psychischen Erkrankungen resultieren Verarmungs- und Ausgrenzungsprozesse“ (Schneider 2016, S. 80). 20 % der Bevölkerung zählten 2014 als von Armut oder sozialer Ausgrenzung betroffen (vgl. Bundeszentrale für Politische Bildung 2016, S. 172). Abgesehen vom ökonomischen Aspekt kann jemand, der krank ist, schon deswegen als arm gelten, weil er Gesundheit als Statussymbol verloren hat beziehungsweise Gesundheit nicht aufweisen kann (vgl. Proft 2013, S. 35).

Damit kann festgehalten werden, dass Krankheit ein Grund für Armut sein kann. Es stellt sich weiterhin die Frage, wie Armut durch Krankheit im mittleren Lebensalter bestmöglich vermieden werden kann und ob BEM hier ein geeignetes Mittel ist (vgl. Enke 2012, S. 19).

2.2 Chancen und Möglichkeiten des BEM

Es werden zunächst verschiedene Ansatzpunkte betrachtet, die im BEM eingesetzt werden können. Diese werden unterschieden in tätigkeitsbezogen, personenbezogen und bezogen auf das soziale Umfeld. Zu einem überwiegenden Anteil werden bisher Arbeitshilfen und ergonomische Verbesserungen am

Arbeitsplatz eingeführt um die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu ermöglichen oder zu erleichtern (vgl. Niehaus 2008, S. 68, S. 87).

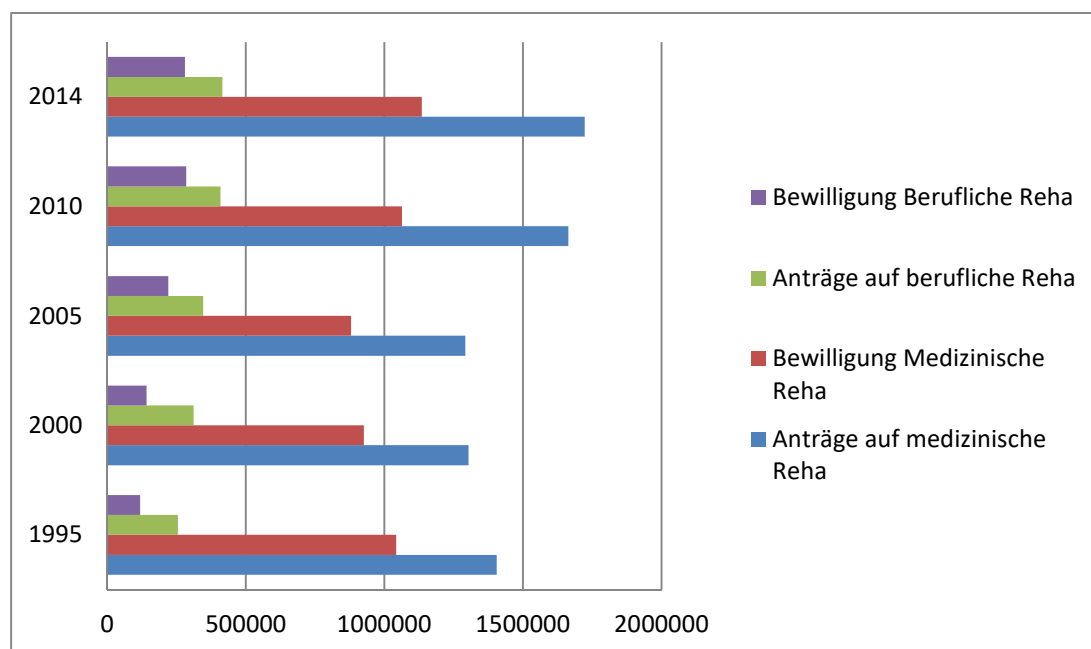
Ebenfalls häufig zum Einsatz kommt der stufenweise angelegte Reintegrationsprozess nach dem „Hamburger Modell“ nach § 74 SGB V bzw. § 28 SGB IX zur Anwendung (vgl. Hakimi 2015, S. 236).

Sehr vielversprechend sind Rehabilitationsmaßnahmen, die volkswirtschaftlich zu einer deutlichen Reduzierung der Krankheitsfolgekosten führen. Grundsätzlich sind stationäre, ambulante sowie berufsbegleitende Rehabilitationen möglich, wobei Arbeitgeber zuletzt genannte Variante bevorzugen. Bei Arbeitnehmern in Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU) muss anstatt des Betriebsarztes der Hausarzt das Prozedere in Richtung Reha begleiten (vgl. Gebauer 2007, S. 2 ff.).

Ziel ist, den Rehabilitanden auf körperlicher, kognitiver und sozialer Ebene wieder zu Selbständigkeit und Teilhabe am beruflichen wie sozialen Leben zu begleiten (vgl. Niehoff / Abholz 2011, S. 155 f.).

Besondere Bedeutung hat die Rehabilitation für ältere Arbeitnehmer und sollte im Sinne von „Reha vor Rente“ so oft wie nötig und möglich zum Einsatz kommen. „Im internationalen Vergleich sind in Deutschland nur 38,4 %, dagegen in Schweden, der Schweiz und den USA deutlich über 60 % der 55-jährigen und Älteren noch im Erwerbsleben“ (Seiter 2005, S. 84).

Abbildung 1: Anträge / Bewilligung Berufliche Reha vs. Medizinische Reha



Quelle: eigene Darstellung (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2015)

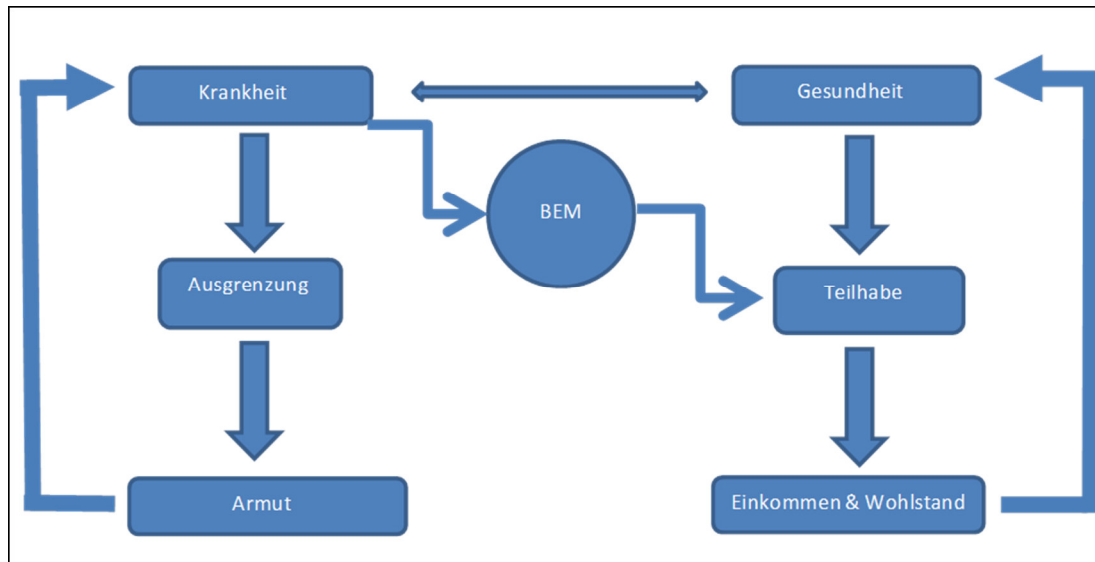
Der prozentuale Anteil an Bewilligungen von Anträgen zur Beruflichen Rehabilitationen hat von 1995 bis 2014 stärker zugenommen als bei den Medizinischen Rehabilitationen, wobei diese allerdings ebenso zu einer beruflichen Wiedereingliederung beitragen können. Der Altersdurchschnitt hat sich bei allen Rehabilitationstypen erhöht. Bei der Anschlussrehabilitation lag der Altersdurchschnitt 2014 bei 55,5 Jahren gegenüber 50,3 Jahren im Jahr 2000. Ambulante Rehabilitationen werden von durchschnittlich jüngeren Rehabilitanden wahrgenommen. Hier lag der Altersdurchschnitt 2014 bei 48,6 Jahren gegenüber 44,2 Jahren im Jahr 2000. Psychische Erkrankungen bilden die zweithäufigste Diagnose, wegen der eine Rehabilitation durchgeführt wird. Der Anteil stieg bei den Männern von 11,4 % 1995 auf 17,1 % im Jahr 2014. Bei den Frauen erreichte der Anteil von 14,3 % 1995 sogar 20,8 % im Jahr 2014 (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2015).

Psychische Erkrankung bilden die dritthäufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) und verlangen daher in besonderem Maße Gesundheit und Wiedereingliederung. Bewährt hat sich ein ganzheitlicher Ansatz nach dem „Kölner Instrumentarium“, in dem ein interdisziplinäres Team aus Therapeuten, Freunden und Familie zusammen mit dem Erkrankten an der Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation, der beruflichen Rehabilitation an sich und der anschließenden Integration in Arbeit wirken (vgl. Storck / Plößl 2015, S. 271). Sinnvoll erscheint eine Förderung der Rehabilitation, z.B. durch flächendeckende Information für „Kommunikatoren für Rehabilitation“, wie vom Institut für Rehabilitationsforschung Norderney gefordert (vgl. Gebauer 2007, S. 4).

Mit BEM, als „einzelfallbezogene Ergänzung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements“ (Niehaus 2008, S. 9), kann man zunächst alle Möglichkeiten des Settings „Betrieb“, inklusive der vorhandenen Infrastruktur nutzen (vgl. Naidoo / Wills 2010, S. 346). Die Kenntnis der krankheitsbedingten Absenz über sechs Wochen oder mehr gibt dem Arbeitgeber nicht nur die Chance, sondern den gesetzlichen Auftrag, Kontakt mit dem kranken Mitarbeiter aufzunehmen und ihm die Teilnahme am BEM-Verfahren anzubieten. Alternativ müsste auf die eigenständige Initiative des Betroffenen vertraut werden, darauf, dass er gemeinsam mit seinem Hausarzt alle Möglichkeiten der Rehabilitation und des Wiedereinstiegs erarbeitet. Der Hausarzt ist oftmals nicht entsprechend von den Rentenversicherungen aufgeklärt. Aufgrund seines Gesundheitszustandes ist der Beschäftigte möglicherweise nicht in der Lage, genügend Kraft aufzubringen um initiativ zu werden. Diese Kraft soll der BEM-Teilnehmende durch ein Empowerment und damit Stärkung der Teilhabe erhalten. Dabei spielt die Motivation des Teilnehmenden eine große Rolle. Es gilt sein Selbstvertrauen und seinen Glauben

an die Möglichkeit eines Wiedereinstiegs in die Berufstätigkeit zu stärken (vgl. Enke 2012, S. 20).

Abbildung 2: BEM zur Förderung der Teilhabe



Quelle: eigene Darstellung

Es muss gesichert werden, dass der Teilnehmer Vertrauen in das BEM-Verfahren hat. Befürchtungen, es gehe nur darum, Voraussetzungen für eine krankheitsbedingte Kündigung zu schaffen, müssen abgewendet werden. Die Freiwilligkeit der Teilnahme sollte dem Arbeitnehmer transparent gemacht werden damit er sich seiner Rolle als „Souverän“ bewusst wird (vgl. Richter 2014, S. 19, S. 23). Sieht man Arbeit als Quelle von Gesundheit und Krankheit, bildet das BEM einen Teil der Arbeit (vgl. Naidoo/Wills 2010, S. 334). Auch in diesem Teil der Arbeit spielt für das Befinden des Mitarbeiters und sein Erleben des BEM eine große Rolle, wie dieser Teil der Arbeit gestaltet ist. In Anwendung des Job-Demand-Control Modells nach Karasek ist neben der Freiwilligkeit auch die Möglichkeit der Einflussnahme innerhalb des BEM-Verfahrens von großer Bedeutung. Entscheidungsspielräume, die der Beschäftigte erhält, mildern die Situation der Wiedereingliederung als Stressor und lassen ihn mit den besonderen Anforderungen leichter umgehen (vgl. Edelmann 2002, S. 6 ff.).

Betrachten wir das BEM aus salutogenetischer Sichtweise, gilt es beim Teilnehmer Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit des Krankheitsgeschehens und der Situation des drohenden Arbeitsplatzverlustes zu fördern sowie das Erkennen von Lösungsansätzen zu stärken. So können Ressourcen und motivationale Stimuli

geweckt werden, die für den erfolgreichen Verlauf des Verfahrens entscheidend sein können (vgl. Antonovski / Franke 1997, S. 34-36).

BEM bildet neben Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation eine Chance die Langzeitarbeitslosigkeit zu verringern (vgl. Rebscher et al. 2016, S. 13). Bei Langzeiterkrankten ist die Rückkehr ins Erwerbsleben ohne BEM sehr schwierig und verlangt ein hohes Engagement des Arbeitnehmers in Zusammenarbeit mit seinem behandelnden Arzt (vgl. Weber et al. 2015, S. 27). „Das BEM kann in seiner zehnjährigen Geschichte durchaus als erfolgreiche und wirksame Gesetzgebung gewürdigt werden“ (ebd., S. 37).

2.3 Einschränkungen und Ergebnisbeurteilung des BEM

Um den Erfolg des BEM beurteilen zu können, müssen Akzeptanz, Teilnahmequote und Wiedereingliederung im Einzelfall beurteilt werden. Evaluiert werden sollte außerdem der Verlauf der Fehlzeiten, sowie einzelne Langzeitbeobachtungen von Teilnehmenden (vgl. Richter 2014, S. 17, S. 36). Das heißt, nach der Wiedereingliederung sollten die AU-Tage des Teilnehmenden weiter ausgewertet werden und regelmäßige Rückmeldegespräche geführt werden (vgl. Giesert / Wendt-Danigel 2011, S. 36).

Für ein erfolgreiches BEM-Gespräch sind Kommunikationstechniken und sozialpädagogische oder psychologische Kompetenzen, wie sie für Beratungsgespräche nötig sind, erforderlich. Leider wird dieser besonderen Anforderung in der Auswahl der zuständigen Mitarbeiter nicht immer ausreichend Beachtung geschenkt (vgl. Richter 2014, S. 40).

In der Studie von Niehaus benennen in der Online-Befragung 36 % der Befragten den „Rückgang des Krankenstandes“ und 18 % den „Rückgang krankheitsbedingter Kündigungen“ als Effekte des BEM (vgl. Niehaus 2008, S. 107). Festzuhalten ist, „dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement geeignet ist, den Krankenstand zu senken, einen Beitrag zur Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der betroffenen Beschäftigten zu leisten und die Erwerbsbeteiligung zu sichern“ (ebd., S. 109).

3 Schluss

3.1 Fazit

Man kann daher festhalten, dass ein BEM durchaus sinnvoll und wirksam ist um die Gefahr der Erwerbslosigkeit und damit die Gefahr von Armut für den Kranken zu reduzieren. Verhindern lässt sich Armut durch Krankheit durch ein BEM nicht unbedingt, da das Ergebnis in hohem Maße einzelfallabhängig ist. Eine äußerst

große Bedeutung hat zweifelsohne das Wahrnehmen von Rehabilitationsmaßnahmen für den Beschäftigten. Inwiefern in der Vergangenheit Rehabilitation aufgrund eines BEM-Verfahrens eingeleitet wurde, konnte nicht in Erfahrung gebracht werden. Neben vielen anderen Faktoren spielen natürlich auch die Schwere der Erkrankung, die Qualität des BEM, aber auch der Beschäftigte als Souverän eine bedeutende Rolle.

Zahlen zur Verbreitung des BEM standen nicht zur Verfügung. Es scheint, dass vor allem in KMUs hier immer noch erheblicher Entwicklungsbedarf besteht. Tatsächlich gibt es kostenlose Materialien und Unterstützung wie die BEM-Broschüre der Hans Böckler Stiftung (vgl. Romahn 2010) oder die „MundA-Broschüre“ (vgl. Rexrodt / Ramsauer 2000). Es wäre jedoch sowohl für den volkswirtschaftlichen Nutzen, die einzelnen Unternehmen, aber ganz besonders für die Einzelschicksale wünschenswert, eine politisch initiierte Kampagne mit dem Ziel der weiteren Verbreitung des BEM in kleinen, mittleren und großen Unternehmen durchzuführen. Möglicherweise wäre für kleine und mittlere Unternehmen finanziell und qualitativ eine BEM-Dienstleistung von Dritten sinnvoller als eigene Mitarbeiter für die wenigen Fälle im Jahr entsprechend zu schulen.

Interessant wäre eine Untersuchung, die der Frage nachgeht, was KMUs daran hindert, ein BEM einzusetzen, was für diese Unternehmen die Einführung des BEM attraktiv machen würde und wie eine eventuelle Unterstützung bei der BEM-Einführung und Aufrechterhaltung für sie aussehen sollte. Möglicherweise könnten diese Fragen im Rahmen einer Bachelorarbeit bearbeitet werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovski, Aaron / Franke, Alexa (Hrsg.) (1997) Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: DGVT-Verl. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 36)
- Bundeszentrale für Politische Bildung (2016): Datenreport 2016: Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. Bonn: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Datenreport/Downloads/Datenreport2016.pdf;jsessionid=9BD6064E4A68DD9C9F2F4E79995A17A4.cae3?__blob=publicationFile (Zugriff am 09.06.2016)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Indikatoren Rehaleistungen im Zeitablauf 2015: Durchgeführte Reha-Leistungen und Finanzen Reha-Anträge und ihre Erledigungen. http://www.deutscherentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/6_Wir_ueber_uns/03__fakten_und_zahlen/03_statistiken/02_statistikpublikationen/15_indikatoren_rehaleistungen_zeitablauf.pdf?__blob=publicationFile&v=15 (Zugriff am 09.06.2016)
- Edelmann, Margarete (2002): Gesundheitsressourcen im Beruf: Selbstwirksamkeit und Kontrolle als Faktoren der multiplen Stresspufferung. 1. Aufl. Weinheim: Beltz. (Psychologie - Forschung - aktuell, Bd. Bd. 8Bd). <http://www.socialnet.de/rezensionen/isbn.php?isbn=978-3-621-27526-2> (Zugriff am 09.06.2016)
- Enke, Martina (2012): Armut macht krank - Krankheit macht arm?!: Eine gemeinsame Fachtagung des Regionalen Knotens und des Landes-Caritasverbandes Bayern. München: LZG, Regionaler Knoten Bayern. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/armut-macht-krank-krankheit-macht-arm/> (Zugriff am 09.06.2016)
- Gebauer, Erika (2007): KoRB - Kooperation Rehabilitation und Betrieb: Ein Projekt zur Versorgungsforschung in kleinen und mittleren Unternehmen (KMU). Münster. http://www.deutscherentenversicherung.de/Westfalen/de/Inhalt/Allgemeines/Downloads/Reha/KoRB_Kurzbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am 16.05.2016)

- Giesert, Marianne / Wendt-Danigel, Cornelia (Hrsg.) (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement: Gesundheit und Qualität der Arbeit. 2. Aufl., Arbeitspapier 199. Düsseldorf.
http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_199.pdf
 (Zugriff am 16.05.2006)
- Hakimi, Rainer (2015): Freiberufliche/Selbständige: "Absicherung bei Krankheit / Unterstützung im Return to Work" durch die private Krankenversicherung. Unterstützung bei der Wiedereingliederung durch Gesundheitsmanagement. In: Weber, Andreas/Peschkes, Ludger/Boer, Wout d. (Hrsg.) (2015): Return to work - Arbeit für alle: Grundlagen der beruflichen Reintegration. 1. Auflage. Stuttgart: Genter-Verlag
- Marschall, Jörg / Hildebrandt, Susanne/Sydow, Hanna/Nolting, Hans-Dieter (2016): Gesundheitsreport 2016: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt Gender und Gesundheit. Hamburg.
https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf?
 (Zugriff am 16.05.2016)
- Mecklenburg, Hermann (2015): Allgemeine Grundlagen der Rehabilitation. Funktionen der Rehabilitation - das "Kölner Instrumentarium". In: Storck, Joachim / Plößl, Irmgard (Hrsg.): Handbuch Arbeit. Wie psychisch erkrankte Menschen in Arbeit kommen und bleiben, 3. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag
- Naidoo, Jennie/Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 2. Aufl. der dt. Ausg., überarb., aktualisierte und durch Beitr. zum Entwicklungsstand in Deutschland erw. Neuaufl. Werbach-Gamburg: Verl. für Gesundheitsförderung
- Niehaus, Mathilde/Magin, Johannes/Marfels, Britta/Vater, Gudrun E./Werkstetter, Eveline (2008): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Köln. Auftraggeber: Bundesministerium für Arbeit und Soziales
<http://www.bmas.de/DE/Service/Medien/Publikationen/f374-forschungsbericht.html> (Zugriff am 16.05.2016)
- Niehoff, Jens-Uwe/Abholz, Heinz-Harald (2011): Sozialmedizin systematisch. 3. Aufl. Bremen: UNI-MED-Verl. (Klinische Lehrbuchreihe) Sailer-Pfister, Sonja (2013): Reich und gesund - arm und krank. Sozial-ethische Überlegungen zu einer gerechten Gestaltung des Gesundheitssystems. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo: Moral und Moneten: Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Ostfildern: Matthias-Grünwald-Verl.

- Proft, Ingo (2013): Gesundheit zwischen Anspruch und Teilhabe. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): Moral und Moneten: Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Ostfildern: Matthias-Grünwald-Verl.
- Rexrodt, Christian (2005): Prävention von Behinderungen und betriebliches Eingliederungsmanagement in kleinen Unternehmen. In: Mehrhoff, Friedrich / Schönle, Paul W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. 1. Aufl. Stuttgart: Gentner
- Rebscher, Herbert / Marschall, Jörg / Hildebrandt-Heene, Susanne / Sydow, Hanna / Nolting, Hans-Dieter (2016): Schwerpunkt: Gender und Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH. (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Bd. Band 13Bd).
https://www.dak.de/dak/download/Gesundheitsreport_2016_-_Warum_Frauen_und_Maenner_anders_krank_sind-1782660.pdf? (Zugriff am 19.05.2016)
- Rexrodt, Christian (2005): Prävention von Behinderungen und betriebliches Eingliederungsmanagement in kleinen Unternehmen. In: Mehrhoff, Friedrich / Schönle, Paul W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. 1. Aufl. Stuttgart: Gentner
- Rexrodt, Christian / Ramsauer, Frank (2000): Aufbau einer branchenunabhängigen Präventions- und Rehabilitationsberatung für kleine und mittelständische Unternehmen: "Jupp Schmitz lässt nach!". Essen.
https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/redaktion/pdf_publicationen/forschungsberichte/Aufbau-einer-Praeventions-und-Rehabilitationsberatung.pdf (Zugriff am 09.06.2016)
- Richter, Regina (2014): Das betriebliche Eingliederungsmanagement: 25 Praxisbeispiele. 2., aktualisierte und erw. Aufl. Bielefeld: Bertelsmann
- Romahn, Regine (2010): Betriebliches Eingliederungsmanagement. Frankfurt a. M.: Bund-Verl. (Betriebs- und Dienstvereinbarungen / Hans-Böckler-Stiftung Analyse und Handlungsempfehlungen)
- Sailer-Pfister, Sonja (2013): Reich und gesund - arm und krank. Sozial-ethische Überlegungen zu einer gerechten Gestaltung des Gesundheitssystems. In: Niederschlag, Heribert / Proft, Ingo (Hrsg.): Moral und Moneten: Zu Fragen der Gerechtigkeit im Gesundheitssystem. Ostfildern: Matthias-Grünwald-Verl.
- Schneider, Ulrich (2016): Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016. Zeit zu handeln. Berlin. <http://www.der-paritaetische.de/armutsbericht> (Zugriff am 19.05.2016)

- Seiter, Hubert (2005): Gemeinsames Handeln der Rehabilitationsträger für Unternehmen. In: Mehrhoff, Friedrich / Schönle, Paul W. (Hrsg.): Betriebliches Eingliederungsmanagement: Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern sichern. 1. Aufl. Stuttgart: Gentner
- Storck, Joachim / Plössl, Irmgard (2015): Handbuch Arbeit: Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. 3., vollst. überarb. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verl.
- Weber, Andreas / Peschkes, Ludger / de Boer, Wout (2015): Return to Work – Arbeit für alle. Grundlagen der beruflichen Reintegration. Return to Work – Ausgangslage, Definition, Ziele. Return to Work (RTW) – ein multidimensionaler Prozess. Beteiligte und Persönlichkeitsschutz. 1. Auflage. Stuttgart: Genter Verlag