



# Zielsteuerungssystem „Gesundheit im Betrieb“ Ergebnisbericht 2023

Datenstand: 31.12.2021



**Institut für Gesundheitsförderung  
und Prävention GmbH**

[www.ifgp.at](http://www.ifgp.at)



Dachverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungen



**GESUNDHEIT  
IM BETRIEB**

Betriebliches Gesundheitsmanagement Österreich

Erstellt im Auftrag des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“

---

## Impressum

**Institut für Gesundheitsförderung  
und Prävention GmbH**

**E-Mail: [office@ifgp.at](mailto:office@ifgp.at)**

**Web: [www.ifgp.at](http://www.ifgp.at)**

Geschäftsführerin:	Mag. Beate Atzler, MPH
Berichtlegung:	Mag. Hubert Langmann, MPH, DI Gregor Kvas, Dr. Christina Breil
Fertigstellung:	02.06.2023
Standort:	Graz   Wien   Linz
Zitiervorschlag:	Langmann, H., Kvas, G., & Breil, C. (2023): Zielsteuerungssystem „Gesundheit im Betrieb“. Ergebnisbericht 2023. Datenstand: Ende 2021. Graz: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
Ansprechperson:	Mag. Hubert Langmann, MPH Tel.: +43 (0) 50 / 23 50 DW 379008 E-Mail: <a href="mailto:hubert.langmann@ifgp.at">hubert.langmann@ifgp.at</a>

Erstellt im Auftrag des Dachverbandes der Sozialversicherungsträger durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“.

## Kontaktadressen

Hauptsitz Graz  
Haideggerweg 40  
8044 Graz

Standort Wien  
Nordbahnstraße 51  
1020 Wien

Standort Linz  
Weißewolfstraße 5/EG/1  
4020 Linz

## Autor\*innen und Mitwirkende

Autor\*innen:

Mag. Hubert Langmann, MPH

DI Gregor Kvas

Dr. Christina Breil

Unter Einbindung von:

Mag. Petar Bajić (Industriellenvereinigung)

Mag. Martin Block, BA (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Amela Cetin, Bakk. (Bundesarbeitskammer)

Mag. Maria Cristina de Arteaga (Wirtschaftskammer Österreich)

Julia Domnanovich MA MSc (WU) (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft)

Rebecca Giegler, MSc (Österreichische Gesundheitskasse)

Bakk. Hannah Grumiller (Wiener Gesundheitsförderung)

Mag. Christoph Heigl, MPH (Österreichische Gesundheitskasse, Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung)

Philipp Jandrisits, BA („Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH)

Dr. Gert Lang (Fonds Gesundes Österreich)

Mag. Barbara Libowitzky (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt)

Tony Meinert, MSc (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft)

Mag. Bettina Pammer (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt)

Katharina Racher, MSc („Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH)

Dr. Julia Schitter (Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft)

MMag. Petra Streithofer (Bundesarbeitskammer)

Mag. Ruth Taudes (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)

Mag. Alexandra Weilhartner, MA MA (ÖSB Consulting)

Stefanie Wunderl, MSc (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt)

Dieser Bericht wurde sorgfältig erstellt und kontrolliert. Dennoch erfolgen alle Inhalte ohne Gewähr. Jegliche Haftung der Autor\*innen, der Mitwirkenden oder des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

## Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangspunkt Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ .....	18
2	Nutzen und Einsatzgebiete des Zielsteuerungssystems .....	23
3	Sinn und Zweck des Ergebnisberichts .....	24
4	Überblick Zielsteuerungssystem – Darstellung von Maßnahmen- und Wirkungszielen .....	25
5	Maßnahmenziele .....	27
5.1	Input .....	27
5.1.1	TZ 1: Öffentliche und betriebliche Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen .....	27
5.1.1.1	Indikatoren .....	28
5.1.1.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten) .....	33
5.1.1.3	Bewertung .....	36
5.2	Output .....	40
5.2.1	TZ 2: Beratung und Begleitung von Betrieben systematisch und breit umsetzen .....	40
5.2.1.1	Indikatoren .....	40
5.2.1.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten) .....	44
5.2.1.3	Bewertung .....	48
5.2.2	TZ 3: Die Nutzung der BGM-Angebote durch Betriebe erhöhen .....	51
5.2.2.1	Indikatoren .....	51
5.2.2.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten) .....	62
5.2.2.3	Bewertung .....	65
5.2.3	TZ 4: Umsetzung von umfassendem BGM in den Betrieben ausbauen .....	68
5.2.3.1	Indikatoren .....	68
5.2.3.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten) .....	71
5.2.3.3	Bewertung .....	72
5.2.4	TZ 5: Anschlussfähigkeit der Angebote zwischen ANSch, BGF und BEM verbessern zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen .....	74
5.2.4.1	Indikatoren .....	74
5.2.4.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten) .....	78
5.2.4.3	Bewertung .....	79
6	Wirkungsziele .....	81
6.1	Outcome .....	81
6.1.1	TZ 6: Gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in Betrieben schaffen .....	81
6.1.1.1	Indikatoren .....	81

6.1.1.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten).....	93
6.1.1.3	Bewertung.....	94
6.1.2	TZ 7: Arbeitszufriedenheit stärken.....	97
6.1.2.1	Indikatoren.....	97
6.1.2.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten).....	100
6.1.2.3	Bewertung.....	101
6.1.3	TZ 8: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessern.....	103
6.1.3.1	Indikatoren.....	103
6.1.3.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten).....	114
6.1.3.3	Bewertung.....	116
6.2	Impact.....	120
6.2.1	TZ 9: Vorzeitige gesundheitsbedingte Pensionierungen.....	120
6.2.1.1	Indikatoren.....	120
6.2.1.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten).....	124
6.2.1.3	Bewertung.....	125
6.2.2	TZ 10: Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten steigern.....	128
6.2.2.1	Indikatoren.....	129
6.2.2.2	Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten).....	134
6.2.2.3	Bewertung.....	135
7	Literaturverzeichnis.....	138

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheit im Betrieb - Überblicksgraphik.....	20
Abbildung 2: Zyklische Ergebnisberichterstattung.....	23
Abbildung 3: Zielsteuerungssystem Gesundheit im Betrieb – Wirkungsmodell und Teilziele .....	26
Abbildung 4: ANSch – Gefährliche Arbeitsbedingungen (europäischer Vergleich) .....	83
Abbildung 5: ANSch – Verbale Belästigung am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich) .....	85
Abbildung 6: ANSch – Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich) .....	86
Abbildung 7: ANSch – Körperliche Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich) .....	86
Abbildung 8: SÜ – Stress am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich).....	91

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ANSch – Finanzierung bzw. Investitionsquote in Sicherheit .....	28
Tabelle 2: ANSch – Förderungen von Investitionen in barrierefreie Unternehmen.....	29
Tabelle 3: BGF – Förderungen für BGF.....	30
Tabelle 4: BEM – Finanzierung für fit2work.....	30
Tabelle 5: SÜ – Förderungen/Investitionen aus öffentlichen und institutionellen Töpfen – Investitionssummen.....	32
Tabelle 6: SÜ – Förderungen/Investitionen aus öffentlichen und institutionellen Töpfen - Zahl der geförderten Personen und Summe der ausbezahlten Förderungen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen .....	33
Tabelle 7: BGF – BGF-Berater*innen (– Versorgungslandschaft).....	43
Tabelle 8: BEM – fit2work-Berater*innen (- Versorgungslandschaft) .....	44
Tabelle 9: BGF – Auszeichnungen .....	52
Tabelle 10: BGF – Beratungen .....	52
Tabelle 11: BEM – Basisinformation Personenberatung .....	53
Tabelle 12: BEM – Erstberatung Personenberatung.....	54
Tabelle 13: BEM – Basischecks Personenberatung.....	55
Tabelle 14: BEM – Case Managements und Intensivberatungen .....	55
Tabelle 15: BEM – Bekanntheitsgrad/Werbung der Wiedereingliederungsteilzeit.....	56
Tabelle 16: BEM – (Neu-)Anträge auf Wiedereingliederungsgeld .....	57
Tabelle 17: BEM – Bezieher*innen von Wiedereingliederungsgeld .....	58
Tabelle 18: BEM – Beendigungsgrund Wiedereingliederungsgeld .....	58
Tabelle 19: SÜ – Beratungen durch jede Säule .....	59
Tabelle 20: SÜ – Relevante Homepages und Downloads .....	61
Tabelle 21: BGF – Teilnahme an Fortbildungen von BGF-Seminaren/Trainings.....	69
Tabelle 22: BEM – fit2work Beauftragte im Betrieb .....	69
Tabelle 23: BEM – Bekanntheitsgrad der fit2work Angebote.....	70
Tabelle 24: SÜ – Entwicklung standardisierter Unterlagen .....	75
Tabelle 25: SÜ – Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Berater*innen .....	75
Tabelle 26: SÜ – Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Betriebe.....	76
Tabelle 27: SÜ – Begleitende ÖA- und Kommunikationsmaßnahmen .....	76
Tabelle 28: SÜ – Qualitätssicherung durch bestehende bzw. neu entwickelte Systeme .....	77
Tabelle 29: SÜ – Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente .....	77
Tabelle 30: ANSch – Gefährliche Arbeitsbedingungen .....	82

Tabelle 31: ANSch – Verbale Belästigung/ Sexuelle Belästigung/ Körperliche Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten.....	84
Tabelle 32 ANSch – Kontrollen durch Arbeitsinspektorate.....	87
Tabelle 33: ANSch – Festgestellte Übertretungen.....	88
Tabelle 34: SÜ – Stress am Arbeitsplatz.....	90
Tabelle 35: SÜ – Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen.....	92
Tabelle 36: SÜ – Arbeitszufriedenheit: Teilindex Arbeit - Arbeitsklima Index.....	98
Tabelle 37: SÜ – Arbeitszufriedenheit: EWCS.....	99
Tabelle 38: SÜ – Arbeitszufriedenheit: EU-SILC.....	99
Tabelle 39: SÜ – Anerkannte Arbeitsunfälle.....	104
Tabelle 40: SÜ – Meldepflichtige Arbeitsunfälle.....	105
Tabelle 41: SÜ – Krankenstandsquote (Ausfallsquote) durch Arbeitsunfälle.....	105
Tabelle 42: SÜ – Tödliche Arbeitsunfälle.....	106
Tabelle 43: SÜ – Berufserkrankungen.....	107
Tabelle 44: SÜ – Unfallschwere.....	108
Tabelle 45: SÜ – Gesundheitsquote/Anwesenheitsquote.....	109
Tabelle 46: SÜ – AU-Tage.....	109
Tabelle 47: SÜ – AU-Fälle.....	110
Tabelle 48: SÜ – AU-Quote.....	110
Tabelle 49: SÜ – Langzeitkrankenstände.....	111
Tabelle 50: SÜ – Allgemeiner Gesundheitszustand.....	111
Tabelle 51: SÜ – Fehlzeitenquote vor/nach Intervention.....	112
Tabelle 52: SÜ – Status nach Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) Beratung.....	113
Tabelle 53: SÜ – Rentenneuzugänge (exkl. Hinterbliebenenrenten).....	121
Tabelle 54: SÜ – Berufliche Reha-Anträge.....	122
Tabelle 55: SÜ – Berufliche Rehabilitation.....	122
Tabelle 56: SÜ – Berufsunfähigkeits- /Invaliditätspensionen.....	123
Tabelle 57: SÜ – Pensionsantrittsalter.....	123
Tabelle 58: SÜ – Nicht geförderte Arbeitsaufnahmen von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen.....	130
Tabelle 59: SÜ – Arbeitsaufnahmen von Personen mit/ohne gesundheitliche/n Vermittlungseinschränkungen.....	130
Tabelle 60: SÜ – Geförderte Personen mit/ohne gesundheitliche/n Vermittlungseinschränkungen und vorliegendem Dienstverhältnis.....	131



Tabelle 61: SÜ – Arbeitsmarktstatus der fit2work Klient\*innen bei abgeschlossener  
Erstberatung und bei abgeschlossenem Case Management..... 133

## Abkürzungsverzeichnis

ABI	Arbeitsbewältigungsindex
AFa	Arbeitsmedizinischer Fachdienst
AMZ	Arbeitsmedizinisches Zentrum
AM	Arbeitsmediziner*in/Arbeitsmediziner*innen
AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Arbeitnehmer*in/Arbeitnehmer*innen
ANSch	Arbeitnehmer*innenschutz
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
AU	Arbeitsunfähigkeit
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
bfi	Berufsförderungsinstitut
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BMA	Bundesministerium für Arbeit
BMAJF	Bundesministerium für Arbeit, Jugend und Familie
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
DALY	Disability Adjusted Life Years oder auch Disease Adjusted Life Years
EWCS	European Working Conditions Survey
EWCTS	European Working Conditions Telephone Survey
GAS	Goal Attainment Scaling
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GiB	Gesundheit im Betrieb
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitsziel/e
G-ZG	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH

IP	Internetprotokoll
ISCO	International Standard Classification of Occupations
KF	kurzfristig
KV	Krankenversicherung
LF	langfristig
NÖ	Niederösterreich
ONR	ON-Regel
ÖA	Öffentlichkeitsarbeit
ÖGA	Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin
ÖAK	Österreichische Ärztekammer
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk
PSA	Persönliche Schutzausrüstung
SFK	Sicherheitsfachkraft
SGM	Sicherheits- und Gesundheitsmanagement
SMS	Sozialministeriumservice
SRÄG	Sozialrechts-Änderungsgesetz
STZ	Sicherheitstechnisches Zentrum
SÜ	Säulenübergreifend
SV	Sozialversicherung
SVP	Sicherheitsvertrauensperson
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen
tlw.	teilweise
TÜV	Technischer Überwachungsverein
TZ	Teilziel
UVD	Unfallverhütungsdienst
VÖSI	Verband Österreichischer Sicherheitsexperten
VZÄ	Vollzeitäquivalent
WAI	Work Ability Index
WIETZ	Wiedereingliederungsteilzeit
WIFI	Wirtschaftsförderungsinstitut
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich
ZS	Zielsteuerung

## Executive Summary

### Ausgangspunkt

Die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit in Betrieben aller Größen und Branchen beitragen, indem die Vernetzung der drei Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und die operative Durchlässigkeit im Sinne der Betriebe zur Erreichung der **Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen** – verbessert wird. Aufbauend auf diesen Wirkungszielen ist, unter Beteiligung von Vertreter\*innen der verantwortlichen Institutionen, ein integriertes Zielsteuerungssystem entwickelt worden, das die Aufgaben und Ziele sowie Indikatoren und Messgrößen der unterschiedlichen Handlungsfelder (ANSch, BGF und BEM) auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. eines gemeinsamen Wirkmodells abbildet.

### Nutzen und Einsatzgebiete des Zielsteuerungssystems

Das Zielsteuerungssystem dient als Qualitätssicherungsinstrument, insbesondere zur Situationsanalyse und als Interventionsplanungs- und Evaluationsinstrument für die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“. Ausgehend von der Annahme, dass die definierten allgemeinen Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern, wiederherstellen – nicht direkt, sondern über Zwischenstufen erreicht werden, liegt der Fokus dieses Modells in einem ersten Schritt auf der Analyse bzw. dem Monitoring von Ist-Daten. Längerfristig ist die Darstellung von geplanten sowie bereits erreichten Ergebnissen bzw. Wirkungen intendiert. Die kontinuierliche Überprüfung der Ergebnisse und der Wirkungszusammenhänge soll einerseits direkt zur weiteren Steuerung genutzt werden und andererseits auch eine Basis für nachfolgende Evaluierungen bilden.

### Sinn und Zweck des Ergebnisberichts

Der vorliegende Bericht stellt die erste Bestandsaufnahme der gemeinsam festgelegten Indikatoren dar. Dabei wurde die Datenlage bis inklusive Ende des Jahres 2021 (31.12.2021) berücksichtigt. Im Kontext der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll dieser Ergebnisbericht dem strategischen Koordinationsgremium, der operativen Netzwerkkoordination und den betroffenen Arbeitsgruppen als **Ausgangsbasis für eine längerfristige zyklische BGM-Berichterstellung** dienen, um Entwicklungstrends in den jeweiligen Handlungsfeldern zu beobachten. Zudem sollen die Gremien der Nationalen Strategie dabei unterstützt werden, zielgerichtete BGM-Maßnahmen abzuleiten und die Wirksamkeit dieser fundiert bewerten zu können. Durch die Erfassung von Outcomes und Impacts wird der Fokus nicht nur auf Strukturen und Prozesse gelegt, sondern hin zu Ergebnissen gelenkt. Die im vorliegenden Ergebnisbericht **angeführten Empfehlungen des IfGP** zur Weiterentwicklung sollen in den Gremien der Nationalen Strategie **besprochen und analysiert** werden. Der erste Ergebnisbericht dient somit als Diskussionsgrundlage zur Weiterentwicklung des Themenfelds BGM in Österreich.

## Überblick Ergebnisse: Zielsteuerungssystem – Darstellung anhand von Maßnahmen- und Wirkungszielen

Zur Erreichung der im Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ definierten allgemeinen drei Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen – wurden in der Arbeitsgruppe zehn Teilziele definiert, die in einem Framework bzw. Wirkungsmodell eingebettet sind (siehe Abbildung 3). In der (angenommenen) Wirkungskette werden finanzielle wie sachliche Mittel (Input) und zur Verfügung gestellte Leistungen (Output) zu kurzfristig umsetzbaren „Maßnahmen“ zusammengefasst. Die zielgruppen- bzw. gesellschaftsspezifischen Ergebnisse werden zu mittel- bis langfristig erwartbaren „Wirkungen“ (Outcome und Impact) zusammengefasst. Die zehn Teilziele wurden sohin maßnahmen- wie auch wirkungsorientiert definiert.

Die Kernaussagen sowie die enthaltenen Empfehlungen des IfGP des vorliegenden Ergebnisberichtes werden im Folgenden nach den Teilzielen 1 bis 10 gegliedert und in zusammengefasster Form wiedergegeben:

### Teilziel 1: Öffentliche und betriebliche Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen

Die Daten zur Abbildung der eingesetzten Finanzmittel im Kontext von Gesundheit und Arbeit weisen einen unterschiedlichen Grad an Standardisierung, Variabilität und Aktualität auf. Es wird die **Empfehlung** zur weiteren Erhöhung der Transparenz bei der Mittelverwendung für BGM i. S. eines kontinuierlichen Monitoringsystems ausgesprochen.

Den im Jahr 2016 erhobenen Förderungen und Investitionen seitens dem Bund (inkl. FGÖ), der Bundesländer, der Gemeinden und der Sozialversicherung von € 117,6 Mio. für BGM (exklusive Ausgaben des Arbeitsinspektorates von € 32,61 Mio.) stehen laut einer WIFO-Studie (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020) geschätzte € 9,9 Mrd. an arbeitsbedingten Gesundheitskosten gegenüber. Neben den Fördermitteln für BGM von Seiten der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherung, werden seitens des AMS mit rund € 337 Mio. erhebliche Finanzmittel im Sinne einer aktivierenden Arbeitsmarktpolitik zur Förderung von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen eingesetzt. Zur Begegnung der erheblichen arbeitsbedingten Gesundheitskosten ergeht die **Empfehlung**, eine detaillierte Bedarfserhebung für den Einsatz von weiteren finanziellen Mitteln anhand zu priorisierender Handlungsfelder innerhalb der BGM-Säulen vorzunehmen.

### Teilziel 2: Beratung und Begleitung von Betrieben systematisch und breit umsetzen

Die Daten zu Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmediziner\*innen und zum Arbeitsmedizinischen Fachdienst sind derzeit nicht (Sicherheitsvertrauenspersonen) bzw. nur bedingt (Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner\*innen und Arbeitsmedizinischer Fachdienst) für ein Monitoring geeignet. Die Daten für die Indikatoren BGF-Berater\*innen und fit2work-Berater\*innen sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und können für ein Monitoring herangezogen werden.

**Empfohlen** wird eine Vollerhebung zu Beschäftigung, Ausbildung und gegebenenfalls Zertifizierung bei den Präventivfachkräften SFK und AM und bei Arbeitspsycholog\*innen. Zudem wird die Prüfung auf eine Vereinheitlichung von Form und Meldeprozess betreffend Absolvent\*innen und allfälliger Zertifizierungen seitens der Ausbildungseinrichtungen zur Fachausbildung von Sicherheitsfachkräften sowie der Ausbildungsstätten für die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzt\*innen **empfohlen**. Darüber hinaus wird die **Empfehlung** ausgesprochen, den Bedarf sowie gegebenenfalls auch die Umsetzung für ein zentrales österreichweites Register der Präventivfachkräfte (inkl. des Arbeitsmedizinischen Fachdienstes) und sonstiger geeigneter Fachleute, wie Chemiker\*innen, Toxikolog\*innen, Ergonom\*innen, insbesondere jedoch Arbeitspsycholog\*innen zu diskutieren.

#### Teilziel 3: Die Nutzung der BGM-Angebote durch Betriebe erhöhen

Es liegt eine heterogene Datenverfügbarkeit zur Abbildung der Indikatoren im Rahmen von Teilziel 3 vor. Im Sinne einer effizienteren Datenerhebung wird die **Empfehlung** zur Prüfung einer entsprechenden Erweiterung von standardgemäß aufbereiteten statistischen SV-Daten ausgesprochen.

Im Jahr 2021 verfügen insgesamt 1.274 Betriebe, in denen 576.798 Personen beschäftigt sind, über eine gültige BGF-Auszeichnung. Die große Mehrzahl der BGF-Auszeichnungen wurde an KMU verliehen. In der Säule ANSch wurden im Jahr 2021 137.106 Betreuungs- und Beratungsleistungen erbracht. Daten zur Anzahl der Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit noch nicht verfügbar. Für die Säule BEM können für das Jahr 2021 738 abgeschlossene Betriebsberatungen angeführt werden. In Summe ergibt das für das Jahr 2021 eine Zahl von 137.844 Beratungen über alle drei Säulen hinweg. Es wird **empfohlen**, öffentlichkeitswirksame und unterstützende Maßnahmen vornehmlich an Klein(st)- und Mittelunternehmen zu richten.

Nach dem Corona- und Lockdown-bedingten Rückgang der Beratungszahlen im Jahr 2020 erreichten 2021 die Beratungszahlen in der Personenberatung wieder das Vorkrisenniveau. Dies gilt auch für die Beratungen zur Wiedereingliederungsteilzeit. Bei gut einem Drittel der beratenen Personen liegen manifeste psychische Erkrankungen vor. Im Zusammenhang mit dem Bezug von Wiedereingliederungsgeld zeigen die bundesweiten Zahlen, dass Frauen diese Geldleistung häufiger in Anspruch nehmen als Männer (im Verhältnis von rund 60:40). Es gilt die **Empfehlung** einer weiterführenden Entwicklung von regionalen und niederschweligen (mobil und digital) fit2work-Angeboten. Neben einer kontinuierlichen Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit wird auch die **Empfehlung** zur Prüfung und Aktualisierung der damit verbundenen Verbesserungsvorschläge ausgesprochen.

#### Teilziel 4: Umsetzung von umfassendem BGM in den Betrieben ausbauen

Mit den vorliegenden Daten ist es schwierig, eine aussagekräftige Einschätzung des Teilziels 4 vorzunehmen. Daten zur Verbreitung von BGM in österreichischen Betrieben liegen nicht vor. Um die Verbreitung und Umsetzung von umfassendem BGM in österreichischen Betrieben bewerten zu können, bedarf es insbesondere säulenübergreifender Indikatoren. Es wird **empfohlen**, eine repräsentative Befragung zur Verbreitung und Umsetzung von BGM in Österreich durchzuführen. Eine Kombination unterschiedlicher Perspektiven (repräsentative Betriebsbefragung ergänzt um

eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung) kann dazu beitragen, ein valides Bild des Status Quo zu erhalten und in weiterer Folge Entwicklungen zu beobachten. Eine verbesserte Datenlage betreffend Teilnahmefrequenzen bei durchgeführten Seminaren in den drei BGM-Säulen Thema seitens der Anbieter für das Monitoring dieses Indikators wird **empfohlen**.

Teilziel 5: Anschlussfähigkeit der Angebote zwischen ANSch, BGF und BEM verbessern zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen

Bezogen auf das Jahr 2021 liegt, basierend auf einer Selbstevaluation, die Umsetzung von zwei Maßnahmen teilweise und von vier Maßnahmen nicht vor. Die seither erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen wie z. B. die Implementierung des BGM-Checks auf der Webseite der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ im Jahr 2022 sind noch nicht in diesem Ergebnisbericht (Datenstand 31.12.2021) abgebildet.

Es wird **empfohlen**, die Selbstevaluation im Rahmen der Nationalen Strategie Gesundheit im Betrieb jährlich durchzuführen, methodische Schwächen zu beheben sowie die Selbstevaluation mit einer externen Evaluation zu ergänzen. Aufbauend auf den gut etablierten Strukturen und Angeboten innerhalb der Säulen wird eine kontinuierliche Weiterarbeit der beteiligten Stakeholder **empfohlen**, die sich z. B. mit der Prüfung der Leistungen und Angebote hinsichtlich inhaltlicher Verschränkung, besserer Vernetzbarkeit, dem Abbau evtl. vorhandener Doppelstrukturen oder auch der Entwicklung eines Grundlagendokuments zum gemeinsamen Verständnisses von BGM auseinandersetzt.

Teilziel 6: Gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in Betrieben schaffen

Die Indikatoren betreffend gefährliche Arbeitsbedingungen, verbale/sexuelle Belästigung, Mobbing und körperlicher Gewalt, Stress am Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen älterer Personen sowie die Zahlen festgestellter Übertretungen sind grundsätzlich für ein fortlaufendes Monitoring geeignet. Pandemiebedingte Unterschiede in Erhebungsmethoden bzw. jährliche Schwerpunktsetzungen sind im Falle von Vergleichen zu berücksichtigen.

Im Rahmen der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) gaben 29% der Befragten aus Österreich an, gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt zu sein. Österreich liegt damit unterhalb des EU-Durchschnitts (38%) und somit an 6. Stelle der EU27. In den letzten zwölf Monaten vor der Befragung waren 12% der Befragten verbaler (EU27: 11%), 2% sexueller Belästigung (EU27: 2%) und 5% körperlicher Gewalt und/oder Mobbing (EU27: 7%) ausgesetzt. Kontrollen durch die Arbeitsinspektion legen Handlungsbedarf bei der Gestaltung sicherer Arbeitsplätze nahe. Für ein fortlaufendes Monitoring der Zielerreichung wird **empfohlen**, die Aufnahme von Indikatoren der Säulen BGF und BEM zu diskutieren.

Teilziel 7: Arbeitszufriedenheit stärken

Die Indikatoren „(Allgemeine) Berufszufriedenheit“ (ein Subindex aus dem Teilindex Arbeit des Arbeitsklima Index Österreich) und „Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung“ (EU-SILC) beruhen auf repräsentativen und qualitätsgesicherten Daten und sind für ein Monitoring geeignet.

Die Arbeitszufriedenheit in Österreich ist insgesamt als eher hoch einzustufen. Branchenspezifische Unterschiede lassen sich aufzeigen. Eine allgemeine Einschätzung der Zufriedenheit mit der

beruflichen Situation ist ein übergreifender Indikator für die Maßnahmen aller drei Säulen des BGM und wird lt. Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ als Messgröße für die Wirksamkeit der Maßnahmen angeführt. Es wird **empfohlen**, sog. objektive Arbeitsanalysen ergänzend zu Befragungen einzusetzen. Die derart ermittelten Ergebnisse können einen wichtigen Beitrag bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen leisten.

#### Teilziel 8: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessern

Die Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie beeinflussen die Stabilität, d.h. die Schwankungsbreite, und die Repräsentativität der Daten zum Unfallgeschehen. Im Sinne einer effizienteren Datenerhebung für Indikatoren, die mit SV-Daten verschnitten werden, gilt die **Empfehlung**, die bei den UV-Trägern vorliegenden elektronischen Ticketing-Systeme verstärkt zu nutzen und eine entsprechende Erweiterung von standardgemäß aufbereiteten statistischen UV-Daten zu prüfen.

Langfristig betrachtet zeigt sich ein rückläufiger Trend in der Zahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle, der im Jahr 2021 – nach dem Pandemiejahr 2020 – mit einer Unfallquote von 272 je 10.000 Versicherte zum tiefsten Stand seit 1974 geführt hat. Im Gegensatz dazu sind die Berufserkrankungen im Jahr 2021 aufgrund von COVID-19-Infektionen um ein Vielfaches gestiegen, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen. Branchenspezifisch weisen die Beschäftigten im Bau sowie im Bergbau ein erhöhtes Unfallrisiko auf. Das Krankenstandsgeschehen lässt nach wie vor sozialrechtliche, geschlechts- und branchenspezifische Unterschiede erkennen. Arbeiter\*innen weisen höhere Ausfallsquoten auf als Angestellte, Frauen höhere als Männer und Betriebe zur Erbringung wirtschaftlicher Dienstleistungen höhere als Betriebe anderer Branchen. Es wird die **Empfehlung** für zielgruppenspezifische (Arbeiter\*innen – hinsichtlich des Unfallrisikos insbesondere in den Branchen Bau und Bergbau – sowie Frauen) und bedarfsorientierte Programmentwicklungen im Zuge von BGM ausgesprochen, welche auf sozialrechtliche und geschlechts- sowie branchenspezifische Aspekte abzielen.

#### Teilziel 9: Vorzeitige gesundheitsbedingte Pensionierungen reduzieren

Die Daten zur Abbildung des Status Quo der Rentenneuzugänge und gesundheitsbedingten Pensionierungen in Österreich basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten der Sozialversicherung, die (trotz COVID-19) stabile und repräsentative Basiswerte für ein nachfolgendes Monitoring aufweisen. Für eine zeitnahe Datenverfügbarkeit ergeht die **Empfehlung**, standardisierte Daten zu den Versehrtenrenten, der Rehabilitation und Pension unabhängig vom Erscheinungsdatum der entsprechenden Jahresberichte beziehen zu können.

Bei der Bewertung der Indikatoren zur Renten- und Pensionsentwicklung sind wirtschafts- und beschäftigungspolitische Gesetzesänderungen zu berücksichtigen. Das faktische Pensionsantrittsalter wird bei Frauen und Männern weiterhin vorrangig von den gesundheitsbedingten Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen beeinflusst, bei denen das Antrittsalter im Schnitt rund 10 Jahre unter dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter liegt. Zur Erreichung der vorgelagerten Teilziele 6 bis 8 als „Hebel“ zur Reduktion von gesundheitsbedingten Pensionierungen gilt die **Empfehlung**, den Status Quo des bereits vorliegenden umfangreichen



Empfehlungskatalogs von Rosian-Schikuta et al. (2016) unter Einbindung der Verantwortlichen aus den jeweiligen Trägerinstitutionen zu bewerten und gegebenenfalls gezielt aufzugreifen.

Teilziel 10: Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten steigern

Die Daten zur Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 10 basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten des AMS Datawarehouse bzw. der fit2work Monitoringdatenbank. Für eine differenziertere Abbildung der Indikatoren ergeht die **Empfehlung** für eine erweiterte Auswertung nach Geschlecht und Alter sowie nach sozialrechtlicher Stellung im AMS Datawarehouse.

Laut dem AMS ging im Jahr 2021 bereits jede zwölfte nicht geförderte Arbeitsaufnahme (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung) am ersten Arbeitsmarkt auf eine Person mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zurück.

Nach Angaben von fit2work sind mehr als jeder Zweite bzw. zwei von drei bei fit2work beratenen Personen, die im Jahr 2021 eine Erstberatung bzw. ein Case Management abgeschlossen haben, arbeitslos. Bei gut einem Drittel der bei fit2work beratenen Personen liegen manifeste psychische Erkrankungen als gesundheitliche Beeinträchtigung vor.

Es ergeht die **Empfehlung** zur Erweiterung der mobilen Angebote seitens des AMS, des SMS und fit2work wie auch die Entwicklung und Umsetzung von weiteren digitalen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten. Die im Land Steiermark mit 1. April 2023 gestartete Förderinitiative „Digital!Healthcare“ lässt sich hierbei als positives Beispiel anführen.

# 1 Ausgangspunkt Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ Diese zentrale Aussage findet sich in einem der wichtigsten Dokumente zur Gesundheit, der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, die am 21. November 2021 ihr 35-jähriges Jubiläum feierte.

Vor diesem Hintergrund kommt der Wechselbeziehung zwischen Arbeit und Gesundheit auch eine große gesellschaftspolitische Bedeutung zu. Dieser Rahmen ist im Expertenpapier Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ wie folgt festgehalten:

Gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind ein Schlüsselfaktor für wirtschaftlichen Erfolg, Wettbewerbsfähigkeit und gesellschaftliche Weiterentwicklung. Rahmenbedingungen und Umweltfaktoren in Betrieben, aber auch Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Beschäftigten bestimmen die Gesundheit wesentlich und sind eine wichtige Basis für Arbeitsfähigkeit und gesundes Altern.

Gesundheit über die gesamte Erwerbsspanne zu fördern und zu erhalten, Belastungen und Krankheitsrisiken zu minimieren und die Wiedereingliederung nach temporärer Arbeitsunfähigkeit sind demnach nicht nur unternehmerische Ziele, sondern sind von gesellschaftspolitischer Bedeutung. (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 4)

Damit wird sowohl eine Verbindung zu den Gesundheitszielen Österreich (GZ) als auch dem aktuellen Regierungsprogramm 2020 – 2024 hergestellt. Beim GZ „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche zu schaffen“ betrifft diese Verbindung das Wirkungsziel 2 „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen“, dass sich in einem ersten Schritt auf Erwerbsarbeit fokussiert. Im Regierungsprogramm (Bundeskanzleramt Österreich, 2020) heißt es dazu:

Wir wollen, dass Österreicherinnen und Österreicher länger gesundheitlich uneingeschränkt leben können. Dazu müssen wir einen **Fokus auf Prävention**, Rehabilitation und Stärkung der Gesundheitskompetenz der oder des Einzelnen setzen, damit der Anteil der gesunden Jahre für alle erhöht wird. Die **Gesundheit der Beschäftigten** ist das beste und effektivste Mittel, um das tatsächliche Pensionsalter an das gesetzliche heranzuführen. Investitionen in die Gesundheit von Menschen reduzieren nachweislich Arbeitsunfähigkeit und Kosten im Gesundheits- wie auch im Pensionssystem. Deshalb setzen wir Maßnahmen, um das effektive Pensionsantrittsalter deutlich zu erhöhen: **Menschen sollen in ihrer Arbeit gesund bis ins Pensionsalter kommen**. Um das zu erreichen, schaffen wir ein **betriebliches Gesundheitsmanagement**, das den Erhalt der Gesundheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern besonders in den Vordergrund stellt. (S. 250ff)

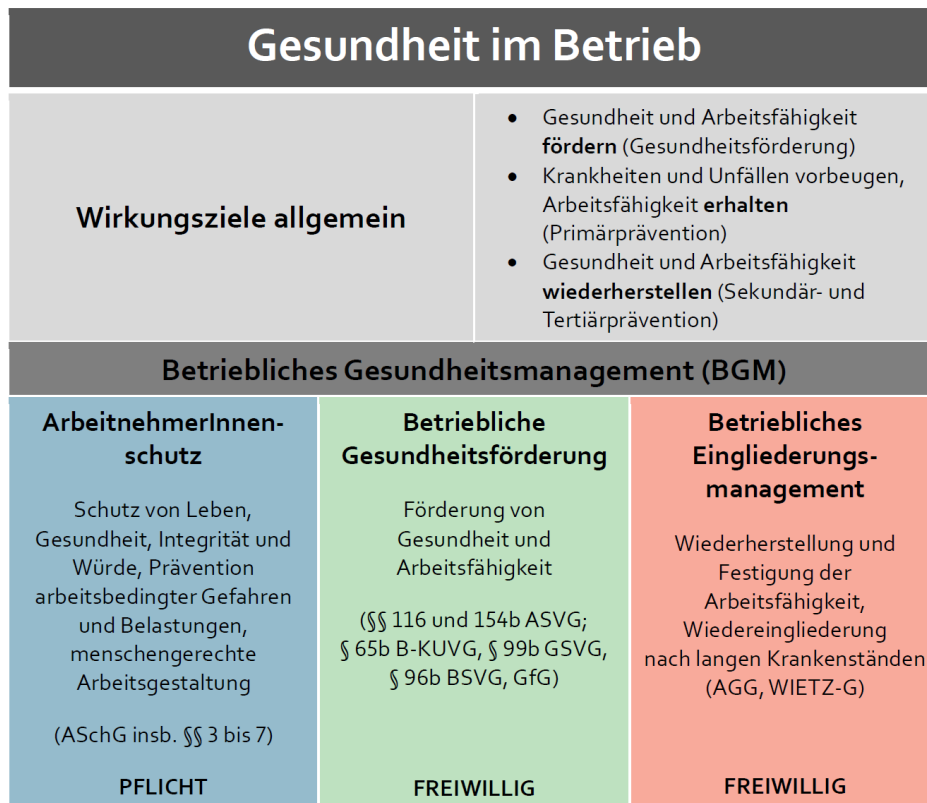
Die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll maßgeblich zur Verbesserung der Gesundheit in Betrieben aller Größen und Branchen beitragen, indem die Vernetzung der Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) und die operative Durchlässigkeit zwischen den Säulen für die Beschäftigten und die Betriebe verbessert wird. „Zur Erreichung der **Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen** – sollen die drei Handlungsfelder Arbeitnehmer\*innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement unter dem Dach des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) zusammengeführt werden“ (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 10).

Die Prozesse innerhalb der drei Säulen sollen künftig zielgerichteter abgestimmt werden. Der Bedarf und die Anliegen der Betriebe und deren Beschäftigten stehen dabei im Mittelpunkt. Die Betriebe sollen bedarfsgerechte Unterstützungsleistungen erhalten, die eine nachhaltige Integration des Themas Gesundheit als Managementansatz begünstigen.

Bei den zentralen Akteuren der drei Säulen soll ein gemeinsames Verständnis von BGM entstehen. Dadurch lassen sich die einzelnen Prozesse ziel- und wirkungsorientiert steuern und die Akteure können institutionenübergreifend kooperieren. Vorhandene Ressourcen, Angebote sowie Service- und Unterstützungsleistungen sollen genutzt, aufeinander abgestimmt und gemeinsam weiterentwickelt werden. Dementsprechend soll die Strategie auch von den maßgeblichen nationalen Akteuren koordiniert werden. (S. 3)

Aufbauend auf den bereits definierten drei allgemeinen Wirkungszielen, soll in einem ersten Schritt „ein gemeinsames und integriertes Zielsteuerungssystem entwickelt werden.“ „Das Zielsteuerungssystem soll unter Beteiligung von Vertretern und Vertreterinnen der verantwortlichen Institutionen die unterschiedlichen Handlungsfelder (ANSch, BGF und BEM), deren Aufgaben und Ziele, Indikatoren und Messgrößen auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse bzw. eines gemeinsamen Wirkmodells abbilden“ (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 14f) (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Gesundheit im Betrieb - Überblicksgraphik



Wirkungsorientierung und Wirkungsmodelle:

Die mittlerweile als Standard zu bezeichnende Ausrichtung von Programmen und Projekten an Wirkungen, d.h. die Wirkungsorientierung, liegt auch diesem Vorhaben zugrunde. Wirkungen können als Veränderungen, die durch eine oder mehrere Interventionen hervorgerufen werden, bezeichnet werden. Diese Veränderungen sollen im unmittelbaren Lebensumfeld bestimmter Zielgruppen oder der Gesellschaft erreicht werden. Während Wirkungen bei den Zielgruppen als Outcomes bezeichnet werden, wird bei gesellschaftlichen Wirkungen von Impact gesprochen (Kurz & Kubek, 2013). Wirkungen treten in Folge von Outputs bzw. Leistungen (z.B. Angeboten, Maßnahmen oder Produkten) ein. Outputs bzw. Leistungen sind selbst „noch keine Wirkungen, aber eine Voraussetzung, um diese zu erreichen.“ (Kurz & Kubek, 2013, S. 5)

Durch Wirkungsmodelle können (angenommene) Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge veranschaulicht werden. Ein Wirkungsmodell ist nach Fässler und Studer „eine Beschreibung oder grafische Darstellung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen in Bezug auf Interventionen in sozialräumlichen Systemen“ (2018, S. 9) und zeigt auf, „mit welchen Mitteln (Input), über welchen Weg (Umsetzung), mit welchen Leistungen (Output) ... welche Wirkungen bei wem (Outcome) erzielt werden sollen“ (2018, S. 9). Darüber hinaus kann der Beitrag, der indirekt an längerfristigen gesellschaftlichen Veränderungen geleistet wird (Impact), aufgezeigt werden. Die dargestellte Wirkungslogik entspricht der Form des sog. „Logischen Modells“ (im Englischen: logic model), „eine der am weitesten verbreiteten Versionen der Wirkungslogik“. (Kurz & Kubek, S. 34)

#### Vorgehensweise:

Die Vorgehensweise bei der Entwicklung des Zielsteuerungssystems war derart gestaltet, dass Vorschläge wie Teilziele und Indikatoren von Auftragnehmerin und Auftraggeber in die Diskussion der Arbeitsgruppe Zielsteuerung der Nationalen Strategie Gesundheit im Betrieb eingebracht und unter Beteiligung von Vertreter\*innen der verantwortlichen Institutionen partizipativ bearbeitet wurden.

Zu Beginn des Prozesses wurden Schweizer Wirkungsmodelle (Gesundheitsförderung Schweiz) vorgestellt. Für eine direkte Übernahme eines Wirkungsmodells für die Zielsteuerung konnte keine Übereinkunft in der Arbeitsgruppe Zielsteuerung gefunden werden. Für die weitere Arbeit wurde ein outcomeorientiertes „Framework“ mit Fokus auf die Ebenen Gesundheitsdeterminanten und Gesundheit vorgeschlagen und in der Arbeitsgruppe verabschiedet. Da die allgemeinen Wirkungsziele zu Projektbeginn bereits vorgegeben waren (siehe Abbildung 1), konnte die Recherche und Operationalisierung von Indikatoren bereits begonnen und zeitversetzt mit dem ersten Ergebnis der Arbeit an den Teilzielen und der Zuordnung der Indikatoren zu diesen Teilzielen zusammengeführt werden.

#### Indikatorenauswahl und Rating:

Vor dem Hintergrund einer geplanten regelmäßigen und systematischen Messung (Monitoring) wurde in einem ersten Schritt eine Liste potentieller Indikatoren erarbeitet. Die umfangreiche, mehr als hundert Indikatoren umfassende Liste wurde nach den drei Säulen und den beiden Ebenen „Gesundheitsdeterminanten“ und „Gesundheit“ gegliedert. In einem zweiten Schritt wurde diese Indikatorenliste der Arbeitsgruppe vorgelegt und von den Expert\*innen anhand von vier Rating-Kriterien (Beeinflussbarkeit, Relevanz, Verfügbarkeit, Aktualität) nach dem Schulnotensystem bewertet und im Falle der Vergabe der Note „5=sehr schlecht“ eine Begründung abgegeben.

Alle Rückmeldungen wurden nach den vier Kriterien aggregiert. Die einzelnen Kriterien wurden dabei gleich gewichtet. Für jedes Kriterium wurde ein Mittelwert aus den einzelnen Rückmeldungen der einzelnen Stakeholder (n=6) generiert. Aus diesen gemittelten Werten wurde ein Gesamtmittelwert errechnet. In einem weiterführenden Schritt wurden all jene Indikatoren ausgeschlossen, die eine Bewertung größer 2,5 aufwiesen. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit eingeräumt, die Liste der Indikatoren zu ergänzen bzw. Präzisierungen hinsichtlich der vorgeschlagenen Indikatoren vorzunehmen. Auf diese Weise wurden insgesamt 102 Indikatoren bewertet.

Die Formulierung noch nicht akkordierter Teilziele, die finale Kategorisierung (Ergebnisse von gesetzten GiB-Maßnahmen sowie direkte kurz- und mittelfristige Wirkungen bei Multiplikator\*innen und bei Zielgruppen sowie indirekte längerfristige Wirkungen auf die Gesellschaft; Input, Output, Outcome und Impact), sowie die noch nicht erfolgte Zuordnung ausgewählter Indikatoren hinsichtlich Aufnahme oder erneuter Diskussion im Rahmen einer Revision erfolgten in einem nächsten Schritt.

Durch die wiederholte Reflexion sowohl der Teilziele, der Indikatoren als auch der Zuordnung dieser zu den Teilzielen konnte gewährleistet werden, dass das Wissen und die eingebrachten unterschiedlichen Perspektiven der einzelnen Stakeholder (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Arbeiterkammer Wien, Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Fonds Gesundes Österreich, Industriellenvereinigung, Österreichische Gesundheitskasse, ÖSB Consulting, Österreichisches Netzwerk BGF, „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge, Wiener Gesundheitsförderung, Wirtschaftskammer Österreich) zu reflektierten und realistischen Zielformulierungen beigetragen haben (vgl. Abbildung 3). Gemeinsam mit weiteren Einmeldungen und einem Umlaufbeschluss war die Basis für den Beschluss des Operationalisierungsentwurfes des Zielsteuerungssystems Gesundheit im Betrieb am 20.6.2022 im strategischen Koordinationsgremium gegeben. Seither wurde an der Erstellung des ersten befüllten Ergebnisberichts mit Datenstand 31.12.2021 gearbeitet, der nunmehr vorliegt.

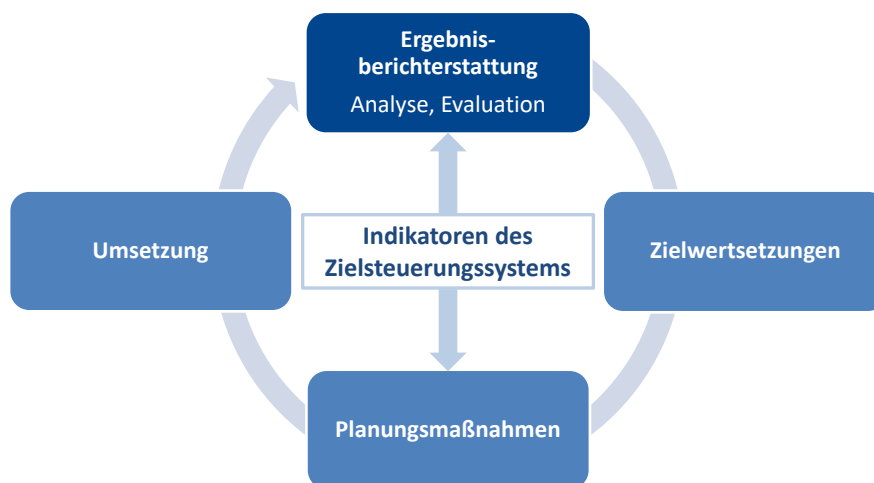
## 2 Nutzen und Einsatzgebiete des Zielsteuerungssystems

Das vorliegende Zielsteuerungssystem dient als Qualitätssicherungsinstrument, insbesondere zur Situationsanalyse als auch als Interventionsplanungs- und Evaluationsinstrument für die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“. Die Grundannahme dieses Modells ist, dass die definierten allgemeinen Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern, wiederherstellen – nicht direkt, sondern über Zwischenstufen erreicht werden.

Der Hauptfokus dieses Modells liegt zu Beginn auf der Analyse bzw. Monitoring von Ist-Daten. Längerfristig ist die Darstellung von geplanten sowie bereits erreichten Ergebnissen bzw. Wirkungen intendiert. Darüber hinaus soll es zur Analyse der Entstehung von gesundheitsrelevanten Problemen/Ausgangszuständen herangezogen werden können. Im Hinblick auf die Maßnahmenplanung sollen beabsichtigte Ergebnisse erfasst und zueinander in Beziehung gesetzt werden. Dabei werden sowohl längerfristig beabsichtigte Wirkungen als auch konkrete (gesundheitsrelevante) Ergebnisse bei den Zielgruppen erfasst. Die kontinuierliche Überprüfung der Ergebnisse und der Wirkungszusammenhänge soll einerseits direkt zur weiteren Steuerung genutzt werden und andererseits auch eine Basis für nachträgliche Evaluierungen bilden.

Die zahlenbasierte Überprüfung der Ergebnisse wird mittels zyklischer Ergebnisberichterstattung umgesetzt. Das Zielsteuerungssystem der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ orientiert sich dabei am Modell eines „gesundheitspolitischen Regelkreises“ (Abbildung 2), welches im Rahmen zyklischer Gesundheitsberichterstattung empfohlen wird (Gesundheit Österreich GmbH, 2010). Das vorliegende Dokument soll die strategische Koordination der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ im Rahmen der Wirkungsüberprüfung sowie der wirkungsorientierten Steuerung unterstützen.

**Abbildung 2: Zyklische Ergebnisberichterstattung**



Anmerkungen. Aus Gesundheit Österreich GmbH (2010). Veränderte Wiedergabe. Bearbeitung: IfGP

### 3 Sinn und Zweck des Ergebnisberichts

Die übergeordneten Ziele der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ sind der Erhalt, die Förderung und die Wiederherstellung von Gesundheit im betrieblichen Kontext. Eine der ersten Maßnahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ bestand in der Entwicklung eines Zielsteuerungssystems, das eine umfassende Abbildung der Strategiewirksamkeit ermöglichen und der Qualitätssicherung dienen soll (vgl. Operationalisierungsdokument „Zielsteuerungssystem „Gesundheit im Betrieb“ Framework.Ziele.Indikatoren“). Der vorliegende Ergebnisbericht stellt eine erste Bestandsaufnahme zu den zuvor gemeinsam festgelegten Indikatoren dar. Dabei wurde die Datenlage bis inklusive Ende 2021 (Stand: 31.12.2021) berücksichtigt.

Im Kontext der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll dieser Ergebnisbericht für das strategische Koordinationsgremium, die operative Netzwerkkoordination und die betroffenen Arbeitsgruppen die **Ausgangsbasis für eine längerfristige zyklische BGM-Berichterstellung** schaffen, um Entwicklungstrends zu beobachten. Zudem sollen dadurch die Gremien der Nationalen Strategie unterstützt werden, zielgerichtete BGM-Maßnahmen abzuleiten und die Wirksamkeit dieser fundiert bewertet werden können. Durch die Erfassung von Outcomes und Impact wird der Fokus nicht nur auf Strukturen und Prozesse gelegt, sondern hin zu Ergebnissen gelenkt. Die seitens des **IfGP im Ergebnisbericht angeführten Empfehlungen** zur Weiterentwicklung sollen in den Gremien der Nationalen Strategie **besprochen und analysiert** werden. Der Ergebnisbericht dient somit als Diskussionsgrundlage zur Weiterentwicklung des Themenfelds BGM in Österreich.

Gleichzeitig wird der Bericht auf der Homepage unter [www.gesundheit-im-betrieb.at/nationale-strategie/wissenschaftlicher-hintergrund](http://www.gesundheit-im-betrieb.at/nationale-strategie/wissenschaftlicher-hintergrund) **veröffentlicht**, damit die breite Öffentlichkeit einen guten Überblick zu bestehenden Daten, Aktivitäten und Wirkungen im Themenfeld Betriebliches Gesundheitsmanagement in Österreich erlangt. Dadurch soll auch eine verstärkte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Themengebiet BGM gefördert werden.

Ausgehend von diesem ersten Ergebnisbericht könnten in weiterer Folge Zielwerte für die einzelnen Teilziele abgestimmt sowie Maßnahmen zur Erreichung der Teilziele erarbeitet werden. Alle Zielsetzungen könnten anschließend laufend evaluiert und miteinander in Bezug gesetzt werden. So sollen die allgemeinen Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern, wiederherstellen – über Zwischenstufen erfüllt und deren Erreichung in einem zyklischen Prozess überprüft und vorangetrieben werden.



## 4 Überblick Zielsteuerungssystem – Darstellung von Maßnahmen- und Wirkungszielen

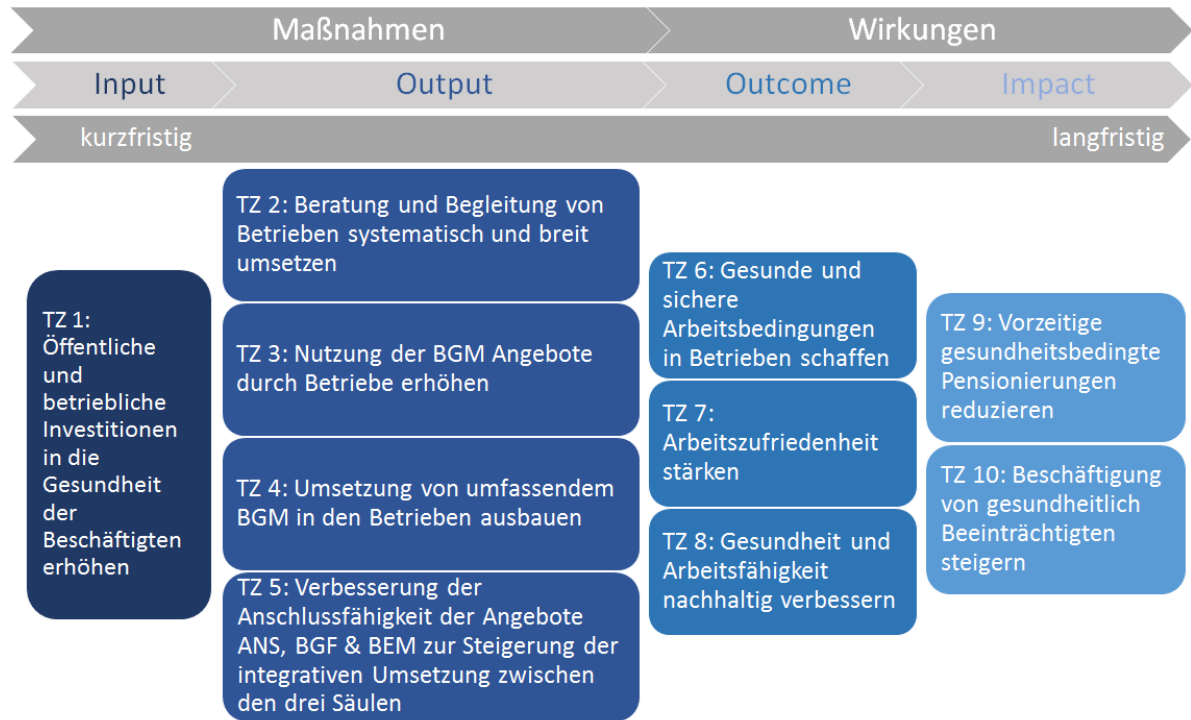
Zur Erreichung der im Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ definierten allgemeinen drei Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen – wurden in der Arbeitsgruppe zehn Teilziele definiert, die in einem Framework bzw. Wirkungsmodell eingebettet sind (siehe Abbildung 3).

Das hier verwendete Wirkungsmodell zur Veranschaulichung von (angenommenen) Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen der zu erreichenden Teilziele orientiert sich an den Ausführungen von Fässler und Studer und zeigt auf, „mit welchen Mitteln (Input), über welchen Weg (Umsetzung), mit welchen Leistungen (Output) ... welche Wirkungen bei wem (Outcome) erzielt werden sollen“ (2018, S. 9). Darüber hinaus kann der Beitrag, der indirekt an längerfristigen gesellschaftlichen Veränderungen geleistet wird (Impact), aufgezeigt werden. In der (angenommenen) Wirkungskette werden finanzielle wie sachliche Mittel (Input) und zur Verfügung gestellte Leistungen (Output) zu kurzfristig umsetzbaren „Maßnahmen“ und zielgruppen- bzw. gesellschaftsspezifische Ergebnisse zu mittel- bis langfristig erwartbaren „Wirkungen“ zusammengefasst.

Die zehn Teilziele wurden sohin maßnahmen- wie auch wirkungsorientiert definiert. Mit der Erreichung von Teilziel 1 „Öffentliche und betriebliche Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen“ sollen die notwendigen finanziellen und sachlichen Mittel gewährleistet werden (Input), die zur Erreichung der Teilziele 2 bis 5 mit Umsetzung der formulierten BGM-Leistungen und Angebote notwendig sind (Output). Dazu zählt eine systematische und breite Umsetzung der Beratung und Begleitung von Betrieben (TZ 2), eine höhere Nutzung der BGM-Angebote durch Betriebe (TZ 3), der Ausbau von umfassendem BGM in Betrieben (TZ 4) und eine Verbesserung der Anschlussfähigkeit der Angebote ANSch, BGF und BEM zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen (TZ 5).

An diesen maßnahmenorientierten Teilzielen (TZ 1 bis TZ 5) schließen die daraus hervorgehenden wirkungsorientierten Teilziele (TZ 6 bis TZ 8) auf Zielgruppenebene (Outcome) und in weiterer Folge auf gesellschaftlicher Ebene (TZ 9 bis TZ 10) an (Impact). Mit den wirkungsorientierten Teilzielen 6 bis 8 sollen für die Beschäftigten in Österreich gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in Betrieben geschaffen (TZ 6), die Arbeitszufriedenheit gestärkt (TZ 7) sowie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessert (TZ 8) werden. Längerfristig sollen damit gesellschaftlich wirksame Ziele erreicht werden, d.h. die Reduktion von vorzeitigen gesundheitsbedingten Pensionierungen (TZ 9) sowie die Steigerung der Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten (TZ 10).

Abbildung 3: Zielsteuerungssystem Gesundheit im Betrieb – Wirkungsmodell und Teilziele



*Anmerkungen.* TZ = Teilziel, ANSch = Arbeitnehmer\*innenschutz, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung, BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement, BGM =Betriebliches Gesundheitsmanagement. Aus Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (2022). Veränderte Wiedergabe. Bearbeitung: IfGP.

## 5 Maßnahmenziele

Bei der Formulierung der Teilziele auf Maßnahmenebene steht deren kurz- bzw. mittelfristige Erreichbarkeit im Fokus. Damit sind die Maßnahmenziele als „Grundlage“ für die Erreichung der Wirkungsziele (Kapitel 6) zu verstehen. Gemäß dem vorliegenden Wirkungsmodell werden die Maßnahmenziele nach Input- und Output-Ebene getrennt (vgl. Kapitel 3).

### 5.1 Input

Als maßnahmenorientiertes Input-Teilziel 1 wird die (bedarfsorientierte) Erhöhung der öffentlichen und betrieblichen Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten formuliert.

#### 5.1.1 TZ 1: Öffentliche und betriebliche Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten erhöhen

Die in Österreich im Gesamtkontext von Gesundheit und Arbeit eingesetzten Finanzmittel basieren auf verschiedenen rechtlichen Grundlagen (Rosian-Schikuta et al., 2016). Zu diesen zählen, neben den Sozialversicherungsgesetzen (ASVG, B-KUVG), unter anderem das im Jahr 1995 in Kraft getretene ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), das im Jahr 1998 beschlossene Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) als Basis des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), und das seit 2011 vorliegende Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) als rechtliche Grundlage für das Programm „fit2work“. Ausgehend von der Gesundheitsreform 2012 kam es mit der Verabschiedung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (G-ZG, BGBl I 2013/81) im Jahr 2013 zur Einrichtung der Landesgesundheitsförderungsfonds als weitere finanzielle Mittel für Gesundheitsförderung und Prävention. Gelder für die Betriebliche Gesundheitsförderung sind in den Landesgesundheitsförderungsfonds nicht vorgesehen, da Interventionen im betrieblichen Setting nicht zu den priorisierten Schwerpunkten der Gesundheitsförderungsstrategie zählen (BMGF, 2016).

Die Erreichung von Teilziel 1 ist von wesentlicher Bedeutung, da ausreichend finanzielle Mittel die grundlegende Ausgangsbasis für jegliche umzusetzenden Maßnahmen und Angebote im Rahmen von betrieblichem Gesundheitsmanagement darstellen. Aufgrund der Vielzahl an gesetzlichen Regelungen zum Einsatz von Finanzmitteln für Gesundheitsförderung und Prävention und den damit verbundenen verschiedenen Finanzierungstöpfen sind für ein Monitoring des Teilziels verschiedene Indikatoren nötig.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll durch Teilziel 1 die Höhe der öffentlichen und betrieblichen Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten dokumentiert und entsprechend des Bedarfs ausgestaltet werden.**

### 5.1.1.1 Indikatoren

Teilziel 1 wird anhand von sechs **Input-Indikatoren**, die der **Maßnahmen-Ebene** zugeordnet sind, beobachtet. Diese sind in den jeweiligen Säulen, Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) wie auch säulenübergreifend verortet.

#### 5.1.1.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Der Finanzierungsaufwand in Sicherheit wird basierend auf der Erfolgsrechnung der Unfallversicherungsträger AUVA, BVAEB und SVS im Jahr 2021 mit rund € 73,6 Mio. beziffert (2020: € 73,2 Mio.) (Tabelle 1). Die AUVA trägt mit dem größten erwerbstätigen Versichertenstand (3,2 Mio.) auch den größten Anteil (91,1 %). Die BVAEB (UV Versichertenstand: 0,55 Mio.) und SVS (UV Versichertenstand: 0,9 Mio. Pflicht-/Selbstversicherte) liegen mit rund € 3,5 bzw. rund € 3,1 Mio. auf einem weitgehenden analogen Finanzierungsniveau. Die Unfallverhütung weist bei den UV-Trägern (AUVA: 58,4 %; BVAEB: 85,7 %; SVS: 99,8 %) die jeweils höchsten Investitionssummen für Sicherheit auf. Geringere Aufwände zeigen sich im Rahmen der Präventionsberatung, die größtenteils die AUVA trägt, sowie der Ersten Hilfe. Daten zu geplanten Jahresinvestitionen liegen nicht vor.

**Tabelle 1: ANSch – Finanzierung bzw. Investitionsquote in Sicherheit**

2021	Gesamt	AUVA	BVAEB	SVS
<b>Investitionen gesamt</b>	<b>73.619.154,34</b>	<b>67.081.804,48</b>	<b>3.460.574,30</b>	<b>3.076.775,56</b>
<i>Unfallverhütung</i>	<i>45.180.300,86</i>	<i>39.143.167,38</i>	<i>2.966.262,52</i>	<i>3.070.870,96</i>
<i>Präventionsberatung</i>	<i>27.528.795,44</i>	<i>27.045.385,65</i>	<i>483.409,79</i>	-
<i>Erste Hilfe</i>	<i>910.058,04</i>	<i>893.251,45</i>	<i>10.901,99</i>	<i>5.904,60</i>
Summe der tatsächlichen Investitionen / Summe der geplanten Investitionen	-	-	-	-

Anmerkungen: Geldbeträge in €, basierend auf der Erfolgsrechnung der UV-Träger; Unfallverhütung, Präventionsberatung und Erste-Hilfe-Leistungen beziehen sich z.B. auf technische/organisatorische Maßnahmen, persönliche Schutzausrüstungen (PSA), Arbeitskleidungen, Schulungen/Unterweisungen und sind als Untergliederung des Indikators „Investitionen gesamt“ kursiv gestellt. Quelle: AUVA (2021), BVAEB (2021), SVS (2021).

Mit der „Aktion Barriere:freie Unternehmen“ setzt das Sozialministerium im Sinne des allgemeinen gesellschaftspolitischen Ziels der Herstellung von Barrierefreiheit einen Anreiz für Unternehmen, ihre Produkte und Dienstleistungen barrierefrei anzubieten. Zum Stand Juni 2021 werden die damit verbundenen Förderungen als einmaliger Kostenzuschuss in Form einer Pauschalabgeltung in der Höhe von 75 % der Gesamtkosten der seitens des Unternehmens getätigten und bereits saldierten

Investition(en) gewährt. Der Kostenzuschuss ist mit maximal € 15.000 pro Kalenderjahr und Unternehmen gedeckelt (bei Investitionen von € 20.000 und mehr) und kann ab einer Investition von € 1.000 zur Herstellung der Barrierefreiheit vergeben werden (SMS, 2021). Insgesamt gilt eine Deckelung aus Mitteln des Ausgleichstaxfonds in der Höhe von € 500.000 pro Kalenderjahr (BMASGK, 2018). Im Jahr 2021 haben 15 Betriebe einen Kostenzuschuss von insgesamt € 150.000 (2022: 24 Betriebe, € 260.000) erhalten (Tabelle 2).

**Tabelle 2: ANSch – Förderungen von Investitionen in barrierefreie Unternehmen**

2021	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Förderungen	€ 150.000 (15 Betriebe)	-	-	-

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen. Quelle: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) – Abteilung IV/A/6 Berufliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

#### 5.1.1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

In Tabelle 3 werden die spezifischen FGÖ-Fördergelder zur Programmlinie 2 Betriebliche Gesundheitsförderung für das Jahr 2021 dargestellt. Insgesamt wurden € 400.923 an Fördergelder seitens des FGÖ vergeben (2022: € 226.751). Beim FGÖ Projektcall/Förderschwerpunkt „BGF in der Arbeitswelt 4.0“ werden für das Jahr 2021 € 169.378 an Fördergelder angeführt (2022: € 57.200). Mehr als die Hälfte ging an vier Klein(st)- und Mittelunternehmen (57 %), die übrigen Gelder (43 %) gingen an drei Großunternehmen. Für den Schwerpunkt „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit am Arbeitsplatz“ werden im Jahr 2021 die ausbezahlten Förderungen mit € 231.545 beziffert (2022: € 169.551). Den Großteil (88 %) erhielten fünf Klein(st)- und Mittelunternehmen, die übrigen Fördergelder (12 %) gingen an ein Großunternehmen.

**Tabelle 3: BGF – Förderungen für BGF**

2021	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
BGF - Gesundheitliche Chancengerechtigkeit am Arbeitsplatz (Pilotprojekte)	231.545	203.245	28.300	J: 26.245 (KMU) - N: 62.668 (KMU)
BGF in der Arbeitswelt 4.0 (Nachhaltigkeitsprojekte)	169.378	96.053	73.325	P: 21.713 (KMU) – S/O/N: 25.000 (KMU/GU)
<b>Gesamtsumme</b>	<b>400.923</b>	<b>299.298</b>	<b>101.625</b>	<b>P: 21.713 (KMU) - R: 62.668 (KMU)</b>

Anmerkungen: Geldbeträge in €; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (BGF in der Arbeitswelt 4.0; ÖNACE 2008): N: € 25.000, O: € 25.000, P: € 46.438, S: € 72.940; Branche (BGF - Gesundheitliche Chancengerechtigkeit am Arbeitsplatz; ÖNACE 2008): C: € 30.171, J: € 26.245, P: € 84.161, R: € 62.668, S: € 28.300; Quelle: FGÖ Statistik; Berechnung: IfGP.

#### 5.1.1.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

In Tabelle 4 findet sich die programmspezifische Finanzierungssumme von fit2work mit € 22.963.091 für das Jahr 2021 (2020: € 18,9 Mio.; 2022: € 27,5 als vorläufiges Ergebnis). Der Finanzierungsschlüssel der Partner wird jährlich vom Sozialministeriumservice<sup>1</sup> bekannt gegeben. Rund die Hälfte der Finanzierung wird vom Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (49,5 %) und die andere Hälfte größtenteils von der Sozialversicherung (44,7 %) getragen, der übrige Anteil vom Sozialministeriumservice (5,8 %).

**Tabelle 4: BEM – Finanzierung für fit2work**

2021	Gesamt	fit2work Partner		
		BMAW	SV-Träger	SMS
Finanzierungssumme	22.963.091	11.366.730 (49,5%)	10.264.502 (44,7%)	1.331.859 (5,8%)

Anmerkungen: Gerundete Geldbeträge in €; BMAW = Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft; SV = Sozialversicherung; SMS = Sozialministeriumservice; Quelle: SMS (o. D. a).

<sup>1</sup> <https://www.sozialministeriumservice.at/Arbeitsmarktprojekte/fit2work/fit2work.de.html>.

#### 5.1.1.1.4 Säulenübergreifend

Eine Übersicht der aggregierten Förderungs-/Investitionssummen aus öffentlichen Mitteln und institutionellen Töpfen für die BGM-Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), für gemeinsame Interventionsfelder von ANSch, BGF und Betrieblichem Eingliederungsmanagement (BEM) im Jahr 2016 (BMASGK, 2019) zeigt Tabelle 5. Die eingesetzten Mittel des Arbeitsinspektorates zur Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften wurden seitens GÖG nicht erfasst, da das Arbeitsinspektorat nicht zu den "prevention-providers" i.S. des Gesundheitsschutzes zählt bzw. als Organisation außerhalb des Gesundheitswesens gilt. Damit zählen die Ausgaben des Arbeitsinspektorates nicht per se zu den Präventionsausgaben, die im Jahr 2016 insgesamt mit € 32,61 Mio. (2015: € 31,82 Mio.) (BMAK, 2017) und im letztaktuell vorliegenden Jahr 2021 mit € 35,77 Mio. (2020: € 34,67 Mio.) zu beziffern sind (BMAW, 2022).

Die Gesamtsumme in Tabelle 5 wird mit € 117,6 Mio. angeführt, wobei der Großteil der Ausgaben auf den Arbeitnehmer\*innenschutz (€ 80,6 Mio.) fällt, gefolgt von Betrieblichem Eingliederungsmanagement (€ 14,9 Mio.), gemeinsamen Interventionsfeldern aus Arbeitnehmer\*innenschutz/ Betriebliche Gesundheitsförderung (€ 14,0 Mio.) und der Säule Betriebliche Gesundheitsförderung (€ 8,2 Mio.). Die Sozialversicherung trägt für jede BGM-Säule (ANSch: 98 %; BGF: 71 %; BEM: 59 %) und der Bund für das gemeinsame Interventionsfeld aus ANSch/BGF (57 %) den größten Investitionsanteil. Insgesamt weist die Sozialversicherung den größten Investitionsanteil (80 %) auf. Die zweit- und dritthöchsten Förder-/Investitionsgelder bezogen auf die Gesamtsumme stammen vom Bund (13 %) und von den Bundesländern (6 %). Innerhalb der Säule ANSch stammen diese von den Bundesländern und Gemeinden (je 1 %) wie auch bei der Kombination aus ANSch/ BGF (Bundesländer: 31 %, Gemeinden: 7 %), innerhalb der Säule BGF von den Bundesländern (19 %) und vom Bund (10 %) und bei BEM vom Bund (40 %) bzw. von den Bundesländern/Gemeinden (je < 1 %).

Da sich die genannten Investitionssummen mitunter auf spezifische Bereiche der drei Säulen ANSch, BGF und BEM beziehen (s. entsprechende Fußnoten) und für das Jahr 2016 gelten, sollen die Jahresbudgets (sofern vorhanden) der genannten Säulen für das Jahr 2021 in Tabelle 5 dargestellt werden. Für die Säule BEM wird das Jahresbudget von fit2work mit € 22.963.091 (vgl. Tabelle 4) herangezogen. Für die Säulen BGF und ANSch lag zum Zeitpunkt der Berichtlegung kein Budget vor.

**Tabelle 5: SÜ – Förderungen/Investitionen aus öffentlichen und institutionellen Töpfen – Investitionssummen**

2016	Gesamt	ANSch <sup>1</sup>	ANSch/ BGF <sup>2</sup>	BGF <sup>3</sup>	BEM <sup>4</sup>
Bund (inkl. FGÖ)	14.949.907	65.134	8.017.973	833.373	6.033.427
Bundesländer	6.661.140	716.044	4.353.926	1.536.170	55.000
Gemeinden	1.552.761	448.080	1.045.477	10.128	49.076
Sozialversicherung	94.452.862	79.351.793	546.206	5.777.722	8.777.141
<b>Gesamtsumme</b>	<b>117.616.669</b>	<b>80.581.051</b>	<b>13.963.581</b>	<b>8.157.393</b>	<b>14.914.644</b>
2021	Gesamt	ANSch	ANSch/ BGF	BGF	fit2work
<b>Jahresbudget</b>	-	-	-	-	<b>22.963.091</b>

Anmerkungen: Geldbeträge in €; FGÖ = Fond Gesundes Österreich; BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention; ANSch = Arbeitnehmer\*innenschutz; BEM = Betriebliches Eingliederungsmanagement; <sup>1</sup> Prävention von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen (exklusive aufgewendete Mittel des Arbeitsinspektorates: Ausgaben zur Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften, die nicht von "prevention-providers" i.S. des Gesundheitsschutzes bzw. von Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens vollzogen werden, zählen nicht zu den Präventionsausgaben (K. Antony, persönl. Mitteilung, 6.3. 2023)); <sup>2</sup> Arbeitsmedizin / BGF-Maßnahmen in der Rolle als Dienstgeber\*in / Präventivdienste (die Ausgaben sind nicht immer trennbar und wurden deshalb gemeinsam erfasst (BMASGK, 2019)); <sup>3</sup> Gesundheitsförderung der Interventionsebene Betrieb; <sup>4</sup> Maßnahmen und Programme zur Vermeidung/ Verzögerung arbeitsbedingter Erkrankungen. Quelle: BMASGK (2019); Berechnung: IfGP.

In Tabelle 6 werden die Anzahl an geförderten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen sowie die Summe der dahingehend ausbezahlten Fördergelder und aktivierende passive Leistungen<sup>2</sup> seitens des Arbeitsmarktservices (AMS) für das Jahr 2021 dargestellt. Insgesamt werden 96.204 geförderte Personen gemeldet, die mindestens eine Förderungsart bekommen haben. Nach Förderungsarten werden Beschäftigungsförderungen (29.071 Personen), Qualifizierungsförderungen (39.627 Personen) und Unterstützungsangebote (60.369 Personen) angeführt, wobei eine Person bei allen Förderungsarten gezählt wird, in der sie vorkommt. Die Summe an ausbezahlten AMS-Fördergeldern (AMS-Aufwendungen exkl. aktivierende passive Leistungsbezüge) wird mit € 337,46 Mio. beziffert, wobei rund die Hälfte auf Beschäftigungsförderungen (€ 170,35 Mio.; 50,5 %) entfällt, gefolgt von Qualifizierungsförderungen (€ 111,99 Mio.; 33,2 %) und Unterstützungsangeboten (€ 55,12 Mio.; 16,3 %). In Summe werden im Jahr 2021 € 115,26 Mio. an aktivierenden, passiven Leistungen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen aufgewendet.

<sup>2</sup> Arbeitslosengeld-Bezug mit Schulung, Arbeitsstiftung-Schulung, Notstandshilfe-Bezug mit Schulung, Weiterbildungsgeld, Bildungsteilzeitgeld, Umschulungsgeld, Altersteilzeitgeld (Betrieb), Teilpension-erweiterte Altersteilzeit, Kursnebenkosten, Bildungsbonus.



**Tabelle 6: SÜ – Förderungen/Investitionen aus öffentlichen und institutionellen Töpfen - Zahl der geförderten Personen und Summe der ausbezahlten Förderungen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

2021	Gesamt	Aktivierende Arbeitsmarktpolitik / Förderungsarten		
		Beschäftigungs-förderungen	Qualifizierungs-förderungen	Unterstützungs-angebote
Anzahl seitens AMS geförderter Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	96.204	29.071	39.627	60.369
Summe seitens AMS ausbezahlter Förderungen (Aufwendungen) für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	337,46	170,35	111,99	55,12
Summe seitens AMS aufgewendete aktivierende passive Leistungen für Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen	115,26	-	-	-

Anmerkungen: Anzahl geförderter Personen: bei der eindeutigen Zählung wird eine Person bei allen Förderungsarten, in denen sie vorkommt, gezählt, aber in der Summe nur einmal; Geldbeträge in Mio. €; Quelle: AMS DWH (Datenwürfel: fdg\_personen\_kosten\_2021, brz\_alv\_auszahlungen): Eigene Auswertung.

#### 5.1.1.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die zur Verfügung stehenden Daten für die Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 1 weisen einen unterschiedlichen Grad an Standardisierung, Variabilität und Aktualität auf. Dies ist nicht zuletzt der Vielzahl an gesetzlichen Regelungen geschuldet, in welchen die Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention sowie Wiedereingliederung im Setting Betrieb eingebettet sind. Der Problematik einer inhomogenen und wenig transparenten Finanzierungslandschaft von Gesundheitsförderung und Prävention konnte mit der Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger und der damit einhergehenden Harmonisierung der Leistungen verbessert werden. Es wird die Empfehlung zur weiteren Erhöhung der Transparenz bei der Mittelverwendung i.S. eines kontinuierlichen Monitoringsystems ausgesprochen. Hierfür sind standardisierte Erhebungen der öffentlichen Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb in jährlichen Abständen vorzunehmen.

Der Indikator zur Finanzierung bzw. Investitionsquote in Sicherheit (Tabelle 1) basiert auf den standardisierten Jahresberichten und Statistiken der Unfallversicherungsträger. Analoges gilt für die Daten des FGÖ zu den jährlichen Fördergeldern (Tabelle 3). Auch Daten zu eingesetzten Mitteln der Arbeitsinspektion zur Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften stehen jahresaktuell zur Verfügung (vgl. Kap. 5.1.1.1.4). Damit stehen die Daten für diese Indikatoren

jahresaktuell und qualitätsgesichert zur Verfügung. Die Datenverfügbarkeit hängt vom Erscheinungsdatum der jeweiligen Jahresberichte ab, wobei die Daten bereits vorab bei den Fachabteilungen der betreffenden Träger bzw. beim FGÖ vorliegen. Hinsichtlich Stabilität bzw. Repräsentativität weisen die präventionsspezifischen Gesamtaufwendungen der UV-Träger im Jahr 2021 gegenüber dem Pandemiejahr 2020 einen weitgehend analogen Wert auf. Im Gegensatz dazu stehen die stark schwankenden Fördergelder des FGÖ im Jahresvergleich von 2021 zum Folgejahr 2022, wonach sich im Jahr 2022 die ausbezahlten Fördergelder fast halbiert haben.

Das Jahresbudget aus Mitteln des Ausgleichstaxfonds zur Förderung von Unternehmen zur Herstellung von barrierefreien Produkten und Dienstleistungen liegt konstant bei € 500.000 (Tabelle 2). Der Indikator zu den ausbezahlten Förderungen von Investitionen in barrierefreie Unternehmen basiert auf Statistiken des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) und weist im Vergleich von 2021 (€ 0,15 Mio.) zu 2022 (€ 0,26 Mio.) eine hohe Schwankungsbreite auf. Die Anzahl der geförderten Betriebe liegt nicht nach Betriebsgröße oder Branche vor. Hier ist somit Bedarf für eine erweiterte Datenerhebung gegeben.

Die programmspezifische Finanzierungssumme von fit2work (Tabelle 4) wird laut dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) anteilig durch die Träger der Sozialversicherung, durch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (aktuell Arbeit und Wirtschaft), zu Lasten der Gebarung Arbeitsmarktpolitik, und durch das Sozialministeriumservice getragen. Die Daten stehen jahresaktuell und qualitätsgesichert bis Mitte des Folgejahres zur Verfügung. Ein Vergleich des Jahresbudgets von 2021 (€ 23,0 Mio.) mit jenem vom Vorjahr 2020 (€ 18,9 Mio.) und dem (vorläufigen, i.e. noch nicht final abgerechneten) eingesetzten Budget für 2022 (€ 27,5 Mio.), zeigt einen positiven Trend.

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb (Tabelle 5) stehen letztaktuell für das Jahr 2016 in zusammengeführter und transparenter Form zur Verfügung. Es gilt zu berücksichtigen, dass die Daten mit einem unterschiedlichen Detail- und Präzisionsgrad (Teil- und Vollerhebungen) anhand eines (standardisierten) Erhebungsbogens ermittelt wurden (BMSGK, 2019). Die eingesetzten Mittel des Arbeitsinspektorates (2016: € 32,61 Mio.; 2021: € 35,77 Mio.) zur Überprüfung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften wurden seitens GÖG nicht erfasst, da das Arbeitsinspektorat nicht zu den "prevention-providers" i.S. des Gesundheitsschutzes zählt bzw. als Organisationen außerhalb des Gesundheitswesens gilt. Kontinuierliche Folgeerhebungen sind seitens des zuständigen Ministeriums aktuell nicht geplant, trotz der inhomogenen und wenig transparenten Finanzierungslandschaft von Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich (Rosian-Schikuta, et al., 2016). Dahingehend haben die Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger und die damit verbundene Harmonisierung der Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention zu einer Erhöhung der Transparenz in der Mittelverwendung geführt. Im Gegensatz zu BEM lagen für die BGM-Säulen ANSch und BGF zum Zeitpunkt der Berichterlegung keine Budgetwerte zur Schätzung der Ausgaben für 2021 vor. Dies ist der Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger (Beschluss laut Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes (SV-OG)) und dem damit einhergehenden Harmonisierungsaufwand geschuldet. Hier ist somit Potenzial für eine effizientere Datenerhebung gegeben.

Der Indikator zu den seitens AMS/SMS geförderten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (Tabelle 6) basiert auf standardisierten Ad-hoc Auswertungen der Statistikabteilung der Sektion Arbeitsmarkt des BMAW unter Verwendung des AMS Datawarehouse. Hinsichtlich der Datenvalidität kann somit von einem höchstmöglichen Qualitätsstandard im Sinne von belastbaren und verlässlichen Daten gesprochen werden.

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Die Indikatoren zur Finanzierung bzw. Förderung von Gesundheit und Prävention speisen sich aus Daten mit unterschiedlichem Grad an Standardisierung, Stabilität (Variabilität) und Aktualität.
- Aufgrund der Vielzahl an gesetzlichen Regelungen, in welchen die Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention sowie Wiedereingliederung im Setting Betrieb eingebettet sind, gestaltet sich die Datengenerierung als schwierig und aufwendig – sowohl ein Überblick über die Finanzierungsquellen und -ströme als auch deren Hinterlegung mit den entsprechenden Zahlen i.S. eines homogenen Monitorings. Dies ist nicht zuletzt dem als „komplex und fragmentiert“ bezeichneten österreichischen Gesundheitssystem geschuldet (Bachner et al., 2019).
- Die Problematik der inhomogenen und wenig transparenten Finanzierungslandschaft von Gesundheitsförderung und Prävention wird sowohl in Rosian-Schikuta et al. (2016) als auch im Bericht zu den öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016 (BMASGK, 2019) thematisiert. Dahingehend hat die Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger und die damit einhergehende Harmonisierung der Leistungen für Gesundheitsförderung und Prävention zu einer Erhöhung der Transparenz in der Mittelverwendung geführt. Als **Empfehlung** wird in Rosian-Schikuta et al. (2016) die Erhöhung der Transparenz bei der Mittelverwendung i.S. eines kontinuierlichen Monitoringsystems ausgesprochen.
- Für eine zeitnahe Datenverfügbarkeit wird die **Empfehlung** ausgesprochen, standardisierte Erhebungen der öffentlichen Finanzmittel für Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb in jährlichen Abständen durchzuführen.

### 5.1.1.3 Bewertung

Die erhobenen Förderungen und Investitionen für die BGM-Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) werden für das Jahr 2016 mit € 117,6 Mio. (exklusive Ausgaben des Arbeitsinspektorates von € 32,61 Mio.) beziffert. Diesen stehen nach einer letztaktuellen Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung (WIFO) geschätzte € 9,9 Mrd. an arbeitsbedingten Gesundheitskosten im Jahr 2015 gegenüber. Lediglich jeder zehnte Euro geht auf Behandlungs- und Versicherungsverwaltungskosten zurück. Der Großteil der arbeitsbedingten Gesundheitskosten entfällt somit auf Produktivitätsverluste sowie Lebenszeit-/Lebensqualitätsverluste der Erwerbstätigen. Zur Begegnung der erheblichen arbeitsbedingten Gesundheitskosten gilt die Empfehlung, eine detaillierte Bedarfserhebung für den Einsatz von weiteren finanziellen Mitteln innerhalb der BGM-Säulen anhand zu priorisierender Handlungsfelder vorzunehmen.

Im Rahmen der zur Verfügung stehenden Daten, zeigen sich die höchsten Investitionssummen im Kontext der Unfallverhütung in der Sozialversicherung bei der AUVA, d.h. beim Unfallversicherungsträger mit dem größten Versichertenstock (Tabelle 1). Mit rund € 67 Mio. für Unfallverhütung, Präventionsberatung und Erste Hilfe im Jahr 2021, werden gut 9 von 10 Euro, die seitens der Sozialversicherung in den Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch) investiert werden, von der AUVA aufgebracht. Die bundesweite Erhebung zu den öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention im Jahr 2016 weist beim Arbeitnehmer\*innenschutz ebenfalls der Sozialversicherung, im Vergleich zu den Gebietskörperschaften, den größten Ausgabenanteil zu (Tabelle 5<sup>3</sup>). Die eingesetzten (erheblichen) Mittel des Arbeitsinspektorates (2016: € 32,61 Mio.; 2021: € 35,77 Mio.) wurden seitens GÖG nicht erfasst, da diese nicht per se als Präventionsausgaben eines „prevention providers“ i.S. des Gesundheitsschutzes zu werten sind. Nach der bundesweiten Erhebung sind auch die Ausgaben für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) zwischen den Gebietskörperschaften (inkl. öffentlich finanzierter Fonds/Programme) und der Sozialversicherung unterschiedlich verteilt.

Jeder investierte Euro in Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten in Österreich verringert durch Arbeitsunfälle, Krankheiten und Todesfälle verursachtes menschliches Leid sowie damit verbundene hohe wirtschaftliche Kosten. Im Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ werden Rentabilitätswerte (ROI) zwischen 1:1,3 und 1:4,8 genannt. Aktuelle Reviews zum ökonomischen Nutzen weisen darauf hin, dass durchschnittlich rund zwei Drittel der eingeschlossenen Studien für einen ökonomischen Nutzen arbeitsweltbezogener Maßnahmen sprechen (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoj, 2019): „Der umfangreichste Review ... dokumentiert insgesamt 47 Return-on-Investments (ROI), aus denen sich ein mittlerer ROI von 2,7 ergibt. Jedem in betriebliche Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention investierten Euro stünde demnach eine Einsparung von 2,7 Euro gegenüber“ (S. 68f). Auch wenn einerseits der ROI zwischen Branchen und Ländern, in denen die Studien durchgeführt wurden, variiert (S. 61) und

---

<sup>3</sup> Die dargestellten Ausgaben beziehen sich mitunter auf spezifische Bereiche der drei Säulen BGF, ANSch und BEM (s. entsprechend angeführte Anmerkungen in Tabelle 5).

wegen der oftmals geringen Qualität der eingeschlossenen Studien nur von begrenzter Evidenz gesprochen werden kann (S. 68f), so zeigen nach Rath (2017, S. 14) Studienergebnisse auch, „... dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen eine höhere Wirksamkeit aufweist“ im Vergleich zu rein verhaltensorientierten Maßnahmen.

Nach Leoni, Brunner und Mayrhuber (2020) werden für das Jahr 2015 rund 260 arbeitsbedingt verlorene und gesundheitlich eingeschränkte Lebensjahre (DALYs<sup>4</sup>) je 10.000 Erwerbstätige angeführt. Im Vergleich zu den Niederlanden (299 DALYs), Deutschland (308 DALYs), Polen (315 DALYs) und Italien (380 DALYs) bildet Österreich gemeinsam mit Finnland (265 DALYs) den unteren Rand der Verteilung. Bezogen auf die Arbeitsunfälle werden für Österreich im Jahr 2015 insgesamt € 1,8 Mrd. an<sup>567</sup>) Folgekosten berechnet, was ein Vielfaches gegenüber den oben angeführten arbeitsschutzspezifischen Präventionsgeldern darstellt. Die (direkten, indirekten und intangiblen) Folgekosten aufgrund von arbeitsbedingten Erkrankungen werden noch (viel) höher beziffert und machen mit € 8,1 Mrd. rund 82 % der gesamten arbeitsbedingten Unfall- und Erkrankungskosten in Österreich aus (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020). Ein erheblicher Kostenanteil geht auf arbeitsbedingte Erkrankungen mit langer oder gar dauerhafter Arbeitsunfähigkeit zurück. Übersetzt in BGM-Maßnahmen im Sinne der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) weist somit nicht nur die Vermeidung von arbeitsbedingten Unfällen und Erkrankungen im Rahmen der Säulen ANSch und BGF einen zentralen Stellenwert auf, sondern auch die effektive Unterstützung bei der Rückkehr und der Wiedereingliederung von erkrankten und verunfallten Arbeitskräften durch die dritte Säule BEM.

Es gilt zu beachten, dass die direkten Kosten wie Behandlungs- und Versicherungsverwaltungskosten, die in Österreich „traditionell“ den Schwerpunkt des politischen bzw. öffentlichen Diskurses bilden, knapp 10 % der arbeitsbedingten Gesundheitskosten<sup>8</sup> ausmachen. Im Gegensatz dazu schlagen die indirekten bzw. intangiblen Kosten aus Produktivitätsverlusten bzw. Lebenszeit-/Lebensqualitätsverlusten der Erwerbstätigen mit knapp zwei Drittel bzw. gut ein Viertel Kostenanteil zu Buche (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020).

Im Vergleich zu den beschriebenen arbeitsbedingten Gesundheitskosten (2,9 % des BIP) relativieren sich die in Österreich seitens der Gebietskörperschaften und Sozialversicherung bzw. seitens des AMS eingesetzten Finanzmittel für ANSch, BGF und BEM zum Erhalt und zur Förderung sowie Wiederherstellung von Gesundheit (Tabelle 3, Tabelle 4, Tabelle 5<sup>9</sup>) bzw. für die Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Personen in den Arbeitsmarkt (Tabelle 6). In dem Zusammenhang überraschte die Aussage von Bachner et al. (2019) wenig, wonach „die

---

<sup>4</sup> Disability Adjusted Life Years.

<sup>5</sup> Behandlungskosten, Versicherungsverwaltung, informelle Pflege, Eigenbeteiligung.

<sup>6</sup> Löhne und Gehälter, Anpassungskosten, Verwaltungsaufwand, Präsentismus, Haushaltsproduktion.

<sup>7</sup> Preisgewichtete Quality Adjusted Life Years (QALYs).

<sup>8</sup> Kosten von arbeitsbedingten nicht-tödlichen Erkrankungen (Auszug: Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, Psychische Erkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen) und arbeitsbedingten tödlichen Erkrankungen (Auszug: Nasopharynxkrebs, Kehlkopfkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, COPD) (Leoni, Brunner & Mayrhuber (2020).

<sup>9</sup> Die dargestellten Ausgaben beziehen sich mitunter auf spezifische Bereiche der drei Säulen BGF, ANSch und BEM (s. entsprechend angeführte Anmerkungen in Tabelle 5) und gelten für das Jahr 2016.

Betriebliche Gesundheitsförderung und -vorsorge in Österreich ... sehr fragmentiert und in erster Linie auf freiwillige Kleinprojekte angewiesen [ist]“ (S. 170). Gegenüber dieser Aussage aus dem Jahr 2019 haben das österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, der Fonds Gesundes Österreich, das Programm fit2work (im Bereich der Sekundärprävention) sowie die Neuorganisation der österreichischen Sozialversicherungsträger und die damit verbundene Harmonisierung der Leistungen für Betriebliche Gesundheitsförderung zu einer strukturellen wie auch finanziellen Aufwertung geführt.

BGM-Maßnahmen zur Reduktion von gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt und Steigerung der persönlichen Ressourcen der Beschäftigten, sowie arbeitsmarktpolitische Maßnahmen zur Reintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen, haben ein substantielles positives Potenzial, „das von der Steigerung des wirtschaftlichen Outputs bis hin zur Erhöhung der langfristigen Arbeitsfähigkeit und des Wohlergehens der Erwerbsbevölkerung reicht.“ (Leoni, Brunner & Mayrhuber, 2020). Dies wird in kohärenter Weise auch im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ unter „Wirkung und Nutzen“ von BGM sowie im Kontext von Gesundheitsziel 1 und insbesondere des enthaltenen Wirkungsziels 2 betreffend den Ausbau von „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen“ angeführt. Hierfür sind die Prozesse der drei BGM-Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) künftig zielgerichteter im Sinne der im Expertenpapier formulierten Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen – abzustimmen (BMAFJ, 2020).

### **Fazit und Empfehlungen:**

- Die Ausgaben für Arbeitnehmer\*innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement sind zwischen den Gebietskörperschaften (inkl. öffentlich finanzierten Fonds/Programme) und der Sozialversicherung unterschiedlich verteilt.
- 10 % der arbeitsbedingten Gesundheitskosten entfallen auf Behandlungs- und Versicherungsverwaltungskosten, 65% auf Produktivitätsverluste und 26% auf Lebenszeit-/qualitätsverluste der Erwerbstätigen. Den in Tabelle 5 angeführten € 117,6 Mio. Förderungen und Investitionen für BGM (2016) stehen den nach einer WIFO Studie geschätzten € 9,9 Mrd. an arbeitsbedingten Gesundheitskosten gegenüber.
- Im wissenschaftlichen Ergebnisbericht von Rosian-Schikuta et al. (2016) wird eine Reihe von **Empfehlungen** für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention vorgestellt, die im erweiterten Sinne auch auf das drei Säulen basierte Betriebliche Gesundheitsmanagement anwendbar sind. Auf struktureller Ebene werden neben Maßnahmen zur Steigerung der Effizienz des politischen Leadership, der intersektoralen Zusammenarbeit und strategischen Ausrichtung auch die Erhöhung der Transparenz in der Mittelverwendung angeführt. In dem Zusammenhang werden die „wenigen Mittel“ für Prävention und Gesundheitsförderung angesprochen, wonach Präventionsausgaben im Jahresverlauf auch deutlich weniger steigen als Kurationsausgaben.

- Im Sinne der oben angeführten, laut WIFO Studie geschätzten, substantiellen arbeitsbedingten Gesundheitskosten in Österreich (2,9 % des BIP) ergeht die **Empfehlung**, weitere Mittel für BGM aufzubringen. Damit soll das mit BGM verbundene Potenzial zur Reduktion von gesundheitlichen Risiken in der Arbeitswelt in verstärktem Maße ausgeschöpft werden. Hierfür ist eine detaillierte Bedarfserhebung für den Einsatz von weiteren finanziellen Mitteln innerhalb der BGM-Säulen anhand zu priorisierender Handlungsfelder vorzunehmen.

## 5.2 Output

Anschließend an die notwendigen finanziellen Investitionen (TZ 1) wurden vier **maßnahmenorientierte Output-Teilziele** formuliert. Dazu gehören die systematische und breite Beratung und Begleitung von Betrieben (TZ 2), die Erhöhung der Nutzung von BGM-Angeboten durch Betriebe (TZ 3) und der Ausbau von umfassendem BGM in diesen (TZ 4) sowie die Verbesserung der Anschlussfähigkeit der Angebote zwischen ANSch, BGF und BEM zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen (TZ 5).

### 5.2.1 TZ 2: Beratung und Begleitung von Betrieben systematisch und breit umsetzen

Um die Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit erwerbstätiger und arbeitsloser Personen langfristig zu erhalten, sollen insbesondere Arbeitgeber\*innen bei der Entwicklung und Festigung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt unterstützt werden. Dies ist auch in einer Reihe von Gesetzen und Verordnungen festgehalten, wie z. B. dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), dem Bundes-Bedienstetenschutzgesetz (B-BSG), den Bedienstetenschutzgesetzen der Länder, dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG), dem Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG), und der Verordnung über die Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP-VO).

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll durch Teilziel 2 der Einsatz von Präventivfachkräften in den Betrieben und die Berater\*innenanzahl für die Beratungsangebote der jeweiligen BGM Säulen systematisch wachsen.**

#### 5.2.1.1 Indikatoren

Zur Überprüfung von TZ 2 werden sechs **Output-Indikatoren** auf der Maßnahmen-Ebene formuliert. Vier davon sind in der ANSch-Säule zu verorten und jeweils ein Indikator ist den Säulen BGF bzw. BEM zuzuordnen. Ein säulenübergreifender Indikator liegt derzeit nicht vor.

##### 5.2.1.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Um die Beratung und Begleitung von Betrieben adäquat gewährleisten zu können, bedarf es unter anderem einer entsprechend ausgebauten Versorgungslandschaft. Zur Unterstützung bei der Umsetzung des Arbeitnehmer\*innenschutzes in Klein(st)- und kleineren Mittelbetrieben wurde die erforderliche Betreuung in § 78 ASchG (1) gesetzlich verankert: „Für die sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung der Arbeitnehmer in Arbeitsstätten mit bis zu 50 Arbeitnehmern haben die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt und die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau Präventionszentren einzurichten.“ Die Präventionszentren zählen zu einem der Aufgabengebiete des Unfallverhütungsdienstes (UVD). Mit Bezug auf § 185 ff ASVG verfügen alle Unfallversicherungsträger über einen UVD, d. h. auch die SVS. Dieser Gesetzesauftrag sieht eine Reihe von Aufgaben zur Verhütung von Arbeitsunfällen wie auch Berufserkrankungen vor. Im Zusammenhang mit der Schulung und Beratung der Dienstgeber\*innen kommen die Expert\*innen des UVD in die Betriebe und informieren, beraten und erarbeiten gemeinsam mit den Versicherten Lösungen für Sicherheits- und Gesundheitsprobleme.



Indikator Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP): SVP vertreten Arbeitnehmer\*innen und verfügen über eine, in der Verordnung über die Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP-VO) geregelte, mindestens 24-stündige Arbeitsschutz-Ausbildung. Aufgrund ihrer Ausbildung und weil sie mitten im betrieblichen Geschehen stehen, sind sie besonders geeignet, Probleme betreffend den Arbeitsschutz in ihren Wirkungsbereichen zu erkennen und an deren Lösung mitarbeiten zu können. Obwohl ihnen eine besondere Funktion beim Arbeitsschutz zukommt, stehen bundesweite Daten nach Auskunft der Sektion II – Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat des BMAW derzeit nicht zur Verfügung (siehe 5.2.1.2).

Indikator Sicherheitsfachkräfte (SFK): Die Bedeutung der SFK für die Säule Arbeitnehmer\*innenschutz ergibt sich aus der Festlegung ihrer Tätigkeit durch den Gesetzgeber im § 76 ASchG (1): „Sicherheitsfachkräfte haben die Aufgabe, die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer, die Sicherheitsvertrauenspersonen und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesen Gebieten zu unterstützen.“

Hinsichtlich der Anzahl beschäftigter oder selbständig tätiger SFK stehen derzeit keine bundesweiten Daten zur Verfügung (siehe 5.2.1.2), insbesondere liegen keine vollständigen Daten über selbständig tätige SFK vor. Die näherungsweise Darstellung der Versorgungslandschaft Präventivfachkraft SFK erfolgt daher über folgende Subindikatoren:

- beschäftigte SFK in Präventionszentren bzw. UVD
- SFK-Mitgliedschaften beim Verband Österreichischer Sicherheitsexperten
- sicherheitstechnische Ausbildung (Absolvent\*innen, Einrichtungen)

Subindikator Beschäftigte SFK in Präventionszentren bzw. UVDs: Für die sicherheitstechnische Betreuung der Arbeitnehmer\*innen in Arbeitsstätten mit bis zu 50 Arbeitnehmer\*innen standen in den Präventionszentren für das Jahr 2021 145 Personen (AUVA: 139; BVAEB: 6) intern oder als Vertragspartner zur Verfügung. Beim UVD der SVS waren 22 SFK beschäftigt.

Subindikator SFK-Mitgliedschaften beim Verband Österreichischer Sicherheitsexperten (VÖSI): Der Verband der Österreichischen Sicherheits-Experten (VÖSI) <sup>10</sup> setzt sich mit den Themen Arbeitnehmer\*innen- und Brandschutz, Umweltschutz und Baukoordination auseinander. Da vom VÖSI, mit Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe, keine Zahlen zur Verfügung gestellt wurden, beschränkt sich die Darstellung auf die in den Jahresrückblicken publizierten Angaben zu den Mitgliedschaften. So wurde die Anzahl der Mitgliedschaften für das Jahr 2021 mit „ca. 1500“ angegeben (VÖSI, 2022, o. S.) und im Jahr 2020 die Anzahl von 1.400 Mitgliedschaften überschritten (VÖSI, 2021, o. S.). Somit lässt sich von 2020 auf 2021 ein Anstieg der Mitgliedschaften verzeichnen.

Mit Bezugnahme auf die 2015 durchgeführte Studie „Bestandsaufnahme der Arbeitssituation der ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte und ArbeitspsychologInnen“ (Glaser, Sachse,

---

<sup>10</sup> Der VÖSI wurde 1977 als Interessensvertretung der damals sogenannten "Sicherheitsingenieure" gegründet. Davon leitet sich auch der Verbandsname VÖSI (Verband der Österreichischen Sicherheits-Ingenieure) ab.

Hopfgartner, Peißl & Seubert, 2016)<sup>11</sup> lässt sich als Ausgangswert (Stand Juni 2015) die Zahl von 1.284 aktiv tätigen Sicherheitsfachkräften mit VÖSI-Mitgliedschaft anführen (Seubert, Peißl, Hopfgartner, Sachse & Glaser, 2016, S. 40).

Subindikator sicherheitstechnische Ausbildung: Für das Jahr 2021 wurden 195 Personen gemeldet, die gemäß Verordnung BGBl. Nr. 277/1995 für die Fachausbildung für Sicherheitsfachkräfte (SFK) eine Ausbildung bei einer der anerkannten Ausbildungseinrichtungen der AUVA, des bfi (sechs Einrichtungen) und des TÜV abgeschlossen haben (von den neun Einrichtungen des WIFI wurden mit Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe keine Daten übermittelt).<sup>12</sup> Somit liegen Angaben von acht Ausbildungseinrichtungen vor. Auf der Homepage der Arbeitsinspektion sind jedoch 35 Ausbildungseinrichtungen mit Anerkennungsbescheid des BMAW über die Fachausbildung gelistet (Stand Dezember 2022). Bundesweite Gesamtdaten stehen derzeit nicht zur Verfügung (siehe 5.2.1.2).

Indikator Arbeitsmediziner\*innen: Die arbeitsmedizinische Betreuung aller Beschäftigten in Österreich ist, unabhängig von der Betriebsgröße, durch das ASchG, das B-BSG und die Bedienstetenschutzgesetze der Länder geregelt. Bundesweite Daten betreffend die Anzahl beschäftigter oder selbständig tätiger Arbeitsmediziner\*innen (AM) stehen derzeit nicht zur Verfügung (siehe 5.2.1.2). Die näherungsweise Darstellung der Versorgungslandschaft Präventivfachkraft AM erfolgt daher über folgende Subindikatoren:

- beschäftigten AM in Präventionszentren bzw. UVD
- Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Ausbildung und ÖÄK-Eintrag
- arbeitsmedizinische Ausbildung (Absolvent\*innen, Einrichtungen)

Subindikator Beschäftigte AM in Präventionszentren bzw. UVD: Für die arbeitsmedizinische Betreuung der Arbeitnehmer\*innen in Arbeitsstätten mit bis zu 50 Arbeitnehmer\*innen standen in den Präventionszentren für das Jahr 2021 in Summe 151 Arbeitsmediziner\*innen zur Verfügung. Davon waren 133 Arbeitsmediziner\*innen bei der AUVA entweder direkt bei AUVAsicher (n=10) angestellt oder als Vertragspartner von AUVAsicher (n=123) mit der Betreuung der Betriebe beauftragt. Bei der BVAEB waren über den UVD in den Präventionszentren 18 Arbeitsmediziner\*innen im Jahr 2021 intern oder als Vertragspartner\*innen beschäftigt. Die SVS beschäftigt keine Arbeitsmediziner\*innen.

Subindikator Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Ausbildung und ÖÄK-Eintrag: Die Anzahl der Ärzt\*innen, die in der Ärzteliste eingetragen sind und eine arbeitsmedizinische Ausbildung (siehe BGBl. Nr. 489/1995)<sup>13</sup> haben, beträgt lt. Mitteilung der ÖÄK derzeit 2.206 (Stand 31.12.2022).

---

<sup>11</sup> Die Studie wurde gefördert durch die Bundesarbeitskammer (BAK), die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ÖGA), den Verband Österreichischer Sicherheits-Experten (VÖSI), den Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und die Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP).

<sup>12</sup> Die mit dem Auftraggeber und der Arbeitsgruppe vorab festgelegte Erhebung bei den Ausbildungseinrichtungen AUVA, bfi, TÜV und WIFI wurde vom IfGP durchgeführt.

<sup>13</sup> Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten

Subindikator Arbeitsmedizinische Ausbildung: In Österreich gibt es drei Ausbildungsstätten für die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzt\*innen (Stand Ende Dezember 2022). Es sind dies die Linzer Akademie für Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik, die Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP) und die Wiener Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (WIAP). Im Jahr 2021 haben bei der AAMP 85 Ärzt\*innen (2022: 63 Ärzt\*innen) und bei der WIAP 23 Ärzt\*innen die Ausbildung für Arbeitsmedizin absolviert. Von der Linzer Akademie für Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik wurden keine Informationen zur Verfügung gestellt.

Indikator Arbeitsmedizinischer Fachdienst (AFa): Bundesweite Daten betreffend die Anzahl der Personen, die als AFa beschäftigt werden dürfen (vgl. ASchG § 82c) stehen derzeit nicht zur Verfügung (siehe 5.2.1.2).

#### 5.2.1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 2021 standen österreichweit 75 BGF-Berater\*innen für die Betreuung von BGF-Projekten in Betrieben zur Verfügung (siehe Tabelle 7). Die Anzahl der Berater\*innen beruht auf den Angaben der BVAEB, ÖGK und „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH. Eine bundeslandspezifische Zuordnung der Berater\*innen ist nicht zielführend, da sich der Betreuungsbereich der Berater\*innen im Allgemeinen jeweils auf ein bis mehrere Bundesländer erstreckt, mit Ausnahme der Berater\*innen der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH, die nur in Niederösterreich tätig sind. Die Berater\*innen, die im Auftrag der ÖGK die Betreuung der Betriebe durchführen, sind als Selbständige (Werkvertrag) tätig. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Betreuung von BGF-Projekten nur einen Teil des Tätigkeitsspektrums dieser Berater\*innen darstellt. Die Berater\*innen der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH sind ebenfalls mit Projekten außerhalb des betrieblichen Settings betraut, weswegen eine Darstellung in Vollzeitäquivalenten derzeit nicht möglich ist. Ähnliches gilt für die Kategorie Betriebsgröße. Da bis auf die Berater\*innen der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH, die ausschließlich KMU betreuen, die Berater\*innen Betriebe aller Betriebsgrößen betreuen, wird hier ebenfalls von einer Zuordnung nach Betriebsgrößen abgesehen.

**Tabelle 7: BGF – BGF-Berater\*innen (– Versorgungslandschaft)**

2021	BGF-Berater*innen
	Anzahl
alle Bundesländer	75

Anmerkungen: Quelle: BVAEB, ÖGK und der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH“.

### 5.2.1.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Im Jahr 2021 sind für fit2work bundesweit 120 Beschäftigte in der *Personenberatung* tätig. Unter Berücksichtigung der Teilzeitbeschäftigten entspricht dies 97,7 Vollzeitäquivalenten<sup>14</sup>. In der *Betriebsberatung* sind bundesweit 102 Personen beschäftigt bzw. als 59,7 Vollzeitstellen geführt (Tabelle 8).

Eine bundeslandspezifische Zuordnung ist wenig zielführend, da sich der Tätigkeitsbereich der Berater\*innen jeweils auf mehrere Bundesländer erstrecken kann.

**Tabelle 8: BEM – fit2work-Berater\*innen (- Versorgungslandschaft)**

2021	fit2work-Berater*innen	
	Anzahl	Vollzeitäquivalente
Personenberatung - alle Bundesländer	120	97,7
Betriebsberatung - alle Bundesländer	102	59,7

Anmerkungen: Quelle: fit2work Statistik: Eigene Auswertung.

### 5.2.1.1.4 Säulenübergreifend

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

### 5.2.1.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Daten zu Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräften, Arbeitsmediziner\*innen und Arbeitsmedizinischer Fachdienst sind derzeit nicht (Sicherheitsvertrauenspersonen) bzw. bedingt (Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner\*innen und Arbeitsmedizinischer Fachdienst) für ein Monitoring geeignet. Die Daten für die Indikatoren BGF-Berater\*innen und fit2work-Berater\*innen sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und können für ein Monitoring herangezogen werden.

Empfohlen wird eine Vollerhebung zu Beschäftigung, Ausbildung und gegebenenfalls Zertifizierung bei den Präventivfachkräften SFK und AM und Arbeitspsycholog\*innen. Des Weiteren wird die Empfehlung ausgesprochen, die Vereinheitlichung der Meldungen seitens der Ausbildungseinrichtungen zur Fachausbildung für Sicherheitsfachkräfte (SFK) sowie der Ausbildungsstätten für die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzt\*innen betreffend Absolvent\*innen sowie allfälliger Zertifizierungen zu diskutieren.

Die vorhandenen Daten betreffend die Indikatoren Sicherheitsvertrauenspersonen, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner\*innen und Arbeitsmedizinische Fachassistenz sind derzeit

<sup>14</sup> Anzahl der Vollzeitstellen, die sich rechnerisch bei einer gemischten Personalbelegung mit Teilzeitbeschäftigten ergeben.

nicht (Sicherheitsvertrauenspersonen) bzw. bedingt (Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner\*innen und Arbeitsmedizinische Fachassistenz) für ein Monitoring geeignet.

Für den Indikator Sicherheitsvertrauenspersonen stehen bundesweite Daten derzeit nicht zur Verfügung. Zwar sind Arbeitgeber\*innen lt. § 10 (8) ASchG (BGBl. Nr. 450/1994 idgF) verpflichtet, dem Arbeitsinspektorat Informationen zu den Sicherheitsvertrauenspersonen schriftlich mitzuteilen, wobei einerseits der Inhalt dieser Mitteilung an das AI in § 9 SVP-VO (BGBl. Nr. 172/1996 idgF) geregelt ist, andererseits jedoch die Art, in der die Meldung zu erfolgen hat, nicht vorgegeben ist. Meldungen an das AI können gleichzeitig Bestellungen, Nachbesetzungen und Ausscheiden von SVP enthalten und erfolgen oft noch analog (Brief, Fax). Diese Meldungen werden laufend erfasst und zum jeweiligen Betrieb protokolliert. Die Meldungen sind betriebsbezogen verfügbar, aber es gibt keine Datenbank, in der alle Daten zu SVP aggregiert abgefragt werden können. Der Indikator kann derzeit nicht mit entsprechenden Daten hinterlegt werden (Auskunft des BMAW, Sektion II – Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat).

Betreffend die Indikatoren Sicherheitsfachkräfte (SFK), Arbeitsmediziner\*innen (AM) und Arbeitsmedizinische Fachassistenz (AFa) ist es derzeit nur mit erheblichem Aufwand möglich, aktuelle Daten zu erhalten. Zum einen gibt es hinsichtlich dieser Tätigkeiten kein aktuelles Register der aktiven Fachpersonen und zum anderen ist man aufgrund der Rechtslage sowie der Freiwilligkeit bei der Auskunft zu diesen Daten von der Unterstützung der Datenhalter<sup>15</sup> sowie den betroffenen Fachpersonen abhängig. Für einige Surrogat- bzw. Subindikatoren gibt es belastbare, jährlich verfügbare Daten, für andere lediglich Schätzwerte, die mit den damit verbundenen Limitierungen für ein Monitoring herangezogen werden können.

SFK können bei Sicherheitstechnischen Zentren (STZ), Arbeitsmedizinischen Zentren (AMZ), bei Unternehmen und Organisationen oder den Präventionszentren der AUVA und BVAEB sowie dem UVD der SVS beschäftigt sein. Die Anzahl der STZ (2022: 102) und AMZ (2022: 42) sowie die Betreibenden dieser Zentren sind über die Webseite des Arbeitsinspektorates verfügbar. Zu berücksichtigen ist dabei, dass einige Zentren sowohl STZ als auch AMZ sind und SFK auch für mehr als nur ein Zentrum tätig sein können. Die Erhebung der Anzahl beschäftigter SFK in STZ und AMZ (exkl. AMZ die auch STZ sind) ist prinzipiell möglich, aber von Freiwilligkeit bei der Auskunft und der Unterstützung der Betreibenden abhängig.

Die Angaben von AUVA, BVAEB und SVS zur Anzahl der Beschäftigten bzw. Vertragspartner bei SFK, AM und AFa sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und können jedenfalls für ein Monitoring herangezogen werden. Aufgrund vereinzelter Rückmeldungen von AUVA, ÖÄK, AMZ wird darauf hingewiesen, dass auf beide Gruppen von Präventivfachkräften zutrifft, dass sie sowohl beschäftigt, beschäftigt und selbständig oder ausschließlich selbständig tätig sind, und neben der Kopfangabe die VZÄ einen Mehrwert an Information für einigermaßen belastbare Aussagen zur Versorgungslandschaft liefern würden.

SFK-Mitgliedschaften beim Verband Österreichischer Sicherheitsexperten (VÖSI) scheinen bei der derzeitigen Datenlage der bestmögliche Schätzer für (selbständig tätige) SFK zu sein (da über das

---

<sup>15</sup> Dies betrifft die STZ, die AMZ, etc.

Anmeldeformular auf der Webseite der VÖSI mindestens eine Anstellungsart (beschäftigt, selbständig) auszuwählen ist) und wären jährlich verfügbar.

Für das Jahr 2021 wurden 195 Personen gemeldet, die eine Ausbildung bei einer der anerkannten Ausbildungseinrichtungen der AUVA, des bfi (sechs Einrichtungen) und des TÜV abgeschlossen haben (von den neun Einrichtungen des WIFI wurden mit Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe keine Daten übermittelt).<sup>16</sup> Bundesweite Daten stehen somit derzeit nicht zur Verfügung. Die Erhebung der Personen mit abgeschlossener Ausbildung bei den dzt. 35 Ausbildungseinrichtungen (Stand Dezember 2022) ist prinzipiell möglich, aber von Freiwilligkeit bei der Auskunft und der Unterstützung der Betreibenden abhängig.

Der Subindikator *Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Ausbildung und ÖÄK-Eintrag* wird seitens der ÖÄK zur Verfügung gestellt. Er ist qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und bedingt für ein Monitoring geeignet, sofern belastbare Aussagen zur Versorgungssituation getroffen werden sollen. Dieser Subindikator lässt keine Aussage darüber zu, wie viele dieser Ärzt\*innen auch tatsächlich als Arbeitsmediziner\*innen tätig sind (und auch nicht in welchem Ausmaß). Es handelt sich hierbei jedoch um eine wertvolle Informationsquelle, wenn es um die Berechnung eines Schätzwertes für den Bedarf geht.

Im Jahr 2021 haben in Summe 108 Ärzt\*innen die Ausbildung zu Arbeitsmediziner\*innen abgeschlossen. Als Vergleich können die Daten aus der Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung (Ivansits, Seethaler & Czasny, 2016) herangezogen werden. Zwischen den Jahren 2010 (zwei Akademien für Arbeitsmedizin) und 2015 (seit 2013 drei Akademien für Arbeitsmedizin) haben im Jahr 2011 79 und im Jahr 2012 118 Ärzt\*innen die Ausbildung für Arbeitsmedizin abgeschlossen. Die für das Jahr 2021 vorliegende Zahl von 108 Personen liegt somit innerhalb der Schwankungsbreite der Jahre 2010 und 2015. Zu den Ausbildungsabschlüssen in den Jahren danach und einem evtl. Einfluss durch die im Zusammenhang mit der Pandemie verhängten Maßnahmen liegen derzeit nicht vor. Die Zahl der Absolvent\*innen liegt auch beim BMSGPK, Sektion VI – Humanmedizinrecht und Gesundheitstelematik, Gruppe VI/A – Humanmedizinrecht, Abteilung VI/A/1 – Nicht übertragbare Erkrankungen, psychische Gesundheit und Altersmedizin auf, allerdings werden sie von den Ausbildungseinrichtungen unterschiedlich gemeldet (einerseits bezogen auf das Jahr des Abschlusses und andererseits bezogen auf den Abschluss einer Ausbildung, die sich über zwei Kalenderjahre erstrecken kann). Vor diesem Hintergrund ist bezogen auf die jährliche Darstellung der Abschlüsse weiterhin die Unterstützung der Ausbildungseinrichtungen erforderlich.

Bundesweite Daten betreffend Personen, die als arbeitsmedizinischer Fachdienst (AFa) beschäftigt werden dürfen, stehen derzeit nicht zur Verfügung. Dies betrifft nach § 82c (7, 8 und 9) ASchG auch Personen, die vergleichbare Qualifikationen nachweislich erworben haben. Vereinzelt Datenlieferungen werden hier nicht dargestellt.

---

<sup>16</sup> Die mit dem Auftraggeber und der Arbeitsgruppe vorab festgelegte Erhebung bei den Ausbildungseinrichtungen AUVA, bfi, TÜV und WIFI wurde vom IfGP durchgeführt.

Die Zahl der BGF-Berater\*innen (Tabelle 7) beruht auf den Angaben der BVAEB, ÖGK und „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH. Die als Kopfangabe vorliegende Zahl ist qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und kann für ein Monitoring herangezogen werden. Eine Unschärfe aufgrund fehlender Verfügbarkeit von Angaben zu VZÄ bleibt.

Die Daten zum Indikator *fit2work-Berater\*innen (-Versorgungslandschaft)* (Tabelle 8) wurden seitens Sozialministeriumservice in seiner Funktion als Büro der Steuerungsgruppe fit2work ausgehoben und zur Verfügung gestellt. Die Zahlen für Beschäftigte in der *Personenberatung* und der *Betriebsberatung* sind bundesweit als Kopfangabe und VZÄ vorhanden. Sie sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und erlauben ein fortlaufendes Monitoring. Erst mit dem Vorliegen der Daten von 2022 können Aussagen über einen Trend getroffen werden.

### Fazit und Empfehlungen:

- Die vorliegenden Daten für den Indikator *Sicherheitsvertrauenspersonen (- Versorgungslandschaft)* sind derzeit nicht, jene für die Indikatoren *Sicherheitsfachkräfte (- Versorgungslandschaft)*, *Arbeitsmediziner\*innen (- Versorgungslandschaft)*, und *Arbeitsmedizinischer Fachdienst (- Versorgungslandschaft)* bedingt für ein Monitoring geeignet.
- Die Erhebung der Anzahl beschäftigter SFK in STZ und AMZ (exkl. AMZ die auch STZ sind) ist prinzipiell möglich, aber von Freiwilligkeit bei der Auskunft und der Unterstützung der Betreibenden abhängig.
- Die Angaben von AUVA, BVAEB und SVS zur Anzahl der Beschäftigten bzw. Vertragspartner betreffend SFK, AM und AFa sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und erlauben auch ein fortlaufendes Monitoring. Unschärfen aufgrund tlw. fehlender Verfügbarkeit von Angaben zu VZÄ bleiben bestehen.
- Daten zum Subindikator *SFK-Mitgliedschaften beim Verband Österreichischer Sicherheitsexperten (VÖSI)* stehen dzt. mit Verweis auf datenschutzrechtliche Gründe nicht zur Verfügung. Grobe Angaben über die Jahresberichte 2022 und 2021 liegen vor und zeigen einen Anstieg der Mitgliedschaften von 2021 auf 2022.
- Für den Subindikator *Sicherheitstechnische Ausbildung* stehen derzeit keine bundesweiten Daten zur Verfügung. Die Erhebung der Personen mit abgeschlossener Ausbildung bei den dzt. 35 Ausbildungseinrichtungen (Stand Dezember 2022) ist prinzipiell möglich, aber von Freiwilligkeit bei der Auskunft und der Unterstützung der Betreibenden abhängig.
- Daten zum Subindikator *Ärztinnen und Ärzte mit arbeitsmedizinischer Ausbildung und ÖÄK-Eintrag* werden seitens der ÖÄK zur Verfügung gestellt, sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und vor dem Hintergrund belastbarer Aussagen zur Versorgungssituation bedingt für ein Monitoring geeignet.
- Die Zahl der Ärzt\*innen, die 2021 die Ausbildung für Arbeitsmedizin abgeschlossen haben, beträgt 108 Personen und liegt damit innerhalb der Schwankungsbreite der Jahre 2010 und 2015 mit 79 Personen (2011) und 118 (2012).
- Die Daten für die Indikatoren BGF-Berater\*innen (- Versorgungslandschaft) (Tabelle 7) und *fit2work-Berater\*innen (-Versorgungslandschaft)* (Tabelle 8) sind qualitätsgesichert, jährlich verfügbar und können für ein Monitoring herangezogen werden. Für den Indikator BGF-

*Berater\*innen* stehen keine Angaben zu VZÄ zur Verfügung. In Ergänzung zum Indikator fit2work-Berater\*innen waren per 31.12.2021 bei fit2work österreichweit 46 Arbeitsmediziner\*innen (23 VZÄ) und 51 Klinische und Arbeits-/Organisationspsycholog\*innen (25,5 VZÄ) für die Abwicklung der Basischecks im Rahmen der Einzelberatung tätig, die aber nicht in den Zahlen zur Personenberatung enthalten sind.

- Bei obigen Indikatoren, wo es sinnvoll und möglich ist, wäre es wünschenswert, ergänzend eine pro Kopf-Quote zur Verfügung stellen zu können.
- **Empfohlen** wird eine Vollerhebung zu Beschäftigung, Ausbildung und gegebenenfalls Zertifizierung bei den Präventivfachkräften SFK und AM und Arbeitspsycholog\*innen. Die Daten der Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung stammen ebenso wie die Daten der Bestandsaufnahme der Arbeitssituation der Arbeitsmediziner\*innen, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitspsycholog\*innen aus dem Jahr 2015. Mit der für sorgfältig durchgeführte Studien inhärenten Vorlaufzeit zur Abstimmung mit Auftraggeber\*innen, Stakeholdern und Berufsverbänden und Fachgesellschaften sowie der erforderlichen Zeit für die Planung und Durchführung derselben, wären belastbare Daten wahrscheinlich wieder 2025 verfügbar. Daten betreffend die Ausbildung könnten aufgrund des geringeren Erhebungsaufwandes auch jährlich erhoben werden.
- Es wird die **Empfehlung** ausgesprochen, dass eine Gruppe von Expert\*innen der Stakeholder über den Vorschlag einer einheitlichen Meldung von Absolvent\*innen sowie allfälliger Zertifizierungen seitens der Betreibenden der Ausbildungseinrichtungen zur Fachausbildung für Sicherheitsfachkräfte (SFK) an eine noch festzulegende Stelle diskutiert. Die Ausbildungseinrichtungen müssten folglich für die Unterstützung bei der Erhebung der Zahlen der Absolvent\*innen bzw. Zertifizierungen nicht mehr kontaktiert werden.
- **Empfohlen** wird die Vereinheitlichung der Meldungen seitens der Ausbildungsstätten für die arbeitsmedizinische Ausbildung von Ärzt\*innen an die entsprechende Abteilung beim BMSGPK. Die Ausbildungsstätten müssten folglich für die Unterstützung bei der Erhebung der Zahlen der Absolvent\*innen nicht mehr kontaktiert werden.

### 5.2.1.3 Bewertung

Der Datenbestand betreffend die SFK und die AM als Präventivfachkräfte sowie die weiteren Fachkräfte und die SVP als die zentralen Akteur\*innen der Säule ANSch, weist sowohl (größere) Lücken als auch Mängel betreffend die Aktualität dieser Daten auf. Vor diesem Hintergrund wird die Zusammenarbeit der Stakeholder mit der ÖÄK, der ÖGA, dem VÖSI, dem BÖP und der GkPP sowie weiteren Berufsverbänden und Fachgesellschaften betreffend die Versorgungslandschaft der Präventivfachkräfte und weiterer geeigneter Fachkräfte empfohlen. Es wird die Empfehlung ausgesprochen, dass der Bedarf für ein zentrales österreichweites Register der Präventivfachkräfte (inkl. des Arbeitsmedizinischen Fachdienstes) und sonstiger geeigneter Fachleute, wie Chemiker\*innen, Toxikolog\*innen, Ergonom\*innen, insbesondere jedoch Arbeitspsycholog\*innen, diskutiert wird.



Die SFK und die AM als Präventivfachkräfte sowie die SVP und weitere Fachkräfte sind die zentralen Akteur\*innen, die Arbeitgeber\*innen beim Arbeitsschutz, bei der Unfallverhütung sowie in allen Fragen der Arbeitssicherheit einschließlich der menschengerechten Gestaltung der Arbeit unterstützen. Vor diesem Hintergrund gibt es dzt. zur Anzahl der aktiv tätigen Expert\*innen, zu deren Verfügbarkeit, zu den Rahmenbedingungen der präventiven Tätigkeit sowie zur Möglichkeit, zum Ausmaß und zur Qualität der interdisziplinären Kooperation zum Wohle der Beschäftigten, (größere) Lücken im Datenbestand. Der Prozess der Datenbeschaffung ist mitunter aufwendig und die Aktualität der Daten optimierbar.

Da es dzt. kein österreichweites Register zu den aktiv tätigen SFK, ausgenommen die Liste der personenzertifizierten SFK bei der AUVA<sup>17</sup> gibt, wurde aufgrund der Bedeutung des VÖSI eine Abschätzung über die Anzahl der SFK-Mitgliedschaften als Annäherung versucht. Die Anzahl der Mitgliedschaften beim VÖSI wurde für das Jahr 2021 mit „ca. 1500“ angegeben (VÖSI, 2022, o. S.). Der von 2020 auf 2021 zu verzeichnende Anstieg setzt die bei Tremel (2016, S. 52) für die Jahre 2000 bis 2015 dargestellte kontinuierlich positive Entwicklung der VÖSI-Mitgliedschaften fort. Dennoch ist der Subindikator VÖSI-Mitgliedschaften in der vorliegenden Form, d.h. basierend auf den Angaben in den Jahresrückblicken, nicht mehr als ein Schätzer. Die Aussagekraft dieses Subindikators ist durch mehrere, im Folgenden kurz angeführte Bedingungen (stark) eingeschränkt: 1) die Mitgliedschaft beim VÖSI ist eine freiwillige Entscheidung der einzelnen SFK, 2) der VÖSI ist der Verband Österreichischer Sicherheitsexpert\*innen und ist somit auch für andere Tätigkeitsgruppen wie unter anderem Arbeitsmediziner\*innen, Arbeitspsycholog\*innen, Abfall- und Umweltbeauftragte offen, 3) die Zahl der Mitgliedschaften lässt keine Rückschlüsse darauf zu, ob es sich um aktiv tätige SFK handelt und 4) die Zahl der Mitgliedschaften umfasst sowohl ordentliche und außerordentliche Mitgliedschaften sowie Mitgliedschaften von Personen im Ruhestand. Kurz- bis mittelfristig ist daher jedenfalls eine Zusammenarbeit mit dem VÖSI anzustreben, da dieser (siehe Online-Anmeldeformular) über Daten von derzeit aktiv tätigen SFK (angestellt, selbständig, Branche und Tätigkeitsbereich) verfügt.

In diesem Zusammenhang wird auf die von der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Auftrag gegebene europaweit einmalige Längsschnittstudie (2005 – 2011) zur Tätigkeit und Wirksamkeit von SFK verwiesen (Trimpop, et al., 2012). Parallel zur Studie wurde eine Kommunikations- und Informationsplattform, die Sifa-Community, entwickelt ([www.sifa-community.de](http://www.sifa-community.de)), die nach wie vor betrieben wird, deren Förderung durch die DGUV jedoch mit Ende 2022 eingestellt wurde.

Wie viele Arbeitsmediziner\*innen insgesamt (VZÄ bzw. Anzahl) dzt. aktiv tätig sind ist ebenfalls nicht bekannt, insbesondere liegen keine vollständigen Informationen über selbständig tätige Arbeitsmediziner\*innen vor. Gesichert sind lediglich die Angaben der AUVA und des AMZ zum

---

<sup>17</sup> Die AUVA bietet Absolventen der Fachausbildung für Sicherheitsfachkräfte die Möglichkeit an, mittels Personenzertifizierung ein Kompetenzzertifikat zu erlangen. Mit diesem Zertifikat kann eine Sicherheitsfachkraft auf dem freien Markt den Nachweis erbringen, dass sie über das Normalmaß hinausgehende Qualifikationen hat und sich laufend über den aktuellen Stand im Arbeitnehmerschutz informiert. Die Liste der zertifizierten SFK (inkl. Gültigkeitsdauer des Zertifikats) wird auf der Webseite der AUVA publiziert. Die Vergabe des Zertifikates setzt eine Fachausbildung für Sicherheitsfachkräfte bei einer ermächtigten Ausbildungsorganisation voraus. Das Zertifikat ist fünf Jahre gültig und wird nach Nachweis der Voraussetzungen jeweils um weitere fünf Jahre verlängert

Beschäftigungsausmaß (vgl. 5.2.1.1.1.). In der Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung von 2016 wird, neben dem geschätzten Fehlbestand von ca. 500 Arbeitsmediziner\*innen, folgendes Resümee gezogen: „Aufgrund der Lücken in der Datenlage ist es nicht möglich, genaue Aussagen zur Entwicklung des Angebots sowie des Bedarfs zu treffen. Eine wichtige Aufgabe für eine datengestützten [sic] Beurteilung der Entwicklung und zur Unterstützung künftiger Entscheidungen hinsichtlich Maßnahmen ist jedenfalls eine Verbesserung der Datengrundlagen.“ (Ivansits, Seethaler & Czasny, S. 58). Im Rahmen der vom BMASGK veranstalteten Enquete „Arbeitsmedizin – Wege in die Zukunft“, drei Jahre später (4.6.2019) wurden keine neueren Daten betreffend die Situation der Arbeitsmedizin in Österreich präsentiert. Somit sind die in der GÖG-Studie erhobenen Daten betreffend die Anzahl der beschäftigten AM die Letztverfügbaren.

Nach § 82a (5) hat die/der Arbeitgeber\*in zumindest im Ausmaß der restlichen 25% der jährlichen Präventionszeit, in Abhängigkeit von der in der Arbeitsstätte gegebenen Gefährdungs- und Belastungssituation (§ 76 (3) bzw. § 81 (3)) sonstige geeignete Fachleute wie Chemiker\*innen, Toxikolog\*innen, Ergonom\*innen, insbesondere jedoch Arbeitspsycholog\*innen, oder die SFK beizuziehen und AM zu beschäftigen. Auch Daten zu diesen Fachleuten fehlen, obwohl zumindest die Datengrundlagen zu den Arbeitspsycholog\*innen über die beiden Berufsverbände qualitätsgesichert ermittelbar sein sollten.

Aufbauend auf den im Rahmen dieses Ausgangsberichts aufgezeigten Bedarfs an Datenerhebung könnten nächste Schritte hinsichtlich einer geschätzten Bedarfsquote (aufgrund der gesetzlichen Grundlagen zumindest hinsichtlich der Säule ANSch) getätigt werden. Als Beispiel kann die in der Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung (Ivansits, Seethaler & Czasny, 2016) dargestellte Herangehensweise dienen. Folgt man den Ergebnissen der Studie von Seubert, Hopfgartner, Peißl, Glaser und Sachse (2016) zur Arbeitssituation und Kooperation von AM, SFK und Arbeitspsycholog\*innen ist jedenfalls, unabhängig von der Verbesserung der Datenlandschaft und davon abgeleiteter Prognosen, die Frage nach dem Funktionieren des Zusammenspiels zwischen diesen Akteur\*innen zu stellen.

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Der Datenbestand betreffend SFK und AM als Präventivfachkräfte, SVP und weiteren Fachkräften als zentrale Akteur\*innen der Säule ANSch weist (größere) Lücken im Datenbestand auf und Optimierungspotenzial betreffend die Aktualität dieser Daten auf.
- Die Zusammenarbeit der Stakeholder mit der ÖÄK, der ÖGA, dem VÖSI, dem BÖP und der GkPP sowie weiterer Berufsverbänden und Fachgesellschaften betreffend die Versorgungslandschaft der Präventivfachkräfte und weiterer geeigneter Fachkräfte wird **empfohlen**.
- Es wird die **Empfehlung** ausgesprochen, dass eine Expert\*innengruppe der Stakeholder den Bedarf für ein zentrales österreichweites Register der Präventivfachkräfte (inkl. des Arbeitsmedizinischen Fachdienstes) und sonstiger geeigneter Fachleute, wie Chemiker\*innen, Toxikolog\*innen, Ergonom\*innen, insbesondere jedoch Arbeitspsycholog\*innen diskutiert.

## 5.2.2 TZ 3: Die Nutzung der BGM-Angebote durch Betriebe erhöhen

Im Rahmen von TZ 3 sollen den Unternehmen Anreize geboten werden, bestehende Angebote zu nutzen und nachhaltig BGM-Strukturen und -Prozesse auszubauen. Diese Anreize beinhalten u.a. Auszeichnungen und Gütesiegel, Beratungsangebote und das Bereitstellen von Informationen.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 3 die Nutzung bestehender Angebote in den drei Säulen des BGM (insbesondere Angebote der AUVA, ÖNBGF und fit2work) systematisch steigen.**

### 5.2.2.1 Indikatoren

Zur Überprüfung von TZ 3 liegen 14 **maßnahmenorientierte Output-Indikatoren** vor. Davon sind vier Indikatoren dem BGF zuzuordnen und acht dem BEM, zwei Indikatoren sind säulenübergreifend. Aktuell liegen keine Indikatoren der Säule ANSch vor.

#### 5.2.2.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

Informationen zu Beratungen, die dieser Säule zugeordnet werden können, sind in Tabelle 19 im Kapitel zu säulenübergreifenden Indikatoren enthalten.

#### 5.2.2.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 2021 verfügen insgesamt 1.274 Betriebe<sup>18</sup> über eine gültige BGF-Auszeichnung. Davon haben 1.117 Betriebe ein gültiges BGF-Gütesiegel des österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF), das ihnen von der ÖGK verliehen wurde. Erhebungszeitraum sind folgende Perioden: 2019-2021; 2020-2022; 2021-2023. In diesen Betrieben arbeiten in Summe 483.277 Mitarbeiter\*innen. Drei Viertel dieser Siegel (75,1%) wurden an Klein(st)- und Mittelunternehmen verliehen. Durch die BVAEB wurden 126 solcher im Jahr 2021 gültigen BGF-Gütesiegel an Betriebe verliehen, wodurch insgesamt 92.293 Beschäftigte profitieren. Auch hier wurde der größere Teil (62,7%) der Siegel an Klein(st)- und Mittelunternehmen verliehen. Insgesamt 31 der im Jahr 2021 gültigen BGF-Auszeichnungen wurden durch die Organisation „Tut gut“ Gesundheitsvorsorge GmbH verliehen. Diese wurden ausschließlich an Klein(st)- und Mittelunternehmen vergeben, in denen insgesamt 1.228 Personen beschäftigt sind.

---

<sup>18</sup> Der Begriff Betrieb ist hier sehr weit gefasst und bezieht sich beispielhaft auch auf Magistrate, Gemeinden, Landesstellen von Versicherungen und Ministerien.

**Tabelle 9: BGF – Auszeichnungen**

2021	Gesamt	Betriebsgröße				Branche Bandbreite
		KstU (bis 9 MA)	KU (bis 49 MA)	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl (Anteil) der BGF Gütesiegelbetriebe (Anzahl der Mitarbeiter*innen) nach Zuständigkeit der ÖGK	1.117 (483.277)	136	448	255 (22,8%)	278 (24,9%)	B: 1 – C: 207
Anzahl (Anteil) der BGF-Gütesiegelbetriebe (Anzahl der Mitarbeiter*innen) nach Zuständigkeit der BVAEB	126 (92.293)	7	31	41 (32,5%) (5.165)	47 (37,3%) (87.128)	A, I: 1 – O: 67
Anzahl (Anteil) der BGF – Plaketten-Auszeichnungen (Anzahl der Mitarbeiter*innen) nach Zuständigkeit NÖ „Tut gut!“	31 (1.228)	2 (6,5%) (13)	20 (64,5%) (459)	9 (29%) (756)		C, F, J, L, N: 1 – O:17

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Quelle: ÖGK, BVAEB, „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH. Branchen der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH (NACE REV 2.0: 1/2/3): A: 29/1/-, B: 1/4/-, C: 207/7/1, D: 10/-/-, E: 9/-/-, F: 40/-/1, G: 129/-/5, H: 10/2/-, I: 30/1/-, J: 30/-/1, K: 50/-/-, L: 2/-/1, M: 47/-/-, N: 53/-/1, O: 51/67/17, P: 17/7/-, Q: 187/14/4, R: 13/-/-, S: 101/2/-, U: 1/-/-.

Im Rahmen der Datenerhebung zum Indikator *BGF – Beratungen und Aus-/Fortbildungen von BGF-Berater\*innen* liegen folgende akkordierte Informationen<sup>19</sup> seitens der BVAEB, der ÖGK und der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH betreffend Datenverfügbarkeit und Datenlieferung vor: Für den Subindikator *BGF – Berater\*innen mit mind. einer Aus-/Fortbildung* sind keine Zahlen hinsichtlich Art und Anzahl verfügbar. Der Hintergrund für diesen Indikator, die Aus- und Fortbildungserhebung für etwaige Re-Zertifizierungen sicherzustellen, ist im vorliegenden Fall nicht relevant. Betreffend den Subindikator *BGF-Beratungen (ÖGK)* (Tabelle 10) werden künftig seitens der ÖGK bundesweite Daten zur Verfügung gestellt (Summenwert – Tage). Seitens der BVAEB und der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH können diesbzgl. derzeit keine Zahlen geliefert werden.

**Tabelle 10: BGF – Beratungen**

2021	BGF-Beratungen (ÖGK)
	Anzahl Tage
Alle Bundesländer	Keine Daten für 2021

<sup>19</sup> Email vom 29.11.2022

2021	BGF-Beratungen (ÖGK)
	Anzahl Tage verfügbar

Anmerkungen: Quelle: ÖGK.

### 5.2.2.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Im Rahmen von fit2work erhalten alle Personen mit gesundheitlichen Problemen das Angebot einer kostenlosen Personenberatung. Im Jahr 2021 haben 22.707 Personen (2020: 16.808, 2019: 22.632) Basisinformationen zu diesem Angebot in Form einer Erstabklärung erhalten (Tabelle 11). Frauen (13.089) haben sich dabei häufiger gemeldet als Männer (9.528), in 90 Fällen gab es keine Angabe zum Geschlecht. Angaben zur Branche oder der Größe der Betriebe, in denen diese Personen tätig waren, liegen nicht vor.

**Tabelle 11: BEM – Basisinformation Personenberatung**

2021	Gesamt	Geschlecht			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	Keine Angabe	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl Basisinformation Personenberatung	22.707	13.089	9.528	90	-	-	-

Quelle: fit2work Monitoringdatenbank.

Im Anschluss an die Basisinformation haben 19.439 Personen (57% Frauen, 43% Männer) eine Erstberatung (2020: 13.728, 2019: 17.189) in Anspruch genommen (Tabelle 12). Mit über einem Viertel (27%) kommen die meisten der beratenen Personen aus der Berufsgruppe der Dienstleistungs- und Verkäufer\*innenberufe. In etwa bei einem Drittel (32%) der genannten Erkrankungen, mit möglichen Mehrfachnennungen, liegen psychische und Verhaltensstörungen bei den Beratenen vor und nur etwas seltener (29%) Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Etwas mehr als die Hälfte der Personen (10.558; 55%) ist bei der Beratung jünger als 50 Jahre (über 50 Jahre: 8.485; 45%).

Tabelle 12: BEM – Erstberatung Personenberatung

2021	Kategorie	Gesamt	Geschlecht			Betriebsgröße		Branche Bandbreite	
			Frauen	Männer	Keine Angabe	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)		
	Gesamt	19.439	11.021 (56,7 %)	8.409 (43,3 %)	9 (0,0 %)	-	-	-	
Anzahl (Anteil) Erstberatung en bei Personen- beratung <sup>1</sup>		Dienstleistungsberufe und Verkäufer*innen						5.262 (27,1 %)	
	Berufs- gruppe (ISCO 80)		Hilfsarbeitskräfte						3.674 (18,9 %)
			Bürokräfte und verwandte Berufe						2.362 (12,2 %)
			Sonstige						8.141 (41,8 %)
			Gesamt						19.439 (100 %)
	Diagnose <sup>2</sup>		Psychische und Verhaltensstörungen						10.080 (32,3 %)
			Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes						9.018 (28,9 %)
			Krankheiten des Kreislaufsystems						2.210 (7,1 %)
			Sonstige						9.878 (31,7 %)
		Gesamt						31.186 (100 %)	
Ausbildung		-							
Alter <sup>3</sup>		< 50 Jahre: 10.558 (55,4 %) ≥ 50 Jahre: 8.485 (44,6 %)							

Anmerkungen: <sup>1</sup> inkl. begünstigte Behinderte (1.304, 6,7 %) und Arbeitslose (10.565, 54,3 %), eine getrennte Darstellung nach Erwerbstätigen ist nicht möglich; <sup>2</sup> Mehrfachnennungen möglich; <sup>3</sup> exkl. anonymer Fälle; Quelle: fit2work Monitoringdatenbank.

Sofern es nach der Erstberatung weiteren Beratungsbedarf gibt, wird ein sog. Basischeck durchgeführt, im Zuge dessen die individuelle gesundheitliche Situation abgeklärt wird. Insgesamt wurden 2021 13.440 (2020: 8.412, 2019: 12.584) solcher Gespräche durchgeführt (57% Frauen, 43% Männer), davon jede vierte Abklärung (25%) zu arbeitsmedizinischen und jede fünfte (20%) zu arbeitspsychologischen Inhalten bzw. gut ein Drittel (35 %) zu sowohl arbeitsmedizinischen als auch arbeitspsychologischen Inhalten. Bei jedem fünften Basischeck wird auch die Wiedereingliederungsteilzeit behandelt (20%).

**Tabelle 13: BEM – Basischecks Personenberatung**

2021	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl (Anteil) Basischecks bei Personen- beratung <sup>1</sup>	gesamt: 13.440	gesamt: 7.595	gesamt: 5.845			
	groß: 4.681 (34,8 %)	groß: 2.754 (36,3 %)	groß: 1.927 (33,0 %)			
	arbeitsmed.: 3.356 (25,0 %)	arbeitsmed.: 1.515 (19,9 %)	arbeitsmed.: 1.841 (31,5 %)			
	arbeitspsych.: 2.766 (20,6 %)	arbeitspsych.: 1.679 (22,1 %)	arbeitspsych.: 1.087 (18,6 %)	-	-	-
	WIETZ: 2.637 (19,6 %)	WIETZ: 1.647 (21,7 %)	WIETZ: 990 (16,9 %)			

Anmerkungen: <sup>1</sup> = Fälle aus fit2work Monitoringdatenbank (Gesamtanzahl von 13.883 Basischecks lt. fit2work Jahresbericht 2021 kann nicht nach Geschlecht ausgewertet werden), eine Trennung nach Erwerbstätigen ist nicht möglich; groß = arbeitsmedizinischer (arbeitsmed.) und arbeitspsychologischer (arbeitspsychol.) Basischeck; Quelle: fit2work Monitoringdatenbank.

Im Anschluss an den Basischeck bietet fit2work eine längere Begleitung und Unterstützung bzw. ein sog. Case Management an. Insgesamt wurden 2021 9.398 (2020: 5.077, 2019: 10.910) solcher Case Managements in Anspruch genommen. Insgesamt wurden zwei Drittel (6.277; 67%) der Case Managements abgeschlossen, 6% (575) wurden vorzeitig beendet und 27% (2.546) laufen zu Abschluss des Jahres noch. Der Anteil von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes an allen vorliegenden Diagnosen (mit möglichen Mehrfachnennungen) ist mit 36% deutlich größer als bei Erstberatungen (vgl. Tabelle 12). Auf psychische und Verhaltensstörungen entfällt weiterhin etwa ein Drittel (36%) der Diagnosen. 57% (4.021) der Case Managements betreffen Personen unter 50 Jahre (über 50 Jahre: 3.050; 43%). Bezogen auf die Ausbildung bilden Personen mit abgeschlossener Lehre (40%) die größte Gruppe.

**Tabelle 14: BEM – Case Managements und Intensivberatungen**

2021	Kategorie	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
			Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl (Anteil) Case Management und Intensiv- beratungen	Gesamt	laufend: 2.546					
		vorzeitig beendet: 575					
		abgeschl.: 6.277	4.042	3.029	-	-	-
		gesamt: 9.398					
	Berufs- gruppe (abgeschl.)	Dienstleistungsberufe und Verkäufer*innen					2.052 (29,0 %)
		Hilfsarbeitskräfte					1.545 (21,8 %)

2021	Kategorie	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
			Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
	Fälle)	Bürokräfte und verwandte Berufe					799 (11,3 %)
		Sonstige					2.675 (37,9 %)
		Gesamt					7.071 (100 %)
		Psychische und Verhaltensstörungen					6.116 (36,3 %)
	Diagnose <sup>1</sup> (abgeschl. Fälle)	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes					6.096 (36,2 %)
		Krankheiten des Kreislaufsystems+					932 (5,5 %)
		Sonstige Beschwerden					3.699 (22,0 %)
		Gesamt					16.843 (100 %)
	Ausbildun g (abgeschl. Fälle)	Lehre mit Lehrabschlussprüfung					2.851 (40,3 %)
		Pflichtschule					1.341 (19,0 %)
		Höher bildende Schule (mit Berufsreifeprüfung/Matura)					894 (12,6 %)
		Sonstige					1.985 (28,1 %)
		Gesamt					7.071 (100 %)
	Alter*	< 50 Jahre: 4.021 (56,9 %)					
		≥ 50 Jahre: 3.050 (43,1 %)					

Anmerkungen: <sup>1</sup> = Mehrfachnennungen möglich, abgeschl. = abgeschlossen; Quelle: fit2work Monitoringdatenbank.

Jede fünfte (20%; 3.834) der 19.439 Erstberatungen von fit2work wurde im Jahr 2021 (2020: 2.760, 2019: 3.040) mit dem Ziel der Vereinbarung einer Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) abgeschlossen. Dazu zählen 2.396 Frauen (12% der Gesamtpersonenzahl) und 1.438 Männer (7%). Im selben Jahr kam es zu 52 Printschaltungen betreffend die Angebote von fit2work.

**Tabelle 15: BEM – Bekanntheitsgrad/Werbung der Wiedereingliederungsteilzeit**

2021	Gesamt	Geschlecht		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	
Bekanntheitsgrad WIETZ: Anzahl (Anteil) Beratungen zu SelbstmelderInnen (bezogen auf Erst- beratungen)	3.834 (19,7 % von 19.439)	2.396 (12,3 %)	1.438 (7,4 %)	-
Werbung der WIETZ: Anzahl an Medienartikel und Webinaren	52 <sup>1</sup>	-	-	-

Anmerkungen: WIETZ = Wiedereingliederungsteilzeit; <sup>1</sup> allgemeine Printschaltungen zu fit2work, nicht ausschließlich zur WIETZ; Quelle: BMAW (2023).



Der Vereinbarungsprozess für Wiedereingliederungsteilzeit findet zwischen Dienstgeber\*in und Dienstnehmer\*in, somit vor dem Antrag auf Wiedereingliederungsgeld beim KV-Träger, statt. Damit liegen bei den KV-Trägern keine Daten zu Vereinbarungen von Wiedereingliederungsteilzeit vor, sondern nur von Anträgen auf Wiedereingliederungsgeld, die in Tabelle 16 abgebildet sind. Bei der BVAEB gingen im Jahr 2021 719 Neuanträge (2022: 727) für Wiedereingliederungsgeld ein, wobei Frauen (489; 63,0 %) diese häufiger einbrachten als Männer (230; 37,0 %). Daten seitens ÖGK für Tabelle 16 liegen nicht vor.

**Tabelle 16: BEM – (Neu-)Anträge auf Wiedereingliederungsgeld**

2021	Gesamt	Geschlecht		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	
Anzahl der (Neu-)Anträge auf Wiedereingliederungsgeld	ÖGK: - BVAEB: 719	ÖGK: - BVAEB: 489	ÖGK: - BVAEB: 230	-

Quelle: BVAEB.

KV-Träger verfügen über Informationen zu Anträgen auf Wiedereingliederungsgeld, die neben den Bezieher\*innen (Antrag kann auch im Vorjahr eingebracht worden sein) in Tabelle 17 abgebildet sind. Die ÖGK meldet für das Jahr 2021 4.741 Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld, was nach dem Pandemiejahr 2020 (3.862 Bezieher\*innen) einem Anstieg von mehr als einem Fünftel (22,8 %) entspricht. Bei der ÖGK versicherte Frauen (2.704, 57 %) nehmen diese Geldleistung im Jahr 2021 häufiger in Anspruch als bei der ÖGK versicherte Männer (2.037, 43 %).

Die BVAEB gibt für das Jahr 2022<sup>20</sup> insgesamt 931 Personen an, die für mindestens einen Tag Wiedereingliederungsgeld bezogen haben (Dauer 6 Monate: 688, 9 Monate: 243; vorzeitig abgebrochen: 134). Im Jahr 2022 beziehen laut BVAEB im Vergleich zu Männern (298, 32,0 %) mehr als doppelt so viele Frauen (633; 68,0 %) Wiedereingliederungsgeld.

Es gilt zu beachten, dass sich (Neu-)Anträge (Tabelle 16) und Bewilligungen (Tabelle 17) von Wiedereingliederungsgeld laut BVAEB nahezu decken (mit vernachlässigbaren Abweichungen), da Ablehnungen einerseits aus leistungsrechtlichen Gründen (z.B. Arbeitsunfähigkeit unter 6 Wochen) nur sehr selten und andererseits aus medizinischen Gründen in der Regel gar nicht erfolgen. Dies geht konform mit der Bewilligungsquote von 96 bis 98 % laut Bericht des Bundesministeriums zur Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit (BMAFJ, 2020a).

<sup>20</sup> BVAEB Daten zu den Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld stehen für das Jahr 2021 zum Zeitpunkt der Berichterlegung nicht zur Verfügung.

**Tabelle 17: BEM – Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld**

2021/2022	Gesamt	Geschlecht		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	
Anzahl Bezieher*innen von Wieder- eingliederungsgeld	ÖGK (2021): 4.741 BVAEB (2022): 931 Gesamt: 5.672	ÖGK (2021): 2.704 BVAEB (2022): 633 Gesamt: 3.337	ÖGK (2021): 2.037 BVAEB (2022): 298 Gesamt: 2.335	-
Anzahl (Anteil) der Bewilligungen von Wiedereingliederungs- geld (bezogen auf Neuanträge)	ÖGK: - BVAEB: 719 (~100 %)	ÖGK: - BVAEB: 489 (~100 %)	ÖGK: - BVAEB: 230 (~100 %)	ÖGK: - BVAEB: ~100 %

Quelle: ÖGK, BVAEB.

In Tabelle 18 werden die Beendigungsgründe vom Wiedereingliederungsgeldbezug angeführt. Die Krankenversicherungsträger können lediglich einen vorzeitigen Abbruch des Bezuges von Wiedereingliederungsgeld feststellen, aber nicht die Begründung. Beendigungsgründe<sup>21</sup> werden aus dem Bericht des Bundesministeriums zur Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit zum Stichtag 30. Juni 2018 herangezogen (BMAFJ, 2020a). Zum genannten Stichtag war bei 1.405 Personen der Bezug von Wiedereingliederungsgeld bereits beendet. Beim Großteil der Fälle (1.312 Fälle; 93,4 %) war der Ablauf der vereinbarten Wiedereingliederungsteilzeit der Beendigungsgrund, 44 Personen (3,1 %) kehrten vorzeitig zur Normalarbeitszeit zurück, bei 20 Personen (1,4 %) wurde das Arbeitsverhältnis aufgelöst und in 29 Fällen (2,1 %) lagen sonstige Beendigungsgründe vor.

**Tabelle 18: BEM – Beendigungsgrund Wiedereingliederungsgeld**

30. Juni / 2018	Gesamt	Geschlecht		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	
Anzahl der Personen mit beendetem Wiedereingliederungs- geld	1.405	-	-	-
Anzahl (Anteil) der Beendigungsgründe von Wiedereingliederungs- geld	Ablauf: 1.312 (93,4 %) Rückkehr: 44 (3,1 %) Ende AV: 20 (1,4 %) Sonstiges: 29 (2,1 %) Gesamt: 1.405 (100 %)	-	-	-

Anmerkungen: Stichtagsbezogene Statistik im Zuge der Erstevaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit; Ablauf = Ablauf der Wiedereingliederungsteilzeit-Vereinbarung, Rückkehr = vorzeitige Rückkehr zur Normalarbeitszeit, AV = Arbeitsverhältnis, Quelle: Evaluierung Wiedereingliederungsteilzeit (BMAFJ, 2020a).

<sup>21</sup> DSVS Auswertungen aus der Versicherungsdatei.

5.2.2.1.4 Säulenübergreifend

Säulenübergreifende Aussagen beruhen auf den Daten der Indikatoren Beratungen durch jede Säule (Tabelle 19) und relevante Homepages und Downloads (Tabelle 20).

Der Unfallverhütungsdienst steht Betrieben als Servicestelle beratend zur Seite, um Sicherheitsprobleme zu lösen. Die Träger der Unfallversicherung müssen einen Unfallverhütungsdienst einrichten und die erforderlichen fachkundigen Organe bestellen. Die fachkundigen Organe des Trägers der Unfallversicherung sind berechtigt, Betriebe zu betreten und zu besichtigen sowie alle erforderlichen Auskünfte einzuholen. Über AUVAsicher wurden im Jahr 2021 99.970 präventivdienstliche Betreuungen von Klein- und Mittelunternehmen durchgeführt. Dabei wurden über eine Summe von 179.726 Stunden insgesamt 837.933 Arbeitnehmer\*innen in Kleinbetrieben bis 50 Mitarbeiter\*innen betreut sowie weitere 274.003 Arbeitnehmer\*innen in Betrieben zwischen 50 und 250 Mitarbeiter\*innen (Gem. Vorgabe des ASchG für Filialbetriebe). Weitere 251 Betreuungen fanden durch die BVAEB statt. Die SVS hat für das Jahr 2021 2.451 präventivdienstliche Betreuungen v. a. aus den Bereichen Gewerbe und Landwirtschaft genannt (wg. pandemischen Einschränkungen geringere Zahl). Darüber hinaus hat der UVD der BVAEB weitere 391 Beratungen durchgeführt.

Das Arbeitsinspektorat hat im Jahr 2021 in Summe 34.043 Beratungen durchgeführt. Davon entfielen 31.284 Beratungen auf Klein(st)- und Mittelbetriebe und 2.759 auf Großunternehmen. Insgesamt fanden die wenigsten Beratungen in der Branche Energieversorgung (174) statt, die meisten gab es in der Warenherstellungsbranche (6.293). Zur Verteilung auf einzelne Branchen liegen keine Daten für 2021 vor.

Angaben zur Anzahl der Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit nicht verfügbar. Für das Jahr 2021 können 738 neu in die Beratung eingetretene Betriebe angeführt werden. In Summe ergibt das für das Jahr 2021 eine Zahl von 137.844 (Betriebs-)Beratungen und präventivdienstliche Betreuungen über alle drei Säulen hinweg.

**Tabelle 19: SÜ – Beratungen durch jede Säule**

2021 Säule	Indikator	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite	Bundesland Bandbreite
			KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)		
ANSch	Anzahl der präventivdienstlichen Betreuung von KMU durch AUVAsicher/ AUVAtop/ BVAEB / SVS	AUVAsicher: 99.970 AUVAtop: - BVAEB: 251 SVS: 2.451	99.970			
	Anzahl Beratungen durch	391	362	29		

2021 Säule	Indikator	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite	Bundesland Bandbreite
			KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)		
	UVD BVAEB <sup>22</sup>					
	Anzahl Beratungen durch Arbeitsinspektion	34.043	31.284	2.759	(O: 195, C: 6.293)	
<b>BGF</b>	Anzahl Betriebs- beratungen (KV)	--	--	--		
<b>BEM</b>	Anzahl Betriebs- beratungen	Gesamt: 738 EB: 1.630 BC abg.: 1.138 BC lauf.: 111 BC vb.: 37	BC abg.: 1.096 BC vb.: 36	BC abg.: 42 BC vb.: 1	BC abg.: (T.: 0, G: 154) BC vb.: (B/D/E/H/I/R-U.: 0, C: 12)	EB: (Bgld.: 51, W: 508) BC abg.: (Bgld.: 30, W: 362) BC vb.: (Bgld./Vbg.: 0, W: 13)
<b>Alle</b>	Anzahl Betriebs- beratungen	137.844 (exkl. EB, BC abg., BC lauf. Und BC vb.)				

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Quellen: AUVA; BMAW Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat, BVAEB, SVS, fit2work; EB = Erstberatung; BC abg. = Basischeck abgeschlossen; BC lauf. = Basischeck laufend; BC vb. = Basischeck vorzeitig beendet; KV = Krankenversicherung; UVD = Unfallverhütungsdienst.

Um die Nutzung der BGM-Angebote durch Betriebe beziffern bzw. steuern zu können, bedarf es zunächst der Erhebung von Ausgangswerten für die Bekanntheit der Angebote (siehe Tabelle 20). In der Säule ANSch wurden für die Webseite der AUVA im Jahr 2021 715.030 Seitenaufrufe<sup>23</sup> verzeichnet. Für die Sicherheitsberatung (UVD) der SVS wurden 29.091 Seitenaufrufe angegeben. Für den UVD der BVAEB liegen keine Angaben vor. Für die Webseite der Arbeitsinspektion wurden 690.397 Besuche<sup>24</sup> und für die BMAW-Unterseite zu Arbeit und Gesundheit 2.147 Besuche bekanntgegeben. Die Webseite Arbeitsschutz des BMAW verzeichnete 7.934 Besuche. Insgesamt 146.838 Downloads von Publikationen aus dem Bereich Arbeitswelt der AUVA wurden für das Jahr 2021 bekanntgegeben. In der Säule BGF verzeichnen die vier Webseiten der WKÖ in Summe 1.656 Seitenaufrufe. Zur Nutzung der Webseite des ÖNBGF liegen keine Angaben vor, ebenso wie zu den Downloads des Handbuchs Betriebliche Gesundheitsförderung. Für die Säule BEM werden 5.685 Besuche der BMAW-Unterseite zur WIETZ angegeben, sowie 614 Downloads der Broschüre zur

<sup>22</sup> Die seitens BVAEB übermittelte Aufgliederung bei den Branchen erfolgte nach UVD Kriterien (d. h. Bergbau, ÖBB, Privatbahnen, Seilbahnen, Gastro) und wird deshalb hier nicht angeführt.

<sup>23</sup> Anzahl der Zugriffe oder Aufrufe einer einzelnen Webseite mit einem Webbrowser.

<sup>24</sup> Innerhalb eines bestimmten Zeitfensters wird jede IP-Adresse nur einmal gezählt, unabhängig davon, wie oft über diese IP-Adresse in diesem Zeitraum die Website besucht wurde.

Wiedereingliederungsteilzeit und 508 Bestellungen der Broschüre im Papierformat. Die AUVA ist die einzige Institution, die Apps (nämlich sechs Apps für die Säule ANSch) zur Verfügung stellt. Angaben zu den Downloads der Apps liegen nicht vor.

**Tabelle 20: SÜ – Relevante Homepages und Downloads**

Säule	Indikator	2021
ANSch	Anzahl an Seitenaufrufen/Besuchen betreffend Arbeitnehmer*innenschutz	
	AUVA: <a href="https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.670874&amp;portal=auvportal">https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.670874&amp;portal=auvportal</a> (Seitenaufrufe)	715.030
	Arbeitsinspektion: <a href="https://arbeitsinspektion.gv.at/">https://arbeitsinspektion.gv.at/</a>	690.397
	BVAEB UVD	k. A.
	SVS Sicherheitsberatung (Seitenaufrufe): <a href="https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816457&amp;portal=svsportal">https://www.svs.at/cdscontent/?contentid=10007.816457&amp;portal=svsportal</a>	29.091
	Anzahl Besuche der BMA Unterseite zu Arbeit und Gesundheit <a href="https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeit-und-Gesundheit.html">https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsmarkt/Arbeit-und-Gesundheit.html</a>	2.147
	<a href="https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsschutz.html">https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsschutz.html</a>	7.934
Anzahl von Downloads Publikationen Bereich Arbeitswelt (AUVA)	146.838	
BGF	Anzahl Seitenaufrufe betreffend Betriebliche Gesundheitsförderung <a href="http://www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung.html">www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Betriebliche-Gesundheitsfoerderung.html</a>	322
	<a href="http://www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Foerderungen-und-Services.html">www.wko.at/site/Plattform-Gesundheitswirtschaft/Foerderungen-und-Services.html</a>	249
	<a href="http://www.wirmachengesundheit.at">www.wirmachengesundheit.at</a>	480
	<a href="http://www.profitnessaustria.at">www.profitnessaustria.at</a>	605
	<a href="http://www.netzwerk-bgf.at/">www.netzwerk-bgf.at/</a>	k. A.
Anzahl von Downloads des Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung	k. A.	
BEM	Anzahl Besuche der BMA Unterseite zur WIETZ <a href="https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsrecht/Karenz-und-Teilzeit/Wiedereingliederungsteilzeit.html">https://www.bma.gv.at/Themen/Arbeitsrecht/Karenz-und-Teilzeit/Wiedereingliederungsteilzeit.html</a>	5.685
	Anzahl von Downloads der Broschüre zur Wiedereingliederungsteilzeit	614
	Anzahl von Bestellungen der physischen Broschüre zur WIETZ über die ÖA	508
Alle	Anzahl der zur Verfügung gestellten Apps; Anzahl von Downloads der zur Verfügung gestellten Apps	6 -
	AUVA	- -
	BMAW	- -
	BMSGPK	- -
	Arbeitsinspektion: WKÖ:	- -

Anmerkungen: Quellen: AUVA; BMAW Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat, BMSGPK, ÖNBGF, WKÖ; Kraus-Füreder; H. (2018);

### 5.2.2.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Daten zur Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 3 weisen einen unterschiedlichen Grad an Standardisierung und Variabilität auf. Dies ist nicht zuletzt den verschiedenartigen Datenquellen und Indikatoren geschuldet.

Im Sinne einer effizienteren Datenverfügbarkeit für die Indikatoren zum Thema Wiedereingliederungsgeld (Anträge, Bezieher\*innen, Beendigungsgründe) wird eine entsprechende Erweiterung der standardgemäß aufbereiteten statistischen Daten im Zuge des Jahresberichts der österreichischen Sozialversicherung empfohlen.

In Summe sind im Jahr 2021 137.106 Betreuungs- und Beratungsleistungen in der Säule ANSch erbracht worden. Daten zur Anzahl der Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit noch nicht verfügbar. Für die Säule BEM können für das Jahr 2021 738 abgeschlossene Betriebsberatungen angeführt werden. In Summe ergibt das für das Jahr 2021 eine Zahl von 137.844 Beratungen über alle drei Säulen hinweg.

Die Daten der o.a. Indikatoren stammen vom ÖNBGF, der ÖGK, der BVAEB und der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH (Tabelle 9, Tabelle 10) der fit2work Monitoringdatenbank (Tabelle 11 bis Tabelle 14) und offiziellen Auskünften durch Ministerien (Tabelle 15 und Tabelle 18) sowie der ÖGK und BVAEB (Tabelle 16 und Tabelle 17). Alle Daten sind aktuell (aus dem Jahr 2021) mit Ausnahme der Daten zum Beendigungsgrund der Wiedereingliederungsteilzeit (Tabelle 18), diese sind dem Jahr 2018 zuzuordnen .

Daten zur Anzahl der BGF-Beratungen und Aus- oder Fortbildungen von BGF-Berater\*innen (Tabelle 10) sind derzeit nicht verfügbar. Es liegen keine Zahlen darüber vor, wie viele BGF-Berater\*innen es mit mindestens einer Aus- und Fortbildung gibt bzw. welche Aus- und Fortbildungen jeweils besucht werden. Der Hintergrund für diesen Indikator, nämlich die Ausbildungserhebung zur Sicherstellung von Re-Zertifizierungen (z.B. zur Sicherheitsfachkraft), ist in dem Fall nicht relevant. Daten zur BGF-Berater\*innentagen werden künftig seitens der ÖGK auf bundesweiter Ebene geliefert (Summenwert – Tage). Seitens der BVAEB und „Tut gut !“ können keine Zahlen geliefert werden.

Die Indikatoren zu den seitens fit2work durchgeführten Personenberatungen (Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13) und Case Managements bzw. Intensivberatungen (Tabelle 14) sowie Beratungen zur Wiedereingliederungsteilzeit (Tabelle 15) werden aus Daten der fit2work Monitoringdatenbank entnommen. Dies lässt auf konsistente und valide Daten schließen, die „on demand“ zur Verfügung gestellt bzw. auf jährlicher Basis im Rahmen des Monitorings dargestellt werden können. Die Beratungsfrequenz in der Personenberatung von fit2work hat im Jahr 2021, nach rückläufigen Zahlen im Pandemiejahr 2020, wieder das Niveau vor COVID-19 erreicht.

Für die Indikatoren zur Wiedereingliederungsteilzeit (Tabelle 16, Tabelle 17, Tabelle 18) wurde die treffendere Bezeichnung Wiedereingliederungsgeld verwendet. Damit sollen Verwechslungen hinsichtlich der damit verbundenen und auf verschiedenen Ebenen, i.e. Dienstgeber\*in vs. SV Ebene, durchzuführenden (Vereinbarungs- und Bewilligungs-)Prozesse vermieden werden. Die Daten zum Wiedereingliederungsgeld liegen im Leistungswesen der Krankenversicherungsträger auf und

könnten somit als Vollerhebung qualitätsgesichert und valide zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl der im Jahr 2021 gestellten Neuanträge auf Wiedereingliederungsgeld wurde ausschließlich seitens der BVAEB übermittelt. Die Anzahl der Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld stehen seitens ÖGK für die Jahre 2021 und 2022 und seitens BVAEB für das Jahr 2022 zur Verfügung. Im Jahr 2022 zeigt sich bei der ÖGK im Vergleich zum Vorjahr 2021 ein Anstieg von knapp einem Drittel (32,4 %) an Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld. Dies geht konform mit dem positiven Trend der Anträge auf Wiedereingliederungsgeld laut Bericht des Bundesministeriums zur Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit (BMAFJ, 2020a). Die Beendigungsgründe für den Bezug von Wiedereingliederungsgeld (Tabelle 18) basieren auf Auswertungen des Dachverbandes bezogen auf die Versicherungsdatei zum Stichtag 30. Juni 2018.

Zum Zeitpunkt der Berichtlegung liegen für manche Webseiten Zugriffszahlen (Anzahl der Zugriffe oder Aufrufe einer einzelnen Webseite mit einem Webbrowser) und für andere Besuchszahlen (innerhalb eines bestimmten Zeitfensters wird jede IP-Adresse nur einmal gezählt, unabhängig davon, wie oft sie in diesem Zeitraum die Website besucht hat) vor (Tabelle 20). Eine Vereinheitlichung der Darstellung ist anzustreben. Die Anzahl der Zugriffe auf die fit2work- Webseite liegen für 2021 nicht vor, da die Zugriffstatistiken mittels Google Analytics aus Gründen des Datenschutzes vom Hosting-Provider gelöscht wurden. Aktuelle Zugriffszahlen auf die fit2work Webseite liegen anhand eines unabhängigen Website-Analysetools ab Juli 2022 vor.

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Die Indikatoren für das Monitoring von TZ 3 speisen sich aus Daten mit unterschiedlichem Grad an Standardisierung und Stabilität (Variabilität), was nicht zuletzt den verschiedenartigen Datenquellen und Indikatoren geschuldet ist.
- Die Daten betreffend die Anzahl der durchgeführten präventivdienstlichen Betreuungen und Beratungen seitens der AUVA, der Arbeitsinspektion und der UVD von BVAEB und SVS in der Säule ANSch ergeben eine Summe von 137.106 Leistungserbringungen für das Jahr 2021 (siehe Tabelle 19). Daten zu Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit noch nicht verfügbar.
- Die Indikatoren zu den Beratungsleistungen der fit2work Personenberatung basieren auf standardisierten Daten der fit2work Monitoringdatenbank.
- Die Anzahl der Neuanträge von Wiedereingliederungsgeld steht zum Zeitpunkt der Berichtslegung ausschließlich seitens der BVAEB zur Verfügung, womit die Aussagekraft dieses Indikators stark eingeschränkt ist. Die Anzahl der Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld liegt seitens ÖGK (für die Jahre 2021 und 2022) und BVAEB (für das Jahr 2022) als Vollerhebung vor. Es liegen keine Zahlen betreffend Beendigungsgrund der Wiedereingliederungsteilzeit für das Jahr 2021 vor. Es gilt die **Empfehlung**, die Begrifflichkeiten Wiedereingliederungsteilzeit und Wiedereingliederungsgeld nicht synonym zu verwenden, wie dies oftmals üblich ist (vgl. BMAFJ, 2020a). Die Erhebung der Daten für die Indikatoren zum Wiedereingliederungsgeld ist mit personellem sowie zeitlichem Aufwand für die Krankenversicherungsträger verbunden. Es gilt die **Empfehlung** zur entsprechenden Erweiterung der standardgemäß für den Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung aufbereiteten statistischen Daten der KV-Träger, für

eine effizientere Datenverfügbarkeit im Zuge des Folgemonitorings auf Basis des festgelegten Zielsteuerungssystems der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“.

- Die Daten zu den Beendigungsgründen von Wiedereingliederungsgeld basieren auf Auswertungen des Dachverbandes aus dem Jahr 2018. Dahingehend wird eine entsprechende Erweiterung der standardgemäß für den Jahresbericht der österreichischen Sozialversicherung aufbereiteten statistischen Daten **empfohlen**.
- Eine Vereinheitlichung der Darstellung der Webseitenstatistik betreffend Zugriffe wird **empfohlen**.



### 5.2.2.3 Bewertung

Im Jahr 2021 wurden in der Säule ANSch 103.063 präventivdienstliche Betreuungen und Beratungen und 34.043 Beratungen durch die Arbeitsinspektion durchgeführt. Angaben zur Anzahl der Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit nicht verfügbar. Für die Säule BEM können für das Jahr 2021 738 abgeschlossene Betriebsberatungen angeführt werden. In Summe ergibt das für das Jahr 2021 eine Zahl von 137.844 Beratungen über alle drei Säulen hinweg.

Die Beratungsfrequenz in der Personenberatung von fit2work hat im Jahr 2021, nach rückläufigen Zahlen im Pandemiejahr 2020, wieder das Niveau vor COVID-19 erreicht. Im Sinne der Zielerreichung einer steigenden Nutzung bestehender BGM-Angebote, wird die weiterführende Entwicklung von regionalen und niederschweligen (mobiler und digitaler) fit2work Angeboten empfohlen.

Neben einer kontinuierlichen Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit wird eine kontinuierliche Prüfung und Aktualisierung der damit verbundenen Verbesserungsvorschläge empfohlen.

Durch AUVAsicher wurden im Jahr 2021 99.970 präventivdienstliche Betreuungen von Klein- und Mittelunternehmen und durch den UVD der BVAEB 251 präventivdienstliche Betreuungen und weitere 391 Beratungen durchgeführt. Die SVS hat für das Jahr 2021 2.451 präventivdienstliche Betreuungen gemeldet. Durch die Arbeitsinspektion wurden im gleichen Zeitraum 34.043 Beratungen geleistet. Angaben zur Anzahl der Beratungen aus der Säule BGF sind derzeit nicht verfügbar. Für die Säule BEM können für das Jahr 2021 738 abgeschlossene Betriebsberatungen angeführt werden. In Summe ergibt das für das Jahr 2021 eine Zahl von 137.844 Beratungen über alle drei Säulen hinweg.

Im Jahr 2021 verfügen insgesamt 1.274 Betriebe über eine gültige BGF-Auszeichnung in denen 576.798 Arbeitnehmer\*innen beschäftigt sind und von den im Rahmen dieser Projekte umgesetzten Maßnahmen profitieren. Bis zu drei Viertel der Siegel haben Klein(st)- und Mittelunternehmen inne. Klein(st)- und Mittelunternehmen unterscheiden sich von Großunternehmen u.a. durch einen engeren Kontakt zwischen den Beschäftigten und der Geschäftsleitung, aber auch durch einen Mangel an Ressourcen und Zeit (Weidinger, 2016). In einer deutschen Untersuchung nannten jene Unternehmen, die noch nicht in BGF aktiv wurden als häufigsten Grund (44 %), dass sie noch nicht darüber nachgedacht hätten, derartige Maßnahmen zu etablieren (Schaefer, Drexler & Kiesel, 2015). Dies ist eine vergleichsweise leicht zu beseitigende Hürde. Der zweithäufigste Grund aus der Untersuchung von Schaefer et al. waren fehlende finanzielle oder personelle Ressourcen (28 %), und etwa ein Fünftel der Betriebe ohne BGF sah schlicht keine Notwendigkeit dafür. Diese Einschätzung kommt demnach besonders häufig in Unternehmen mit 10 bis 99 Mitarbeiter\*innen vor. Somit deckt sich die Untersuchung von Schaefer und Kollegen (2015) mit den Zahlen zu BGF-Auszeichnungen aus dem Jahr 2021 und führt zu der Empfehlung, öffentlichkeitswirksame und unterstützende Maßnahmen vornehmlich an Klein(st)- und Mittelunternehmen zu richten.

Der mit dem Alter einhergehende Anstieg an „Häufigkeit, Komplexität und Chronifizierung“ von Erkrankungen, stellt für die Maßnahmen von BGM zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit von (älteren)

Beschäftigten, wie im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ angeführt (BMAFJ, 2020b), eine besondere Herausforderung dar. Das Programm fit2work ist im Kontext der BGM-Säule Betriebliches Eingliederungsmanagement eine wichtige Initiative der österreichischen Bundesregierung zur Wiederherstellung und Festigung der Arbeitsfähigkeit sowie zur Wiedereingliederung von Arbeitskräften nach langen Krankenständen. Der Anstieg der Beratungszahlen in der Personenberatung von fit2work nach den COVID-19 Lockdowns im Pandemiejahr 2020 (Tabelle 11, Tabelle 12, Tabelle 13, Tabelle 14) ist umso positiver zu bewerten, als dass die Beratung und Begleitung seitens fit2work nach Pohler (2022) sowohl mittel- als auch langfristig zu einer kontinuierlichen Steigerung der Erwerbsbeteiligung und somit der Wiedereingliederung von Arbeitskräften führt. Bei gut einem Drittel der beratenen Personen liegen manifeste psychische Erkrankungen vor (Tabelle 12, Tabelle 14), die laut Weilhartner (2020) eine besondere Herausforderung in der Beratung darstellen.

Das Programm fit2work bietet auch Beratungen zum Thema Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) an. Der Wiedereingliederungsteilzeit kommt im Rahmen von BGM, zur Reduktion von Fehlzeiten, Invalidität und Arbeitslosigkeit, sowie der damit verbundenen Sicherung des Fachkräftebedarfs und betrieblichen Know-Hows, eine besondere Rolle zu (BMAFJ, 2020a). Dahingehend sind die nach dem Pandemiejahr 2020 wieder gestiegenen Beratungszahlen zur WIETZ (Tabelle 15) zu begrüßen. Die bundesweiten Zahlen zu Bezieher\*innen von Wiedereingliederungsgeld zeigen, dass Frauen diese Geldleistung häufiger in Anspruch nehmen als Männer (Tabelle 17). Als problematisch im Zusammenhang mit der Gewährung und Bezug von Wiedereingliederungsgeld (Tabelle 16, Tabelle 17) gelten Personengruppen bzw. Tätigkeitsbilder, die nicht im Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz (AVRAG) erfasst bzw. mit dem Tätigkeitsbild von Angestellten und Arbeiter\*innen vergleichbar sind (BMAFJ, 2020a).

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Im Jahr 2021 verfügen insgesamt 1.274 Betriebe über eine gültige BGF-Auszeichnung in denen 576.798 Arbeitnehmer\*innen beschäftigt sind und von den im Rahmen dieser Projekte umgesetzten Maßnahmen profitieren.
- Es wird **empfohlen**, öffentlichkeitswirksame und unterstützende Maßnahmen vornehmlich an Klein(st)- und Mittelunternehmen zu richten.
- Die Beratungsfrequenz in der Personenberatung von fit2work hat im Jahr 2021, nach rückläufigen Zahlen im Pandemiejahr 2020, wieder das Niveau vor COVID-19 erreicht. Die fit2work Leistungen führen zu einer kontinuierlichen Steigerung der Erwerbsbeteiligung und somit der Wiedereingliederung von Arbeitskräften. Manifeste psychische Erkrankungen bei fit2work Klient\*innen stellen im Beratungsprozess weiterhin eine große Herausforderung dar.
- Die Beratungsleistungen von fit2work zum Thema Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) werden sowohl von Arbeitnehmer\*innen- als auch ArbeitgeberInnenseite „sehr gut angenommen und positiv beurteilt“ und wirken zudem positiv auf den Bekanntheitsgrad der WIETZ.
- Seitens Weilhartner (2020) werden verschiedene **Empfehlungen** angeführt, die auf die Entwicklung von regionalen und niederschweligen (digitalen/online) Angeboten sowie auf

den weiteren Ausbau von mobilen Standorten i. S. einer vollständigen Flächendeckung von fit2work abzielen. Diese Empfehlungen sind i.S. der Zielerreichung einer steigenden Nutzung bestehender BGM-Angebote, im vorliegenden Kontext insbesondere der fit2work Angebote, zu unterstützen.

- Es gilt die **Empfehlung** für eine kontinuierliche Evaluierung der Wiedereingliederungsteilzeit am Beispiel von BMAFJ (2020a). Eine gesonderte Rolle sollte eine Evaluierung und Aktualisierung der erhobenen Verbesserungsvorschläge einnehmen.

### 5.2.3 TZ 4: Umsetzung von umfassendem BGM in den Betrieben ausbauen

In der wegweisenden Publikation „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004) wird der Vision betrieblicher Gesundheitspolitik „gesunde Arbeit in gesunden Organisationen“ (S. 21) Raum gegeben. Darauf aufbauend wird BGM als „das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten verstanden.“ (S. 113) Hierfür sind eine Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse notwendig, die ein entsprechendes Knowhow erfordern (Malik, 2007; Badura et al., 1999). Dies geht konform mit dem im Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020a) zitierten Gesundheitsziel 1 und dem damit verbundenen Wirkungsziel 2 zum Ausbau von „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen“. Nach Gollner, Stahl und Schnabel (2020, S. 19) bringt „Gesundheit als organisationskulturelles Selbstverständnis ... Unternehmen von der reinen Arbeitsfähigkeit (Workability) hin zur Gesundheit in allen Unternehmensbereichen (Health in all business policies).“

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen des Teilziels 4 der Einsatz bzw. die Anwendung von umfassenden BGM in österreichischen Betrieben jeglicher Unternehmensgröße und Branche systematisch steigen.**

#### 5.2.3.1 Indikatoren

Teilziel 4 wird anhand von drei **Output-Indikatoren**, die der **Maßnahmen-Ebene** zugeordnet sind, beobachtet. Diese sind vor dem Hintergrund verfügbarer Daten in den Säulen Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) verortet. Der BGM-Säule Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch) wie auch säulenübergreifend ist in diesem Teilziel aktuell kein Indikator zugeordnet.

Im Beschlussdokument Operationalisierungsentwurf Zielsteuerung vom Juni 2022 ist festgehalten, dass die Zugriffszahlen des BGM-Checks (seit Dezember 2022 online verfügbar) künftig erfasst und zur Verfügung gestellt werden. Die Zugriffszahlen des BGM-Checks können vorsichtig als Annäherung betreffend die Verbreitung von BGM in Österreich diskutiert werden. Darüber hinaus wurde im beschlossenen Arbeitsprogramm 2023 der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ das Vorhaben (Planung und Durchführung) einer Studie zur Verbreitung von BGM in Österreich als eine Maßnahme aufgenommen.

##### 5.2.3.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

##### 5.2.3.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

In Tabelle 21 sind die Anzahl der Seminare sowie die jeweiligen Gesamtteilnahmezahlen zu BGF-Fortbildungen für die Jahre 2022 angeführt. In Summe fanden 2022 35 (2021: 21) Fortbildungen statt

an denen 330 (2021: 200) Personen teilnahmen. Die meisten Teilnahmen gab es 2022 bei Fortbildungen zur Gesundheitszirkelmoderation (141 bei 16 Terminen; 2021: 79 bei 7 Terminen) und beim Basisseminar zur BGF-Projektleitung (60 bei 5 Terminen; 2021: 43 bei 5 Terminen).

**Tabelle 21: BGF – Teilnahme an Fortbildungen von BGF-Seminaren/Trainings**

Seminartyp	Anzahl Seminare		Anzahl Teilnahmen	
	2021	2022	2021	2022
BGF-Projektleitung Basis	5	5	43	60
BGF-Projektleitung Nachhaltigkeit	1	4	5	32
BGF-Kernberaterschulung	-	3	-	56
BGM-Ausbildungsreihe	1	2	14	26
Gesundes Führen Basis	1	3	5	23
Gesundes Führen Methoden	2	1	10	7
Gesundheitszirkelmoderation	7	16	79	141
Gesundheitsvertrauensperson	-	1	-	8
Mind Guard	2	-	24	-
Schwerpunktseminar	1	1	6	6
Vernetzungstreffen	1	-	14	-
<b>Gesamt</b>	<b>21</b>	<b>35</b>	<b>200</b>	<b>330</b>

Anmerkungen: Quelle: FGÖ und IfGP.

### 5.2.3.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Die Anzahl von fit2work-Beauftragten in Betrieben wird erst ab dem Jahr 2023 systematisch erfasst, weshalb zum gemeinsam definierten datenmäßig relevanten Erhebungszeitpunkt (Daten für 2021) noch keine Daten vorlagen. (Tabelle 22).

**Tabelle 22: BEM – fit2work Beauftragte im Betrieb**

2022	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl (Anteil) der fit2work Beauftragten im Betrieb	-	-	-	-

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen.

Die spontane Bekanntheit von fit2work wie auch die Bekanntheit auf Nachfrage werden Tabelle 23 auf Basis der Befragungsdaten zum Arbeitsgesundheitsbarometers für das Jahr 2020 dargestellt. Bei insgesamt 1.110 Befragten liegt der fit2work-Bekanntheitsgrad (spontan) bei 5% bzw. (auf Nachfrage) 36 %. Frauen kennen fit2work sowohl spontan als auch auf Nachfrage in einem höheren Ausmaß als Männer. Auf Nachfrage zeigt sich bei ab 50-Jährigen gegenüber Jüngeren und bei Personen mit Hochschulabschluss gegenüber Personen ohne Hochschulabschluss (Pflichtschule, Lehre, Matura) ein höherer fit2work-Bekanntheitsgrad. Gleiches gilt für Arbeitssuchende und Pensionist\*innen im Vergleich zu Erwerbstätigen. Ein ähnliches Bild zeigt sich in Bezug auf die spontane Bekanntheit von fit2work bei diesen Zielgruppen.

**Tabelle 23: BEM – Bekanntheitsgrad der fit2work Angebote**

2020		Anteil der Befragten (n = 1.110 alle Befragten)	
		Spontane <sup>25</sup> Bekanntheit von fit2work	Gestützte <sup>26</sup> Bekanntheit von fit2work
Gesamt		5 %	36 %
Geschlecht	Männer	4 %	31 %
	Frauen	6 %	42 %
Alter in Jahren	15-29	2 %	23 %
	30-39	5 %	34 %
	40-49	7 %	37 %
	50-59	7 %	50 %
	60-69	2 %	41 %
Bildung	Pflichtschule	5 %	33 %
	Berufsschule/Lehre	4 %	37 %
	Matura	5 %	31 %
	Hochschule	6 %	42 %
Beschäftigtenstatus	Erwerbstätig	4 %	34 %
	Arbeitssuchend	7 %	42 %
	Pension	6 %	45 %

Anmerkungen: Quelle: Triple M Matzka Markt und Meinungsforschung (2021).

<sup>25</sup> F11: Welche Einrichtungen kennen Sie, wenn es um Gesundheit am Arbeitsplatz geht? Bitte notieren Sie alle Stellen, an die Sie sich mit Fragen zu Gesundheit am Arbeitsplatz wenden können! (offene Frage).

<sup>26</sup> F12: Haben Sie von fit2work schon einmal gehört? Bitte geben Sie „ja“ an, wenn Sie fit2work in der Vorfrage bereits genannt haben! (Einfachantwort).

#### 5.2.3.1.4 Säulenübergreifend

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

#### 5.2.3.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Daten zur BGM-Verbreitung in österreichischen Betrieben liegen nicht vor. Ein entsprechender Indikator befindet sich derzeit in Revision. Es wird **empfohlen**, eine repräsentative Befragung zur Verbreitung und Umsetzung von BGM in Österreich durchzuführen. Die verbesserte Datenbereitstellung der Teilnahmefrequenzen der durchgeführten BGF-Seminare seitens der Anbieter für das Monitoring des Indikators wird **empfohlen**.

Die Zielgruppen für die Ausbildungen zur BGF (siehe Tabelle 21) sind sehr heterogen. Es handelt sich einerseits um Betriebsakteur\*innen, andererseits aber auch um Berater\*innen und Mitarbeiter\*innen der Krankenversicherungsträger (BVAEB und ÖGK). Die Teilnahmezahlen stehen jährlich zur Verfügung. Ein erklärter Auftrag dazu liegt bei den Ausbildungsanbieter\*innen nicht vor. Ein solcher wird im Sinne eines aufwandsärmeren Datenerhebungsprozesses für das Monitoring des Indikators empfohlen.

Für die Jahre 2021 bis 2022 zeigt sich ein Anstieg der Seminarzahlen um 85% sowie ein Anstieg der Teilnahmen um 94%, allerdings entfällt eine klare Einordnung dieses Anstiegs aufgrund des Mangels an Vergleichsdaten aus den Vorjahren. Ein Einfluss der pandemiebedingten Einschränkungen im Jahr 2021 auf die Durchführung von Seminaren ist jedenfalls nicht auszuschließen, sodass eine fortlaufende Beobachtung der Zahlen zur Abschätzung repräsentativer Trends notwendig ist.

Für den Indikator „Bekanntheitsgrad der fit2work Angebote“ (Tabelle 23) liegen in zweijährigen Abständen kontinuierlich Befragungsdaten seitens der Triple M Matzka Markt- und Meinungsforschung KG vor. Hier werden mittels Online-Interviews repräsentative Daten für die erwerbsfähige österreichische Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren gesammelt. Die Befragung erfolgt auf standardisierte Weise und wird jeweils in Zusammenschau mit den Daten aus den beiden vorherigen Erhebungsjahren veröffentlicht. Die Daten dieser Befragungen ermöglichen daher ein mehrjähriges Monitoring und eine damit verbundene Entwicklungsanalyse für diesen Indikator. Ein Nachteil der ausschließlich online stattfindenden Erhebung ist die geringe Erreichbarkeit internetferner Gruppen, beispielsweise älterer Personen und bildungsferner Schichten. Eine Aufschlüsselung der Bekanntheit nach Branche und Betriebsgröße liegt aktuell nicht vor.

### Fazit und Empfehlungen:

- Daten zur BGM-Verbreitung in österreichischen Betrieben liegen nicht vor. Ein entsprechender Indikator befindet sich derzeit in Revision. Es wird **empfohlen** eine repräsentative Befragung zu Verbreitung und Umsetzung von BGM in Österreich durchzuführen.
- Für einen der drei Indikatoren stehen qualitätsgesicherte Daten durch das SMS zur Verfügung und erlauben ein fortlaufendes Monitoring. Erhebungen zu den fit2work Beauftragten im Betrieb werden erst ab dem Jahr 2023 vorgenommen.
- Aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen ist die Repräsentativität der Daten zu Teilnahmen an BGF-Fortbildungen (Tabelle 21) im Jahr 2021 womöglich nicht gegeben. Damit gilt die **Empfehlung**, Daten aus dem Jahr 2022 als Basis für das Folgemonitoring heranzuziehen. Die verbesserte Bereitstellung der Teilnahmefrequenzen der durchgeführten BGF-Seminare seitens der Anbieter\*innen für das Monitoring des Indikators wird **empfohlen**. Zur besseren Erreichbarkeit internetferner Gruppen wird die Ergänzung um alternative Befragungsmethoden, i.e. telefonische oder face2face Befragungen, zur Erhebung der Bekanntheit (Tabelle 23) von fit2work **empfohlen**.
- Für eine gezieltere Gestaltung von Maßnahmen zur Steigerung der Bekanntheit von fit2work Angeboten wird eine Aufschlüsselung der abgefragten Bekanntheit nach Branche und Betriebsgröße **empfohlen**.

#### 5.2.3.3 Bewertung

Angesichts der vorliegenden Daten zu den beschlossenen Indikatoren ist es schwierig, eine aussagekräftige Einschätzung des TZ 4 vorzunehmen. Daten zur Verbreitung von BGM in österreichischen Betrieben liegen nicht vor. Um die Verbreitung und Umsetzung von umfassenden BGM in österreichischen Betrieben bewerten zu können bedarf es weiterer, insbesondere säulenübergreifender Indikatoren (derzeit in Revision). Eine Kombination unterschiedlicher Perspektiven (repräsentative Betriebsbefragung ergänzt um eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung) kann dazu beitragen, ein valides Bild des Status Quo zu erhalten und Entwicklungen zu beobachten.

Ein Wirkungsziel der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ ist es, „die Angebote besser abzustimmen, gemeinsame Standards zu schaffen und die Komplexität bzw. operative Barrieren für Betriebe zu reduzieren“ (BMAFJ, 2020a). Und weiter: „Mit der vorliegenden Strategie soll den Betrieben der Zugang zu zielgerichteten und wirksamen Angeboten erleichtert und so der gesundheitliche Nutzen für die Beschäftigten optimiert werden“. Die vorliegenden Indikatoren zu TZ4 deuten darauf hin, dass bestehende BGM-Angebote noch mehr genutzt werden könnten.

Die bisherigen Inanspruchnahmen der seitens FGÖ und IfGP angebotenen BGF-Fortbildungen signalisieren vorhandenen Spielraum. Es zeigt sich hier bereits ein positiver Trend mit einer Zunahme der Seminar-Angebote (von 21 auf 35) und Teilnahmen (von 200 auf 330) um mehr als 50% innerhalb eines Jahres (2021 auf 2022). Inwiefern die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen bzw. deren



Aufhebung zu dieser Entwicklung beigetragen haben, kann nicht gesichert beurteilt werden. An dieser Stelle werden, obwohl kein abgenommener Indikator, ergänzend die Anzahl von 41 Veranstaltungen mit 1.530 Teilnehmer\*innen von fit2work und 4 Veranstaltungen mit 30 Teilnehmer\*innen der „Tut gut!“ Gesundheitsvorsorge GmbH für das Jahr 2021 angeführt.

Auch die Umfragedaten der Triple M Matzka Markt- und Meinungsforschung KG indizieren Spielraum; siehe Tabelle 23), je nach Fragestellung (offen oder gestützt) und Personengruppe, zwischen 2% und 50%. Zahlen zur Bekanntheit der fit2work-Angebote liegen für das Jahr 2022 noch nicht vor. Seit 2020 wird die Schnittstelle zwischen der Personen- und Betriebsberatung von fit2work aktiv umgesetzt. Allein durch die Betriebsberatung wurden im Jahr 2021 insgesamt 67.044 Beschäftigte erreicht. Ein steigender Bekanntheitsgrad ist daher als Folgewirkung anzunehmen. Die Umfragedaten aus 2021 deuten auf eine derzeit stärkere Bekanntheit von fit2work bei den 40- bis 60-jährigen hin. Diese Altersgruppe nimmt mit einem Anteil von rund 70% auch am häufigsten eine fit2work Personen-Erstberatung bzw. ein Case Management in Anspruch (SMS, o. D. b). Des Weiteren zeigt sich eine vergleichsweise geringere Bekanntheit bei Männern gegenüber Frauen sowie bei Erwerbstätigen gegenüber Arbeitssuchenden und Pensionist\*innen.

Insgesamt ist es angesichts der vorliegenden Daten zu den beschlossenen Indikatoren schwierig, eine aussagekräftige Einschätzung des TZ 4 vorzunehmen. Um die Verbreitung und Umsetzung eines umfassenden BGM in österreichischen Betrieben bewerten zu können, bedarf es weiterer, insbesondere säulenübergreifender Indikatoren (derzeit in Revision). Eine Kombination unterschiedlicher Perspektiven (repräsentative Betriebsbefragung ergänzt um eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung) kann dazu beitragen, ein valides Bild des Status Quo zu erhalten und darauf aufbauend Entwicklungen zu beobachten.

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Daten zur Verbreitung von BGM in österreichischen Betrieben liegen nicht vor.
- Eine umfassende Einschätzung bedarf weiterer, insbesondere säulenübergreifender Indikatoren (derzeit in Revision). Eine Kombination unterschiedlicher Perspektiven (repräsentative Betriebsbefragung ergänzt um eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung) kann dazu beitragen, ein valides Bild des Status Quo zu erhalten und Entwicklungen zu beobachten.
- Das steigende Interesse an BGF Seminaren und die wachsende Bekanntheit bestehender fit2work Angebote lässt Spielraum für eine Erhöhung der Nutzung von BGM-Angeboten durch Betriebe annehmen.
- Sowohl für Teilnahmen an BGF-Seminaren als auch der Bekanntheit von fit2work-Angeboten zeigt sich eine Steigerung aus den Vorjahren. Im Hinblick auf Seminarteilnahmen sind Einflüsse durch pandemiebedingte Kontaktbeschränkungen jedoch nicht auszuschließen, sodass in Zukunft mit einem Abflachen des positiven Trends gerechnet werden kann.
- Die Bekanntheit von fit2work ist deutlich von Alter, Geschlecht und Beschäftigungsstatus abhängig. Weniger bekannt sind die Angebote bei Männern, bei jüngeren Personen sowie bei Erwerbstätigen. Es gilt die **Empfehlung**, Maßnahmen zur Steigerung der Bekanntheit von fit2work-Angeboten verstärkt an diese Gruppen zu richten.

## 5.2.4 TZ 5: Anschlussfähigkeit der Angebote zwischen ANSch, BGF und BEM verbessern zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen

Reviews zum ökonomischen Nutzen weisen darauf hin, dass durchschnittlich rund zwei Drittel der eingeschlossenen Studien für einen ökonomischen Nutzen arbeitsweltbezogener Maßnahmen sprechen (Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoy, 2019), obwohl „... kontrollierte wie auch randomisierte Studien im Vergleich zu methodisch weniger belastbaren Studien einen geringeren bis keinen ökonomischen Nutzen ausweisen. Der umfangreichste Review ... dokumentiert insgesamt 47 Return-on-Investments (ROI), aus denen sich ein mittlerer ROI von 2,7 ergibt. Jedem in betriebliche Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention investierten Euro stünde demnach eine Einsparung von 2,7 Euro gegenüber“ (S. 68f). Auch wenn einerseits der ROI zwischen Branchen und Ländern, in denen die Studien durchgeführt wurden, variiert (S. 61) und wegen der oftmals geringen Qualität der eingeschlossenen Studien nur von begrenzter Evidenz gesprochen werden kann (S. 68f), so zeigen nach Rath (2017, S. 14) Studienergebnisse auch, „... dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen eine höhere Wirksamkeit aufweist“ im Vergleich zu rein verhaltensorientierten Maßnahmen.

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Verbesserung der Anschlussfähigkeit der Angebote von ANSch, BGF und BEM zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen noch mehr an Bedeutung. Erst wenn Maßnahmen, die an das individuelle Verhalten der Beschäftigten adressiert sind, mit strukturorientierten Maßnahmen in Verbindung gebracht werden, ist die Basis für ein umfassendes BGM mit positiven Auswirkungen für die Menschen, die Betriebe und die öffentliche Hand gelegt.

Im Vordergrund der Nationalen Strategie steht es nicht, die Beratung zu „Gesundheit im Betrieb“ neu zu erfinden, sondern die Angebote besser abzustimmen, gemeinsame Standards zu schaffen und die Komplexität bzw. operative Barrieren für Betriebe zu reduzieren. Dabei soll auch die Schnittstelle (berufliche) Rehabilitation – Betrieb berücksichtigt werden. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf den Bedarf und die beschränkten Ressourcen von Klein- und Kleinstbetrieben zu legen. Dieses Ziel soll durch eine bessere Vernetzung und Kooperation zwischen den drei Säulen sowie abgestimmte Beratungsangebote und klar strukturierte Informationen dazu erreicht werden.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll durch Teilziel 5 unterstützt werden, ein vertieftes gemeinsames Verständnis von BGM zu entwickeln, welches dem Handeln innerhalb und zwischen den drei Säulen zu Grunde liegt und nach welchem die Schnittstellen entsprechend ausgerichtet werden.**

### 5.2.4.1 Indikatoren

Zum Erreichen von TZ 5 werden sechs **Output-Indikatoren**, die der **Maßnahmen-Ebene** zugeordnet sind beobachtet. Alle sechs Output-Indikatoren sind säulenübergreifend verortet. Der Umsetzungsgrad jeder einzelnen dieser sechs Maßnahmen wird durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ überprüft.

#### 5.2.4.1.1 Säulenübergreifend

Von den hier verorteten Indikatoren haben vier die Entwicklung bzw. Weiterentwicklung (Entwicklung standardisierter Unterlagen, Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Berater\*innen, Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Betriebe, Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente), einer die Qualitätssicherung durch bestehende bzw. neu entwickelte Systeme und einer die begleitende Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikationsmaßnahmen zum Thema.

Der Indikator *Entwicklung standardisierter Unterlagen* (Tabelle 24) wird im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ wie folgt skizziert: „Die Charakteristika von BGM und Elemente seiner Umsetzung sind in Standardwerken festzuhalten. Im Gegensatz zu einschlägiger Fachliteratur erlauben eigens entwickelte Unterlagen die Berücksichtigung spezifischer Besonderheiten (Träger in Österreich, regionale Aspekte, inhaltliche Besonderheiten etc.), schaffen ein gemeinsames Verständnis von BGM und Standards der Umsetzung“. (BMAFJ, 2020, S. 17) Die Umsetzung dieser Maßnahme liegt nicht vor.

**Tabelle 24: SÜ – Entwicklung standardisierter Unterlagen**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Darstellung der Charakteristika von BGM und Elemente seiner Umsetzung in Standardwerken (etwa BGM-Handbuch mit Vorlagen) <sup>2</sup>			X

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 17). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme B3).

Die Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Berater\*innen (Tabelle 25) hat folgendes Ziel: „Die Vernetzungs- und Austauschplattform der qualifizierten Berater und Beraterinnen fördert gegenseitiges Kennenlernen und regelmäßigen Erfahrungsaustausch.“ (BMAFJ, 2020, S. 17) Die Umsetzung dieser Maßnahme wird als nicht vorliegend eingestuft.

**Tabelle 25: SÜ – Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Berater\*innen**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Entwicklung von örtlichen/digitalen Vernetzungs- und Austauschformaten für Berater*innen <sup>2</sup>			X

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 17). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme B4).

Darüber hinaus geht es um positive Auswirkungen für die Betriebe (Tabelle 26), insbesondere für Klein- und Kleinstbetrieben. Dabei sollen nicht nur die Komplexität und operative Barrieren reduziert werden. „In einem weiteren Schritt soll eine gewinnbringende Vernetzungsmöglichkeit für Betriebe (Umsetzungserfahrungen mit BGM, erfolgreiche Praxisbeispiele usw.) geschaffen werden.“ (BMAFJ, 2020, S. 17) Diese Maßnahme war bis Ende 2021 noch nicht umgesetzt.

**Tabelle 26: SÜ – Entwicklung von Vernetzungs- und Austauschformaten für Betriebe**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Entwicklung von örtlichen/digitalen Vernetzungs- und Austauschformaten für Betriebe <sup>2</sup>			X

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 17). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme B4).

Mit dem folgenden Indikator (Tabelle 27) werden die Themenkomplexe Gesundheitskommunikation und Gesundheitsmarketing adressiert. „Eine einheitliche und übersichtliche Darstellung (z.B. Webseite, Broschüre) trägt zur zielgruppenspezifischen Sensibilisierung der Betriebe und der Beschäftigten für das Thema Gesundheit bei und fördert die Bekanntheit der BGM-Angebote.“ (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 17) Die Umsetzung wird als tlw. vorliegend eingestuft.

Konkreter Output:

- Homepage [www.gesundheit-im-betrieb.at](http://www.gesundheit-im-betrieb.at) mit Erklärvideo etc.
- Start des quartalsweisen Newsletters der GiB Strategie ab 12/2021

**Tabelle 27: SÜ – Begleitende ÖA- und Kommunikationsmaßnahmen**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Einheitliche und übersichtliche Darstellung (z.B. Webseite, Broschüre) der BGM-Angebote <sup>2</sup>		X	

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 17). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme B5).

Laut Expertenpapier (BMAFJ, 2020, S. 18) ermöglichen es Qualitätssicherungssysteme „Qualitätsstandards für die BGM der Unternehmen zu etablieren, beugen einer inhaltlichen Verwässerung von BGM vor und schaffen zudem Anreize für Betriebe. Prämierungen im Bereich BGM können bestehende Auszeichnungs- und Zertifizierungssysteme (z.B. BGF-Charta, -Gütesiegel, -Preis in Kooperation von ÖNBGF und FGÖ) ergänzen. Auf die Anschlussfähigkeit zu bestehenden Managementsystemen für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (etwa ISO 45001) ist zu achten.“ (Tabelle 28) Die Umsetzung dieser Maßnahme liegt mit Ende 2021 nicht vor.

Zu ergänzen ist, dass aktuell an einem Monitoring i. S. d. Zielsteuerung gearbeitet wird (siehe vorliegender Bericht). Die dem Monitoring zugrundeliegende Teilziellogik wurde bis 2021 erarbeitet.

**Tabelle 28: SÜ – Qualitätssicherung durch bestehende bzw. neu entwickelte Systeme**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Anwendung/Entwicklung von Qualitätssicherungssystemen für BGM <sup>2</sup>			X

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 18). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme C1).

Der Umsetzungsindikator *Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente* (Tabelle 29) wird im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ wie folgt näher beschrieben: „Durch die Nutzung von säulenübergreifenden Diagnose- und Evaluationsinstrumenten werden die Effizienz erhöht, Potenziale genutzt und Barrieren deutlich reduziert. Indem Synergien geschaffen und die Durchlässigkeit der säulenspezifischen Umsetzung gesteigert werden, erhöht sich die Attraktivität der Angebote zusätzlich.“ (BMAFJ, 2020, S. 18) Die Umsetzung dieses Indikators wird als tlw. vorliegend eingestuft (siehe 5.2.4.2). Insbesondere wurde bereits ein BGM-Check erarbeitet, der Ende 2021 in der Pilotierungsphase war. (Anmerkung: seit 12/2022 ist dieser online kostenfrei verfügbar).

**Tabelle 29: SÜ – Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente**

2021	Umsetzung <sup>1</sup>		
	liegt vor (100%)	liegt tlw. vor (50%)	liegt nicht vor (0%)
Nutzung/Entwicklung von säulen-übergreifenden Diagnose- und Evaluationsinstrumenten <sup>2</sup>		X	

Anmerkungen: <sup>1</sup> Bewertung durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“; <sup>2</sup> BMAFJ (2020, S. 18). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ – Expertenpapier (Maßnahme B2/C2).

#### 5.2.4.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Bezogen auf das Jahr 2021 liegt die Umsetzung von zwei Maßnahmen teilweise und von vier Maßnahmen nicht vor. Dabei decken die von der Arbeitsgruppe „Zielsteuerung“ verabschiedeten Indikatoren nicht das gesamte Aktivitätsspektrum der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ ab.

Die Einstufung der Umsetzungsindikatoren erfolgte seitens der Vorsitzenden des strategischen Koordinationsgremiums und der operativen Netzwerkkoordination der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ akkordiert in Form einer Selbstevaluation. Es wird empfohlen, die Selbstevaluation jährlich durchzuführen und methodische Schwächen bis zur nächsten Evaluation zu beheben sowie die Selbstevaluation mit einer externen Evaluation zu ergänzen.

Insgesamt wurden von sechs Umsetzungsindikatoren mit Stand Ende 2021 zwei teilweise und vier bisher nicht umgesetzt. Die Einstufung der Umsetzungsindikatoren erfolgte seitens der Vorsitzenden des strategischen Koordinationsgremiums und der operativen Netzwerkkoordination der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“. Die vorliegende Einschätzung entspricht somit einer Selbstevaluation, mit all den dieser Bewertungsform zugeordneten methodischen Stärken und Schwächen. Aufgrund der vom strategischen Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dem IfGP ergänzend zur Verfügung gestellten Informationen<sup>27</sup> betrifft die vorliegende Einstufung des Umsetzungsindikators *Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluationsinstrumente* die Maßnahme B1 (BGM-Check<sup>28</sup>) und Maßnahme C2 gemeinsam. Empfehlenswert wäre jedoch eine Bewertung, die für jeden der Umsetzungsindikatoren getrennt erfolgt.

#### Fazit und Empfehlungen

- Die Umsetzung von zwei der sechs Maßnahmen liegt teilweise und von vier Maßnahmen nicht vor. Die gewählten Indikatoren decken nicht das gesamte Aktivitätsspektrum der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ ab.
- Die Einstufung der Umsetzungsindikatoren erfolgte akkordiert seitens der Vorsitzenden des strategischen Koordinationsgremiums und der operativen Netzwerkkoordination der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ in Form einer Selbstevaluation. Es wird die **Empfehlung** ausgesprochen, die Selbstevaluation jährlich durchzuführen.
- Die Bewertung von zwei Maßnahmen im Rahmen der Selbstevaluation eines Umsetzungsindikators ist methodisch ungünstig. Es wird **empfohlen**, diesen Umstand bis zur nächsten Evaluation zu beheben.

---

<sup>27</sup> Email vom 22.11.2022.

<sup>28</sup> Weitere Informationen zum BGM-Check sowie das Online-Tool BGM-Check Selbsttest für Betriebe finden sich auf der Website der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ unter <https://www.gesundheit-im-betrieb.at/bgm-check/bgm-check-starten>; seit 12/22 österreichweit kostenfrei verfügbar.

- Um die Qualität der Einstufung der Umsetzung der einzelnen Maßnahmen zu verbessern, wird die **Empfehlung** ausgesprochen, Ziele nach der SMART- oder einer vergleichbaren Methode zu formulieren, die Umsetzungskategorien zu spezifizieren und die Selbstevaluation mit einer externen Evaluation zu ergänzen.

#### 5.2.4.3 Bewertung

Die Beurteilung der Indikatoren bezieht sich auf den Stand Ende 2021. Die seither erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen wie z. B. die Implementierung des BGM-Checks auf der Webseite der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ im Jahr 2022 sind daher noch nicht abgebildet.

Aufbauend auf den gut etablierten Strukturen und Angeboten innerhalb der Säulen wird die Weiterarbeit der beteiligten Stakeholder empfohlen, die sich mit der Prüfung der Leistungen und Angebote hinsichtlich inhaltlicher Verschränkung, besserer Vernetzbarkeit und dem Abbau evtl. vorhandener Doppelstrukturen auseinandersetzt. Dies betrifft auch die Entwicklung eines allseits akzeptierten Grundlagendokuments zum gemeinsamen Verständnis von BGM.

Der aktuelle Stand der Indikatorenbeurteilung spiegelt den Stand Ende 2021 wider. Die seither erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen im Rahmen der Strategie sind daher noch nicht abgebildet. Entsprechend des Expertenpapiers der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) ist es ein *langfristiges* Ziel, die Durchlässigkeit eines bundesweit integrierten Beratungsansatzes der drei Säulen zu verbessern und durch die Entwicklung entsprechender Maßnahmenpakete schrittweise zu realisieren. Die bis zu diesem Zeitpunkt (Ende 2021) erzielten Ergebnisse waren erwartbar und sind vor dem Hintergrund des Starts der Aktivitäten der Nationalen Strategie 2019 zu bewerten. In Abhängigkeit von der Ausgangslage galt es in einem ersten Schritt, Beziehungen zur Zusammenarbeit neu aufzubauen bzw. bestehende Beziehungen zu vertiefen und neue Maßnahmen zu planen bzw. gemeinsam umzusetzen.

Dabei ist festzuhalten, dass die weiteren Schritte bzw. die (Weiter)entwicklung der geplanten Maßnahmen mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten in Angriff genommen werden könnten bzw. müssten. Beispielsweise würde die Organisation von (örtlichen oder digitalen) Austauschplattformen für Berater\*innen und Betriebe einfachere (i. S. v. von schneller umzusetzenden) Maßnahmen darstellen. Es ist festzuhalten, dass dabei auf gut etablierte Strukturen und Angebote innerhalb der Säulen aufgebaut werden kann. Der Fokus sollte darauf liegen, Leistungen und Angebote zu verschränken, besser zu vernetzen und Doppelstrukturen abzubauen. Es muss davon ausgegangen werden, dass Potentiale zur Steigerung der Effizienz und Effektivität durch den Abbau von Komplexität gehoben werden können.

Dies betrifft auch die Entwicklung von standardisierten Unterlagen und die Weiterentwicklung der Diagnose- und Evaluierungsinstrumente. Im Bereich der standardisierten Unterlagen wäre die Entwicklung eines allseits akzeptierten Grundlagendokuments zum gemeinsamen Verständnis von BGM und darauf aufbauend eines BGM-Handbuches, analog zu den bereits bestehenden Unterlagen

des ÖNBGF bzw. aus dem BGF-Bereich (BGF-Charta, BGF-Handbuch) zu erwägen. Eine gute Anschlussfähigkeit aus dem BGF-Bereich besteht auch bei den Diagnose- und Evaluierungsinstrumenten.

Der Aufbau eines passenden Qualitätssicherungssystems hingegen stellt eine längerfristige Herausforderung dar, da dieses auf Basis einer ganzheitlichen (BGM-)Betrachtungsweise „neu“ bzw. „anders“ gedacht bzw. entwickelt werden müsste.

Die begleitende Öffentlichkeitsarbeit und diverse Kommunikationsmaßnahmen sind wiederum vom Vorhandensein konkreter Unterlagen, Angebote oder div. (Vernetzungs-)Maßnahmen abhängig. Unabhängig davon könnten aber beide Entwicklungspfade (kurz- und mittelfristige Maßnahmen-siehe oben) weiterhin laufend begleitet werden und dabei helfen, sukzessive zu einem gemeinsamen „BGM-Mindset“ aller Beteiligten beizutragen.

Mit dem 2021 durch das strategische Koordinationsgremium der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ beschlossenen Arbeitsprogramm für 2022 sollen Teilprojekte, welche in den vergangenen Jahren gestartet wurden, finalisiert bzw. in die Rollout-Phase überführt werden. Zusätzlich wird das bereits angekündigte Teilprojekt B4 „Vernetzungs- und Austauschplattform (für Berater\*innen) starten.

### Fazit und Empfehlungen

- Die Beurteilung der Indikatoren zur Verbesserung der Anschlussfähigkeit der Angebote zwischen ANSch, BGF und BEM sowie zur Steigerung der integrativen Umsetzung zwischen den drei Säulen bezieht sich auf den Stand Ende 2021. Die seither erzielten Fortschritte bei der Umsetzung der Maßnahmen wie insbesondere z. B. die Implementierung des BGM-Checks auf der Webseite der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (<https://www.gesundheit-im-betrieb.at/bgm-check/bgm-check-starten>) sind daher noch nicht abgebildet.
- Aufbauend auf den gut etablierten Strukturen und Angeboten innerhalb der Säulen wird die Weiterarbeit der beteiligten Stakeholder **empfohlen**, die sich mit der Prüfung der Leistungen und Angebote hinsichtlich inhaltlicher Verschränkung, besserer Vernetzbarkeit und dem Abbau evtl. vorhandener Doppelstrukturen auseinandersetzt.
- Im Bereich der standardisierten Unterlagen wäre die Entwicklung eines allseits akzeptierten Grundlagendokuments zu einem gemeinsamen Verständnis von BGM zu **empfehlen**.



## 6 Wirkungsziele

Anschließend an die kurz- bzw. mittelfristig umsetzbaren Maßnahmenziele (Input und Output) werden sich daraus ergebende Wirkungen (Outcome) sowie der indirekte Beitrag an längerfristigen gesellschaftlichen Veränderungen (Impact) betrachtet.

### 6.1 Outcome

Mit den wirkungsorientierten Teilzielen 6 bis 8 sollen für die Beschäftigten in Österreich gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in Betrieben geschaffen (TZ 6), die Arbeitszufriedenheit gestärkt (TZ 7) sowie Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessert (TZ 8) werden.

#### 6.1.1 TZ 6: Gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in Betrieben schaffen

Arbeitgeber\*innen in Österreich sind laut ArbeitnehmerInnenschutzgesetz dazu „verpflichtet, für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen“ (ASchG §3 Abs. 1). Des Weiteren gebietet es die allgemeine Fürsorgepflicht der/dem Arbeitgeber\*in, „... die Dienstleistungen so zu regeln und bezüglich der von ihm beizustellenden oder beigestellten Räume und Gerätschaften auf seine Kosten dafür zu sorgen, dass Leben und Gesundheit des Dienstnehmers, soweit es nach der Natur der Dienstleistung möglich ist, geschützt werden.“ [ABGB §1157 (1)]. Auch in der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ ist die Schaffung gesunder und sicherer Arbeitsbedingungen in Betrieben explizit verankert.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 6 beobachtet und gemessen werden, inwieweit Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dazu beitragen, dass gesunde und sichere Arbeitsbedingungen in österreichischen Betrieben geschaffen werden.**

##### 6.1.1.1 Indikatoren

Zur Beobachtung von Teilziel 6 werden sechs **Outcome-Indikatoren** herangezogen. Vier dieser Indikatoren sind der Säule Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch) zuzuordnen, zwei sind säulenübergreifend. Den Säulen BGF und BEM sind zum Monitoring dieses Teilziels aktuell keine Indikatoren zugeordnet.

##### 6.1.1.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Die gesetzlich festgelegten Pflichten zum Arbeitsschutz sind in der Regel von/vom der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber einzuhalten und umzusetzen (vgl. §3 ASchG). Hauptziel des ArbeitnehmerInnenschutzes ist dabei die Prävention von Arbeitsunfällen und berufsbedingten Erkrankungen.

Im Rahmen der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) wird erhoben, wie viele der Erwerbstätigen gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind (Tabelle 30). Dazu wurden 71.758 Beschäftigte in Europa, davon 1.779 aus Österreich, telefonisch befragt. Insgesamt 28% der befragten Arbeitnehmer\*innen und 30% der Selbständigen in Österreich geben an, gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt zu sein. Bei den Arbeitnehmer\*innen und bei den Selbständigen berichten Frauen (26% bzw. 24%) seltener von gefährlichen Arbeitsbedingungen als Männer (29% bzw. 34%). Während sich bei den Arbeitnehmer\*innen kein klarer Alterstrend abzeichnet, lässt sich bei den Selbständigen ein Rückgang mit steigendem Alter erkennen (von 36% bei Selbständigen unter 35 auf 27% bei Selbständigen ab 50 Jahren). Die Finanzdienstleistungsbranche gehört bei beiden Gruppen zu den risikoärmsten Branchen. In der Gesundheits- und Sozialbranche wird häufiger von riskanten Arbeitsbedingungen berichtet (zu 45% bzw. zu 31%). Der Spitzenwert von 100% bei Selbständigen in Verkehr und Lagerei ist auf eine einzelne Person zurückzuführen.

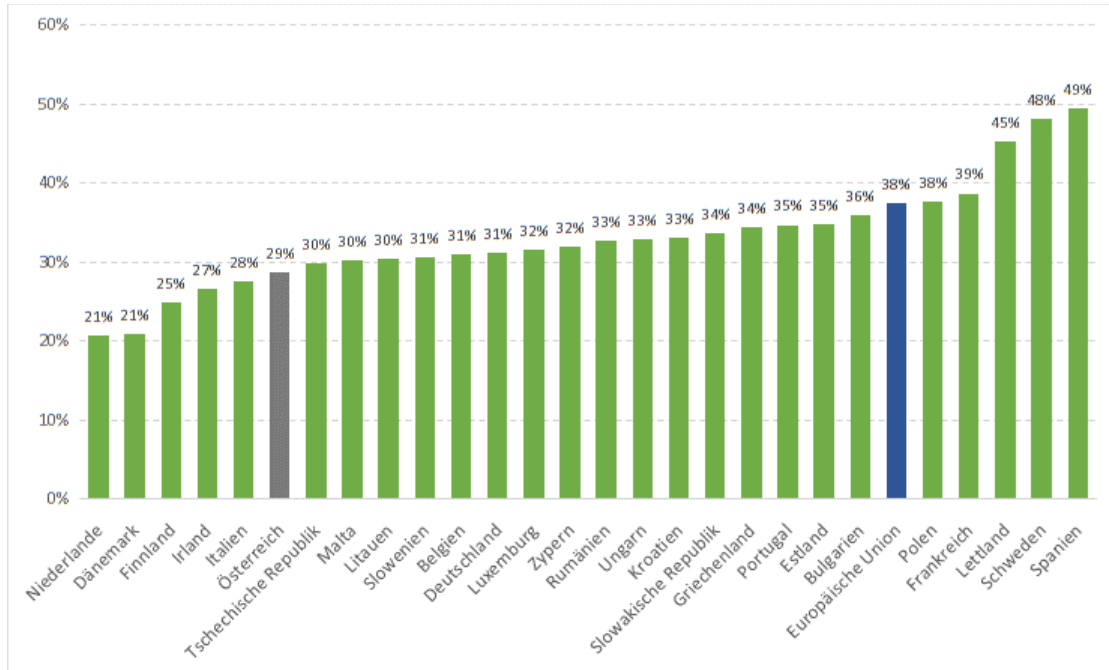
**Tabelle 30: ANSch – Gefährliche Arbeitsbedingungen**

2021	Gesamt	Geschlecht		Alter			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	<35	35-49	50+	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil der Arbeitnehmer*innen, die gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind	28%	29%	26%	28%	26%	30%	28%	30%	(A: 14%, Q: 45%)
Anteil der Selbständigen, die gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind	30%	24%	34%	36%	30%	27%	-	-	(N/P: 0%, H: 100%)

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; MA = Mitarbeitende. Einteilung anhand der an der Arbeitsstelle tätigen Personen. Alle Angaben in Prozent. JA-/Zustimmungsprozent (Prozentsatz der Personen, die die Frage mit Ja beantwortet haben); Branche (NACE REV 2.0: 1/2 %): Landwirtschaft (A: 14/54); Industrie (B-E: 27/40); Bau (F: 36/22); Verkehr und Lagerei (H: 27/100); Gastgewerbe (I: 22/17); Finanzdienstleistungen (N: 19/0); andere Dienstleistungen (M, S, T: 25/16); Öffentliche Verwaltung (O: 29/-); Bildung und Unterricht (P: 26/0); Gesundheit und Soziales (Q: 45/31); Nettostichprobengröße: n = 1.771 (unselbständig Beschäftigte: n = 1.583/Selbständige: n = 188); Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 28.2.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Mit einem Gesamtwert von 29% liegt Österreich damit unterhalb des EU-Durchschnittswerts (38%) und somit auf Platz 6 der 27 Länder (Abbildung 4).

Abbildung 4: ANSch – Gefährliche Arbeitsbedingungen (europäischer Vergleich)



Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 12.4.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Ein umfassender Arbeitsschutz beinhaltet auch den Schutz vor Belästigung und Gewalt am Arbeitsplatz. Diese können direkt oder indirekt, in psychischer und/oder körperlicher Form auftreten. Der Anteil von Arbeitnehmer\*innen und Selbständigen, die in den letzten zwölf Monaten vor der EWCS-Befragung (1) verbaler oder (2) sexueller Belästigung und/oder (3) körperlicher Gewalt und/oder Mobbing am Arbeitsplatz ausgesetzt waren wird in Tabelle 31 wiedergegeben. Mit 11% bzw. 14% berichten Arbeitnehmer\*innen und Selbständige gleichermaßen am häufigsten von Vorkommnissen verbaler Belästigung. Damit belegt Österreich im europäischen Vergleich einen der hinteren Plätze (24 von 27 Ländern; Abbildung 5). Bei Arbeitnehmer\*innen sind Frauen (14%) häufiger betroffen als Männer (9%), bei Selbständigen hingegen Männer (16%) häufiger als Frauen (11%). In beiden Gruppen zeigt sich ein Rückgang mit steigendem Alter (Arbeitnehmer\*innen: von 11% auf 9%, Selbständige: von 25% auf 15%). Einflüsse der Betriebsgröße sind zu vernachlässigen. Besonders hohe Werte finden sich in den Branchen Gesundheit und Soziales (23% bzw. 27%) und Landwirtschaft (je 19%). Von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz berichten insgesamt 2% der Arbeitnehmer\*innen und 4% der Selbständigen. Der EU27-Durchschnitt liegt bei 2% (Abbildung 6). Im europäischen Vergleich liegt Österreich im Mittelfeld auf Platz 18 von 27. In beiden Gruppen sind Frauen (2% bzw. 7%) häufiger betroffen als Männer (1% bzw. 2%) und Jüngere (unter 35 Jahre: 4% bzw. 7%) häufiger als Ältere (über 50 Jahre: 1% bzw. 6%). In Bezug auf Branchen lassen sich bei Arbeitnehmer\*innen keine großen Unterschiede feststellen; bei Selbständigen sind sie aufgrund geringer Gruppengrößen nicht als repräsentativ anzusehen. Körperliche Gewalt und Mobbing in der Arbeit erleben 5% bzw. 6% der Befragten, Frauen (7% bzw. 8%) jeweils häufiger als Männer (3% bzw. 4%). Österreich liegt damit leicht unter dem EU-Durchschnitt von 7%, auf Platz 10 von 27 (Abbildung

7). Ein Zusammenhang mit dem Alter scheint nicht zu bestehen. Arbeitnehmer\*innen in Großbetrieben (7%) sind häufiger betroffen als jene in kleineren Unternehmen (4%). Bei Arbeitnehmer\*innen findet sich der höchste Wert in der Branche der Gesundheits- und Sozialberufe (13%) und bei Selbständigen im Gastgewerbe (12%).

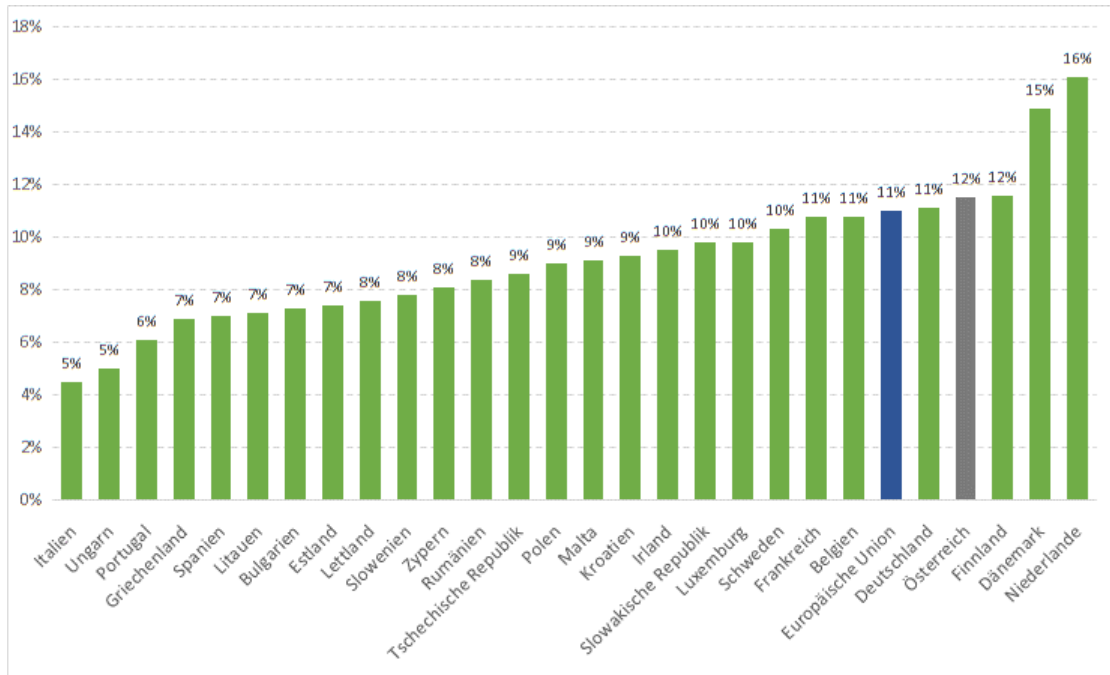
**Tabelle 31: ANSch – Verbale Belästigung/ Sexuelle Belästigung/ Körperliche Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz in den letzten 12 Monaten**

2021	Gesamt	Geschlecht		Alter			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	<35	35-49	50+	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil der Arbeitnehmer*innen, die verbale Belästigung berichten	11%	14%	9%	11%	13%	9%	11%	10%	(F: 4%, Q: 23%)
Anteil der Selbständigen, die verbale Belästigung berichten	14%	11%	16%	25%	6%	15%	-	-	(B-E/F/N/P: 0%, H: 100%)
Anteil der Arbeitnehmer*innen, die sexuelle Belästigung berichten	2%	2%	1%	4%	1%	1%	2%	2%	(A/F/H/N/O/P: 0%, I/M/S/T/Q: 3%)
Anteil der Selbständigen, die sexuelle Belästigung berichten	4%	7%	2%	7%	0%	6%	-	-	(B-E/H/M/N/P/S/T/Q: 0%, F: 18%)
Anteil der Arbeitnehmer*innen, die Mobbing oder körperliche Gewalt berichten	5%	7%	3%	4%	5%	5%	4%	7%	(A/N: 0%, Q: 13%)
Anteil der Selbständigen, die Mobbing oder körperliche Gewalt berichten	6%	8%	4%	7%	2%	9%	-	-	(B-E/F/H/N/P: 0%, I: 12%)

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; MA = Mitarbeitende. Einteilung anhand der an der Arbeitsstelle tätigen Personen. Alle Angaben in Prozent. JA-/Zustimmungsprozent (Prozentsatz der Personen, die die Frage mit Ja beantwortet haben); Branche (NACE REV 2.0: 1/2/3/4/5/6 %): Landwirtschaft (A: 19/19/0/5/0/10); Industrie (B-E: 5/0/2/0/3/0); Bau (F: 4/0/0/18/3/0); Verkehr und Lagerei (H: 9/100/0/0/7/0); Gastgewerbe (I: 16/21/3/7/3/12); Finanzdienstleistungen (N: 5/0/0/0/0/0); andere Dienstleistungen (M, S, T: 9/4/3/0/5/2); Öffentliche Verwaltung (O: 15/-/0/-/3/-); Bildung und Unterricht (P: 6/0/0/0/5/0); Gesundheit und Soziales (Q: 23/27/3/0/13/6); ;

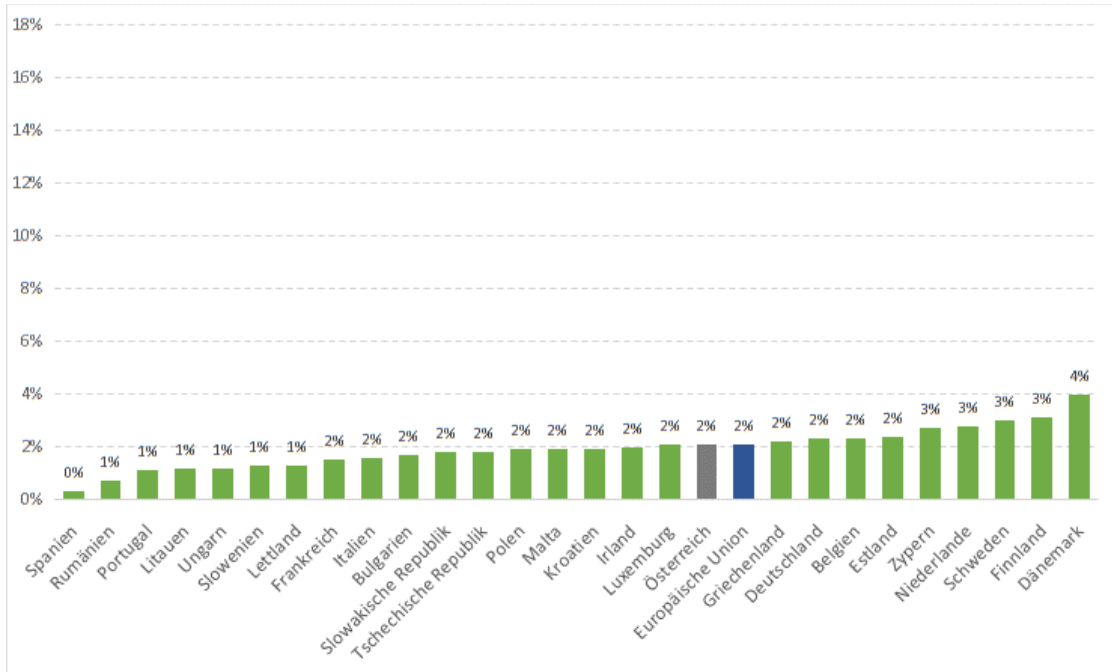
Nettostichprobengrößen: n = 1.779 (Arbeitnehmer\*innen: n = 1.583 (davon n = 1.061 Angaben)/Selbständige: n = 188 (davon n = 114 Angaben)/keine Angabe oder weiß nicht: n = 8); Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 28.2.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

**Abbildung 5: ANSch – Verbale Belästigung am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich)**



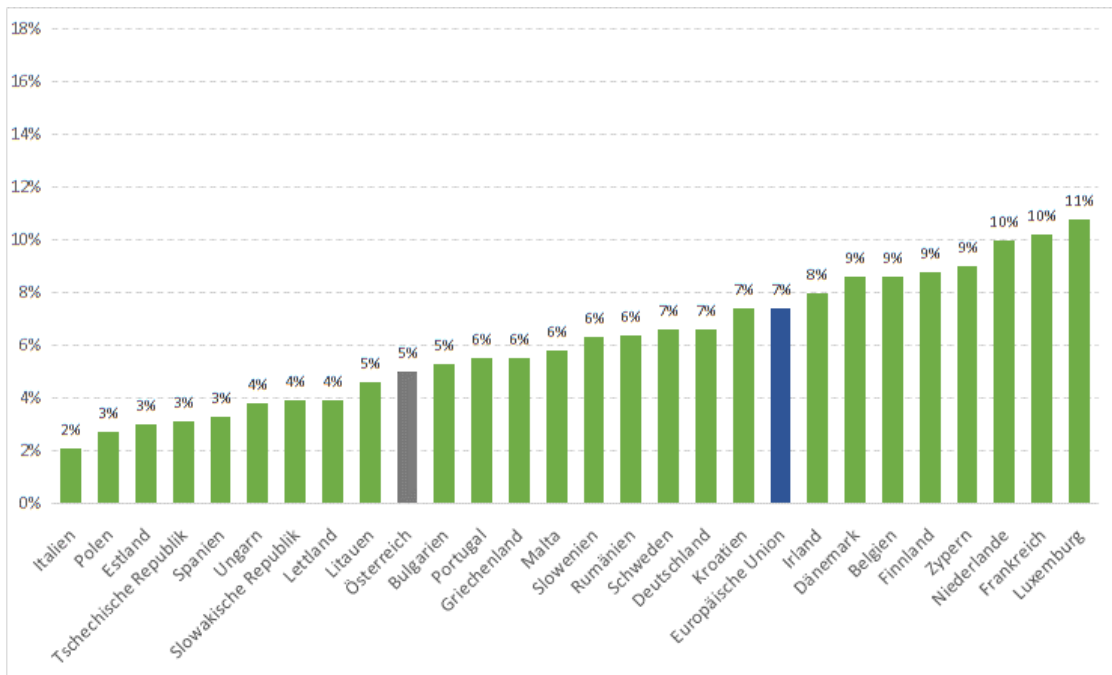
Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 12.4.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Abbildung 6: ANSch – Sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich)



Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 12.4.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Abbildung 7: ANSch – Körperliche Gewalt und Mobbing am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich)



Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 12.4.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Um einen möglichst wirksamen Arbeitsschutz erreichen zu können, ist die Arbeitsinspektion zur Wahrnehmung des gesetzlichen Schutzes der Arbeitnehmer\*innen berufen (vgl. Arbeitsinspektionsgesetz [ArbIG] 1993) und hat u. a. Kontrollen in Betriebsstätten und Arbeitsstellen durchzuführen.

Die Arbeitsinspektion hat im Jahr 2021 in Summe 41.592 Kontrollen durchgeführt, wobei Kontrollen von Lenker\*innen<sup>29</sup> bei dieser Zahl nicht mitefassen sind. Davon entfielen 39.353 Kontrollen auf Klein(st)- und Mittelbetriebe und 2.759 auf Großunternehmen. Die insgesamt wenigsten Kontrollen fanden in der Branche Energieversorgung (174) statt, die meisten gab es in der Warenherstellungsbranche (6.293). Die Gesamtzahl der 39.353 Kontrollen gliedert sich wiederum in Kontrollen von Arbeitsstätten und in Kontrollen auf Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen. In Arbeitsstätten wurden 28.062 Kontrollen durchgeführt, davon 25.829 in Klein(st)- und Mittelbetrieben und 2.233 in Großbetrieben. Die wenigsten Kontrollen fanden dabei in Arbeitsstätten der Energieversorgung statt (D: 160) und die meisten in der Branche Handel, Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (G: 6.719). Auf Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen fanden 13.530 Kontrollen statt.

**Tabelle 32 ANSch – Kontrollen durch Arbeitsinspektorate**

2021	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl der der Kontrollen (ohne Kontrollen von Lenkern und Lenkerinnen)	41.592	39.353	2.239	(D: 174, F: 14.901)
von Arbeitsstätten	28.062	25.829	2.233	(D: 160, G: 6.719)
von Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen <sup>30</sup>	13.530			

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Quelle: Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat des BMA.

In Tabelle 33 sind auszugsweise die im Jahr 2021 von der Arbeitsinspektion festgestellten Übertretungen in Arbeitsstätten, auf Baustellen und auswärtigen Arbeitsstellen auf dem Gebiet des

<sup>29</sup> Lenkerkontrollen erfolgen nach anderer Logik und in Zusammenarbeit mit den Sicherheitsbehörden. Eine gemeinsame Darstellung gibt es nicht.

<sup>30</sup> Die relevante Größe ist die Beschäftigtenanzahl vor Ort auf der Baustelle. Im Jahr 2021 gab es nur sechs Baustellenkontrollen, wo über 250 Personen eines Unternehmens vor Ort waren. Daher ist lt. Arbeitsinspektion die Unterteilung in KMU und GU wenig sinnvoll und wird daher nicht vorgenommen. Da auf Baustellen überwiegend Unternehmen des Bau- und Baunebengewerbes (ÖNACE F) tätig sind, ist lt. Arbeitsinspektion eine Darstellung der Branchenbandbreite wenig sinnvoll.

technischen und arbeitshygienischen Arbeitsschutzes und des Verwendungsschutzes dargestellt. Die meisten Übertretungen wurden im Hinblick auf unzureichende Präventivdienste und Sicherheitsvertrauenspersonen festgestellt (6.181 Übertretungen bei 14.729 Kontrollen), gefolgt von Brand- und explosionsgefährliche Stoffen (715 bei 2.095 Kontrollen) und Arbeitsstoffen (2.667 bei 7.985 Kontrollen). Der geringste Anteil an Übertretungen wurde unter Aspekten der Arbeitsvorgänge, Arbeitsplätze und Bildschirmarbeit dokumentiert (1.541 bei 17.590 Kontrollen). In jedem Bereich wurde der überwiegende Teil der Kontrollen in Klein(st)- und Mittelunternehmen bis 250 Mitarbeiter\*innen durchgeführt, in denen somit auch die meisten Übertretungen festgehalten wurden.

In Relation zu den Kontrollen gesehen, wiesen folgende Branchen in den jeweiligen Themen die meisten festgestellten Übertretungen aus, wobei mehrere Übertretungen bei einer Kontrolle festgestellt werden können: die Warenherstellungsbranche mit 1.036 Übertretungen bei insgesamt 3.005 Kontrollen sowie die Wasserversorgung- und Abfallwirtschaft mit 65 Übertretungen bei 198 Kontrollen im Bereich Arbeitsmittel. Die Wasserversorgung- und Abfallwirtschaft weist 40 Übertretungen bei 248 Kontrollen unter dem Aspekt Arbeitsvorgänge, Arbeitsplätze und Bildschirmarbeit auf. Die Baubranche weist 213 Übertretungen bei 398 Kontrollen in Bezug auf Brand- und explosionsgefährliche Stoffe auf. Des Weiteren weist die Branche Beherbergung und Gastronomie 1.108 Übertretungen bei 1.404 Kontrollen auf, Präventivdienste und Sicherheitsvertrauenspersonen sowie die Branche der Freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen weisen 69 Übertretungen bei 138 Kontrollen der Arbeitsstoffe auf. Die öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialverwaltung fällt mit Übertretungen bei mehreren Aspekten auf: es gab 98 Übertretungen bei 269 Kontrollen hinsichtlich Arbeitsstättengestaltung, Flucht, Erste Hilfe und Brandschutz, 19 Übertretungen bei 130 Kontrollen von Arbeitsvorgängen, Arbeitsplätzen und Bildschirmarbeit sowie 15 Übertretungen bei 27 Kontrollen bezüglich Elektroschutz und elektromagnetischer Felder. Im Unterrichtswesen gab es 131 Übertretungen im Rahmen von 389 Kontrollen hinsichtlich Arbeitsstättengestaltung, Flucht, Erste Hilfe und Brandschutz und in der Branche Kunst, Unterhaltung und Erholung gab es 129 Übertretungen bei 179 Kontrollen bezogen auf Präventivdienste und Sicherheitsvertrauenspersonen.

**Tabelle 33: ANSch – Festgestellte Übertretungen**

2021	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl Arbeitszeitübertretungen <sup>1</sup> (Kontrollen)	1.553 (11.892)	1.451 (11.335)	52 (1.451)	0-393 (0-3.272)
Anzahl Übertretungen Brand- und explosionsgefährliche Stoffe <sup>2</sup> (Kontrollen)	715 (2.095)	655 (1.920)	60 (175)	0-213 (0-398)
Anzahl Übertretungen Evaluierung psychischer Belastungen <sup>3</sup> (Kontrollen)	565 (2.613)	535 (2.381)	30 (232)	0-139 (0-625)



2021	Gesamt	Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl Übertretungen Arbeitsmittel <sup>4</sup> (Kontrollen)	4.253 (16.827)	3.760 (15.117)	493 (1.710)	0-1.953 (0-7.702)
Anzahl Übertretungen Arbeitsstätten - Gestaltung, Flucht, Erste Hilfe; Brandschutz <sup>5</sup> (Kontrollen)	8.691 (31.226)	8.135 (29.280)	556 (1.946)	0-2.661 (0-8.224)
Anzahl Übertretungen Arbeitsstoffe <sup>6</sup> (Kontrollen)	2.667 (7.985)	2.404 (7.241)	263 (744)	0-863 (0-2.526)
Anzahl Übertretungen Arbeitsvorgänge, Arbeitsplätze, Bildschirmarbeit <sup>7</sup> (Kontrollen)	1.541 (17.590)	1.302 (15.978)	239 (1.612)	0-450 (0-5.117)
Anzahl Übertretungen Elektroschutz, Elektromagnetische Felder <sup>8</sup> (Kontrollen)	1.234 (7.008)	1.172 (6.431)	62 (577)	0-537 (0-3.039)
Anzahl Übertretungen Lärm und Vibrationen, optische Strahlung <sup>9</sup> (Kontrollen)	194 (1.698)	172 (1.509)	22 (189)	0-75 (0-475)
Anzahl Übertretungen Persönliche Schutzausrüstung <sup>10</sup> (Kontrollen)	1.953 (14.451)	1.771 (12.902)	182 (1.549)	0-1.159 (0-8.944)
Anzahl Übertretungen Präventivdienste, Sicherheitsvertrauenspersonen <sup>11</sup> (Kontrollen)	6.181 (14.729)	6.124 (14.087)	57 (642)	0-1.284 (0-3.490)

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (NACE REV 2.0: <sup>1/2/3/4/5/6/7/8/9/10/11</sup>): Land- und Forstwirtschaft, Fischerei (A: 18/3/1/36/57/28/20/1/15/35/113); Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (B: 5/1/1/49/78/95/9/8/1/2/15); Herstellung von Waren (C: 153/187/102/1.036/1.642/783/450/184/75/269/575); Energieversorgung (D: 16/1/3/13/32/6/5/5/0/4/16); Wasserversorgung, Abwasser- und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen (E: 10/12/7/65/82/46/40/14/1/35/33); Bau (F: 169/213/51/1.953/853/863/363/537/50/1.159/933); Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (G: 393/169/139/499/2.661/329/214/196/22/172/1.284); Verkehr und Lagerei (H: 118/41/32/366/652/65/189/61/8/83/325); Beherbergung und Gastronomie (I: 385/26/63/75/991/99/54/86/5/18/1.108); Information und Kommunikation (J: 7/1/11/3/96/3/6/9/1/4/197); Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (K: 3/0/8/0/42/2/7/5/0/0/56); Grundstücks- und Wohnungswesen (L: 2/0/2/5/36/2/4/6/2/2/51); Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen (M: 46/11/30/23/290/69/29/34/2/12/364); Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen (N: 71/12/34/29/195/64/38/20/4/56/365); Öffentliche Verwaltung, Verteidigung, Sozialversicherung (O: 0/7/8/9/98/8/19/15/0/1/19); Erziehung und Unterricht (P: 9/6/13/12/131/25/11/8/2/5/88); Gesundheits- und Sozialwesen (Q: 73/16/37/51/397/114/53/19/2/40/259); Kunst, Unterhaltung und Erholung (R: 14/4/8/14/136/21/12/11/1/11/129); Erbringung von sonstigen Dienstleistungen (S: 61/5/15/15/240/45/18/15/3/45/251); Private Haushalte mit Hauspersonal, Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte

für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt (T: 0/0/0/0/0/0/0/0/0/0); Quelle: Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat des BMA.

6.1.1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

6.1.1.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

6.1.1.1.4 Säulenübergreifend

Langanhaltender oder chronischer Stress kann zu ernstzunehmenden psychischen und körperlichen Erkrankungen führen. Stresserleben steht immer auch in Bezug zu den erlebten Belastungen außerhalb des Betriebes, da der Mensch in seiner Gesamtheit zu betrachten ist. Um das Vorliegen gesunder und sicherer Arbeitsbedingungen (TZ 6) zu überprüfen, wurden für TZ 6 zwei säulenübergreifende Indikatoren herangezogen: Stresserleben am Arbeitsplatz sowie die Einschätzung der Arbeitsbedingungen von erwerbstätigen Personen zwischen 50 und 64 Jahren. In Tabelle 34 sind die Anteile der EWCTS Befragten dargestellt, bei denen die arbeitsbezogenen Anforderungen die verfügbaren Ressourcen übersteigen. Dies ist bei Arbeitnehmer\*innen (23%) eher der Fall als bei Selbständigen (20%). Geschlechterunterschiede liegen nicht vor. Mit steigendem Alter (bzw. in älteren Generationen) zeigt sich ein leichter Rückgang der Belastung (von 25 auf 21% bzw. von 22 auf 17%). Arbeitnehmer\*innen in Gesundheits- und Sozialberufen sind in einem besonders hohen Ausmaß Belastungen am Arbeitsplatz ausgesetzt (43%). Bei Selbständigen sind aufgrund der geringen Gruppengrößen keine validen Branchenvergleiche möglich.

**Tabelle 34: SÜ – Stresserleben am Arbeitsplatz**

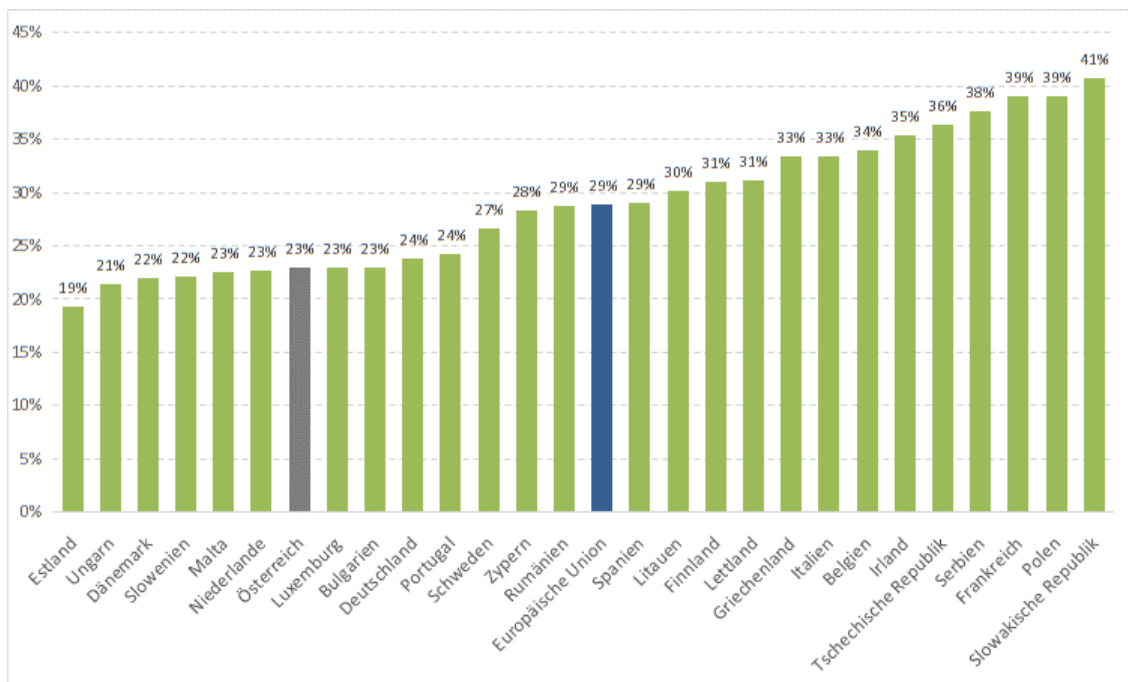
2021	Gesamt	Geschlecht		Alter			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	<35	35-49	50+	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil der Angestellten, bei denen die arbeitsbezogenen Anforderungen die Ressourcen übersteigen	23%	23%	23%	25%	23%	21%	22%	26%	(A: 9%, Q: 43%)

2021	Gesamt	Geschlecht		Alter			Betriebsgröße		Branche Bandbreite	
		Frauen	Männer	<35	35-49	50+	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)		
Anteil der Selbständigen, bei denen die arbeitsbezogenen Anforderungen die Ressourcen übersteigen		20%	20%	20%	22%	22%	17%	-	-	(F/N/P: 0%, H: 100%)

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; MA = Mitarbeitende. Einteilung anhand der an der Arbeitsstelle tätigen Personen. Alle Angaben in Prozent. Branche (NACE REV 2.0: 1/2 %): Landwirtschaft (A: 9/38); Industrie (B-E: 24/19); Bau (F: 24/0); Verkehr und Lagerei (H: 25/100); Gastgewerbe (I: 22/18); Finanzdienstleistungen (N: 12/0); andere Dienstleistungen (M, S, T: 15/10); Öffentliche Verwaltung (O: 14/-); Bildung und Unterricht (P: 27/0); Gesundheit und Soziales (Q: 43/9); Nettostichprobengröße: n = 1.779 (Arbeitnehmer\*innen: n = 1.583/Selbständige: n = 188/keine Angabe oder weiß nicht: n = 8); Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 28.2.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

In Abbildung 8 sind die länderbezogenen Anteile der EWCTS dargestellt, bei denen die arbeitsbezogenen Anforderungen die verfügbaren Ressourcen übersteigen. Insgesamt liegt Österreich mit 23% unterhalb des europäischen Durchschnitts von 29% und somit auf Platz 7 von 27 Ländern (Abbildung 8).

**Abbildung 8: SÜ – Stress am Arbeitsplatz (europäischer Vergleich)**



Anmerkungen: Alle Angaben in Prozent. Quelle: Eurofound (2022b) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-telephone-survey-2021-data-visualisation> (Zugriff: 12.4.2023). Ergänzende Berechnungen: IfGP.

Eine gute Arbeitsplatz- und Tätigkeitsgestaltung trägt zur Gesundheit der Mitarbeiter\*innen bei und kann ihre Beschäftigungsfähigkeit erhalten (Green & Mostafa, 2012). Tabelle 35 veranschaulicht, wie ältere erwerbstätige Personen (zwischen 50 und 64 Jahren) ihre Arbeitsbedingungen im Jahr 2020 einschätzten. Der Index vereint dabei die Einschätzungen zur Einkommensgerechtigkeit, zu Jobperspektiven, zur Aneignung neuer Fähigkeiten, zur Autonomie, zur sozialen Unterstützung und Anerkennung sowie zur körperlichen Anstrengung und Zeitdruck. Bei einer Normierung des Index auf Werte zwischen 0 (schlechteste Ausprägung) bis 100 (bestmögliche Ausprägung) lag die mittlere Einschätzung der Arbeitsbedingungen im Jahr 2020 bei 59,4 Punkten, wobei Männer (60,5) ihre Arbeitsbedingungen als besser einschätzten als Frauen (58,4). Insgesamt sind diese Daten jedoch vorsichtig zu interpretieren, da die Befragungen im Jahr 2020 pandemiebedingt vorzeitig gestoppt wurden. Infolgedessen fällt die Kohorte für 2020 klein aus, wobei insbesondere jüngere Personen in der Stichprobe unterrepräsentiert sind.

**Tabelle 35: SÜ – Arbeitsbedingungen älterer erwerbstätiger Personen**

2020 (CATI)	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Einschätzung der Arbeitsbedingungen durch ältere erwerbstätige Personen (50-64 Jahre) (Wertebereich: 0 [-] bis 100 [+]; Mittelwert)	59,4 <sup>1</sup>	58,4 <sup>2</sup>	60,5 <sup>3</sup>			45-70 <sup>4</sup>

Anmerkungen: <sup>1</sup> N = 92, <sup>2</sup> N = 48, <sup>3</sup> N = 44, <sup>4</sup> N = 81; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; CATI = computer assisted telephone interviewing; Branche: Herstellung von Waren (C: 45); Bau (F: 53,3); Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (G: 61,7); Beherbergung und Gastronomie (I: 63,3) Erbringung von gemeinschaftlichen, sozialen und personalen Dienstleistungen (M/N/O/S: 70); Erziehung und Unterricht (P: 56,7); Gesundheits- und Sozialwesen (Q: 70); Quelle: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Wortlaut der Fragen: *Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt/Einkommen für angemessen. Die Aufstiegschancen/Chancen für ein berufliches Weiterkommen/Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht. Mein Arbeitsplatz ist gefährdet. Ich habe die Möglichkeit, mir neue Fertigkeiten anzueignen. Ich habe kaum die Möglichkeit, selbst zu bestimmen, wie ich meine Arbeit gestalte. Ich erhalte in schwierigen Situationen angemessene Unterstützung. Für meine Arbeit erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend. Wegen des hohen Arbeitsaufkommens stehe ich ständig unter Zeitdruck.* Jeweils mit den Antwortoptionen: *Stimme stark zu - stimme zu - stimme nicht zu - stimme überhaupt nicht zu.* Berechnungen: IfGP.

### 6.1.1.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Indikatoren betreffend gefährliche Arbeitsbedingungen, verbale/sexuelle Belästigung, Mobbing und körperlicher Gewalt, Stress am Arbeitsplatz, Arbeitsbedingungen älterer Personen sowie die Zahlen festgestellter Übertretungen sind grundsätzlich für ein fortlaufendes Monitoring geeignet.

Pandemiebedingte Unterschiede in Erhebungsmethoden bzw. jährliche Schwerpunktsetzungen sind im Falle von weiteren Vergleichen zu berücksichtigen. Die Erhebungsmethode bei der Erfassung hochsensibler Daten (z.B. Gewalterfahrungen) ist bei der Interpretation der Daten zu beachten.

Die Indikatoren zu gefährlichen Arbeitsbedingungen (Tabelle 30), zur verbaler/sexueller Belästigung, Mobbing und körperlicher Gewalt (Tabelle 36) sowie zu Stress am Arbeitsplatz (Tabelle 34) entstammen den Datensätzen der EWCTS-Erhebung aus dem Jahr 2021, welche als verlässlich einzustufen sind. Die Stichprobe der Angestellten ist mit über 1.000 Befragten als repräsentativ einzustufen. Bei Selbständigen fällt die Gruppe der Befragten mit weniger als 200 Befragten geringer aus, wodurch insbesondere Alters-, Geschlechts- und Branchenvergleiche nur eingeschränkt möglich sind. Daten zur Betriebsgröße stellen Annäherungswerte dar, da in der Befragung nur nach den an der jeweiligen Arbeitsstelle tätigen Personen, aber nicht explizit nach der Unternehmensgröße gefragt wurde. Die Repräsentativität der Daten in Tabelle 31 ist zusätzlich durch ein mögliches „Underreporting“ eingeschränkt. Die Datenerhebung erfolgte mittels telefonischer Interviews, sodass im Hinblick auf die hochsensible und persönliche Natur dieser Auskunft davon auszugehen ist, dass die tatsächliche Anzahl von Gewalt-, Belästigungs- und Mobbingereferenzen höher liegt (vgl. Smith, Adler & Tschann, 1999; Durant, Carey & Schroder, 2002).

Die Zahlen festgestellter Übertretungen (Tabelle 33) entstammen den Aufzeichnungen der Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat des BMAW und können daher als qualitätsgesichert gelten. Bei den seitens der Arbeitsinspektion zur Verfügung gestellten Daten handelt es sich um Tätigkeitsdaten, die zur Steuerung der Arbeitsinspektorate herangezogen werden. Sie geben Auskunft über den Vollzug sowie über Compliance und werden zudem auch zur Erfüllung nationaler und internationaler Berichtspflichten herangezogen. Werden sie als fortlaufender Indikator im Sinne eines Monitorings herangezogen, ist zu berücksichtigen, dass jährliche nationale (aber auch regionale) Schwerpunktsetzungen einen Vergleich etwa hinsichtlich Kontrollthemen erschweren bzw. beeinträchtigen können.

Für den Indikator zu Arbeitsbedingungen älterer Personen (Tabelle 35) liegen entsprechende Daten aus der SHARE-Erhebung 2020 vor. Die Methode bei der Erhebung der Arbeitsbedingungen älterer Personen (Umfragedaten) ist im vorliegenden Fall als zweckmäßig einzustufen, da die subjektive Wahrnehmung von zentraler Bedeutung für das Stresserleben am Arbeitsplatz und in weiterer Folge die eigene Gesundheit ist (siehe z.B. Lazarus & Folkman, 1984; Kasl, 1984). Diese Daten sind damit grundsätzlich qualitätsgesichert und für ein Monitoring geeignet. Insgesamt sind die SHARE-Daten von 2020 für Österreich jedoch vorsichtig zu interpretieren, da die Befragungen im Jahr 2020 pandemiebedingt vorzeitig gestoppt wurden. Infolgedessen fällt die Kohorte für 2020 klein aus, wobei insbesondere jüngere Personen in der Stichprobe unterrepräsentiert sind.

Die Indikatorenwerte zu gefährlichen Arbeitsbedingungen (Tabelle 30), verbaler oder sexueller Belästigung sowie körperlicher Gewalt Mobbing (Tabelle 31), dem Stresserleben am Arbeitsplatz (Tabelle 34) sowie Dokumentationen zu festgestellten Übertretungen und Kontrollen durch die Arbeitsinspektion (Tabelle 33 und 40) bilden unter Berücksichtigung obengenannter Einschränkungen repräsentative Basiswerte für fortlaufendes Monitoring. Für Daten der EWCTS (Tabelle 30, Tabelle 31 und Tabelle 34) ist die Erhebungsmethode der Telefonbefragung bei der Interpretation zu berücksichtigen. Es gibt branchenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Arbeitsbedingungen und der damit verbundenen Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten.

### Fazit und Empfehlungen

- Die Indikatorenwerte basieren auf qualitätsgesicherten Daten der EWCTS-Erhebung sowie der Sektion II Arbeitsrecht und Zentral-Arbeitsinspektorat des BMAW und erlauben ein fortlaufendes Monitoring.
- Die Vergleichbarkeit der von der Arbeitsinspektion zur Verfügung gestellten Indikatoren ist zukünftig u. U. durch nationale oder regionale Schwerpunktsetzungen eingeschränkt.
- Die erhobenen Daten aus 2020/2021 die EWCTS- und SHARE- Erhebung betreffend sind pandemiebedingt nur vorsichtig bei weiteren Vergleichen zu interpretieren.

#### 6.1.1.3 Bewertung

Österreich liegt bei den meisten der hier berichteten Indikatoren auf Basis der EWCTS im europäischen Mittelfeld. Kontrollen durch die Arbeitsinspektion legen Handlungsbedarf bei der Gestaltung sicherer Arbeitsplätze nahe.

Zur weiteren Evaluation der Zielerreichung wird die Aufnahme weiterer Indikatoren der Säulen BGF und BEM empfohlen. Im Falle sensibler Fragestellungen (z.B. nach Erlebnissen sexueller Belästigung) ergeht die Empfehlung einer anonymen und/oder schriftlichen Erhebung, um repräsentative und valide Auskünfte zu erhalten.

Obwohl Österreich im internationalen Vergleich gut abschneidet, legen die Ergebnisse der EWCTS aus dem Jahr 2021 zu gefährlichen Arbeitsbedingungen (Tabelle 30) nahe, dass ein substantieller Anteil der Beschäftigten in Österreich gefährlichen Arbeitsbedingungen ausgesetzt ist. Im Vergleich zur Befragung aus dem Jahr 2015 ist der Anteil um 2% gestiegen. Besonders in Gesundheits- und Sozialberufen fühlen sich Angestellte in ihrer Gesundheit und Sicherheit bedroht. Diese Branche zeigt auch im Hinblick auf verbale Belästigung, körperliche Gewalt bzw. Mobbing sowie Stress am Arbeitsplatz ein hohes Risiko. Insgesamt liegt Österreich bei diesen Indikatoren beim europäischen Durchschnitt, in Bezug auf körperliche Gewalt am Arbeitsplatz schneidet Österreich etwas besser ab<sup>31</sup>. In den Zahlen der festgestellten Übertretungen durch die Arbeitsinspektion im Jahr 2021 zeigen

---

<sup>31</sup> Bei der Interpretation der Ergebnisse einer länderübergreifenden Erhebung ist mit Bedacht vorzugehen. Erstens gibt es bei internationalen Erhebungen mit vorcodierten Befragungen immer wieder Schwierigkeiten bei der Übertragung der

sich ebenfalls branchenspezifische Differenzen, wobei der Einfluss der Branchengröße jedoch nicht berücksichtigt wurde (Tabelle 33).

Im Berichtsjahr 2021 wurden seitens der Arbeitsinspektion (in Klammern: Zahlen 2020) 25.948 (29.608) Arbeitsstätten, 10.633 (10.177) Unternehmen auf Baustellen und 1.487 (879) auswärtige Arbeitsstellen von den Arbeitsinspektoren und Arbeitsinspektorinnen besucht. Dabei wurden 41.592 (43.362) Kontrollen durchgeführt, bei denen je nach Anlassfall Übersichtskontrollen, Überprüfungen bestimmter Themenbereiche oder Schwerpunkterhebungen, auch im Zusammenhang mit Verhandlungen und Beratungen, erfolgten. Ferner wurden 34.043 (36.136) Beratungen und Vorbesprechungen betrieblicher Projekte durchgeführt sowie 39.999 (39.669) arbeitsinspektionsärztliche Beurteilungen und Beratungen und 18.449 (13.981) sonstige Tätigkeiten (wie Zusammenarbeit mit anderen Behörden und sonstigen Stellen, Teilnahme an Tagungen und Schulungen) vorgenommen. Bei 42,5% (36,5%) aller Kontrollen wurden Übertretungen von Arbeitsschutzvorschriften festgestellt und die Arbeitgeber\*innen erforderlichenfalls über die Möglichkeiten zur effizienten Behebung dieser Mängel beraten sowie bei Vorliegen schwerwiegender Übertretungen oder im Wiederholungsfall sofortige Strafanzeigen erstattet. Von den insgesamt 58.414 (50.211) Übertretungen (ohne Kontrollen von Lenker\*innen) betrafen 54.330 (46.191) den technischen und arbeitshygienischen Arbeitsschutz und 4.084 (4.020) den Verwendungsschutz. Insgesamt mussten 883 (674) Strafanzeigen erstattet werden.<sup>32</sup> Ab dem Berichtsjahr 2022 wird bei der Arbeitsinspektion erstmals das Tätigkeitsthema „Muskel- und Skeletterkrankungen“ ausgewiesen.

Im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) wird die „Integration von Sicherheit und Gesundheit als Querschnittsthema in betrieblichen Routinen“ aufgeführt. Im Hinblick auf die Sicherheit kommt dem Arbeitnehmer\*innenschutz hier eine tragende Rolle zu, die sich auch in der Anzahl der Indikatoren dieser Säule widerspiegelt. Zum Ziel der Gesundheit der Beschäftigten können Maßnahmen aus allen drei BGM-Bereichen beitragen. Eine Annäherung an das Ziel „Sicherheit und Gesundheit als Teil der Unternehmenspolitik, als betriebliches Ziel und Managementaufgabe zu sehen“ wird sich voraussichtlich in allen hier aufgeführten Indikatoren positiv niederschlagen.

## Fazit und Empfehlungen

- Angestellte in Gesundheits- und Sozialberufen zeigen lt. EWCTS ein besonders hohes Risiko, unsicheren Arbeitsbedingungen sowie verbaler Belästigung, körperlicher Gewalt bzw. Mobbing oder Stress am Arbeitsplatz ausgesetzt zu sein.
- Die Arbeitsinspektion ist die größte gesetzlich beauftragte Organisation zur Bekämpfung von Defiziten im Sicherheits- und Gesundheitsschutz bei der Arbeit in Österreich. Durch eine bundesweit homogene Vollzugspraxis werden die Ansprüche nach gleichen Rechten und

---

Fragen in verschiedene Sprachen, Kulturen und Kontexte. Was unter Begriffen wie „Stress“ oder „sexuelle Belästigung“ verstanden wird, unterliegt nach wie vor (erheblichen) kulturellen Unterschieden. Daher ist davon auszugehen, dass hinsichtlich der Vergleichbarkeit bei komplexen Begriffen, gewisse Einschränkungen bestehen. Zweitens sollte man sich bei der Betrachtung der Gesamtwerte für die 27 EU-Länder vor Augen führen, dass über die Hälfte der Beschäftigten in Europa in wenigen Ländern tätig sind, die daher die Durchschnittswerte in erheblichem Maße beeinflussen.

<sup>32</sup> Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion im Jahr 2021 (Kurzbericht), Seite 4.

fairem Wettbewerb in der Arbeitswelt sichergestellt. Die Arbeitsinspektion trägt zur Vermeidung von Unfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen, Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes und gesellschaftlichen Akzeptanz des Arbeitsschutzes bei.

- Es ergeht die **Empfehlung**, Indikatoren der Säulen BGF und BEM zu ergänzen, um eine vollumfassende Bewertung der Effektivität der Maßnahmen gewährleisten zu können.
- Bezüglich Auskünften zu sensiblen Daten wie Gewalt-, Belästigungs- und Mobbingverfahren ergeht die **Empfehlung**, sich auf alternative Erhebungsmethoden zu stützen, um die Dunkelziffer zu minimieren.



## 6.1.2 TZ 7: Arbeitszufriedenheit stärken

Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und beanspruchungsoptimal gestaltete Arbeitstätigkeiten sind wichtige Voraussetzungen damit erwerbstätige Menschen „in ihrer Arbeit gesund bis ins Pensionsalter kommen“ (BMAFJ, 2020b, S. 4).

Arbeitszufriedenheit ist eine positive Einstellung gegenüber der eigenen Tätigkeit bzw. ihrer Teilaspekte, die aus der subjektiven Bewertung der Arbeitssituation hervorgeht (Judge, Zhang & Glerum, 2008; Spector, 1997). Die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeiter\*innen hat eine hohe praktische Relevanz und zeigt u.a. positive Zusammenhänge mit der Arbeitsleistung und -motivation sowie dem Commitment und der Gesundheit der Beschäftigten (Faragher, Cass & Cooper, 2005; Felfe & Six, 2006; Ostroff, 1992).

Darüber hinaus ist die Arbeitszufriedenheit ein wichtiger Prädiktor für das allgemeine Wohlbefinden, der Menschen auch außerhalb des Arbeitslebens (Eurofound 2012, S. 13). „Die Arbeitszufriedenheit ist vor diesem Hintergrund damit auch von einem allgemeinen politischen Interesse“ (Hammermann & Stettes, 2017, S. 7).

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 7 beobachtet und gemessen werden, inwieweit Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dazu beitragen, die Arbeitszufriedenheit in Österreich zu stärken.**

### 6.1.2.1 Indikatoren

Als säulenübergreifende Indikatoren zum Monitoring werden die (Allgemeine) Berufszufriedenheit (ein Subindex aus dem Teilindex Arbeit des Arbeitsklima Index Österreich), die Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Hauptberuf der Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) sowie die Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung der European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) herangezogen. Den Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) sind keine Indikatoren zum Monitoring zugeordnet.

#### 6.1.2.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

#### 6.1.2.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

### 6.1.2.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

### 6.1.2.1.4 Säulenübergreifend

Der Arbeitsklima Index wurde von der Arbeiterkammer Österreich gemeinsam mit dem Institut für Empirische Sozialforschung (IFES) und dem Institut for Social Research and Analysis (SORA) entwickelt. Der Gesamtindex umfasst die vier Teilindizes Gesellschaft, Betrieb, Arbeit und Erwartungen. Im Teilindex Arbeit wird u.a. die allgemeine Berufszufriedenheit erfasst, die auf 100 normiert und in Tabelle 36 dargestellt ist. Im Jahr 2021 liegt der Gesamtmittelwert der allgemeinen Berufszufriedenheit bei 75. Frauen (75) zeigen geringfügig höhere Arbeitszufriedenheitswerte als Männer (74). Zwischen kleineren Unternehmen (bis 249 Mitarbeiter\*innen) und größeren (ab 250 Mitarbeiter\*innen) gibt es keinen Unterschied. Bezogen auf die einzelnen Branchen finden sich der höchste Zufriedenheitswert in der Branche Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung (79) und der niedrigste in der Branche Industrie und Gewerbe (73).

**Tabelle 36: SÜ – Arbeitszufriedenheit: Teilindex Arbeit - Arbeitsklima Index**

Jahr	Gesamt	Geschlecht		Alter in Jahren				Betriebsgröße		Branche <sup>1</sup> Bandbreite
		Frauen	Männer	15-25	26-35	36-49	50+	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
2021	75	75	74	73	74	75	76	73	73	73-79

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen. Die (Allgemeine) Berufszufriedenheit ist ein Subindex aus dem Teilindex Arbeit des Arbeitsklima Index Österreich; die allgemeine Berufszufriedenheit ist auf 100 normiert. Skala: 1 = sehr zufrieden, 5 = gar nicht zufrieden, 6 = keine Angabe; Der Arbeitsklima Index beruht auf Befragungen von Stichproben unselbständig erwerbstätiger Personen in ganz Österreich. Zur Erhebung der Daten werden vierteljährlich jeweils 900 Arbeitnehmer/-innen in ganz Österreich befragt. Jeweils zwei Erhebungswellen, also insgesamt 1800 Interviews, werden zur Neuberechnung des Index herangezogen, die halbjährlich (Mai und November) stattfindet. Dazwischen (Februar und September) gibt es Sonderauswertungen zu besonderen Aspekten des Index. Die Werte für den vorliegenden Subindex beruhen auf den Sonderauswertungen im Februar des jeweiligen Jahres; <sup>1</sup> Daten werden für folgende Branchen ausgewiesen: Industrie und Gewerbe, Verkehr / Nachrichtenwesen, Bauwesen, Unterrichtswesen, Unternehmensnahe Dienstleistungen, Groß- und Einzelhandel, Öffentliche Verwaltung und Sozialversicherung, Tourismus, Gesundheits- u. Sozialwesen und Sonstige; die erhobenen Daten bezogen auf die Einzelberufe werden den Branchen zugeordnet, jedoch nicht entlang der Wirtschaftstätigkeitenklassifikation (ÖNACE 2008); für einige Branchen liegen keine Daten vor; es sind dies: 2021: Bauwesen, Unterrichtswesen, Unternehmensnahe Dienstleistungen; Quelle: <http://db.arbeitsklima.at/> Berechnungen Betriebsgröße: AK Oberösterreich.

Die Umfrageergebnisse des EWCS liefern ein umfassendes Bild über den Arbeitsalltag von Männern und Frauen in Europa. Dabei wird u.a. eine Frage zur Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Hauptberuf gestellt (Tabelle 37). Im Jahr 2015 waren insgesamt 93% der Befragten (sehr) zufrieden

mit ihren Arbeitsbedingungen. Frauen waren häufiger sehr zufrieden (46%; zufrieden: 47%) als Männer (37%; zufrieden: 56%). Die höchsten Zufriedenheitswerte ergaben sich in der Finanz- und Dienstleistungsbranche (96% zufrieden oder sehr zufrieden), die niedrigsten in der Bau- und Verkehrsbranche (89%).

**Tabelle 37: SÜ – Arbeitszufriedenheit: EWCS**

	Jahr	Gesamt	Geschlecht		Alter in Jahren			Branche Bandbreite
			Frauen	Männer	bis 35	35-49	ab 50	
Allgemeine Zufriedenheit mit den Arbeits- bedingungen im Hauptberuf (EWCS)	2015	93 <sup>1</sup> 41 <sup>2</sup> 52 <sup>3</sup>	93 46 47	93 37 56	91 47 44	93 40 53	94 37 57	89-96 34-44 47-56
	2021	--	--	--	--	--	--	--

Anmerkung: Alle Angaben in Prozent. <sup>1</sup> Zustimmungssatz (Prozentsatz der Personen, die (sehr) zufrieden sind) <sup>2</sup> prozentualer Anteil „Sehr zufrieden“ <sup>3</sup> prozentualer Anteil „Zufrieden“; Skala: 1 = Sehr zufrieden, 2 = Zufrieden, 3 = Nicht sehr zufrieden, 4 = Überhaupt nicht zufrieden; Branche (NACE REV 2.0: %<sup>1</sup>/%<sup>2</sup>/%<sup>3</sup>): Landwirtschaft und Industrie (A bis E: 95/39/56); Handel und Gastgewerbe (G, I: 94/43/51); Bau und Verkehr (F, H, J: 89/34/55); Finanz und andere Dienstleistungen (K bis N, R bis U: 96/44/52); Öffentliche Verwaltung, Bildung und Gesundheit (O bis Q: 90/43/47); Nettostichprobengröße: n = 1.028; Quelle: Eurofound (2022a) und <https://www.eurofound.europa.eu/data/european-working-conditions-survey> (Zugriff: 25.4.2022); Eurofound (2022b).

Im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsstatistiken zu Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) wird die Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung erfasst (Tabelle 38). Im Jahr 2020 lag die mittlere Bewertung bei 7,8 Punkten, wobei Männer (7,9) geringfügig zufriedener waren als Frauen (7,8). Im Jahr 2021 lag die Zufriedenheit der Frauen etwas höher (8,0), die der Männer etwas niedriger (7,7). Am Gesamtmittelwert von 7,8 für das 2021 hat sich dadurch im Vergleich zum Vorjahr (2020: 7,8) nichts verändert. Branchenspezifische Daten liegen nicht vor.

**Tabelle 38: SÜ – Arbeitszufriedenheit: EU-SILC**

	Jahr	Gesamt	Geschlecht		Alter in Jahren				Branche Bandbreite
			Frauen	Männer	bis 17	18-34	35-49	50-64	
Zufriedenheit Haupt- beschäftigung (EU-SILC) (Mittelwert)	2020 <sup>1</sup>	7,8	7,8	7,9	7,8	7,6	7,6	7,7	Keine Daten verfügbar
	2021 <sup>1</sup>	7,8	8,0	7,7	7,8	7,5	7,5	7,7	

Anmerkung: Operationalisierung lt. Operationalisierungsdokument liegt aktuell tlw. nicht vor; Skala: 0 = überhaupt nicht zufrieden, 10 = vollkommen zufrieden. Befragt wurden nur Personen ab 16 Jahren, bei Fremdauskünften wurde die Frage nicht gestellt, aber durch die Gewichtung ausgeglichen. Fehlende Werte aufgrund von Verweigerungen oder Nicht-Wissen wurden nicht imputiert und werden aus der Analyse ausgeschlossen. Aus diesem Grund schwanken auch die Fallzahlen. Das Ausmaß dieser fehlenden Angaben ist jedoch vernachlässigbar. <sup>1</sup> Erwerbsalter: Allgemein 18 bis 64 Jahre; Pensionsalter: 65+ Jahre; Für die Berichtsjahre seit 2019 sind die dem Tabellenband zugrundeliegenden Alterskategorien:

bis 17 Jahre, 18 – 34 Jahre, 35 – 49 Jahre, 50 – 64 Jahre und 65 Jahre +. Nettostichprobengröße:  $n_{2020} = 6.021$  Haushalte;  $n_{2021} = 6.018$  Haushalte. Quelle: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2015 bis 2020 bzw. EU-SILC 2019 bis 2021.

### 6.1.2.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Indikatoren „(Allgemeine) Berufszufriedenheit“ (ein Subindex aus dem Teilindex Arbeit des Arbeitsklima Index Österreich) und „Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung“ (EU-SILC) beruhen auf repräsentativen und qualitätsgesicherten Daten und sind für ein Monitoring gut geeignet. Der Subindikator „Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen“ im Hauptberuf wurde in der EWCTS von 2021 nicht mehr erhoben und steht derzeit nicht mehr zur Verfügung.

Die Daten zur Arbeitszufriedenheit entstammen dem Teilindex allgemeine Berufszufriedenheit des Arbeitsklima Index (Tabelle 36), des EWCS (Tabelle 37) sowie der EU SILC (Tabelle 38). Die Daten aus Tabelle 36 entstammen dem frei zugänglichen Visualisierungstool auf der Homepage der Arbeiterkammer sowie ergänzenden Auswertungen der AK Oberösterreich. Sie sind somit als verlässlich und aktuell einzustufen. Die Tabelle 37 enthält die letztverfügbaren Daten der EWCS-Ehebungswelle aus 2015. Diese Daten sind im Vergleich zu jenen des Arbeitsklima Index nicht aktuell, können aber als Anhaltspunkt dienen, sofern sie den Daten des Teilindex allgemeine Berufszufriedenheit des Arbeitsklima Index (Tabelle 36) aus dem Jahr 2015 gegenübergestellt werden. In der EWCTS von 2021 wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Hauptberuf nicht mehr gestellt. In Tabelle 38 liegen Daten der Statistik Austria für das Jahr 2020 vor. Hier ist von hoher Datenqualität auszugehen. Alle verbleibenden Indikatoren stellen repräsentative Basiswerte dar, die für ein Monitoring gut geeignet sind.

#### Fazit und Empfehlungen

- In der EWCTS von 2021 wurde die Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Hauptberuf nicht mehr gestellt.
- Die verbleibenden Indikatoren „(Allgemeine) Berufszufriedenheit“ (ein Subindex aus dem Teilindex Arbeit des Arbeitsklima Index Österreich) und „Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung“ (EU-SILC) beruhen auf repräsentativen und qualitätsgesicherten Daten und sind für ein Monitoring gut geeignet.
- Es wird **empfohlen**, ergänzend zu Befragungen sog. objektive Arbeitsanalysen einzusetzen.

### 6.1.2.3 Bewertung

Die Arbeitszufriedenheit in Österreich ist insgesamt als eher hoch bis hoch einzustufen. Branchenspezifische Unterschiede lassen sich aufzeigen. Eine allgemeine Einschätzung der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ist ein übergreifender Indikator für die Maßnahmen aller drei Säulen des BGM und wird lt. Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) explizit als Messgröße für die Wirksamkeit der Maßnahmen angeführt. Hohe Werte zeigen an, dass die Situation in allen bzw. den allermeisten Bereichen der Arbeit von den Befragten als (sehr) zufriedenstellend eingestuft wurde. Niedrige Werte geben jedoch keinen Aufschluss darüber, an welchen Stellen Defizite vorliegen. Es wird **empfohlen**, sog. objektive Arbeitsanalysen ergänzend zu Befragungen einzusetzen. Im Idealfall kann dadurch die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und beanspruchungsoptimal gestalteter Arbeitstätigkeiten unterstützt und somit ein Beitrag geleistet werden, damit erwerbstätige Menschen gesund in Pension gehen können.

Der 2021 mit dem Arbeitsklima-Teilindex zur allgemeinen Berufszufriedenheit (Tabelle 36) gemessene Wert von 75 Punkten bewegt sich innerhalb der üblichen Schwankungsbreite (75 bis 80 Punkte für die Jahre 1990 bis 2021). Im Jahr 2021 zeigen sich geringfügige alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede. Branchenspezifische Werte liegen 2021 zwischen 73 und 79 Punkten bei einer Normierung von 100. Hierbei gilt es zu beachten, dass die erhobenen Daten zwar den Branchen zugeordnet werden, jedoch nicht entlang der Wirtschaftstätigkeitenklassifikation (ÖNACE). Ebenso gilt es zu beachten, dass nicht für alle Branchen aktuelle Daten vorliegen.

Ähnlich verhält es sich mit der Bewertung der allgemeinen Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen im Hauptberuf bei der EWCS-Erhebung aus dem Jahr 2015 (Tabelle 37): Auch hier zeigen sich bei einem Gesamtwert von 93% zufriedenen Personen nur geringe altersspezifische (Bandbreite 93%-94%) und keine geschlechtsspezifischen Unterschiede (je 93%). Deutlich prägnanter sind branchenspezifische Unterschiede (Bandbreite 89%-96%) mit den höchsten Zufriedenheitswerten in der Finanz- und Dienstleistungsbranche und den geringsten Werten in Bau und Verkehr. Auch hier gilt es zu beachten, dass die Einstufung der Wirtschaftszweige nicht entlang der ÖNACE erfolgte. Ferner ist der Erhebungszeitraum (2015) bei der Interpretation der Daten zu beachten. Im Arbeitsklima Index (siehe oben, Tabelle 36) zeigen sich für 2015 und 2021 vergleichbare Werte.

Auch die Daten der EU SILC in Tabelle 38 zeigen geringfügige alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung. Bei einem Höchstwert von 10 liegt die mittlere Zufriedenheit 2020 bei 7,8 Punkten (Frauen: 7,8; Männer: 7,9; Bandbreite Alter: 7,6 bis 7,8). Branchenspezifische Daten liegen aus dieser Erhebungswelle nicht vor.

Die Zufriedenheit der Mitarbeiter\*innen wird im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) explizit als Messgröße für die Wirksamkeit der Maßnahmen aufgeführt. Eine allgemeine Einschätzung der Zufriedenheit mit der beruflichen Situation ist ein übergreifender Indikator für die Maßnahmen aller drei Säulen des BGM. Hohe Werte zeigen demnach an, dass die Situation in allen bzw. den allermeisten Bereichen der Arbeit von den Befragten als zufriedenstellend eingestuft wurde. Niedrige Werte geben jedoch keinen Aufschluss

darüber, an welchen Stellen Defizite vorliegen. Durch den **empfohlenen** Einsatz sog. objektiver Arbeitsanalysen könnten, ergänzend zu befragungsbasierten Ergebnissen (die z. B. auf einer Frage nach der Zufriedenheit mit der Hauptbeschäftigung beruhen), weitere Daten erhoben werden, die bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und beanspruchungsoptimal gestalteter Arbeitstätigkeiten unterstützen können. Dadurch kann ein Beitrag geleistet werden, damit erwerbstätige Menschen gesund in Pension gehen können.

**Fazit und Empfehlungen:**

- Die Arbeitszufriedenheit in Österreich ist insgesamt als eher hoch bis hoch einzustufen.
- Es lassen sich branchenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit feststellen.
- Es wird **empfohlen**, sog. objektive Arbeitsanalysen ergänzend zu Befragungen einzusetzen. Im Idealfall kann dadurch die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und beanspruchungsoptimal gestalteter Arbeitstätigkeiten unterstützt und somit ein Beitrag geleistet werden, damit erwerbstätige Menschen gesund in Pension gehen können.

### 6.1.3 TZ 8: Gesundheit und Arbeitsfähigkeit nachhaltig verbessern

Die bisherigen Outcome-Ziele TZ 6 (gesunde und sichere Arbeitsbedingungen schaffen) und TZ 7 (Arbeitszufriedenheit stärken) tragen bei Erreichung unmittelbar zur Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter\*innen (TZ 8) bei. Arbeitsunfähigkeit kann zu Einkommensausfällen führen und den Lebensstandard senken. Sie ist ferner Ursache von Produktionsausfällen und verminderter Wertschöpfung, die sich schließlich auf makroökonomischer Ebene niederschlagen können. Gesundheit wiederum ist für Menschen die Basis eines sinnerfüllten Lebens und Arbeitens sowie die Grundlage für ein langes selbstbestimmtes Leben in guter physischer, psychischer und geistiger Verfassung. Teilziel 8 hat somit direkte Relevanz für die Beschäftigten, die Unternehmen und die Volkswirtschaft.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 8 beobachtet und gemessen werden, inwieweit Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dazu beitragen, dass die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Menschen in Österreich nachhaltig verbessert werden.**

#### 6.1.3.1 Indikatoren

Zur Überprüfung von TZ 8 werden 14 Indikatoren zu Arbeitsunfällen, Krankenständen und Arbeitsunfähigkeit herangezogen. Es werden ausschließlich säulenübergreifende Indikatoren betrachtet; Indikatoren der Säulen ANSch, BGF oder BEM liegen für dieses TZ nicht vor.

##### 6.1.3.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

##### 6.1.3.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

##### 6.1.3.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

##### 6.1.3.1.4 Säulenübergreifend

Im Jahr 2021 werden insgesamt 103.957 Arbeitsunfälle (inkl. Wegunfälle) durch die AUVA (88.521; 2020: 76.082), die BVAEB (11.233; 2020: 11.679) und die SVS (4.203; 2020: 5.245) gezählt. Die AUVA mit 3,2 Mio. erwerbstätigen Versicherten (Arbeiter\*innen: 1,3 Mio.; Angestellte: 1,9 Mio.) zeigt die häufigsten Arbeitsunfälle bei Arbeiter\*innen (70 %), gut ein Viertel (27 %) entfällt auf die Angestellten sowie ein geringer Anteil (3 %) auf freie Dienstnehmer\*innen und sonstige im Schadensfall geschützte Personen. Bei der Zählung durch die BVAEB mit 0,55 Mio. Unfallversicherten entfällt ein Großteil der Arbeitsunfälle auf Angestellte (43%), etwa ein Viertel (23,5%) betrifft

Arbeiter\*innen und knapp ein Drittel (32 %) Beamt\*innen. Dies ist auf das sozialrechtlich unterschiedlich ausgeprägte Versichertenklientel der UV-Träger zurückzuführen (Arbeiter\*innen, Angestellte, Beamte). Bei der SVS mit 0,9 Mio. Pflicht-/Selbstversicherten in der Unfallversicherung entfallen sämtliche Arbeitsunfälle naturgemäß auf Selbstständige. Die AUVA (27,2) zeigt gegenüber der BVAEB (20,3) und der SVS (4,9) die höchste durchschnittliche Unfallrate je 1.000 Versicherte. Gleichzeitig ist aber auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle anzuführen, der bei der AUVA im Jahr 2021 – nach dem Pandemiejahr 2020 – zum tiefsten Stand seit 1974 geführt hat (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Rund sechs von zehn anerkannten Arbeitsunfällen ereignen sich laut AUVA in Klein(st)- und Mittelunternehmen. Mehr als die Hälfte (54,8 %) der Arbeitsunfälle liegen nach der AUVA in den Branchen Herstellung von Waren (C), Bau (F) und Handel bzw. der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (G) vor. Bei der BVAEB sind rund vier von zehn Unfällen (44%) dem öffentlichen Dienst (O) zuzuordnen. Demgegenüber stehen nur zwei Arbeits- und Wegunfälle im Einzelhandel (G). Bezogen auf das branchenspezifische Unfallgeschehen in Österreich, gilt es die branchenabhängigen Beschäftigtenzahlen zur berücksichtigen: bezogen auf je 1.000 Versicherte weist bei der AUVA die Branche Bau (F) die höchste Unfallrate (60,2) auf.

**Tabelle 39: SÜ – Anerkannte Arbeitsunfälle**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	Selbstständige	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl (Rate* je 1.000 Versicherte) der anerkannten Arbeitsunfälle (inkl. Weg- unfälle)	AUVA <sup>1</sup> : 88.521 (27,2) BVAEB <sup>2</sup> : 11.233 (20,3) SVS: 4.203 (4,9) Gesamt: 103.957 (22,7)	AUVA: 61.540 (48,2) BVAEB: 2.639 Gesamt: 64.179	AUVA: 24.162 (12,9) BVAEB: 4.679 Gesamt: 28.841	SVS: 4.203	AUVA: 53.731	AUVA: 34.790	AUVA: U (K): 8 (4,4) – C (F): 18.221 (60,2) BVAEB: G: 2 - O: 4.924 SVS: -

Anmerkungen: \* exkl. sonstige im Schadensfall geschützte Personen;<sup>1</sup> inkl. freie Dienstnehmer\*innen (57), sonstige im Schadensfall geschützte Personen (2.762); <sup>2</sup> inkl. Beamte (3.631), Lehrlinge (282) und freie DienstnehmerInnen (1); KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; BVAEB Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt B: 50, C: 115, D: 4, E: 40, G: 2, H: 2.332, I: 53, J: 27; L: 2, M: 10, N: 20, O: 4.924, P: 1.197, Q: 2.391, R: 49, S: 15; ; AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 905 (35,2), B: 152 (43,4), C: 18.221 (29,6), D: 497 (21,0), E: 874 (51,6), F: 17.151 (60,2), G: 13.167 (23,5), H: 4.732 (35,4), I: 3.405 (18,4), J: 637 (5,8), K: 491 (4,4), L: 554 (13,0), M: 1.501 (7,8), N: 9.570 (43,1), O: 3.447 (21,1), P: 993 (16,0), Q: 6.997 (25,3), R: 1.251 (33,5), S: 1.104 (13,3), T: 30 (10,9), U: 8 (9,4), unbekannt: 2.834; Quelle: AUVA Statistik / BVAEB Statistik / SVS Statistik: Eigene Auswertung.

Zu meldepflichtigen Arbeitsunfälle liegen aktuell Daten der AUVA vor (Tabelle 40). Analog zu den anerkannten Arbeitsunfällen (Tabelle 39) zeigen sich die häufigsten Arbeitsunfälle bei den Arbeiter\*innen (77%), gefolgt von den Angestellten (21%) und freien Dienstnehmer\*innen und



sonstigen im Schadensfall geschützten Personen (1%). Dementsprechend ist auch die Unfallrate bei den Arbeiter\*innen am höchsten (33,6%). Knapp zwei Drittel der meldepflichtigen Arbeitsunfälle ereignen sich in Klein(st)- und Mittelunternehmen. Die Branche Bau (F) weist die höchste Unfallrate (43%) auf.

**Tabelle 40: SÜ – Meldepflichtige Arbeitsunfälle**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie			Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	Selbstständige	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl (Rate* je 1.000 Versicherte) der meldepflichtigen Arbeitsunfälle (inkl. Wegunfälle) mit mehr als drei Tagen Arbeitsausfall	AUVA <sup>1</sup> : 55.453 (17,4)	AUVA: 42.922(33,6)	AUVA: 11.824(6,3)	SVS: -	AUVA: 35.259	AUVA: 20.194	AUVA: U (K): 4 (2,0) – C (F): 13.487 (43,0)

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; \* exkl. sonstige im Schadensfall geschützte Personen; <sup>1</sup> inkl. freie Dienstnehmer\*innen (28), sonstige im Schadensfall geschützte Personen (679); AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 607 (23,6), B: 125 (35,7), C: 13.487 (21,9), D: 273 (11,6), E: 629 (37,1), F: 12.241 (43,0), G: 8.349 (14,9), H: 3.105 (23,2), I: 2.056 (11,1), J: 282 (2,6); K: 221 (2,0), L: 329 (7,7), M: 723 (3,8), N: 6.081 (27,4), O: 1.460 (8,9), P: 466 (7,5), Q: 2.928 (10,6), R: 697 (18,7), S: 667 (8,0), T: 15 (5,4), U: 4 (4,7), unbekannt: 708; Quelle: AUVA Statistik.

Zur Krankenstandsquote durch Arbeitsunfälle liegen aktuell Daten der AUVA vor (Tabelle 41). Rund ein halber Krankenstandstag ist pro Jahr und pro Versicherten auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen. Bei den Arbeiter\*innen gilt dies für knapp einen Krankenstandstag. Bei den Krankenständen in der Branche Bergbau (B) wird pro Kopf mehr als ein Tag (1,4) von einem Arbeitsunfall verursacht.

**Tabelle 41: SÜ – Krankenstandsquote (Ausfallsquote) durch Arbeitsunfälle**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl der arbeitsunfallbedingten Krankenstandstage * bezogen auf die Gesamtzahl der	AUVA: 0,47	AUVA: 0,91	AUVA: 0,17	-	-	AUVA: U: 0,05 – B: 1,41

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Mitarbeiter <sup>1</sup>						

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; \* exkl. sonstige im Schadensfall geschützte Personen; <sup>1</sup> bezogen auf den Versichertenstand; AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 0,99, B: 1,41, C: 0,52, D: 0,31, E: 0,95, F: 1,24, G: 0,37, H: 0,71, I: 0,30, J: 0,07; K: 0,06, L: 0,31, M: 0,11, N: 0,75, O: 0,27, P: 0,19, Q: 0,27, R: 0,67, S: 0,21, T: 0,15, U: 0,05, unbekannt: 1,32; Quelle: AUVA Statistik.

Für das Jahr 2021 werden seitens der Unfallversicherungsträger insgesamt 159 tödliche Arbeitsunfälle (inkl. Wegunfälle) gemeldet (Tabelle 42). Die AUVA zählt 102 tödliche Arbeitsunfälle (2020: 83), der Großteil entfällt auf Arbeiter\*innen (80 %), jeder Sechste auf Angestellte (16 %) sowie ein geringer Anteil auf freie Dienstnehmer\*innen, sonstige im Schadensfall geschützte Personen (4 %). Rund zwei Drittel der tödlichen Arbeitsunfälle ereignen sich in Klein(st)- und Mittelunternehmen. Mehr als die Hälfte (58,8 %) der tödlichen Arbeitsunfälle zeigen sich in den Branchen Herstellung von Waren (C), Bau (F) und Handel bzw. der Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen (G). Die höchste Unfallrate mit Todesfolge weist die Branche Bergbau (B) auf. Die BVAEB verzeichnet sechs tödliche Arbeitsunfälle (2020: 5 Fälle). Je zwei dieser Unfälle ereigneten sich in Verkehr und Lagerei (H) bzw. im öffentlichen Dienst (O) und jeweils einen gab es in der Branche Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden (B) bzw. in Gesundheits- und Sozialwesen (Q). Die SVS zählt insgesamt 51 Unfälle mit Todesfolge im selben Jahr (2020: 56 Fälle) und weist die höchste Unfallrate (0,6) mit Todesfolge je 10.000 Versicherte auf.

**Tabelle 42: SÜ – Tödliche Arbeitsunfälle**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie			Betriebsgröße		Branche Bandbreite <sup>4</sup>
		Arbeiter*innen	Angestellte	Selbstständige	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl (Rate* je 10.000 Versicherte) der tödlichen Arbeitsunfälle (inkl. Wegunfälle)	AUVA <sup>1</sup> : 102 (0,3) BVAEB <sup>2</sup> : 6 (0,1) SVS: 51 (0,6) Gesamt: 159 (0,3)	AUVA: 82 (0,6) BVAEB: 1 Gesamt: 83	AUVA: 16 (0,1) BVAEB: 1 Gesamt: 17	SVS: 51	AUVA <sup>3</sup> : 67	AUVA <sup>3</sup> : 24	AUVA: E/J/L: (Q/J) 1 (0,1) - F (B) 30 (5,7) BVAEB: B/Q: 1 - H/O: 2 SVS:

Anmerkungen: \* exkl. sonstige im Schadensfall geschützte Personen; <sup>1</sup> inkl. freie Dienstnehmer\*innen, sonstige im Schadensfall geschützte Personen (4); <sup>2</sup> inkl. Beamte (4); <sup>3</sup> Betriebsgröße unbekannt: 11; <sup>4</sup> mind. 1 Todesfall; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; in Ausbildung Befindliche; AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 7 (2,7), B: 2 (5,7), C:20 (0,3), E: 1 (0,6), F: 30 (1,1), G: 10 (0,2), H: 10 (0,7), I: 8 (0,4), J: 1 (0,1), L: 1 (0,2), N: 6

(0,3), Q: 2 (0,1), nicht angeführte Abschnitte: 0, unbekannt: 4; BVAEB Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt B: 1, H: 2, O: 2, Q: 1, nicht angeführte Abschnitte: 0; Quelle: AUVA Statistik / BVAEB Statistik / SVS Statistik: Eigene Auswertung.

Die AUVA meldet im Jahr 2021 insgesamt 6.743 anerkannte Berufserkrankungen (Tabelle 43). Dieser gegenüber dem Vorjahr 2020 (910 Fälle) nicht repräsentative hohe Wert begründet sich auf der Meldung von COVID-19-Infektionen, die bei besonders gefährdeten Berufsgruppen (betreffend Ziffer 38 Infektionskrankheiten)<sup>33</sup> beim Unfallversicherungsträger unter die Ziffer 38 der Infektionskrankheiten als Berufskrankheiten fallen. Rund 8 von 10 der Berufserkrankungen entfallen auf Angestellte, jede Fünfte auf Arbeiter\*innen sowie ein sehr geringer Anteil (1 %) auf freie Dienstnehmer\*innen und sonstige im Schadensfall geschützte Personen. Rund zwei Drittel der Berufserkrankungen ereignen sich in Großunternehmen. Der Großteil der Berufserkrankungen (80%) zeigt sich bei den AUVA-Versicherten in der Verwaltung (O) und im Gesundheits- und Sozialwesen (Q). Die mit 128,3 Berufserkrankungen je 10.000 Beschäftigungsverhältnisse höchste Erkrankungsrate im Gesundheits- und Sozialwesen (Q) ist unter anderem auf COVID-19 zurückzuführen. Seitens BVAEB werden 233 Fälle beruflich bedingter Erkrankungen anerkannt (2020: 73), was ebenfalls einen starken Anstieg darstellt. Von den anerkannten Fällen sind fast drei Viertel (73%) Angestellten zuzuordnen, nur 5% betreffen Arbeiter\*innen. Bei den BVAEB Versicherten treten, analog zu den AUVA-Versicherten, die meisten Berufserkrankungen (71%) im Gesundheits- und Sozialwesen (Q) auf. Die SVS zählt 2021 mit 218 neuen Fällen doppelt so viele Berufserkrankungen als noch vor COVID-19 (2020: 101).

**Tabelle 43: SÜ – Berufserkrankungen**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie			Betriebsgröße		Branche Bandbreite <sup>3</sup>
		Arbeiter*innen	Angestellte	Selbstständige	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl (Rate je 10.000 Beschäftigungsverhältnisse) der (erstmalig anerkannten) Berufs-erkrankungen	AUVA <sup>1</sup> : 6.743 (18,6) BVAEB <sup>2</sup> : 233 SVS: 218 Gesamt: 7.194	AUVA: 1.343 BVAEB: 11 Gesamt: 1.354	AUVA: 5.317 BVAEB: 169 Gesamt: 5.486	SVS: 218	AUVA: 2.260	AUVA: 4.483	AUVA: J/R (J): 2 (0,2) – Q: 4.031 (128,3) BVAEB <sup>2</sup> : C/N: 1 - Q:166 SVS: -

Anmerkungen: <sup>1</sup> inkl. freie Dienstnehmer\*innen, sonstige im Schadensfall geschützte Personen (83); <sup>2</sup> inkl. Beamte\*innen(51); <sup>3</sup> mind. 1 Berufserkrankung; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 16 (4,6), B: 8 (22,0), C:459 (7,2), D: 9 (3,6), E: 4 (2,2), F: 214 (7,0), G: 64 (1,0),

<sup>33</sup> Beschäftigte in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Entbindungsheimen und sonstigen Anstalten, die Personen zur Kur und Pflege aufnehmen, öffentliche Apotheken, ferner Einrichtungen und Beschäftigungen in der öffentlichen und privaten Fürsorge, in Schulen, Kindergärten und Säuglingskrippen und im Gesundheitsdienst sowie in Laboratorien für wissenschaftliche und medizinische Untersuchungen und Versuche sowie in Justizanstalten und Hafträumen der Verwaltungsbehörden bzw. in Unternehmen, in denen eine vergleichbare Gefährdung besteht.  
(<https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.864432&portal=auvaportal>; Zugriff: 06.02.2023).

H: 17 (1,1), I: 30 (1,3), J: 2 (0,2), K: 4 (0,3), L: 12 (2,0), M: 23 (1,0), N: 133 (5,1), O: 1.400 (64,8), P: 151 (19,9), Q: 4.031 (128,3), R: 2 (0,4), S: 67 (6,8), unbekannt: 97; BVAEB Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt B: 2, C: 1, H: 5, N: 1, O: 45; P: 11; Q: 166, nicht angeführt: 0, unbekannt: 2; Quelle: AUVA Statistik / BVAEB Statistik / SVS Statistik: Eigene Auswertung.

Zur Unfallschwere liegen aktuell Daten der AUVA vor (Tabelle 44). Die durchschnittliche Dauer eines Krankenstandes aufgrund eines Arbeitsunfalles liegt bei rund 17 Tagen. Bei Arbeiter\*innen (19 Tage) lässt sich eine längere arbeitsunfallbedingte Krankenstandsdauer feststellen als bei Angestellten (13 Tage). Bei Beschäftigten in Klein(st)- und Mittelunternehmen (19 Tage) ist die durchschnittliche Unfallschwere ausgesprägter als bei Beschäftigten in Großunternehmen (14 Tage). Die längste arbeitsunfallbedingte Krankenstandsdauer zeigt sich mit durchschnittlich einem Monat in der Branche Bergbau (B).

**Tabelle 44: SÜ – Unfallschwere**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	KMU (bis 250 MA)	GU (ab 251 MA)	
Anzahl der arbeitsunfallbedingten Krankenstandstage in Bezug zur Anzahl der Arbeitsunfälle <sup>1</sup>	AUVA: 16,9	AUVA: 18,9	AUVA: 12,8	AUVA: 18,6	AUVA: 14,1	AUVA: U: 4,9 - B: 32,6-

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; <sup>1</sup> anerkannte Arbeitsunfälle inkl. Wegunfälle; <sup>2</sup> inkl. freie Dienstnehmer\*innen (15,2), sonstige im Schadensfall geschützte Personen (7,2); AUVA Branche (ÖNACE 2008): Abschnitt A: 28,2, B: 32,6, C: 17,5, D: 14,9, E: 18,4, F: 20,6, G: 15,7, H: 20,2, I: 16,4, J: 11,8; K: 12,7, L: 23,8, M: 13,7, N: 17,5, O: 12,8, P: 11,8, Q: 10,6, R: 20,0, S: 15,7, T: 13,5, U: 4,9, unbekannt: 7,6; Quelle: AUVA Statistik.

Das österreichische Institut für Wirtschaftsforschung (Mayrhuber & Bittschi, 2022) beziffert die Anwesenheitsquote der Beschäftigten<sup>34</sup> für das Jahr 2021 mit rund 97%(2020: 96,5%) (Tabelle 45). Bei den Arbeiter\*innen (95,7%) liegt sie etwas niedriger als bei Angestellten (97,2%). Branchenspezifische Schwankungen belaufen sich auf 2,5% (95,7%-98,2%), wobei die Anwesenheitsquote in der Informations- und Kommunikationsbranche (J: 98,2%) am höchsten und in der Branche sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen (N: 95,7%) am niedrigsten ausfällt.

<sup>34</sup> Inkl. Freie Dienstnehmer\*innen und Lehrlinge.

**Tabelle 45: SÜ – Gesundheitsquote/Anwesenheitsquote**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter- *innen	Angestellte	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil (in %) der um die Arbeitsunfähigkeitstage verminderten Kalendertage an der Gesamtzahl der Kalendertage	96,6	95,7	97,2	-	-	N: 95,7 - J: 98,2

Anmerkungen: Gesundheitsquote entspricht dem Kehrwert der Krankenstandsquote; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (ÖNACE 2008): A: 2,3; B: 3,7; C: 3,6; D: 3,1; E: 3,8; F: 3,6; G: 3,5; H: 3,8; I: 2,5; J: 1,8; K: 2,4; L: 2,8; M: 1,9; N: 4,3; O: 3,8; P: 2,4; Q: 4,1; R: 2,5; S: 3,5; T: 3,4; U: -. \* Die Branche U "Extraterritoriale Organisationen und Körperschaften" sowie die Krankenstände, die keiner Wirtschaftsklasse zugeordnet werden konnten, werden nicht angeführt. Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022); Berechnung: IfGP.

Die durchschnittliche Pro-Kopf-Quote an Krankenstandstagen, d.h. die Anzahl der Krankenstandstage bezogen auf die Gesamtzahl der Beschäftigten<sup>35</sup> in Österreich, liegt im Jahr 2021 bei 12,3 Tagen (2020: 12,7 Tage) (Tabelle 46). Arbeiter\*innen (15,9 AU-Tage) verzeichnen im Durchschnitt mehr krankheitsbedingte Ausfallstage als Angestellte (10,1 AU-Tage). Der Unterschied zwischen der Branche mit den meisten AU-Tagen (N: Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen: 15,6) und jener mit den wenigsten J: (Information und Kommunikation: 6,7) beträgt knapp 9 Krankenstandstage.

**Tabelle 46: SÜ – AU-Tage**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter- *innen	Angestellte	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl der Krankenstandstage bezogen auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter*innen	12,3	15,9	10,1	-	-	J: 6,7 - N: 15,6

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (ÖNACE 2008): A: 8,4; B: 13,5; C: 13,1; D: 11,2; E: 13,9; F: 13,0; G: 12,7; H: 13,9; I: 9,2; J: 6,7; K: 8,8; L: 10,2; M: 7,0; N: 15,6; O: 13,9; P: 8,6; Q: 15,0; R: 9,0; S: 12,9; T: 12,5; U: 8,0. Quelle: Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

<sup>35</sup> Inkl. Freie Dienstnehmer\*innen und Lehrlinge.

Im Jahr 2021 weisen die Beschäftigten<sup>36</sup> in Österreich im Mittel 1,2 Krankenstandsfälle (2020: 1,1 Fälle) auf, bei Arbeiter\*innen liegt mit 1,5 Fällen eine höhere Erkrankungshäufigkeit vor als bei Angestellten mit 1,0 Fällen. Die meisten Krankenstandsfälle treten auch hier in der Branche sonstiger wirtschaftlicher Dienstleistungen (N: 1,6) auf, die wenigsten in der Land- und Forstwirtschaft (A: 0,6).

**Tabelle 47: SÜ – AU-Fälle**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl der Krankenstandsfälle bezogen auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter*innen	1,2	1,5	1,0	-	-	A: 0,6 – N: 1,6

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (ÖNACE 2008): A: 0,6; B: 1,0; C: 1,4; D: 1,1; E: 1,2; F: 1,2; G: 1,3; H: 1,2; I: 0,7; J: 0,7; K: 0,8; L: 0,8; M: 0,8; N: 1,6; O: 1,2; P: 1,2; Q: 1,5; R: 1,3; S: 1,3; T: 0,7; U: 0,7. Quelle: Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Laut WIFO-Bericht (Mayrhuber & Bittschi, 2022) haben insgesamt etwa 57% aller Beschäftigten<sup>37</sup> im Jahr 2021 (2020: 56,8 %) mindestens eine Krankmeldung eingebracht (Tabelle 48).

**Tabelle 48: SÜ – AU-Quote**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter*innen	Angestellte	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil (in %) der Krankenstandspersonen (mit mind. einer Krankmeldung) bezogen auf die Gesamtzahl der Mitarbeiter*innen	57,4	-	-	-	-	-

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Gemessen an allen Krankenstandsfällen im Jahr 2021 zählen 3,8% (2020: 4,3%) zum Langzeitkrankenstand mit mehr als 42 Fehltagen (Tabelle 49). Trotz dieses geringen Anteils machen die Ausfallstage im Langzeitkrankenstand mehr als 4 von 10 (43,1%) aller Krankenstandstage im Jahr

<sup>36</sup> Inkl. Freie Dienstnehmer\*innen und Lehrlinge.

<sup>37</sup> Inkl. Freie Dienstnehmer\*innen und Lehrlinge.

2021 aus. Der Anteil der Langzeitkrankenstände gemessen am Krankenstand der jeweiligen Gruppe ist bei Arbeiter\*innen (4,3% Anteil an den Gesamtfällen und 43,9% an den Gesamttagen) höher als bei Angestellten (3,5% Anteil an den Gesamtfällen bzw. 42,1% an den Gesamttagen).

**Tabelle 49: SÜ – Langzeitkrankenstände**

2021	Gesamt	Versichertenkategorie		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Arbeiter- *innen	Angestellte	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil (in %) der Langzeitkrankenstandsfälle an Gesamtzahl der Krankenstandsfälle	3,8	4,1	3,5	-	-	-
Anteil (in %) der Krankenstandstage von Langzeitkrankenstandsfällen an Gesamtzahl der Krankenstandstage	43,1	43,9	42,1	-	-	-

Anmerkungen: Langzeitkrankenstandsfälle weisen mehr als 42 Krankenstandstage auf; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Quelle: Fehlzeitenreport 2022 (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 berichten 86% der Personen von einem „(sehr) guten“ allgemeinen Gesundheitszustand (Tabelle 50). Frauen (85,9%) schätzen ihren Gesundheitszustand im Schnitt als etwas besser ein als Männer (85,1%). Dabei gibt es erhebliche Branchenunterschiede. Mitarbeiter\*innen in exterritorialen Organisationen und Körperschaften (U) berichten zu 100% von einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand, in Privathaushalten Tätige (T) tun dies nur zu 69%.

**Tabelle 50: SÜ – Allgemeiner Gesundheitszustand**

2019	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anteil (in %) der Beschäftigten (auch Lehrlinge und Elternkarenz) mit „(sehr) gutem“ allgemeinen Gesundheitszustand	85,5	85,9	85,1	-	-	T: 68,7 – U: 100,0

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Branche (NACE Rev. 2) Abschnitt A: 79,7, B: 92,6, C: 84,2, D: 93,6, E: 81,6, F: 84,7, G: 84,1, H: 80,0, I: 81,6, J: 85,7; K: 92,1; L: 86,4, M: 90,0, N: 79,0, O: 85,2, P:

88,9, Q: 85,9, R: 94,2, S: 85,3, T: 68,7; U: 100,0; unbekannt (Elternkarenz): 94,0 % Quelle: ATHIS (Klimont, 2019);  
Berechnung: IfGP.

Lt. der fit2work-Evaluierung 2021/2022 (Tabelle 51) zeigt sich eine Veränderung der Krankenstandstage bei Betrieben, die eine fit2work-Beratung in Anspruch genommen haben, von 9,0 (360 Tage vor fit2work-Beratungsbeginn) auf 10,4 Krankenstandstage (360 Tage nach Beratungsende<sup>38</sup>) (Evaluierung 2021/2022: +1,4 Tage). fit2work-Betriebsberatungen nehmen vorwiegend jene Betriebe in Anspruch, die bereits vor der Beratung unterdurchschnittliche Krankenstandstage aufweisen. Im Vergleich dazu wird im Fehlzeitenreport 2021 (Mayrhuber & Bittschi, 2022) die durchschnittliche Krankenstandsquote bei österreichischen Betrieben mit 12,3 Tagen (Tabelle 46) pro Beschäftigten angeführt. Bezogen auf beratungsrelevante Krankenstandsdiagnosen<sup>39</sup> zeigt sich eine Veränderung von 2,9 auf 3,7 Krankenstandstage (Evaluierung 2021/2022: +0,8 Tage). Lt. der fit2work-Evaluierung 2018/2019 zeigen Betriebe, die im Jahr durchschnittlich mindestens 12 Krankenstandstage pro Beschäftigten aufweisen und somit dem österreichischen Durchschnitt entsprechen (Mayrhuber & Bittschi, 2022), einen Rückgang von 2,1 Krankenstandstagen ein Jahr nach der fit2work-Betriebsberatung (ähnliche Ergebnisse werden auch in der fit2work-Evaluierung 2020/2021 angeführt). Die Wirkung der fit2work-Beratung ist somit bei Betrieben, die hinsichtlich des Krankenstandsgeschehens dem österreichischen Durchschnitt entsprechen, gezielter nachweisbar.

**Tabelle 51: SÜ – Fehlzeitenquote vor/nach Intervention**

2012-2022	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Entwicklung bzw. Differenz der Krankenstandstage bei fit2work-Betrieben	+1,4 (9,0 auf 10,4)	-	-	-	-	-
Entwicklung bzw. Differenz der Krankenstandstage bei für fit2work beratungsrelevanten Diagnosen <sup>1</sup>	+0,8 (2,9 auf 3,7)	-	-	-	-	-
Entwicklung bzw. Differenz der Krankenstandstage bei fit2work-Betrieben mit mind. 12 Krankenstandstagen pro Beschäftigten	-2,1	-	-	-	-	-

<sup>38</sup> Weitgehend analoge Ergebnisse zeigen sich auch zwei Jahre nach fit2work Beratungsende.

<sup>39</sup> Exklusion von infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD-Codes: A00-B99), Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98), Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) und Urogenitalsystems (N00-N99).



2012-2022	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
(2012-2019)						

Anmerkungen: <sup>1</sup> Exklusion von infektiösen und parasitären Krankheiten (ICD-Codes: A00-B99), Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98), Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93) und Urogenitalsystems (N00-N99); KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; Quelle: fit2work-Evaluierung 2021/2022 (Pohler, Statistik Austria, 2022), fit2work-Evaluierung 2018/2019 (Paskvan & Wanek-Zajic, 2020).

Der Status nach einer Beratung zur Wiedereingliederungsteilzeit wird seitens fit2work nicht erhoben und kann somit in Tabelle 52 nicht abgebildet werden.

**Tabelle 52: SÜ – Status nach Wiedereingliederungsteilzeit (WIETZ) Beratung**

2021	Gesamt	Geschlecht		Betriebsgröße		Branche Bandbreite
		Frauen	Männer	KMU (bis 249 MA)	GU (ab 250 MA)	
Anzahl (Anteil) der Personen mit Status nach Beratung zur Wiederein- gliederungsteilzeit	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -
	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -
	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -
	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -
	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -
	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -
	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -	E: -
	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -	RG: -
	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -	S: -

Anmerkungen: KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen; GU = Großunternehmen; E = erwerbstätig, RG = Bezug Rehabilitationsgeld, S = Sonstiges.

### 6.1.3.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Daten zur Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 8 basieren überwiegend auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten der Sozialversicherung. Der Einfluss von COVID-19 auf die Repräsentativität der Daten zum Unfallgeschehen ist zu berücksichtigen. Hinsichtlich fehlender Daten für die Indikatoren zu den meldepflichtigen Arbeitsunfällen, arbeitsunfallbedingten Krankenstandsquoten und zur Unfallschwere gilt es den Datenerhebungsprozess seitens der UV-Träger BVAEB und SVS zu optimieren. Es wird empfohlen, die bei den UV-Trägern vorliegenden elektronischen Ticketing Systeme verstärkt zu nutzen. Damit können die notwendigen Datenerhebungsprozesse für das Indikatorenmonitoring seitens der trägerseitigen Datenverantwortlichen anhand von elektronischen „Anforderungstickets“ effizienter umgesetzt werden.

Die Indikatoren zur Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in Österreich basieren in der Regel auf standardisierten Statistiken der Kranken- und Unfallversicherungsträger, mit Ausnahme des Indikators zum subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand (Tabelle 50), der im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) 2019 standardisiert per Befragung (alle vier bis fünf Jahre) erhoben wird. Damit stehen die Daten für diese Indikatoren qualitätsgesichert im Sinne einer ausgeprägten Datenvalidität und zudem größtenteils jahresaktuell zur Verfügung. Ein gewisser personeller und zeitlicher Aufwand im Datenbeschaffungsprozess ist für die Kranken- und Unfallversicherungsträger, trotz des angeführten Standardisierungsgrades gegeben.

Hinsichtlich der Stabilität, d.h. der Schwankungsbreite im Jahresverlauf und der Repräsentativität der Indikatorenwerte gilt es den Einfluss der Maßnahmen im Zusammenhang mit COVID-19 zu berücksichtigen. Die anerkannten Arbeitsunfälle lt. AUVA haben im COVID-19 Jahr 2020 einen starken Rückgang (-28 %) erfahren. Somit kam es im Jahr 2021 bei der AUVA zum erwarteten Anstieg der anerkannten Arbeitsunfälle (+16 %) (AUVA, 2020), jedoch befinden sich diese mit 88.521 Fällen noch nicht auf dem Niveau der Prä-COVID-19 Jahre mit durchschnittlich mehr als 100.000 anerkannten Arbeitsunfällen (AUVA, 2021). Bei der BVAEB und SVS sind die Schwankungen der Schadensfälle im Jahresvergleich von 2020 und 2021 geringer, was für eine höhere Stabilität und Repräsentativität spricht (BVAEB, 2021, 2020; SVS, 2021, 2020). Was die tödlichen Arbeitsunfälle betrifft, so weisen diese im langjährigen Vergleich, mit Ausnahme des COVID-19 Jahres 2020, für das Jahr 2021 repräsentative Werte auf. Im Gegensatz dazu stehen die für das Jahr 2021 gemeldeten Berufserkrankungen, die aufgrund von COVID-19 Infektionen unter der in Ziffer 38 subsummierten und als Berufserkrankungen anerkannten Infektionskrankheiten, um ein Vielfaches gestiegen sind und somit eine andere Basis für ein zukünftiges Monitoring bilden. Meldepflichtige Arbeitsunfälle (Tabelle 40), Krankenstandsquoten durch Arbeitsunfälle (Tabelle 41) sowie Daten zur Unfallschwere (Tabelle 44) liegen aktuell ausschließlich seitens der AUVA vor. Dahingehend ist der Datenerhebungsprozess seitens der UV-Träger BVAEB und SVS noch zu optimieren. Die Indikatoren zum Krankenstandsgeschehen zeigen sich gegenüber dem Einfluss der Maßnahmen im Zusammenhang mit COVID-19 als weitgehend stabil, wenn auch mit gewissen

Verschiebungseffekten bei den Erkrankungsursachen<sup>40</sup>. Nach dem Pandemiejahr 2020 mit einer durchschnittlichen Krankenstandsquote von 12,7 Tagen weist jene für 2021 mit 12,3 Kalendertagen nur eine geringfügige Änderung (-0,4 %) auf (ähnliches gilt für die Erkrankungsfälle). Die Schwankungsbreite der Krankenstandstage liegt in den vergangenen zehn Jahren zwischen 12,3 und 13,3 (Mayrhuber & Bittschi, 2022), womit das Krankenstandsgeschehen für 2021 für ein Folgemonitoring auf Basis des festgelegten Zielsteuerungssystems der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ geeignet ist. Analoges gilt für den subjektiven allgemeinen Gesundheitszustand, da dieser nicht im Pandemiejahr erhoben wurde sowie für die Evaluierungsergebnisse der fit2work-Betriebsberatung, welche Fehlzeiteffekte innerhalb einer Dekade abbilden.

### Fazit und Empfehlungen:

- Die Indikatorenwerte basieren überwiegend auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten der Sozialversicherung sowie auf standardisierten Erhebungsprozessen.
- Aufgrund fehlender Daten für die Indikatoren zu meldepflichtigen Arbeitsunfällen, arbeitsunfallbedingten Krankenstandsquoten und zur Unfallschwere gilt es den Datenerhebungsprozess seitens der UV-Träger BVAEB und SVS zu optimieren.
- Die Indikatorenwerte zum Unfallgeschehen weisen im Zusammenhang mit den COVID-19-Maßnahmen weniger stabile und repräsentative Basiswerte für ein nachfolgendes Monitoring auf als jene zum Krankenstandsgeschehen.
- Aufgrund von personellem und zeitlichem Aufwand im Datenbeschaffungsprozess seitens der Kranken- und Unfallversicherungsträger wird dahingehend die **Empfehlung** für zukünftig zeitlich festgelegte Einmeldungen in bestehende Ticketing Systeme der IT-Abteilungen der Sozialversicherung ausgesprochen. Mit „ausreichender“ Vorlaufzeit können die für das Indikatorenmonitoring notwendigen Datenerhebungsprozesse, die als elektronische „Anforderungstickets“ bei den datenerhebenden Stellen aufliegen, seitens der trägerseitigen Datenverantwortlichen effizienter umgesetzt werden. Es wird auch die Prüfung einer entsprechenden Erweiterung von standardgemäß aufbereiteten KV-/UV-Statistiken **empfohlen**.

---

40 Aufgrund der bestimmenden Hygienemaßnahmen und sozialer Distanzierung zeigte sich im Jahr 2021 einerseits ein starker Rückgang bei den Atemwegserkrankungen. Andererseits kam es zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen und Krankheitsbildern, die COVID-19 zugerechnet werden (WIFO, 2022).

### 6.1.3.3 Bewertung

Langfristig betrachtet zeigt sich ein rückläufiger Trend in der Zahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle, der im Jahr 2021 – nach dem Pandemiejahr 2020 – mit einer Unfallquote von 272 je 10.000 Versicherte zum tiefsten Stand seit 1974 geführt hat. Im Gegensatz dazu sind die Berufserkrankungen im Jahr 2021 aufgrund von COVID-19 Infektionen um ein Vielfaches gestiegen, vor allem im Gesundheits- und Sozialwesen, und bilden somit eine neue Basis für ein zukünftiges Monitoring. Branchenspezifisch weisen die Beschäftigten im Bau sowie im Bergbau ein erhöhtes Unfallrisiko auf. Das Krankenstandsgeschehen lässt nach wie vor sozialrechtliche, geschlechts- und branchenspezifische Unterschiede erkennen. Arbeiter\*innen weisen höhere Ausfallsquoten auf als Angestellte, Frauen höhere als Männer und Betriebe zur Erbringung wirtschaftlicher Dienstleistungen höhere als Betriebe anderer Branchen. Es wird die Empfehlung für zielgruppenspezifische (Arbeiter\*innen – hinsichtlich des Unfallrisikos insbesondere in den Branchen Bau und Bergbau – sowie Frauen) und bedarfsorientierte Programmentwicklungen im Zuge von BGM ausgesprochen, welche auf sozialrechtliche und geschlechts- sowie branchenspezifische Aspekte abzielen.

Maßnahmen in den Bereichen ANSch, BGF und BEM zielen direkt auf die Zielformulierung zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten ab. Das Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ verweist hierfür auf wissenschaftliche Studien, die sowohl die Wirksamkeit als auch Wirtschaftlichkeit von BGM-Maßnahmen belegen (BMAFJ, 2020). Die oben angeführten Indikatoren sind Messgrößen für das Monitoring von Wirkung und Nutzen von BGM.

Für den Erhalt der Gesundheit von Beschäftigten steht die Sicherheit im Betrieb im Rahmen des ANSch an erster Stelle. Die anerkannten sowie die tödlichen Arbeitsunfälle (Tabelle 39, Tabelle 42) wie auch die Berufserkrankungen (Tabelle 43) spiegeln das Gefahrenpotenzial am Arbeitsplatz wider. Dahingehend ist aber auch der langfristig rückläufige Trend in der Zahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle anzuführen, der im Jahr 2021 – nach dem Pandemiejahr 2020 – mit einer Unfallquote von 272 je 10.000 Versicherte zum tiefsten Stand seit 1974 geführt hat. Laut Mayrhuber und Bittschi (2022) ist dieser Trend auf verschiedene Faktoren zurückzuführen. Der langfristige Unfallrückgang ist einerseits mit dem strukturellen Wandel der Wirtschaft, der zur Reduktion des Anteils an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko geführt hat, zu erklären. Andererseits wurde die kontinuierliche Reduktion der Arbeitsunfälle durch gezielte Präventionsmaßnahmen bestimmt, deren rechtliche Grundlagen mit dem Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs geschaffen wurden. Gemäß den Bestimmungen des § 185 ff ASVG verfügen die Unfallversicherungsträger über einen Unfallverhütungsdienst (UVD). Dieser Gesetzesauftrag sieht eine Reihe von Aufgaben zur Verhütung von Arbeitsunfällen wie auch Berufserkrankungen vor. Diese reichen von der Schulung und Beratung der Dienstgeber\*innen, der Forschung über die Ursachen der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten bis hin zur Zusammenarbeit mit Behörden und Körperschaften.

Je nach Versichertenklientel sind die Unfallverhütungsmaßnahmen weiterhin zielgruppenspezifisch zu setzen. Ereignen sich laut AUVA die meisten Arbeitsunfälle bei Arbeiter\*innen (70 %) so trifft dies

bei den BVAEB Unfallversicherten auf Angestellte (43 %) und Beamt\*innen (32 %) zu. Dies ist auf das sozialrechtlich (Arbeiter\*innen, Angestellte, Beamt\*innen) unterschiedlich ausgeprägte Versichertenklientel der UV-Träger zurückzuführen. Analoges gilt auch für branchenspezifische Betrachtungen, wo naturgemäß vor allem bei Betrieben zur Herstellung von Waren, im Bauwesen und in Reparaturwerkstätten ein hohes Potenzial zur weiteren Reduktion von (tödlichen) Arbeitsunfällen vorliegt. Hinsichtlich der arbeitsunfallbedingten Krankenstandsdauer als Indikator für die Unfallschwere, weisen vor allem die Beschäftigten im Bergbau mit einer durchschnittlichen Ausfallsdauer von einem Monat ein entsprechend hohes Risiko für schwere Arbeitsunfälle auf.

In der Dekade vor dem COVID-19-Pandemiejahr 2020 zeigt sich bei den anerkannten Arbeitsunfällen ein gewisser „Plateau-Effekt“, der beim größten Unfallversicherungsträger AUVA zwischen 101 und 109 Tausend Fällen liegt. Nach dem COVID-19-Rekordtief, das vor allem bei der AUVA stark ausgeprägt ist, wird das Unfallgeschehen auch im Jahr 2021 noch im Einflussbereich der COVID-19-Maßnahmen gesehen, da die Arbeitsunfälle, wie in der Einschätzung zur Datenlage erwähnt, weiterhin unter dem langjährigen Niveau liegen. Dies gilt es im Zuge der Bewertung von Arbeitnehmer\*innenschutzmaßnahmen hinsichtlich des Folgemonitorings auf Basis des festgelegten Zielsteuerungssystems der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ zu berücksichtigen.

Im Gegensatz zu den Arbeitsunfällen sind im Jahr 2021 die anerkannten Berufserkrankungen bei den UV-Trägern, vor allem bei der AUVA, aufgrund von COVID-19-Infektionen bei besonders gefährdeten Berufsgruppen, stark gestiegen. Somit entfällt der Großteil an Berufserkrankungen auf Angestellte im Gesundheits- und Sozialwesen. Die weiteren Entwicklungen der anerkannten Berufserkrankungen werden somit ebenfalls in Abhängigkeit des zukünftigen COVID-19-Infektionsgeschehens im Sinne des Folgemonitorings auf Basis des festgelegten Zielsteuerungssystems der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ zu bewerten sein.

Neben dem Arbeitnehmer\*innenschutz zur Verhütung von (tödlichen) Unfällen und Berufserkrankungen zielen die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den Erhalt und die Verbesserung von Gesundheit der Beschäftigten ab. Das Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ verweist hierfür auf das Wirkungsziel 2 aus dem nationalen Gesundheitsziel 1 zum systematischen und strukturierten Erhalt von Gesundheit mit besonderem Augenmerk auf das Setting Betrieb bzw. auf die „Strategie gesunde Betriebe für alle Betriebsgrößen“ im Sinne der BGF-Grundlagenrecherche der GÖG Studie „Institutionelle betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich“ (BMAFJ, 2020). Die Indikatoren zum Krankenstandsgeschehen sind Messgrößen für das Wirkungsmonitoring der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Im Zuge des Folgemonitorings auf Basis des festgelegten Zielsteuerungssystems der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ gilt es zu beachten, dass die (langjährige) Entwicklung von Krankenständen stets multikausal bedingt ist. Als Einflussfaktoren gelten unter anderem die sozialrechtliche Stellung und soziodemografische Merkmale der Beschäftigten, aber auch die Wirtschaftsstruktur der Betriebe, die Arbeitsmarktlage oder der Anteil an Teilzeitbeschäftigung sowie die oben dargestellte Entwicklung der Schadensfälle im Rahmen der Unfallversicherung (Mayrhuber & Bittschi, 2022) und die Bestrebungen der Wiedereingliederung im Rahmen der

Wiedereingliederungsteilzeit<sup>41</sup>. Wie oben angeführt, zeigte das COVID-19-Pandemiejahr einen verhältnismäßig geringen Einfluss auf das Krankenstandsgeschehen.

Bezogen auf die sozialrechtliche Stellung der Beschäftigten weisen im Jahr 2021 Angestellte eine höhere Anwesenheitsquote (Tabelle 45) bzw. weniger Krankenstände (Tabelle 46, Tabelle 47) auf als Arbeiter\*innen. Dies lässt nach wie vor auf eine höhere Gesundheitsbelastung bei den Arbeiter\*innen schließen. Arbeiter\*innen sind im Jahr 2021 auch häufiger von Langzeitkrankenständen (Tabelle 49) betroffen als Angestellte, die naturgemäß für einen hohen Anteil (über 40 %) der Krankenstandstage verantwortlich sind. Daher empfiehlt Badura et. al (2022) vor allem bei BGM-Maßnahmen zur Verhinderung bzw. Reduzierung von Langzeitkrankenständen anzusetzen, um eine Wirkung auf das Krankenstandsgeschehen zu erzielen. Frauen schätzen ihren Gesundheitszustand im Schnitt als etwas besser ein als Männer (Tabelle 50), was sich im Krankenstandsgeschehen jedoch nicht niederschlägt, zumal Frauen seit einer Dekade mehr Tage im Krankenstand verbringen als Männer und dieser geschlechtsspezifische Unterschied im Begriff ist zu steigen. Branchenspezifisch weisen Betriebe zur Erbringung von wirtschaftlichen Dienstleistungen hohe Ausfallsquoten bei der Belegschaft auf. (Mayrhuber & Bittschi, 2022).

Die fit2work-Evaluierung für die Jahre 2018/2019 (Paskvan & Wanek-Zajic, 2020) zeigt, dass in Betrieben mit mindestens 12 Krankenstandstagen pro Beschäftigten mit Wiedereingliederungsmaßnahmen als Teil des BGM eine Reduktion des Krankenstandsgeschehens (Tabelle 51) erreicht werden kann.

### **Fazit und Empfehlungen:**

- Die im Jahr 2021 seitens der AUVA anerkannten Berufserkrankungen sind um ein Vielfaches gestiegen (+500%). Diese Entwicklung begründet sich auf COVID-19-Infektionen unter den in Ziffer 38 subsummierten und als Berufserkrankungen anerkannten Infektionskrankheiten.
- Langfristig betrachtet zeigt sich ein rückläufiger Trend in der Zahl der (tödlichen) Arbeitsunfälle, der im Jahr 2021 – nach dem Pandemiejahr 2020 – mit einer Unfallquote von 272 je 10.000 Versicherte zum tiefsten Stand seit 1974 geführt hat. Nach Mayrhuber und Bittschi (2022) ist dieser Trend einerseits auf den strukturellen Wandel der Wirtschaft, der zur Reduktion des Anteils an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko geführt hat, zurückzuführen. Andererseits wurde die kontinuierliche Reduktion der Arbeitsunfälle durch gezielte Präventionsmaßnahmen bestimmt, deren rechtliche Grundlage mit dem Inkrafttreten des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs geschaffen wurden.
- Bezogen auf die Dekade vor dem COVID-19-Pandemiejahr 2020 zeigt die Anzahl der seitens AUVA anerkannten Arbeitsunfälle bei 101 bis 109 Tausend Fällen einen gewissen „Plateau-Effekt“. Die im Jahr 2021 seitens der AUVA 88.521 (2020: 76.082) anerkannten Arbeitsunfälle liegen weit unter den angeführten „Plateau“-Werten. Somit ist für das Jahr 2021 weiterhin

---

<sup>41</sup><https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/krankheitundpflege/krankheit/Wiedereingliederungsteilzeit.html> (Zugriff: 06.02.2023).

ein gewisser dämpfender Effekt der COVID-19-Maßnahmen anzunehmen. Es gilt die **Empfehlung**, im Zuge des GiB-Zielsteuerungssystem-Folgemonitorings, ausgehend vom Jahr 2021, den vermuteten Einfluss des COVID-19-Pandemiejahrs 2020 bei Bewertungen zur weiteren Entwicklung des Unfallgeschehens zu berücksichtigen.

- Das Krankenstandsgeschehen lässt nach wie vor sozialrechtliche, geschlechts- und branchenspezifische Unterschiede erkennen. Arbeiter\*innen weisen höhere Ausfallsquoten auf als Angestellte, Frauen höhere als Männer und Betriebe zur Erbringung wirtschaftlicher Dienstleistungen höhere als Betriebe anderer Branchen. Dies gilt weitgehend unabhängig von COVID-19, mit Ausnahme von COVID-19 induzierten Verschiebungseffekten bei den Erkrankungsursachen<sup>42</sup>.
- Maßnahmen des BGM, insbesondere im Zusammenwirken der Säulen ANSch, BGF und BEM, leisten einen wesentlichen Beitrag zum Schutz bzw. Erhalt und zur Verbesserung der Gesundheit von Beschäftigten. Hierfür wird die **Empfehlung** für zielgruppenspezifische (Arbeiter\*innen – hinsichtlich des Unfallrisikos insbesondere in den Branchen Bau und Bergbau – sowie Frauen) und bedarfsorientierte Programmentwicklungen im Zuge von BGM ausgesprochen, welche auf sozialrechtliche und geschlechts- sowie branchenspezifische Aspekte abzielen. Dies entspricht den Qualitätskriterien der Gesundheitsförderungsstrategie zur gesundheitlichen Chancengerechtigkeit, „insbesondere in Hinblick auf Gender und Diversität“, sowie der angeführten Zielgruppenorientierung, wonach sozioökonomische (Bildung, Einkommen, etc.) sowie soziodemografische Aspekte (Geschlecht, Alter) zu berücksichtigen sind (BMG, 2016). Die Entwicklung von verhaltens- sowie verhältnisorientierten BGM-Angeboten für spezifische Zielgruppen und deren Partizipation wird auch im wissenschaftlichen Bericht zur institutionellen betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention (Rosian-Schikuta et al., 2016) als zentrale **Empfehlung** geführt und dahingehend mit Maßnahmenvorschlägen verknüpft. Zu diesen zählen unter anderem die Identifikation von relevanten Krankheitslasten und besonders belasteten Berufsgruppen und der damit verbundenen Risikofaktoren. Badura et al. (2016) **empfeht** in dem Zusammenhang ein besonderes Augenmerk auf Langzeiterkrankungen (mindestens sechs Wochen) zu legen, die auch einen Ausgangspunkt für Wiedereingliederungsprozesse<sup>43</sup> darstellen. Die genannten Empfehlungen sind i. S. der Zielerreichung zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Menschen in Österreich zu unterstützen.

---

<sup>42</sup> Aufgrund der bestimmenden Hygienemaßnahmen und sozialer Distanzierung zeigte sich im Jahr 2021 einerseits ein starker Rückgang bei den Atemwegserkrankungen. Andererseits kam es zu einer Zunahme von psychischen Erkrankungen und Krankheitsbildern, die COVID-19 zugerechnet werden (WIFO, 2022).

<sup>43</sup> <https://www.arbeiterkammer.at/beratung/arbeitsrecht/krankheitundpflege/krankheit/Wiedereingliederungsteilzeit.html> (Zugriff: 06.02.2023).

## 6.2 Impact

Mit den wirkungsorientierten Teilzielen 9 und 10 soll der indirekte Beitrag der vorangehenden Teilziele 6 bis 8, die entsprechend dem Wirkungsmodell (vgl. Kapitel 3) als „Stellschrauben“ zu verstehen sind, auf längerfristige gesellschaftliche Veränderungen im Sinne der Reduktion von gesundheitsbedingten Pensionierungen (TZ 9) und der Steigerung der Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten (TZ 10) beobachtet werden.

### 6.2.1 TZ 9: Vorzeitige gesundheitsbedingte Pensionierungen reduzieren

Mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG) 1996 (BGBl. Nr. 411/1996) wurde „zum ersten Mal der Grundsatz ‚Rehabilitation vor Pension‘ unmittelbar im Gesetz verankert, indem der Antrag auf eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension ex lege auch als Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen qualifiziert wurde.“ (Felten, 2018, S. 492). Zur klaren Systemumstellung kam es erst mit SRÄG 2012, indem für die Altersjahrgänge ab 1964 anstelle der Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension das sogenannte „Rehabilitationsgeld“ bei Inanspruchnahme medizinischer Rehabilitation bzw. mit dem „Umschulungsgeld“ bei Inanspruchnahme von Maßnahmen beruflicher Rehabilitation gewährt wird.

Damit soll das Vorhaben ‚Rehabilitation vor Pension‘ zur Erhöhung des faktischen Pensionsantrittsalters und die damit verbundene Hebung der Beschäftigungsquote Älterer gelingen (Felten, 2018).

Die oben angeführten Bestrebungen der Politik sollen längerfristig mit den im Expertenpapier zur Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ definierten drei Wirkungszielen „Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen“ (BMAFJ, 2020) bzw. mit dem hier formulierten Teilziel „vorzeitige gesundheitsbedingte Pensionierungen reduzieren“ aufgegriffen und anhand der dargestellten Indikatoren verfolgt werden.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 9 beobachtet und gemessen werden, inwieweit Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dazu beitragen, vorzeitig gesundheitsbedingte Pensionierungen zu reduzieren.**

#### 6.2.1.1 Indikatoren

Zur Überprüfung von TZ 9 werden 5 Impact-Indikatoren, die der Wirkungsebene zugeordnet sind, herangezogen. Es werden ausschließlich säulenübergreifende Indikatoren betrachtet; Indikatoren der Säulen Arbeitnehmer\*innenschutz, BGF oder BEM liegen für dieses TZ nicht vor.

##### 6.2.1.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.



## 6.2.1.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

## 6.2.1.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

## 6.2.1.1.4 Säulenübergreifend

Für das Jahr 2021 melden die Unfallversicherungsträger in Summe 6.792 (2020: 7.097) Rentennewugänge (Leichtversehrte: 6.335, Schwerversehrte: 452; exkl. Hinterbliebenenrenten). Die seitens der AUVA gemeldeten 5.292 Rentennewugänge (Leichtversehrte: 4.924, Schwerversehrte: 368) werden mit einem Kostenaufwand von € 2,7 Mio. (Leichtversehrte: € 1,8 Mio., Schwerversehrte: € 0,9 Mio.) beziffert. Die BVAEB führt 589 Rentennewugänge an, davon zählen 577 Renten (98,0 %) für Leichtversehrte und 7 Renten (2,0 %) für Schwerversehrte. Aufwände für die Rentennewugänge lagen seitens BVAEB nicht vor. Die SVS meldet 911 Rentennewugänge (Leichtversehrte: 834, Schwerversehrte: 77) für das Jahr 2021 mit einem Aufwandsbetrag von € 336.519,33 (Tabelle 53).

**Tabelle 53: SÜ – Rentennewugänge (exkl. Hinterbliebenenrenten)**

2021/ Bereich	Versehrtenrenten					
	Versehrte gesamt		Leichtversehrte (MdE unter 50 v. H.)		Schwerversehrte (MdE 50–100 v. H.)	
	Anzahl	Betrag [€]	Anzahl	Betrag [€]	Anzahl	Betrag [€]
Gesamt	6.792	-	6.335	-	452	-
AUVA	5.292	€ 2.675.888,40	4.924	€ 1.801.382,71	368	€ 874.505,69
BVAEB	589	-	577	-	7	-
SVS	911	€ 336.519,33	834	-	77	-

Anmerkungen: MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit; v H. = von Hundert; Quelle: AUVA (2021), BVAEB (2021), SVS (2021).

Von 5.457 Anträgen im Jahr 2021 (2020: 5.743) auf Gewährung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation wurden seitens der medizinischen Administration der Pensionsversicherungsanstalt 3.267 Bewilligungen (59,9 %), 1.514 Ablehnungen (27,7 %) ausgesprochen und 676 (12,4 %) sonstige Erledigungen angeführt (Tabelle 54).

**Tabelle 54: SÜ – Berufliche Reha-Anträge**

2021	Anträge	Bewilligungen	Ablehnungen	Sonstige <sup>1</sup>
Anzahl der Anträge zur Gewährung beruflicher Maßnahmen der Rehabilitation	5.457	3.267	1.514	676

Anmerkungen: <sup>1</sup> Zurückweisung, Zurückziehung, Abtretung, Ableben etc.; Quelle: PVA (2022).

Von den 3.267 Personen mit einer Bewilligung von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation im Jahr 2021 (Tabelle 54) haben diese 73,2 % ordnungsgemäß/erfolgreich absolviert, 12,6 % aus medizinischen Gründen vorzeitig beendet und 14,2 % abgebrochen (Tabelle 55). Von den Personen, die Maßnahmen ordnungsgemäß / erfolgreich beendet haben, sind gut die Hälfte (55,0 %) in Beschäftigung, jeder Zehnte (10,3 %) ist in fremd- oder eigenfinanzierten, weiterführenden Maßnahmen, 7,9 % sind weiterhin in Pension bzw. haben einen Pensionsantrag gestellt und gut ein Viertel (26,8 %) befindet sich in Vermittlung.

**Tabelle 55: SÜ – Berufliche Rehabilitation**

2021	erfolgreich	aus med. Gründen vorzeitig beendet	abgebrochen
Absolvierungsrate (in %; bezogen auf 3.267 Versicherte mit Bewilligung)	73,2	12,6	14,2
	in fremd- oder eigenfinanzierten, weiterführenden Maßnahmen	weiterhin in Pension bzw. Pensionsantrag gestellt	in Vermittlung
Erfolgsrate (in %; bezogen auf die erfolgreiche Absolvierungsrate)	55,0	10,3	26,8
	in Beschäftigung		

Anmerkungen: Quelle: PVA (2022).

Im Jahr 2021 wurden 45.801 (2020: 44.318) Neuanträge für eine Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension gestellt (Tabelle 56). Seitens der Pensionsversicherungsanstalt wurden 11.440 Zuerkennungen, 29.565 Ablehnungen ausgesprochen und 2.558 sonstige Erledigungen angeführt. Aufgrund einer Verfahrensdauer von zwei bis drei Monaten liegt die Summe der Zuerkennungen, Ablehnungen und Sonstige mit 43.563 Bearbeitungen (i. e. „erledigte Anträge“) unter der Summe der 45.801 Neuanträge.

**Tabelle 56: SÜ – Berufsunfähigkeits- /Invaliditätspensionen**

2021	Anträge <sup>1</sup>	Zuerkennungen	Ablehnungen	Sonstige
Anzahl der Neuanträge und Erledigungen zur Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen	45.801 <sup>2</sup>	11.440	29.565	2.558

Anmerkungen: <sup>1</sup> ohne Weitergewährungen bzw. Sonderruhegeld, <sup>2</sup> aufgrund einer Verfahrensdauer von zwei bis drei Monaten liegt die Summe der Zuerkennungen, Ablehnungen und Sonstige mit 43.563 Bearbeitungen („erledigte Anträge“) unter der Summe der 45.801 Neuanträge; Quelle: PVA (2022).

Das durchschnittliche Pensionsantrittsalter im Jahr 2021 wird in Tabelle 57 nach Pensionsarten und Geschlecht dargestellt. Gemittelt über alle Eigenpensionen liegt das faktische Pensionsantrittsalter der Frauen bei 59,8 (2020: 59,3) und der Männer bei 61,8 (2020: 61,3) Jahren, nach allen Alterspensionen bei 60,6 bzw. 63,1 Jahren. Beim Antritt einer Alterspension gemäß § 253 ASVG<sup>44</sup> sind Männer gesetzlich bedingt mit 65,6 Jahren um 5 Jahre älter als Frauen mit 60,6 Jahren. Bezogen auf die Berufsunfähigkeits- /Invaliditätspensionen sind Männer um rund 4 Jahre älter (Männer: 55,3 Jahre; Frauen: 51,2 Jahre) und bei beiden Geschlechtern liegt mit dieser Pensionsart das niedrigste Antrittsalter vor. Beim Antritt der Alterspension für Langzeitversicherte (Männer: 62,4 Jahre; Frauen: 60,0 Jahre) bzw. der Schwerarbeitspension (Männer: 60,8 Jahre; Frauen: 58,6 Jahre) sind Männer um rund 2 Jahre älter als Frauen. Männer sind beim Pensionsantritt bei langer Versicherungsdauer bzw. den Korridorpensionen 60,1 bzw. 62,5 Jahre alt.

**Tabelle 57: SÜ – Pensionsantrittsalter**

2021	Frauen	Männer	Differenz
<b>Pensionsarten / Durchschnittliches Pensionsantrittsalter (Neuzugänge)</b>			
Alle Eigenpensionen	59,8	61,8	2,0
Berufsunfähigkeits- /Invaliditätspensionen	51,2	55,3	4,1
Alle Alterspensionen	60,6	63,1	2,5
gemäß ASVG § 253	60,6	65,6	5,0
bei langer Versicherungsdauer <sup>1</sup>	-	60,1	-
Korridorpensionen	-	62,5	-

<sup>44</sup> Anspruch auf Alterspension hat der Versicherte nach Vollendung des 65. Lebensjahres, die Versicherte nach Vollendung des 60. Lebensjahres, wenn die Wartezeit (§ 236) erfüllt ist.

2021			
Pensionsarten / Durchschnittliches Pensionsantrittsalter (Neuzugänge)	Frauen	Männer	Differenz
Langzeitversicherte	60,0	62,4	2,4
Schwerarbeitspensionen	58,6	60,8	2,2

Anmerkungen: ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz; <sup>1</sup> kein Anheben des Pensionsantrittsalters bei Übergang von Sonderruhegeld in Alterspension ASVG § 253b; Quelle: PVA (2022).

### 6.2.1.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Daten zur Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 9 basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten der Sozialversicherung, die stabile und repräsentative Basiswerte für ein nachfolgendes GiB-Zielsteuerungssystem-Monitoring aufweisen. Es wird empfohlen, die bei den UV-Trägern vorliegenden elektronischen Ticketingsysteme verstärkt zu nutzen. Damit können die notwendigen Datenerhebungsprozesse für das Indikatorenmonitoring seitens der trägerseitigen Datenverantwortlichen anhand von elektronischen „Anforderungstickets“ effizienter umgesetzt werden.

Die Indikatoren zu den Rentenneuzugängen (Tabelle 53) bzw. zur beruflichen Rehabilitation (Tabelle 54, Tabelle 55), der Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension (Tabelle 56) und dem Pensionsantrittsalter (Tabelle 57) basieren auf den standardisierten Jahresberichten und Statistiken der Unfallversicherungsträger bzw. der Pensionsversicherungsanstalt. Damit stehen die Daten für diese Indikatoren jahresaktuell und qualitätsgesichert im Sinne einer hoch ausgeprägten Datenvalidität zur Verfügung. Die Datenverfügbarkeit hängt vom Erscheinungsdatum der jeweiligen Jahresberichte ab, obwohl die Daten hierfür bereits vorab bei den Fachabteilungen der betreffenden Träger vorliegen. Die Indikatoren zeigen keine großen Schwankungen trotz COVID-19-Lockdowns im Vorjahr 2020 (Rentenneuzugänge: 7.097; Anträge berufliche Rehabilitation: 5.743; Absolvierungsrate: 72,0 %; Beschäftigungsrate: 53,3 %; Neuanträge Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension: 44.318; Faktisches Antrittsalter: Männer 61,3 Jahre, Frauen 59,3 Jahre) (PVA, 2021). Dies spricht für stabile und repräsentative Basiswerte für ein nachfolgendes Monitoring.

#### Fazit und Empfehlungen:

- Die Indikatorenwerte basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten der Sozialversicherung.
- Die Indikatorenwerte stellen stabile und repräsentative Basiswerte für ein nachfolgendes Monitoring dar.
- Für eine zeitnahe Datenverfügbarkeit wird die **Empfehlung** ausgesprochen, standardisierte Daten zu den Versehrtenrenten, der Rehabilitation und Pension mittels der in den IT-Fachabteilungen eingesetzten Ticketing Systeme der UV-/PV-Träger, unabhängig vom Erscheinungsdatum der entsprechenden Jahresberichte, anfragen bzw. beziehen zu können.

Mit „ausreichender“ Vorlaufzeit können die für das Indikatorenmonitoring notwendigen Datenerhebungsprozesse, die als elektronische „Anforderungstickets“ bei den datenerhebenden Stellen aufliegen, seitens der trägerseitigen Datenverantwortlichen effizient umgesetzt werden.

### 6.2.1.3 Bewertung

Bei der Bewertung der Indikatoren zur Renten- und Pensionsentwicklung sind wirtschafts- und beschäftigungspolitische Gesetzesänderungen zu berücksichtigen. Das faktische Pensionsantrittsalter wird bei Frauen und Männern weiterhin vorrangig von den Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen beeinflusst, bei denen das Antrittsalter im Schnitt rund 10 Jahre unter dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter liegt. Um das tatsächliche Pensionsalter weiter an das gesetzliche heranzuführen wie auch Versehrtenrenten soweit wie möglich hintanzuhalten, gilt es im Zuge von BGM-Maßnahmen bei den vorangehenden Teilzielen zur Schaffung von gesunden und sicheren Arbeitsbedingungen in Betrieben (TZ 6), zur Stärkung der Arbeitszufriedenheit (TZ 7) sowie zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (TZ 8) anzusetzen. Hierfür gilt es auch bestehende Empfehlungen von Rosian-Schikuta et al. (2016), unter Einbindung der Verantwortlichen aus den jeweiligen Trägerinstitutionen, hinsichtlich des aktuellen Status Quo zu bewerten und gegebenenfalls gezielt aufzugreifen.

Wie in der Einschätzung zur Datenlage angeführt, weisen im Vergleich zum Vorjahr die Rentennewuzugänge mit 6.792 Fällen (Tabelle 53) wie auch die Ergebnisse zu den Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation mit 5.457 Anträgen (Tabelle 54) und einer Absolvierungsrate von 73,2 % bzw. induzierter Beschäftigungsrate von 55,0 % (Tabelle 55) im Jahr 2021 repräsentative Werte auf. Analoges gilt für die 45.801 Neuanträge zur Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspension und den damit verbundenen Bearbeitungen (Tabelle 56) sowie für das faktische Pensionsantrittsalter (bezogen auf alle Eigenpensionen) bei Männern mit 61,8 und bei Frauen mit 59,8 Jahren (Tabelle 57). Vor allem bei den Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen zeigen sich große Unterschiede zwischen dem tatsächlichen (Männer: 55,3 Jahre; Frauen: 51,2 Jahre) und dem nach ASVG § 253 gesetzlichen (Männer: 65,6; Frauen: 60,6) Pensionsantrittsalter. Das faktische Pensionsantrittsalter wird somit von den verschiedenen Pensionsarten stark beeinflusst.

Im Jahr 2021 liegt das faktische Pensionsantrittsalter weiterhin unter dem gesetzlichen (bei Frauen bzw. Männern knapp ein Jahr bzw. knapp 4 Jahre). Dazu wird im Expertenpapier der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (BMAFJ, 2020) das aktuelle Regierungsprogramm<sup>45</sup> wie folgt zitiert: „Die Gesundheit der Beschäftigten ist das beste und effektivste Mittel, um das tatsächliche Pensionsalter an das gesetzliche heranzuführen. Investitionen in die Gesundheit von Menschen reduzieren nachweislich Arbeitsunfähigkeit und Kosten im Gesundheits- wie auch im Pensionssystem.“ Damit ist neben dem gesundheitspolitischen Ziel von „gesunden Mitarbeiterinnen

---

<sup>45</sup> Aus Verantwortung für Österreich. Regierungsprogramm 2020-2024 (S. 250ff).

und Mitarbeitern in gesunden Unternehmen“ (ÖNBGF, o.D.) das sozialpolitische Ziel der *Reduktion von vorzeitigen gesundheitsbedingten Pensionierungen* eines der Hauptziele aller Maßnahmen und Bemühungen rund um das Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz.

Der wichtigste Indikator in diesem Teilziel ist damit der säulenübergreifende Indikator des Pensionsantrittsalters bzw. das dahinterliegende Ziel der Anhebung des faktischen an das gesetzliche Pensionsantrittsalter. Obwohl dieses Ziel nur multifaktoriell zu erreichen ist, können die Maßnahmen des BGM, also Maßnahmen aus allen drei Säulen, einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, die Beschäftigten über den gesamten Arbeitsverlauf hinweg zu begleiten bzw. Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit zu setzen. Eine besondere Rolle zur Reduktion von Frühpensionierungen und damit zur Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters kommt hierbei nach Dürr und Fürth (2006) der BGM-Säule Betriebliches Eingliederungsmanagement zu. Letztendlich dient die (positive) weitere Entwicklung dieses Indikators auch als Motivation dafür, die Zusammenarbeit aller Beteiligten fortzusetzen bzw. zu vertiefen.

Dabei gilt es zu beachten, dass die Inanspruchnahme der beruflichen Rehabilitation sowie des Pensionssystems auch unabhängig von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von wirtschafts- und beschäftigungspolitischen Eingriffen bzw. Gesetzesänderungen, wie am Beispiel der Einführung vom Sozialrechts-Änderungsgesetz (SRÄG) 2012 (BGBl. I Nr. 3/2013) und Folgeerlassen, beeinflusst wird. Das Sozialrechts-Änderungsgesetz zielt auf das Geburtsjahr des Versicherten ab (ab dem 1.1.1964 geborene Versicherte). Damit wird die potenzielle Gruppe an Personen mit beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation jedes Jahr um einen Jahrgang erweitert und jene der Bezieher\*innen einer befristeten Berufsunfähigkeits- /Invaliditätspension um einen Altersjahrgang verringert. Nach dem Gutachten zur voraussichtlichen Gebarung der gesetzlichen Pensionsversicherung in den Jahren 2021 bis 2026 dürfte der jährliche „Peak“ an Versicherten mit der Inanspruchnahme von beruflichen Maßnahmen der Rehabilitation erreicht sein (Alterssicherungskommission, 2021).

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Wirtschafts- und beschäftigungspolitische Gesetzesänderungen sind bei der Bewertung der Indikatoren zu berücksichtigen.
- Das faktische Pensionsantrittsalter wird bei Frauen und Männern weiterhin vorrangig von den Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen beeinflusst, bei denen das Antrittsalter im Schnitt rund 10 Jahre unter dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter liegt.
- Maßnahmen des BGM können einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit von Arbeitnehmer\*innen bis ins Pensionsalter leisten, um das tatsächliche Pensionsalter weiter an das gesetzliche heranzuführen wie auch Versehrtenrenten soweit wie möglich hintanzuhalten. In Österreich haben sich unterschiedliche öffentliche Institutionen (Kranken- und Unfallversicherungsträger, Pensionsversicherungsanstalt, Fonds Gesundes Österreich, Bund, Länder, Gemeinden) diesem Ziel verschrieben.
- Rosian-Schikuta et al. (2016) gaben die **Empfehlung** für ein „gemeinsames und abgestimmtes österreichisches Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzept für das Setting Betrieb, damit Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention als effektives und effizientes Instrument wahrgenommen wird“.

Zwischenzeitlich wurden bereits einige der damals gemachten Vorschläge mit der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ umgesetzt. Der vorliegende Bericht - als eine der empfohlenen Maßnahmen - kann als wichtige Grundlage für die qualitätsorientierte bzw. datengestützte Weiterentwicklung einer gemeinsamen Strategie betrachtet werden. Die darüberhinausgehenden Empfehlungen bzw. deren Entwicklung seit 2016 müssten jedoch, unter Einbindung der Verantwortlichen aus den jeweiligen Trägerinstitutionen, hinsichtlich des aktuellen Status Quo bewertet werden. Auf Basis dieses Reflexionsprozesses gilt es, entsprechend des Public Health Action Cycles (PHAC), weiterhin offene inhaltliche und operative Maßnahmenempfehlungen aufzugreifen bzw. weitere strategische Maßnahmen festzulegen und im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses die gesetzten Maßnahmen zu evaluieren bzw. systematisch einen nachhaltigen Begleitprozess zur Steuerung der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ zu etablieren.

## 6.2.2 TZ 10: Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten steigern

Zu den beim Arbeitsmarktservice (AMS) als arbeitslos vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zählen Personen mit Behinderungen, „die über eine Begünstigung nach dem Behinderteneinstellungsgesetz (BEinstG) und/oder Opferfürsorgegesetz (OFG) bzw. nach den Landesbehindertengesetzen (LBehG) verfügen“ aber auch weitere Personen mit gesundheitlichen Beschwerden, für die keine Begünstigung nach den genannten Gesetzen vorliegt. Das sind Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen (physisch, psychisch, geistig oder Sinnesfunktionen, belegt durch ärztliche Gutachten oder klinische Psycholog\*innen), die am AMS mit sonstigen gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen geführt werden. Diese bilden den Großteil (rund 8 von 10) der beim AMS vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (Auer, Grieger & Wach, 2019).

Der jahresdurchschnittliche Bestand an arbeitslos vorgemerkten Personen und Schulungsteilnehmer\*innen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen hat sich im Zeitraum von 2009 (44.023) bis 2018 (83.793) beinahe verdoppelt. Damit ist der Anteil an allen arbeitslos vorgemerkten Personen und Schulungsteilnehmer\*innen im selben Zeitraum von 13,6% auf 22,0%, d.h. um mehr als 8%, gestiegen. Dies ist auf den demografischen Wandel hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft bzw. auf die gestiegene Arbeitslosigkeit der über 50-Jährigen zurückzuführen (Auer, Grieger & Wach, 2019). Neben dem demografischen Wandel sind nach einer seitens AMS Oberösterreich beauftragten Studie (Lankmayer & Niederberger, 2021) die Ursachen für den Anstieg von arbeitslos vorgemerkten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen auch den Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters, „insbesondere dem SRÄG 2012 und den Umstellungen beim Pensionsvorschuss<sup>46</sup>“, zuzuschreiben.

Dieser Entwicklung begegnet das AMS mit verschiedenen Maßnahmen aus der Beschäftigungs- und Qualifizierungsförderung sowie mit Unterstützungsangeboten. Dazu gehören die Aus- und Weiterbildung, die berufliche Rehabilitation (vgl. TZ 9) sowie Eingliederungs- und Kombilohnbeihilfen (Auer, Grieger & Wach, 2019). Neben dem AMS bietet auch das Sozialministeriumservice (SMS) Unterstützung mit Projekt- und Individualförderungen an. Ziel dieser Bestrebungen wie auch des hier formulierten Teilziels (TZ 10) sind einerseits eine Stärkung der Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Personen sowie andererseits eine Steigerung der Beschäftigungsquote und die Erschließung von Arbeitskraftpotenzial. Seitens fit2work gelten diese Bestrebungen für Erwerbstätige, arbeitssuchende und erwerbstätige Personen mit längeren Krankenstandsepisoden.

**Zielsetzung: Aus Sicht der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ soll im Rahmen von Teilziel 10 beobachtet und gemessen werden, inwieweit Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ dazu beitragen, die Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten zu steigern.**

---

<sup>46</sup> Umstellung im AMS vom Status „Pensionsvorschuss auf Invaliditätspension“ auf den Status „Klärung der Arbeitsfähigkeit/Gesundheitsstraße“ im Jahr 2013.



### 6.2.2.1 Indikatoren

Zur Verfolgung dieses Ziels werden Daten zu Förderung und Wiedereingliederung vom AMS sowie Daten des Beratungsangebots fit2work herangezogen. Alle drei Indikatoren sind als säulenübergreifend eingestuft. Einzeln sind den drei Säulen keine Indikatoren für dieses Teilziel zugeordnet.

#### 6.2.2.1.1 Arbeitnehmer\*innenschutz

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

#### 6.2.2.1.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

#### 6.2.2.1.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement

Derzeit kein/e Indikator/en zugeordnet.

#### 6.2.2.1.4 Säulenübergreifend

Laut AMS kam es im Jahr 2021 zu 37.715 nicht geförderten Arbeitsaufnahmen (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung) von Personen <sup>47</sup> mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen am ersten (i.e. regulären) Arbeitsmarkt (Tabelle 58). Bezogen auf die Gesamtsumme von rund 460.000 nicht geförderten Arbeitsaufnahmen (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung) aus AMS Vormerkungen entspricht dies einem Anteil von rund 8,2 % bzw. jeder zwölften nicht geförderten Arbeitsaufnahme.

---

<sup>47</sup> Anmerkung: die Personen können vor dem Zeitpunkt der nicht geförderten Arbeitsaufnahme Förderungen i.S. der aktivierenden Arbeitsmarktpolitik erhalten haben (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 58: SÜ – Nicht geförderte Arbeitsaufnahmen von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen**

2021	Gesamt (Anteil)
Anzahl (Anteil) der nicht geförderten Arbeitsaufnahmen von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen am ersten Arbeitsmarkt	37.715 (8,2 %)

Anmerkungen: Quelle: AMS DWH (Datenwürfel: pst\_vbm): Eigene Auswertung.

Werden für das Jahr 2021 die geförderten wie auch nicht geförderten Arbeitsaufnahmen (56.264 Arbeitsaufnahmen mit einer Dauer von über 62 Tagen) von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in Bezug zu allen AMS-Abgängen (98.363 Abgänge mit einer Dauer von über 62 Tagen) von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und dem Bestand an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen im Dezember 2021 (97.889 Personen sind am letzten Tag des Jahres 2021 noch nicht abgegangen) gesetzt, so ergibt sich eine Arbeitsaufnahmerate von rund 29%. Bei Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen ergibt sich mit 482.744 Arbeitsaufnahmen (mit einer Dauer von über 62 Tagen) in Bezug zu allen AMS Abgängen (636.709 Abgänge mit einer Dauer von über 62 Tagen) von Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen und dem Bestand an Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen im Dezember 2021 (338.962 Personen sind am letzten Tag des Jahres 2021 noch nicht abgegangen) eine Arbeitsaufnahmerate von rund 49% (Tabelle 59).

**Tabelle 59: SÜ – Arbeitsaufnahmen von Personen mit/ohne gesundheitliche/n Vermittlungseinschränkungen**

2021	Anzahl (Anteil)
Anzahl (Anteil) der (geförderten und nicht geförderten) Arbeitsaufnahmen von Personen <u>mit</u> gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen am Arbeitsmarkt	56.264 (28,7 %)
Anzahl (Anteil) der (geförderten und nicht geförderten) Arbeitsaufnahmen von Personen <u>ohne</u> gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen am Arbeitsmarkt	482.744 (49,5 %)

Anmerkungen: Quelle: AMS DWH (Datenwürfel: pst\_gfint): Eigene Auswertung.

Seitens des AMS werden für das Jahr 2021 in Summe 18.901 geförderte Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gemeldet (Projektförderungen: 10.884, 57,6 %; Individualförderungen: 8.017, 42,4 %), welche drei Monate nach individuellem Maßnahmenende ein

Dienstverhältnis am ersten (i.e. regulären) Arbeitsmarkt<sup>48</sup> aufweisen<sup>49</sup> (Tabelle 60). Bezogen auf die Gesamtzahl der AMS geförderten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (96.204, vgl. Tabelle 6) konnte somit jede fünfte geförderte Person (19,6 %) mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden. Als Vergleichszahlen werden für das Jahr 2021 in Summe 124.409 geförderte Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (Projektförderungen: 76.044, 61,1 %; Individualförderungen: 48.365, 38,9 %) mit einem nicht geförderten, bestehenden Beschäftigungsverhältnis, drei Monate nach Förderungsende gemeldet. Bezogen auf die Summe der geförderten Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen (866.118) trifft dies auf jede/n Siebente/n (14,4 %) zu.

**Tabelle 60: SÜ – Geförderte Personen mit/ohne gesundheitliche/n Vermittlungseinschränkungen und vorliegendem Dienstverhältnis**

2021	Förderungsform	Anzahl (Anteil)	Anteil an Anzahl <sup>1</sup> geförderter Personen
Anzahl geförderter Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen und einem nicht geförderten bestehenden Beschäftigungsverhältnis (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung), 3 Monate nach Maßnahmenende	Projektförderungen	10.884 (57,6 %)	11,3 %
	Individualförderungen	8.017 (42,4 %)	8,3 %
	Gesamt	18.901 (100 %)	19,6 %
Anzahl geförderter Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen und einem nicht geförderten bestehenden Beschäftigungsverhältnis (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung), 3 Monate nach Maßnahmenende	Projektförderungen	76.044 (61,1 %)	8,8 %
	Individualförderungen	48.365 (38,9 %)	5,6 %
	Gesamt	124.409 (100 %)	14,4 %

Anmerkungen: <sup>1</sup> Anzahl der AMS geförderten Personen im Jahr 2021: 96.204 Personen (vgl. Tabelle 6) mit gesundheitlichen bzw. 866.118 Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen; Quelle: AMS DWH (Datenwürfel: mon\_vb\_projekt, mon\_vb\_if); Eigene Auswertung.

<sup>48</sup> Nicht gefördertes bestehendes Beschäftigungsverhältnis (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung).

<sup>49</sup> Die gemeldeten Zahlen basieren auf einer Stichtagsbetrachtung. Damit können Personen vor dem Stichtag eine Beschäftigung aufgenommen und diese zum Stichtag wieder niedergelegt oder erst nach dem Stichtag eine Beschäftigung aufgenommen haben.

In Tabelle 61 wird der Arbeitsmarktstatus der fit2work-Klient\*innen bei abgeschlossener Erstberatung bzw. abgeschlossenem Case Management angeführt. Gut die Hälfte bzw. gut zwei Drittel der Personen geben zum Zeitpunkt der Erstberatung und des Case Managements an, als arbeitslos gemeldet zu sein, gefolgt vom Status einer unselbstständigen Erwerbsfähigkeit (45 % bzw. 32 %). Die Minderheit der Angaben zum Arbeitsmarktstatus mit jeweils weniger als 1% betreffen selbstständige Erwerbstätigkeit, Bezug einer befristeten (Erwerbsunfähigkeits-/Invaliditäts-) Pension, Bezug von Rehabilitationsgeld (bei medizinischer Rehabilitationsgeld) sowie Umschulungsgeld (bei beruflicher Rehabilitationsgeld), geringfügige Beschäftigung und Elternkarenz.

Bezogen auf das Case Management lassen sich die Angaben zum Arbeitsmarktstatus nach Geschlecht und Altersgruppen aufschlüsseln. Männer sind demnach häufiger (sieben von zehn) von Arbeitslosigkeit betroffen als Frauen (knapp zwei Drittel) und geben dementsprechend weniger häufig ein aufrechtes (unselbstständiges) Arbeitsverhältnis an. Ab 50-Jährige sind bei abgeschlossenem Case Management gegenüber Jüngeren etwas häufiger (knapp sieben von zehn gegenüber rund zwei Drittel) als arbeitslos gemeldet.

Tabelle 61: SÜ – Arbeitsmarktstatus der fit2work Klient\*innen bei abgeschlossener Erstberatung und bei abgeschlossenem Case Management

Ebene / Ausprägung		Arbeitsmarktstatus bei abgeschlossener Erstberatung Anzahl (Anteil in Prozent)								Arbeitsmarktstatus bei abgeschlossenem Case Management Anzahl (Anteil in Prozent)					
		2021	Ges.	AL	UE	SE	BP	RG	UG	AF	Ges.	AL	UE	SE	GB
Gesamt	Gesamt (in %)	19.439	10.565 (54,3)	8.748 (45,0)	98 (0,5)	97 (0,5)	168 (0,9)	47 (0,2)	394 (2,0)	6.223	4.209 (67,6)	1.959 (31,5)	40 (0,6)	56 (0,9)	11 (0,2)
Geschlecht	Frauen (in %)									3.629	2.351 (64,8)	1.250 (34,4)	20 (0,6)	36 (1,0)	9 (0,2)
	Männer (in %)									2.594	1.858 (71,6)	709 (27,3)	20 (0,8)	20 (0,8)	2 (0,1)
Alter in Jahren	bis 35 (in %)									1.029	675 (65,6)	338 (32,8)	2 (0,2)	18 (1,7)	4 (0,4)
	35-49 (in %)									2.318	1.556 (67,1)	745 (32,1)	14 (0,6)	17 (0,7)	4 (0,2)
	ab 50 (in %)									2.876	1.978 (68,8)	876 (30,5)	24 (0,8)	21 (0,7)	3 (0,1)
Betriebs- größe	KMU (in %)														
	GU (in %)														
Branche (ÖNACE 2008)	Band- breite														

Anmerkungen: Mehrfachnennungen möglich; KMU = Klein(st)- und Mittelunternehmen (bis 249 MA); GU = Großunternehmen (ab 250 MA); Ges. = Gesamt; AL = arbeitslos; UE = unselbstständig erwerbstätig; SE = selbstständig erwerbstätig; BP = befristete (Erwerbsunfähigkeits-/Invaliditäts-)Pension; RG = Rehabilitationsgeld; UG = Umschulungsgeld; AF = anonyme Fälle, GB = geringfügig beschäftigt, KR = Karenz; Quelle: fit2work Jahresbericht 2021/fit2work Monitoringdatenbank<sup>50</sup>.

<sup>50</sup> [https://www.fit2work.at/file/download/file\\_jahresbericht-2021-fit2work-v22-220825-final-v2\\_4730.pdf](https://www.fit2work.at/file/download/file_jahresbericht-2021-fit2work-v22-220825-final-v2_4730.pdf) (20.02.2023).

### 6.2.2.2 Einschätzung zur Datenlage (Qualität der Daten)

Die Daten zur Abbildung der Indikatoren aus Teilziel 10 basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten des AMS Datawarehouse bzw. der fit2work Monitoringdatenbank. Für eine differenziertere Abbildung der Indikatoren wird eine erweiterte Auswertung nach Geschlecht, Alter und sozialrechtlicher Stellung im AMS Datawarehouse empfohlen.

Die Indikatoren zur Arbeitsmarktsituation von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen (Tabelle 58, Tabelle 59, Tabelle 60) basieren auf standardisierten Ad-hoc-Auswertungen der Statistikabteilung der Sektion Arbeitsmarkt des BMAW unter Verwendung des AMS Datawarehouse. Hinsichtlich der Datenvalidität kann somit von einem höchstmöglichen Qualitätsstandard im Sinne von belastbaren und verlässlichen Daten gesprochen werden.

Die Angaben zum Arbeitsmarktstatus von fit2work-Klient\*innen bei abgeschlossener Erstberatung bzw. abgeschlossenem Case Management basieren auf Daten der fit2work Monitoringdatenbank. Damit ist ebenfalls von einer hoch ausgeprägten Datenvalidität auszugehen.

#### **Fazit und Empfehlungen:**

- Die Indikatorenwerte basieren auf standardisierten und qualitätsgesicherten Daten des AMS Datawarehouse bzw. der fit2work Monitoringdatenbank.
- Für eine differenziertere Datenverfügbarkeit wird die **Empfehlung** ausgesprochen, eine erweiterte Auswertung nach bestimmten soziodemografischen (wie Geschlecht, Alter und sozialrechtliche Stellung) und sozioökonomischen Faktoren (wie Ausbildung) im AMS Datawarehouse vorzunehmen.

### 6.2.2.3 Bewertung

Aufgrund des demografischen Wandels hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft und der gestiegenen Arbeitslosigkeit bei über 50-Jährigen sowie gesetzlicher Änderungen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters (SRÄG 2012), bekommen die Maßnahmen des AMS bzw. SMS sowie von fit2work, zur Steigerung der Integrationsmöglichkeiten von arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, eine immer größer werdende Bedeutung. Im Jahr 2021 ging bereits jede zwölfte nicht geförderte Arbeitsaufnahme (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung) am ersten Arbeitsmarkt auf eine Person mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zurück (Tabelle 58). Die von Eppel et al. (2017) angeführten Empfehlungen zur Steigerung der Beschäftigung von gesundheitlich Beeinträchtigten zielen auf präventive Ansätze, wie eine systematische Früherkennung und Frühintervention von und bei gesundheitlichen Problemlagen ab. Hierfür wären neben einer Erweiterung von mobilen Angeboten seitens AMS, SMS und fit2work auch die Entwicklung und Umsetzung von weiteren digitalen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten denkbar. Die im Land Steiermark mit 1. April 2023 gestartete Förderinitiative „Digital!Healthcare“ lässt sich hierbei als positives Beispiel anführen.

Im Jahr 2021 ging bereits jede zwölfte nicht geförderte Arbeitsaufnahme (selbstständig und unselbstständig ohne geringfügige Beschäftigung) am ersten Arbeitsmarkt auf eine Person mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zurück (Tabelle 58). In Bezug auf die Arbeitsaufnahme von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, im Sinne einer nachhaltigen, demnach zeitlich mehr als 62 Tage andauernden Beschäftigung, besteht im Vergleich zu Personen ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen noch Verbesserungspotenzial (Tabelle 59). Durch die oben angeführte steigende Entwicklung des Arbeitskräfteangebots an Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen, bekommen die Maßnahmen des AMS und des SMS zur Steigerung der Integrationsmöglichkeiten der betroffenen Personen einen immer größer werdenden Stellenwert. Diese zeigen auch Wirkung, zumal im Jahr 2021 jede fünfte geförderte Person mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen zumindest zum Zeitpunkt drei Monate nach individuellem Maßnahmenende in den regulären Arbeitsmarkt integriert werden konnte (Tabelle 60). Damit sind die Chancen von AMS geförderten Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen gegenüber jenen AMS geförderten Personen ohne gesundheitliche/n Vermittlungseinschränkungen am ersten Arbeitsmarkt als nicht geringer einzuschätzen, zumal im Jahr 2021 jede siebente geförderte Person ohne gesundheitliche Vermittlungseinschränkungen drei Monate nach individuellem Maßnahmenende eine nicht geförderte Beschäftigung aufwies.

Die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wird auch von einer Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz aus dem Jahr 2017 untermauert (Eppel et al., 2017). Die auf das Bundesland Oberösterreich bezogene Studie zeigt, dass alle evaluierten aktiven arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen, wie aktive Arbeitssuche, berufliche Orientierung und trägerbezogene fachliche Qualifizierung die Erwerbsbeteiligung der Geförderten gesteigert haben.

Mehr als jede/r Zweite bzw. zwei von drei Personen, die im Jahr 2021 eine Erstberatung bzw. ein Case Management bei fit2work abgeschlossen haben, geben an, arbeitslos zu sein. Entsprechend weniger befinden sich in einem aufrechten Arbeitsverhältnis. Damit liegt laut Statistik Austria (Pohler, 2022) eine treffsichere Zielgruppenerreichung vor, zumal größtenteils Personen an der fit2work-Personenberatung teilnehmen, „deren Erwerbsbeteiligung sich durch Arbeitslosigkeit oder Krankheit im Jahr vor Beginn der Beratung verschlechtert hat“. Ähnlich gelagert zu den oben angeführten Bestrebungen des AMS und SMS, arbeitslose Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen in den Arbeitsmarkt zu (re)integrieren, gilt dies daher auch für die Angebote bei fit2work (Beratung, Case Management, Maßnahmenplan), die von Arbeitssuchenden aber auch von Erwerbstätigen in Anspruch genommen werden können.

### **Fazit und Empfehlungen:**

- Aufgrund des demografischen Wandels hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft und der gestiegenen Arbeitslosigkeit bei über 50-Jährigen, bekommen die Maßnahmen des AMS bzw. SMS zur Steigerung der Integrationsmöglichkeiten von arbeitslosen Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen einen immer größer werdenden Stellenwert. Analoges gilt für die Frühinterventionsmaßnahmen von fit2work, die neben Arbeitssuchenden mit gesundheitlichen Einschränkungen auch auf Erwerbstätige abzielen.
- Die Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen wird von einer wissenschaftlichen Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz belegt (Eppel et al., 2017). Zu den aus der Studie abgeleiteten **Empfehlungen** und Handlungsoptionen zählen präventive Ansätze wie zum Beispiel eine systematische Früherkennung und Frühintervention von und bei gesundheitlichen Problemlagen mit einem stringenten Monitoring und ein früherer Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen. Bezogen auf die aktive Arbeitsmarktpolitik werden unter anderem ausreichende zeitliche Ressourcen und Kompetenzen für die Beratung und Unterbreitung einer breiten Palette an Unterstützungsangeboten empfohlen, eine simultane medizinische und berufliche Rehabilitation anstatt der derzeitigen sequentiellen (vgl. TZ 9), die Weiterentwicklung zielgruppenspezifischer Maßnahmen und einem damit verbundenen verstärkten Einsatz von stufenweisen Reintegrationsmodellen). Es gilt die genannten Empfehlungen unter Einbindung der Verantwortlichen aus den jeweiligen Trägerinstitutionen hinsichtlich des aktuellen Status Quo zu bewerten und gegebenenfalls weiter aufzugreifen.
- Der Großteil der Personen, der im Jahr 2021 eine Erstberatung bzw. ein Case Management bei fit2work abgeschlossen hat, gibt den Erwerbsstatus mit 'arbeitslos' an. Nach Eppel et al. (2017) gilt die **Empfehlung**, die Monitoring- und Frühinterventionsmaßnahmen bei fit2work, i.e. „Früherkennung von Risiken einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit und ein Case Management zur Unterstützung der Wiedereingliederung bei Langzeitkrankenständen“, weiterzuentwickeln, um eine noch größere Breitenwirkung zu erreichen. Denkbar wären hier neben einer Erweiterung von mobilen Angeboten, wie von Weilhartner (2020) im Rahmen von fit2work vorgeschlagen, auch die Entwicklung und Umsetzung von weiteren digitalen Betreuungs- und Unterstützungsangeboten. Die aktuelle Förderinitiative „Digital!Healthcare“ des Landes und des Gesundheitsfonds Steiermark sowie der



Wirtschaftsförderungsgesellschaft lässt sich hierbei als positives Beispiel anführen. Laut Gesundheitsfonds Steiermark sind auch innovative eHealth-Projekte in den Bereichen Gesundheitsförderung und Prävention förderbar<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Förderungscall „Digital!Healthcare“ für eHealth-Anwendungen (gesundheitsfonds-steiermark.at) (13.04.2023)

## 7 Literaturverzeichnis

- Alterssicherungskommission (Hrsg.). (2021). *Gutachten gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 Alterssicherungskommissions-Gesetz. Teil: voraussichtliche Gebarung der gesetzlichen Pensionsversicherung in den Jahren 2021 bis 2026*. Wien: Autor.
- AMS (o. D.). *AMS-Förderungen und Beihilfen - Jahresdaten. Arbeitsmarktinformationssystem*. Abrufbar unter: <https://www.dnet.at/elis/Tabellen/taFoerderungen.aspx> (27.09.2022).
- Auer, E., Grieger, N. & Wach, I. (2019). *Zur Arbeitsmarktsituation von Personen mit gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen*. Wien: AMS.
- AUVA (Hrsg.). (2020). *Jahresbericht 2020. Ausgabe November 2021*. Wien: Autor.
- AUVA (Hrsg.). (2021). *Jahresbericht 2021*. Wien: Autor.
- Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschutz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W. & Winkelmann, J. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem – Akteure, Daten, Analysen*. (Gesundheitssysteme im Wandel, Bd. 20, Nr. 3). Brüssel: Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (Hrsg.). (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Ed. Sigma.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2016). *Fehlzeiten-Report 2016. Unternehmenskultur und Gesundheit – Herausforderungen und Chancen*. Berlin: Springer.
- Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoj, J. (2019). *Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018*. iga.Report 40. Dresden: Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IAG).
- Bergmann, M. & Börsch-Supan, A. (Hrsg.). (2021). *SHARE Wave 8 Methodology: Collecting Cross-National Survey Data in Times of COVID-19*. Munich: MEA, Max Planck Institute for Social Law and Social Policy.
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- BMAFJ (Hrsg.). (2020a). *Evaluierung Wiedereingliederungsteilzeit. Analyse und Bewertung der gesetzlichen Regelungen über die Wiedereingliederungsteilzeit samt Erfahrungswerten*. Wien: Autor.
- BMAFJ (Hrsg.). (2020b). *Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“. Expertenpapier* (Stand: 06.02.2020). Wien: Autor.

- BMASGK (Hrsg.). (2018). *Richtlinie „Barriere:freie Unternehmen“*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Sektion IV, Gruppe A, Abteilung 6.
- BMASGK (Hrsg.). (2019): *Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- BMASK (Hrsg.). (2017). *Die Tätigkeit der Arbeitsinspektorate in den Jahren 2015/2016*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat.
- BMAW (Hrsg.). (2022). *Die Tätigkeit der Arbeitsinspektion im Jahr 2021. Statistische Daten, Rechtsvorschriften, Personal und Organisation*. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, Zentral-Arbeitsinspektorat.
- BMG (Hrsg.). (2015). *Mess- und Vergleichskonzept. Outcome-Messung im Gesundheitswesen*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit.
- BMGF (Hrsg.). (2016). *Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen.
- Börsch-Supan, A. (2022). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 8. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set*. DOI: 10.6103/SHARE.w8.800
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S. & Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*. DOI: 10.1093/ije/dyt088.
- Bunner, J. & Korunka, Ch. (2018). *Sicherheitsfachkräfte im Betrieb. Wie Einbindung, Kooperation und Expertise die Arbeitssicherheit verbessern*. Wien: facultas.
- BVAEB (Hrsg.). (2020). *BVAEB Jahresbericht*. Wien: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.
- BVAEB (Hrsg.). (2021). *BVAEB Jahresbericht*. Wien: Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau.
- Durant, L. E., Carey, M. P. & Schroder, K. E. (2002). Effects of anonymity, gender and erotophilia on the quality of data obtained from self-reports of socially sensitive behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 439-467.
- Dürr, W., & Fürth, K. (2006). Grundlagen, Konzepte und Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht. In O. Meggeneder, & H. Hirtenlehner (Hrsg.), *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

- Eppel, R., Leoni, T., Mahringer, H., Hausegger, T., Reidl, C. & Weber, F. (2017). *Einsatz und Wirkung aktiver arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen. Eine Evaluierung für Oberösterreich*. Wien: BMASK.
- Eurofound (2022a). *European Working Conditions Survey, 2015*. [data collection]. 4th Edition. UK Data Service. SN: 8098, [DOI: 10.5255/UKDA-SN-8098-5](https://doi.org/10.5255/UKDA-SN-8098-5)
- Eurofound (2022b). *European Working Conditions Telephone Survey, 2021*. [data collection]. UK Data Service. SN: 9026, [DOI: 10.5255/UKDA-SN-9026-1](https://doi.org/10.5255/UKDA-SN-9026-1)
- Faragher, E. B., Cass, M., & Cooper, C. L. (2013). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational Environmental Medicine*, 62, 105–112. doi: 10.1136/oem.2002.006734
- Felten, E. (2018). Rehabilitationsgeld und Pension. *Soziale Sicherheit*, 12/2018, 491–7.
- GÖG/FGÖ (Hrsg.). (2022). *Jahresbericht 2021*. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.
- Gollner, E., Stahl, H. K. & Schnabel, F. (2020). *Betriebe gesund managen. Systemorientiertes Handeln für ein nachhaltiges BGM*. Freiburg: Haufe.
- Hammermann, A. & Stettes, O. (2017). *Qualität der Arbeit in Europa: Eine empirische Analyse auf Basis des EWCS 2015* (IW-Report 24/2017). Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Ivansits, S., Seethaler, H. & Czasny, I. (2016). *Bedarfsanalyse zur mittel- und langfristigen Sicherstellung der arbeitsmedizinischen Versorgung*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Klimont, J. (Statistik Austria, 2020). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation*. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.
- Lankmayer, T. & Niederberger, K. (2021). *Auswirkungen der Maßnahmen zur Erhöhung des Pensionsantrittsalters auf beim AMS OÖ vorgemerkte Personen*. AMS: Linz. Abrufbar unter: [https://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS\\_info\\_511\\_-\\_Pension\\_Oberoesterreich.pdf](https://www.ams-forschungsnetzwerk.at/downloadpub/AMS_info_511_-_Pension_Oberoesterreich.pdf) (09.05.2023).
- Leoni, T., Brunner, A. & Mayrhuber, C. (2020). *Die Kosten arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen in Österreich*. Wien: WIFO.
- Mayrhuber, C. & Bittschi, B. (2022). *Fehlzeitenreport 2022. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich*. Wien: WIFO.
- Malik, F. (2007). *Management. Das A und O des Handwerks*. Frankfurt: Campus.
- Paskvan, M. & Wanek-Zajic, B. (Statistik Austria, 2020). *fit2work-Evaluierung 2018/2019. Personen- und Betriebsberatung*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend.

- Pohler, N. (Statistik Austria, 2022). *fit2work-Evaluierung 2021/2022. Personen- und Betriebsberatung*. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft.
- PVA (Hrsg.). (2021). *Jahresbericht 2020*. Wien: Pensionsversicherungsanstalt.
- PVA (Hrsg.). (2022). *Jahresbericht 2021*. Wien: Pensionsversicherungsanstalt.
- Rath, S. (2017). *Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Argumentarium*. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger & Fonds Gesundes Österreich.
- Rosian-Schikuta, I., Horvath, I., Juraszovich, B., Renner, A.-Th, Langmann, H. & Atzler, B. (2016). *Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Schaefer, E., Drexler, H., & Kiesel, J. (2015). Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. *Das Gesundheitswesen, 78 (03)*, 161–165. doi:10.1055/s-0034-1396887
- Seubert, Ch., Hopfgartner, L., Peißl, S., Glaser, J. & Sachse, P. (2016). Einer für alle(s) – Alle(s) für einen? Zur Arbeitssituation und Kooperation von Arbeitsmedizinern, Sicherheitsfachkräften und Arbeitspsychologen. *Journal Psychologie des Alltagshandelns / Psychology of Everyday Activity, 9 (1)*, 9-25.
- Seubert, Ch., Peißl, S., Hopfgartner, L., Sachse, P. & Glaser, J. (2016). Pioniere des Arbeitnehmerschutzes – Zur Situation der Sicherheitsfachkräfte in Österreich. *Journal Psychologie des Alltagshandelns / Psychology of Everyday Activity, 9 (1)*, 39-51.
- SMS (2021). *Information: Förderung Barriere:freie Unternehmen*. Abrufbar unter: [https://www.sozialministeriumservice.at/Downloads/individualfoerderung\\_barrierefreie\\_unterne\\_bundesweit.pdf](https://www.sozialministeriumservice.at/Downloads/individualfoerderung_barrierefreie_unterne_bundesweit.pdf) (16.02.2023).
- SMS (o. D. a). *fit2work. Finanzierungsschlüssel*. Abrufbar unter: <https://www.sozialministeriumservice.at/Arbeitsmarktprojekte/fit2work/fit2work.de.html> (20.09.2022).
- SMS (Hrsg.). (o. D. b). *fit2work-Jahresbericht 2021 Österreich*. Abrufbar unter: [https://fit2work.at/file/download/file\\_jahresbericht-2021-fit2work-v22-220825-final-v2\\_4730.pdf](https://fit2work.at/file/download/file_jahresbericht-2021-fit2work-v22-220825-final-v2_4730.pdf) (04.05.2023).
- Smith, L. B., Adler, N. E., & Tschann, J. M. (1999). Underreporting sensitive behaviors: The case of young women's willingness to report abortion. *Health Psychology, 18(1)*, 37–43. DOI:10.1037/0278-6133.18.1.37.
- SVS (Hrsg.). (2021). *Jahresbericht 2020*. Wien: Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen.
- SVS (Hrsg.). (2022). *Jahresbericht 2021*. Wien: Sozialversicherungsanstalt der Selbstständigen.

- Tremel, W. (2016). Kommentar des Verbandes Österreichischer Sicherheits-Experten. *Journal Psychologie des Alltagshandelns / Psychology of Everyday Activity*, 9 (1), 52-54.
- Trimpop, R., Hamacher, W., Lenartz, N., Ruttke, T., Riebe, S., Höhn, K., Kahnwald, N., Kalveram, A. B., Schmauder, M. & Köhler, Th. (2012). *Sifa-Langzeitstudie. Tätigkeiten und Wirksamkeit der Fachkräfte für Arbeitssicherheit*. Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
- Triple M Matzka Markt und Meinungsforschung (2021). *Arbeitsgesundheitsbarometer + fit2work Evaluierung. Jänner 2021*. Abrufbar unter: [https://fit2work.at/file/download/file\\_mm-219-gesundheitsbarometer-fit2work-bericht-20210223\\_3177.pdf](https://fit2work.at/file/download/file_mm-219-gesundheitsbarometer-fit2work-bericht-20210223_3177.pdf) (20.09.2022).
- Weidinger, N.-E. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen im deutschsprachigen Raum. Diplomarbeit. Johannes Kepler Universität Linz.
- Weilhartner, A. (2020). fit2work – ein Programm zur persönlichen und betrieblichen Gesunderhaltung. *Soziale Sicherheit*, 9, 383-390.