

Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Im Auftrag von Arbeiterkammer Wien
 Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
 Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
 Wirtschaftskammer Österreich

Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention

Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Gesundheit Österreich (GÖG):

Ingrid Rosian-Schikuta

Ilonka Horvath

Brigitte Juraszovich

Anna-Theresa Renner

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP):

Hubert Langmann

Beate Atzler

Unter Mitarbeit von:

Elisabeth Breyer (GÖG)

Fachliche Begleitung:

Sabine Haas (GÖG)

Projektassistenz:

Romana Landauer (GÖG)

Wien, Dezember 2016

Im Auftrag von Arbeiterkammer Wien

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Wirtschaftskammer Österreich

Gesundheit Österreich

Forschungs- und Planungs GmbH 

Zitiervorschlag: Rosian-Schikuta, Ingrid; Horvath, Ilonka; Juraszovich, Brigitte; Renner, Anna-Theresa; Langmann, Hubert; Atzler, Beate. (2016): Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven. Gesundheit Österreich, Wien.

Zl. P1/3/4198

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH – Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 6, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst lt. Luxemburger Deklaration 1997 gemeinsame Maßnahmen von Gesellschaft, Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern und Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, aktive Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst kontextorientierte Verhaltens- und Verhältnisprävention, wobei der Schwerpunkt der Maßnahmen auf der Gestaltung gesundheitsfördernder Organisations- und Arbeitsplatzverhältnisse liegt und die aktive Mitwirkung der Beschäftigten ein wichtiger Erfolgsfaktor ist.

In Österreich setzen verschiedene öffentliche Institutionen (beispielsweise Sozialversicherungen, Ministerien, Einrichtungen auf Länderebene) verstärkt Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit und zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Diese Aktivitäten lassen sich als ‚Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention‘ (BGF/P) zusammenfassen und haben teilweise unterschiedliche, teilweise überschneidende Schwerpunkte und Zielgruppen. Um BGF/P effektiv und effizient einzusetzen, ist eine gemeinsame, abgestimmte Strategie nötig.

Methodik

Die Studie gliedert sich in drei Module:

- » *Modul 1* – Internationale Evidenz: Die vorliegende wissenschaftliche Evidenz zu Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen von BGF/P-Maßnahmen wird analysiert und zusammengefasst, komplexe Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden anhand von Projektbeispielen vorgestellt. Zudem werden Organisation, Finanzierung und Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in ausgewählten europäischen Ländern (Deutschland, Finnland, Schweiz) beleuchtet. Ergänzend werden Maßnahmen aus verschiedenen europäischen Ländern beschrieben, die dazu beitragen sollen, dass Beschäftigte ihre Arbeitsfähigkeit erhalten und so länger in Beschäftigung bleiben können.
- » *Modul 2* – Bestandsaufnahme in Österreich: Die Bestandsaufnahme von BGF/P in Österreich basiert auf einer umfangreichen Recherche und auf qualitativen Interviews. Die Interviews zielten darauf ab, die Ergebnisse der Recherche zu vertiefen und Verbesserungsvorschläge abzuleiten. Die (Literatur-)Recherche konzentriert sich auf rechtliche Grundlagen, Finanzierung, Aktivitäten und Anreizsysteme für BGF/P.
- » *Modul 3* – Empfehlungen: Zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus Modul 1 und Modul 2 werden zu Empfehlungen und Handlungsperspektiven für die Weiterentwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung abgeleitet. Die Vorschläge wurden mit der Steuerungsgruppe als Auftraggebervertretung diskutiert und abgestimmt.

Ergebnisse

Die Analyse der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen zeigen überwiegend positive Wirkungen. Obwohl sie (auch) Studien mit hohem Evidenzgrad beinhalten, kann meist nicht konkretisiert werden, welche spezifischen Elemente der Interventionen für eine wirksame BGF/P ausschlaggebend sind. Einzelne Primärstudien zeigen größere Effekte als die gebündelten Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen. Die Ergebnisse der Studien sind also (noch) nicht konsistent. Der Erfolg von Maßnahmen hängt offenbar vom Studiendesign, der Art der Umsetzung und den spezifischen Problemlagen ab. Wesentlich scheint zu sein, dass am Beginn eines Gesundheitsförderungsprojekts am Arbeitsplatz eine „Problemanalyse“ stattfindet und die passenden Maßnahmen unter Einbeziehung und Mitwirkung der Mitarbeiter/innen abgeleitet und umgesetzt werden.

Für den Nachweis von Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen ist eine begleitende Evaluation unter Einsatz von – in Hinblick auf inner- und überbetriebliche Vergleichbarkeit – einheitlichen Messinstrumenten zielführend; dies auch vor dem Hintergrund, aus der Umsetzung und den Ergebnissen einzelner Projekte zu lernen. Für den Nachweis des ökonomischen Nutzens liegen relativ wenige Studien – oft mit mangelhafter methodischer Qualität – vor. Die meisten stammen aus den USA, nur ganz wenige aus Europa – vor allem aus dem skandinavischen Raum. Die vorliegenden Studien zeigen einen positiven Return on Investment für Betriebe, jedoch mit großen Spannbreiten. Auch Vorteile für das Gesundheits- und Sozialwesen wurden in einer Modellrechnung nachgewiesen. Die ökonomischen Ergebnisse sind jedoch noch mit Vorsicht zu interpretieren. Um Schlüsse für den effizienteren Mitteleinsatz ziehen zu können, sind methodisch gut durchgeführte ökonomische Evaluierungen von BGF/P-Maßnahmen erforderlich.

Insgesamt wurden 18 Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich abgeleitet. Sie umfassen strukturelle, organisatorische und inhaltliche Maßnahmvorschläge mit unterschiedlichem Detailierungsgrad.

Eine „Kernempfehlung“ auf struktureller Ebene ist die Übernahme von politischer **Leadership** für BGF durch die bereits jetzt mit dem Thema befassten Ministerien *BM für Gesundheit und Frauen*, *BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz* und *BM für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft*, wobei ein/e oder mehrere Minister/innen die Führungs- und Koordinierungsrolle einnehmen soll. Von den Ministerien soll ein **interinstitutionelles Steuerungsgremium** mit Beteiligung der Sozialpartner und allenfalls Experten/Expertinnen nominiert werden. Zentrale Aufgabe des interinstitutionellen Steuerungsgremiums ist die Entwicklung einer **nationalen BGF-Strategie**. Die nationale BGF-Strategie soll in einem partizipativen Prozess erarbeitet und mit den Arbeiten zu den Rahmen-Gesundheitszielen abgestimmt werden. Unter anderem sind strategische und operative Teilziele festzulegen sowie die Rollen und Aufgaben der einzelnen Institutionen zu klären. Die nationale BGF-Strategie soll auch ein Kommunikationskonzept für BGF und Vorschläge zur besseren Vernetzung und Kooperation zwischen den drei Säulen *ArbeitnehmerInnenschutz – BGF – Wiedereingliederungsmanagement* enthalten. Eine weitere zentrale Aufgabe stellt die Sicherstellung der erforderlichen Mittel für BGF (auch für Strukturen, Forschung und Evaluierung) dar.

Langfristig soll die nationale BGF-Strategie im Rahmen eines „ganzheitlichen Konzeptes für „Gesundheit und Arbeit“ umgesetzt werden. Die drei Säulen *ArbeitnehmerInnenschutz*, *BGF* und *Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement* sind in das Gesamtkonzept zu integrieren, das eine konstruktive Zusammenarbeit der Akteure in der Praxis ermöglichen soll. Ziel dieses Gesamtkonzeptes ist einerseits die Stärkung der Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung und der Erhalt ihrer Arbeitsfähigkeit, andererseits die Unterstützung der Betriebe bei einem effektiveren Gesundheitsmanagement als Bestandteil ihrer Unternehmenspolitik. Dabei sollen Synergien erkannt und genutzt werden, aber keine Verschmelzung der drei Säulen erfolgen.

Organisatorische Empfehlungen und Maßnahmenvorschläge betreffen die Einrichtung einer institutionenübergreifenden **BGF-Netzwerkkoordination** mit klar definierten Aufgaben für das Schnittstellenmanagement zwischen den Säulen *ArbeitnehmerInnenschutz*, *BGF* und *Wiedereingliederungsmanagement*, ein verbessertes **Service und Informationsangebot für Betriebe** (One-Stop-Shop). Die wissenschaftliche Unterstützung des interinstitutionellen Steuerungsgremiums durch eine **Forschungsstelle** soll durch folgende Maßnahmen gesichert werden: Aufbau einer Evidenzdatenbank, Durchführung von Evaluationen und Begleitung von Pilotprojekten, Weiterentwicklung von Methoden und Durchführung von diversen Grundlagenarbeiten.

Empfehlungen inhaltlicher Art sind: Identifizieren und Priorisieren von **Schwerpunkten** für eine gezielte BGF, Ableitung von maßgeschneiderten Interventionen für spezielle Zielgruppen, Schaffung von Angeboten für neue, atypische Formen der Erwerbsarbeit (Neue Selbständige, Ein-Personen-Unternehmen, Kleinstbetriebe, Leiharbeit, Schichtarbeit ...) und zum Erreichen sozioökonomisch Benachteiligter. Weitere inhaltliche Vorschläge betreffen die Verbesserung der **Qualität** von BGF/P, beispielsweise durch erweiterte Ausbildung für beratend Tätige, Leitlinien und einheitliche Vorgaben für eine integrierte BGF-Beratung, einheitliche Evaluationsstandards, einen regelmäßigen Bericht zu BGF-Maßnahmen, Schaffung von Weiterbildungsangeboten für überbetriebliche Akteure und Fortbildungsangebote für Führungskräfte. Da viele politische Entscheidungen direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten haben, wird auch empfohlen, das Instrument der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) einzusetzen.

Schlussfolgerungen

Maßgeschneiderte und gezielte Gesundheitsförderung in Betrieben leistet einen wichtigen Beitrag zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten, steigert Lebensqualität und bringt ökonomische Vorteile.

Um das Potenzial der Betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt zu heben, ist es sinnvoll, auf den bereits bestehenden Initiativen, Strukturen, Netzwerken und Kooperationen aufzubauen und eine ressortübergreifend ausgehandelte nationale BGF-Strategie zu erarbeiten. Diese soll durch ihre generelle Zielsetzung und ihre operativen Teilziele handlungsweisend wirken und die politische ebenso wie die operative Ebene berücksichtigen. Die laufenden Arbeiten zu den *Rahmen-Gesundheitszielen* (Bundesministerium für Gesundheit 2012) und zur *Gesundheitsförderungsstrategie* (Bundesministerium für Gesundheit 2014a) bilden den Rahmen für die Entwicklung dieser intersektoralen Strategie.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen	IX
Abbildungen.....	XII
Abkürzungen.....	XIV
1 Hintergrund.....	1
2 Terminologie und Konzepte	3
2.1 Gesundheitsförderung und Prävention.....	3
2.2 Determinanten von Gesundheit	7
2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	10
Modul 1	15
Internationale Evidenz	15
3 Fragestellungen	17
3.1 Exkurs: Gesundheitsbedingte Einschränkungen in Österreich.....	18
4 Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen.....	23
4.1 Methodik	23
4.2 Ergebnisse	27
4.2.1 Ergebnisse zur Wirksamkeit.....	27
4.2.2 Ergebnisse zum ökonomischen Nutzen	34
4.2.3 Diskussion und Beantwortung der Fragestellungen	38
5 Praxisbeispiele zur Überprüfung von Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen von BGF ..	43
5.1 Fragestellung	43
5.2 Ausgewählte Projektbeispiele	43
5.2.1 Projekt bei Sappi Alfeld GmbH – Papierindustrie	45
5.2.2 PräKoNet – Präventionskompetenz in der Informationstechnologiebranche durch Vernetzung	47
5.2.3 SWiNG – Stressmanagement, Wirkung und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	49
5.2.4 Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement – Medizinprodukte-Hersteller	52
5.2.5 BiG – Benchmarking im Gesundheitsnetzwerk.....	55
5.3 Diskussion und Beantwortung der Fragestellungen	58
6 Europäischer Kontext – Daten und Strategien.....	60
6.1 Datenanalyse – Österreich im internationalen Vergleich	60
6.2 Länderbeispiele.....	65
6.2.1 Deutschland.....	65
6.2.2 Finnland.....	71
6.2.3 Schweiz	81
6.2.4 Maßnahmen zur Verlängerung des Arbeitslebens.....	84
7 Schlussfolgerungen	89

Modul 2.....	93
Bestandsaufnahme Österreich.....	93
8 Einleitung	95
8.1 Erhebungsziele	95
8.2 Methodik	95
9 Rahmenbedingungen	96
9.1 Beschäftigte und Betriebe.....	96
9.2 Rechtliche Grundlagen und (inter-)nationale Entwicklungen.....	97
9.3 Aktivitätsfelder: ArbeitnehmerInnenschutz – Betriebliche Gesundheits- förderung – Betriebliches Eingliederungsmanagement	100
9.4 Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich.....	106
10 Umsetzung.....	115
10.1 Institutionelle, öffentliche Träger und Akteure der BGF	115
10.2 Zielgruppen	120
10.3 Anreizsysteme	121
10.4 Qualitätssicherung.....	126
11 Schlussfolgerungen	128
Modul 3.....	131
Perspektiven der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Primärprävention	131
12 Empfehlungen	133
13 Literatur	144
14 Anhang	159
14.1 Begriffsdefinitionen.....	159
14.2 Suchstrategie für Evidenzanalyse.....	160
14.3 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit generell .	162
14.4 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf Muskel-Skelett-Erkrankungen	173
14.5 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf psychische Gesundheit	180
14.6 Theoretischer Hintergrund zu Kapitel 5.....	187
14.7 Daten – Österreich im Vergleich	195
14.8 Interviewpartner/innen der Österreich-Erhebung.....	206

Tabellen

Tabelle 3.1:	Häufigste arbeitsbedingte Beschwerden (in %) bei unselbständig Beschäftigten (15 bis 64 Jahre)	19
Tabelle 3.2:	Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen in der Pensionsversicherung nach Bundesländern 2010.....	21
Tabelle 4.1:	PICO-Schema für Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Betrieben	23
Tabelle 4.2:	Ein- und Ausschlusskriterien zur Wirksamkeit	24
Tabelle 4.3:	Ein- und Ausschlusskriterien zur ökonomischen Fragestellung	26
Tabelle 4.4:	Klassifizierung der Stärke der Evidenz	27
Tabelle 4.5:	Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten	29
Tabelle 4.6:	Muskel-Skelett-Erkrankungen – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten.....	31
Tabelle 4.7:	Psychische Gesundheit – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten.....	32
Tabelle 4.8:	Ökonomischer Nutzen – Übersicht systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen.....	34
Tabelle 5.1:	Zuordnung der Projektaktivitäten zu den Phasen eines BGF-Projekts	44
Tabelle 5.2:	Zusammensetzung der Stichproben im Projekt Sappi Alfeld.....	46
Tabelle 5.3:	Entwicklung des ROI – Projekt SWING.....	52
Tabelle 5.4:	Mitarbeiterbefragung – Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	53
Tabelle 6.1:	Indikatoren für die Datenanalyse	61
Tabelle 6.2:	Gründe, aus denen Menschen ab 55 ihre Erwerbstätigkeit beenden (Zustimmung in Prozent).....	64
Tabelle 6.3:	Stärken und Schwächen der BGF in Deutschland	70
Tabelle 6.4:	Ausgaben der Unternehmen für Wohlbefinden am Arbeitsplatz (pro Person in Euro)	79
Tabelle 6.5:	Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag für Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb (in alphabetischer Reihenfolge).....	82
Tabelle 6.6:	Einzelne Maßnahmen zur faktischen Verlängerung des Arbeitslebens in ausgewählten europäischen Ländern	85

Tabelle 9.1:	Anzahl der unselbstständig Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2013	96
Tabelle 9.2:	Abgrenzung von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	103
Tabelle 9.3:	Übersicht über Datenquellen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich.....	107
Tabelle 9.4:	Ausgaben für Prävention und Öffentlichen Gesundheitsdienst in Ö nach Trägern, 2008–2012	109
Tabelle 9.5:	Präventionsbilanzen der österreichischen Sozialversicherungsträger ¹	111
Tabelle 9.6:	Aufstellung Förderzusagen und –volumen des Fonds Gesundes Österreich 2010–2012	112
Tabelle 10.1:	Träger/Akteure auf Bundesebene und ihre Aufgaben.....	115
Tabelle 10.2:	Träger/Akteure auf Länder–/Gemeinde–Ebene	117
Tabelle 10.3:	Zielgruppen und Anreizsysteme der Gesundheitsförderung	122
Tabelle 12.1:	Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich.....	134
Tabelle 14.1:	Begriffe im Kontext Arbeit und Gesundheit.....	159
Tabelle 14.2:	Suchstrategie nach Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit in Medline (via Ovid). 160	
Tabelle 14.3:	Suchstrategie für ökonomische Studien in den Datenbanken Medline und NHSEED (28. 1. 2014).....	161
Tabelle 14.4:	Rongen et al. (2013) Primärprävention	162
Tabelle 14.5:	Cancelliere et al. (2011)	164
Tabelle 14.6:	Cahill/Perera (2011).....	165
Tabelle 14.7:	Joyce et al. (2010)	167
Tabelle 14.8:	Bambra et al. (2009).....	169
Tabelle 14.9:	Hoe et al. (2012) Muskel–Skelett–Erkrankungen, Primär– und Sekundärprävention	173
Tabelle 14.10:	Aas et al. (2011) Muskel–Skelett–Erkrankungen, Sekundärprävention).....	174
Tabelle 14.11:	Tullar et al. (2010), Muskel–Skelett–Erkrankungen, Primär– und Sekundärintervention	177
Tabelle 14.12:	Bell/Burnett (2009) Muskel–Skelett–Erkrankungen, Primär–, Sekundär– und Tertiärprävention	178
Tabelle 14.13:	Walter et al. (2012), Schwerpunkt Burn–out	180
Tabelle 14.14:	Martin et al. (2009), Depression und Angstsymptome, Primär– und Sekundärprävention)	183

Tabelle 14.15: Arends et al. (2012), Tertiärprävention.....	185
Tabelle 14.16: Vergleichende Darstellung von Kosten und Nutzen aus der Perspektive des Betriebs	192
Tabelle 14.17: Studienformen und Evaluationskriterien	193
Tabelle 14.18: Interviewte Personen in alphabetischer Reihenfolge	206
Tabelle 14.19 Ausgaben der Krankenversicherungsträger in der Budgetposition „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen zur Volksgesundheit“	207
Tabelle 14.20: Ausgaben der Unfallversicherungsträger für Unfallverhütung und Prävention	209

Abbildungen

Abbildung 1.1:	Aufbau der Studie	2
Abbildung 2.1:	Einflussfaktoren auf die Gesundheit	8
Abbildung 3.1:	Fragestellungen des Moduls 1 – internationale Evidenz.....	17
Abbildung 3.2:	Entwicklung Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen, 2000 bis 2013.....	19
Abbildung 3.3:	Entwicklung Krankenstandsfälle aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 2000 bis 2013	20
Abbildung 3.4:	Anzahl Krankenstandsfälle pro 1.000 Erwerbstätige aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen.....	20
Abbildung 3.5:	Anzahl Krankenstandsfälle pro 1.000 Erwerbstätige aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen.....	21
Abbildung 5.1:	Untersuchungsplan Projekt Sappi Alfeld	45
Abbildung 5.2:	Das Forschungs- und Interventionsdesign von PräKoNet	48
Abbildung 5.3:	Projektarchitektur zur Umsetzung von SWiNG in den Betrieben (Grafik GFCH/SVV)	50
Abbildung 5.4:	Entwicklung von Kosten und Nutzen und ROI im Projekt SWiNG	51
Abbildung 5.5:	Vorgehensweise BiG-Projekt	56
Abbildung 6.1:	Beschäftigungsquoten älterer Arbeitnehmer/innen (55–64 Jahre) in europäischen Ländern in den Jahren 2000 und 2013	62
Abbildung 6.2:	Antworten auf die Frage: Beeinflusst die Arbeit Ihre Gesundheit? Wie? (Angaben in Prozent, 2010).....	63
Abbildung 6.3:	Rahmenbedingungen für betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland.....	66
Abbildung 6.4:	Organisation des finnischen BGF/PP-Systems	73
Abbildung 6.5:	Sozialpartnerschaftliches System in Finnland	74
Abbildung 9.1:	Zentrale Aktivitätsfelder <i>Gesundheit und Arbeit</i> in Österreich – vereinfachte Darstellung	100
Abbildung 9.2:	Gesamtkontext Gesundheit und Arbeit in Österreich – vereinfachte Darstellung.....	105
Abbildung 9.3:	Gesundheitsausgaben in Österreich – funktionelle Gliederung 2011	109
Abbildung 9.4:	Internationaler Vergleich – Anteil der Ausgaben für Prävention und Öffentlichen Gesundheitsdienst in Prozent der laufenden Ausgaben für Gesundheit, 2010 bzw. letztes verfügbares Jahr	110

Abbildung 10.1:	Überblick relevanter BGF-Akteure in Österreich – vereinfachte Darstellung	119
Abbildung 14.1:	Kosteneffektivitäts-Diagramm.....	194
Abbildung 14.2:	Lebenserwartung im Jahr 2012 ab 65 Jahren.....	196
Abbildung 14.3:	Gesunde Lebensjahre ab 65 Jahren im Jahr 2012	197
Abbildung 14.4:	Arbeitszufriedenheit (Selbsteinschätzung) nach Ländern in Prozent, 2010	198
Abbildung 14.5:	Subjektives psychisches Wohlbefinden und kritische Werte (Angaben in Prozent), 2010	199
Abbildung 14.6:	Anteil an Befragten, die normalerweise mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten (Angaben in Prozent)	201
Abbildung 14.7:	Anteil von Befragten, die mindestens ein Viertel ihrer Arbeitszeit mit hohem Arbeitstempo arbeiten (Angaben in Prozent), 2010	202
Abbildung 14.8:	Arbeiten unter Termindruck (Angaben in Prozent), 2010	203
Abbildung 14.9:	Fehltage aufgrund von Gesundheitsproblemen innerhalb der letzten 12 Monate (Angaben in Prozent), 2010.....	204
Abbildung 14.10:	Anteile jener Befragten, die in den vergangenen 12 Monaten trotz Krankheit gearbeitet haben, 2010	205

Abkürzungen

Abs	Absatz
AGG	Arbeit-und Gesundheit-Gesetz
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality / Agentur für Gesundheitsforschung und Qualität (USA)
AMS	Arbeitsmarktservice
AN	Arbeitnehmer/in(nen)
Art	Artikel
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAK	Bundesarbeiterkammer
BEM	Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement
BGBE	Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGF/P	Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention
BGF/PP	Betriebliche Gesundheitsförderung und Präventionsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BAK	Bundeskanzleramt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMFWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
ENWHP	European Network For Workplace Health Promotion / Europäisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung
ENWHP	Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung / European Network for Workplace Health Promotion
EPHPP	Effective Public Health Practice Projects / Wirksame Public-Health-Praxisprojekte (Kanada)
EPPI-Centre	Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Cen- tre / Evidenz für Politik- und Praxisinformation und Koordina- tionszentrum (Großbritannien)
EU	Europäische Union
EWCS	European Working Condition Surveys / Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
Finohta	Finnish Office for Health Technology Assessment / Finnisches Büro für Health Technology Assessment
FSME	Frühsommer-Meningoenzephalitis
GBZ	Gesundheits- und Betreuungszentren

GDA	Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie
GF	Gesundheitsförderung
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GKK	Gebietskrankenkassen
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
GÖ FP	Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH
HVB	Hauptverband der Sozialversicherungsträger
IfGP	Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention
iga	Initiative Gesundheit & Arbeit (Deutschland)
IHE	Institute of Health Economics / Institut für Gesundheitsökonomie (Kanada)
ILO	International Labour Organization / Internationale Arbeitsorganisation (Schweiz)
ITK	Informationstechnologie- und Kommunikation
IV	Industriellenvereinigung
JKU	Johannes Kepler Universität Linz
Kela	Kansaneläkelaitos / Finnische Sozialversicherung
KMU	Klein- und Mittelbetriebe
KV	Krankenversicherung
LBI-HPR	Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research
ndgl.	niedergelassen
NICE	National Institute for Health and Care Excellence / Nationales Institut für Gesundheit und Versorgungsqualität (Großbritannien)
Ö	Österreich
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation für europäische wirtschaftliche Zusammenarbeit / Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
ROI	Return on Investment
SBU	Swedish Council on Health Technology Assessment / Schwedischer Rat für Health Technology Assessment
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (Deutschland)
SMS	Sozialministeriumservice
STM	Sosiaali- ja Terveysministeriö / Finnisches Ministerium für Soziales und Gesundheit
SV	Sozialversicherung
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
USA	United States of America / Vereinigte Staaten von Amerika
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich

1 Hintergrund

Veränderungen in den demografischen Strukturen (höhere Lebenserwartung, niedrige Geburtenzahlen etc.), Veränderungen in den Beschäftigungsstrukturen (ältere Belegschaften, Notwendigkeit alter(n)sgerechter Arbeitsbedingungen etc.), neue Technologien und ökonomische Aspekte (wie Finanzierbarkeit der Gesundheits- und Pensionssysteme) stellen gesellschaftliche Herausforderungen dar, die nur in gemeinsamer Anstrengung aller relevanten Akteure aus Politik, Wirtschaft und Wissenschaft zu bewältigen sind.

Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Menschen ist ein vorrangiges Ziel auf verschiedenen politischen Ebenen. Auf europäischer Ebene wie auch in vielen Einzelstaaten liegt der Fokus auf einer nachhaltigen Beschäftigungspolitik als Voraussetzung für wirtschaftliche und soziale Prosperität (Hurrelmann 2006, 149, zit. in Sas/Suarez 2013). Im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013–2018 bekennt sich diese zur Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention mit dem Ziel, die in Gesundheit verbrachten Lebensjahre deutlich anzuheben (Regierungsprogramm 2013). Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung soll zur Stärkung der Selbstbestimmung und Verbesserung der eigenen Gesundheit gefördert werden. Gesundheitsziel 1 (Bundesministerium für Gesundheit 2012) liefert den Rahmen dafür dar, unter Bedachtnahme auf „Health in All Policies“ berufs- und zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung als Leitgedanken zu etablieren und Maßnahmen in den verschiedenen Lebens- und Arbeitswelten der Bevölkerung umzusetzen. Dabei soll unter anderem Betriebliche Gesundheitsförderung als qualitätsgesichertes, ganzheitliches Modell in der Krankenversicherung forciert und flächendeckend angeboten werden. Für qualitätsgesicherte Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen auch steuerliche Anreize geschaffen werden (Regierungsprogramm 2013, 58).

In Österreich setzen verschiedene öffentliche Institutionen (Krankenkassen, Pensionsversicherungsanstalt, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Fonds Gesundes Österreich, Bund, Länder, Gemeinden) verstärkt Aktivitäten zur Förderung von Gesundheit und zum Erhalt bzw. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Diese Aktivitäten haben teilweise unterschiedliche, teilweise überschneidende Schwerpunkte und Zielgruppen. Daher bedarf es laut Meinung vieler Expertinnen und Experten eines gemeinsamen und abgestimmten österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzeptes für das Setting Betrieb, damit Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention als effektives und effizientes Instrument wahrgenommen wird.

Auftrag

Die Arbeiterkammer Wien initiierte die vorliegende Studie, die schließlich im Auftrag der Arbeiterkammer Wien, des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz sowie der Wirtschaftskammer Österreich erstellt wurde.

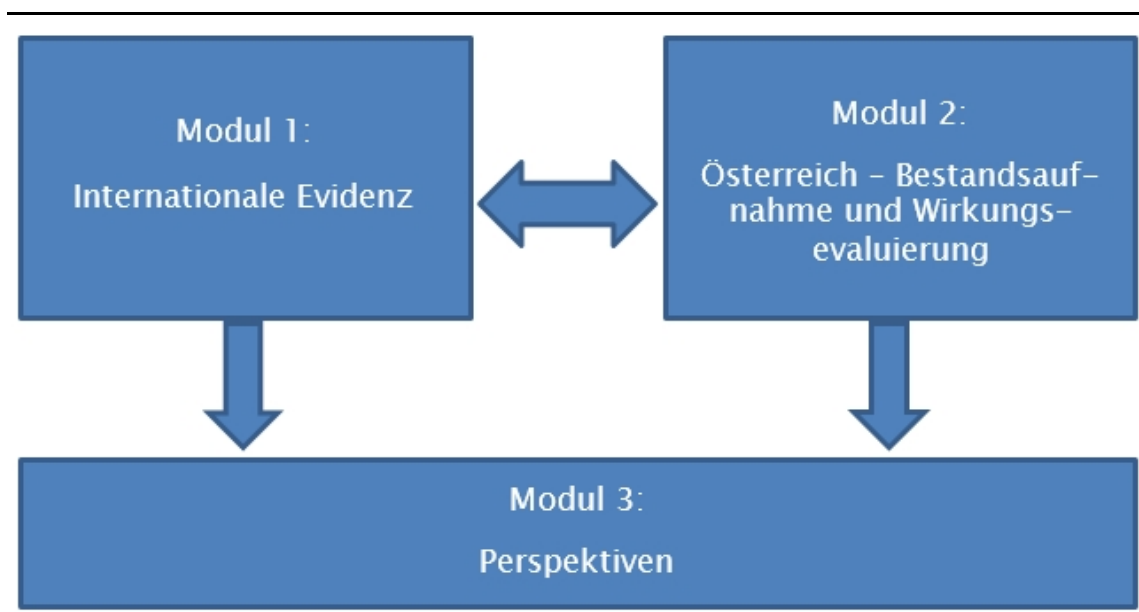
Ziel

Ziel dieser Studie ist die Erarbeitung von Grundlagen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Primärprävention für öffentliche, institutionelle Träger zur Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitsförderungs- und Präventionssystems für Interventionen im Setting Betrieb. Dabei soll der „Health in All Policies“-Ansatz im Auge behalten werden.

Aufbau der Studie

Die Schwerpunkte der Studie wurden in drei Modulen bearbeitet, die ineinandergreifen.

Abbildung 1.1:
Aufbau der Studie



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die Ergebnisse des Moduls 1 (Internationale Evidenz) dienen unter anderem auch als Ausgangsbasis für das Modul 2 (Bestandsaufnahme und Wirkungsevaluierung für Österreich), da sie den Bezugsrahmen zur Beschreibung der Situation in Österreich darstellen. Modul 3 (Perspektiven der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention) führt die zentralen Ergebnisse und Schlussfolgerungen von Modul 1 und Modul 2 zusammen und leitet daraus Empfehlungen und Handlungsperspektiven für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich ab.

Stand der Daten-, Interviews und Evidenzrecherchen beziehen sich auf den Zeitraum 2014 – Mai 2015. Einige wesentliche Änderungen im Zeitraum danach wurden in der vorliegenden Publikationsfassung noch ergänzt.

2 Terminologie und Konzepte

2.1 Gesundheitsförderung und Prävention

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention werden im praktischen, politischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Sprachgebrauch nicht einheitlich verwendet. Manchmal werden sie synonym eingesetzt, dann wieder in deutlicher Abgrenzung voneinander, und manchmal wird (missverständlich) auch von Gesundheitsprävention gesprochen. Darüber hinaus sind zahlreiche weitere Begriffe in Verwendung, wie beispielsweise Vorbeugung, Vorsorge, Prophylaxe, Festigung der Gesundheit oder Krankheitsverhütung (vgl. ASVG; G-ZG 2013; Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz – GPG; GÖGG; Zielsteuerung-Gesundheit 2012).

Zum besseren Verständnis der Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Krankheitsprävention“ ist daher ein Verweis auf ihre Entstehungsgeschichte hilfreich (Hurrelmann et al. 2010):

- » „Der Begriff **„Krankheitsprävention“** – oft verkürzt zu Prävention – entstand im 19. Jahrhundert in der Sozialmedizin. Die Begriffe „Vorbeugung, Vorsorge, Prophylaxe oder Prävention“ fassen all jene Ansätze zusammen, die eine **Vermeidung des Auftretens von Krankheiten** und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und die Verminderung ihrer Auswirkungen zum Ziel haben. Auslösefaktoren von Krankheiten sollen damit verringert oder beseitigt werden (damals vor allem unzureichende hygienische Lebens- und belastende Arbeitsbedingungen). Fachwissenschaftlich beteiligt waren daran insbesondere naturwissenschaftliche Disziplinen und innovative Bereiche der Medizin“ (Hurrelmann et al. 2010).
- » „Der Begriff **Gesundheitsförderung (Health Promotion)** ist deutlich jünger, entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation WHO und enthält ökonomische, politische, kulturelle und soziale Impulse. Auf einer Konferenz in Ottawa (WHO 1986) wurde das Konzept „Gesundheitsförderung“ im Unterschied zur „Krankheitsprävention“ etabliert. Statt einer Vermeidungsstrategie stellt Gesundheitsförderung eine Förderstrategie dar, durch die die Lebensbedingungen der Menschen und damit ihre gesundheitlichen Chancen gestärkt werden sollen („Empowerment-Strategien“). An der Entwicklung dieses Ansatzes waren bevölkerungs- und sozialwissenschaftliche Disziplinen beteiligt“ (Hurrelmann et al. 2010).

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Krankheitsprävention formulieren das gezielte Eingreifen von Akteuren, meist öffentlich und/oder professionell autorisierter Personen oder Institutionen. Der wesentliche Unterschied zwischen den beiden Ansätzen liegt in ihrer jeweiligen **Interventionslogik**, die sich auf verschiedene theoretische Grundlagen bezieht:

- » **(Krankheits-)Prävention** bezeichnet alle Interventionen, die dazu dienen, das Eintreten oder Ausbreiten einer Krankheit zu vermeiden. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf das Verhindern und Abwenden von Risiken. Voraussetzung einer gezielten Intervention ist die Kenntnis pathogenetischer Dynamiken, also der Entwicklungs- und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens. Dieser Ansatz wird in der Literatur als **„pathogenetischer Ansatz“** bezeichnet.

- » **Gesundheitsförderung** bezeichnet alle Maßnahmen und Interventionen, die der Befähigung dienen, die Gesundheit zu stärken. Dies geschieht im Zusammenwirken mit der Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die darauf abzielt, die Gesundheitsdeterminanten zu verbessern und gesundheitliche Ungleichheit abzubauen. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf die Verbesserung u. a. ökonomischer, kultureller, sozialer, bildungsmäßiger Lebensbedingungen. Voraussetzung für gezieltes Intervenieren ist die Kenntnis „**salutogenetischer**“ Dynamiken, also der Entstehung und Aufrechterhaltung von individuellen und kollektiven Gesundheitsstadien (Hurrelmann et al. 2010).

Die salutogenetische Haltung der Gesundheitsförderung beruht auf den Fragen, wie Gesundheit entsteht, welche Faktoren die Gesundheit positiv beeinflussen und wie diese erhalten werden können. Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1923–1994) entwickelte das Modell der Salutogenese – wörtlich übersetzt „Gesundheitserzeugung“ – als Alternative zur vorwiegend pathogenetisch – an der Entstehung von Krankheiten – orientierten Medizin.

Das Modell der Salutogenese geht davon aus, dass der Mensch – abhängig von seinen internen und externen Ressourcen – stets mehr oder weniger gesund ist. Er befindet sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zwischen den beiden Polen „völlige Gesundheit“ und „totale Krankheit“ (= Tod) immer an einer individuellen Position. Diese Position wird von Determinanten bestimmt, die seine Gesundheit fördern oder belasten.

„Veranschaulicht hat Antonovsky seine Theorie mit Hilfe einer philosophischen Metapher: Das Leben des Menschen sei ein Fluss voll von Gefahren. Aus pathogenetischer Sicht betrachtet, würde ein Helfender den ertrinkenden Menschen aus dem Fluss ziehen, um ihn zu retten. Aus salutogenetischer Sicht hingegen stellt sich die Frage: „Wie macht man den Menschen zu einem guten Schwimmer?“ (FGÖ 2014c).

Gemeinsames Ziel von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung ist der individuelle wie auch kollektive Gesundheitsgewinn, einmal durch Zurückdrängen von Risiken für Krankheiten (Pathogenese), zum anderen durch Förderung gesundheitlicher Ressourcen (Salutogenese). Dementsprechend bezeichnen diese Begriffe trotz gleicher Zielsetzung unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenartigen Wirkungsprinzipien (Hurrelmann 2006, 149, zit. in Hurrelmann et al. 2010).

Das Verhältnis Gesundheitsförderung und Prävention zueinander ist also nach wie vor verschwommen. Auch wenn die beiden Konzepte unterschiedliche Perspektiven auf Gesundheit einnehmen, besteht keine scharfe theoretische und noch weniger eine praktische Abgrenzung. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung als Leitdokument des Konzepts enthält keine eindeutige Definition und Abgrenzung (Kaba-Schönstein 2011).

Auch die Grenze zwischen primärer und sekundärer Krankheitsprävention ist oft schwierig zu ziehen. Häufig wird eine Abgrenzung nach dem zeitlichen Verlauf des Krankheitsgeschehens vorgenommen: Primärprävention will Erkrankungen verhindern, bevor fassbare biologische Schädigung

gen eingetreten sind. Sekundärprävention will Krankheiten möglichst früh oder im klinisch symptomlosen Frühstadium erkennen. Tertiärprävention will das Fortschreiten von Krankheiten vermeiden oder Folgeschäden abmildern. Durch zunehmend feinere Diagnosemethoden und die Einführung präventiver bzw. prädiktiver Gendiagnostik (was beides eine Ausweitung des Krankheitsbegriffs zur Folge hat) wird diese Unterscheidung zusehends aufgeweicht.

Während **Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention** nach dem Zeitpunkt der Intervention unterscheiden, differenziert universelle, selektive und indizierte Prävention stärker nach den Zielgruppen, die erreicht werden sollen im Rahmen von Projekten, Programmen, Praxisinitiativen bzw. auch mit Angeboten, die als Routineleistungen organisiert sind. **Universelle Prävention** richtet sich an Gruppen der Bevölkerung, die hinsichtlich ihres Krankheitsrisikos nicht spezifiziert werden (z. B. Betriebliche Gesundheitsförderung und Primärprävention / BGF/PP). **Selektive Prävention** richtet sich an Gruppen der Bevölkerung, die aufgrund biologischer, psychologischer, sozialer oder umweltbezogener Risikofaktoren – unabhängig von der individuellen Situation – eine höhere Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Krankheit aufweisen als die allgemeine Bevölkerung (z. B. BGF/PP in bestimmten Branchen). **Indizierte Prävention** richtet sich an einzelne Personen, die aufgrund individueller Risikofaktoren eine erhöhte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Krankheit aufweisen (z. B. Präventionsmaßnahmen bei Hinweisen auf gesundheitliche Belastungen, Burn-out-Risiko). Die Unterscheidung in universelle, selektive und indizierte Prävention ist im Setting Betrieb noch weniger gebräuchlich.

Begriffliche Unschärfen ergeben sich auch durch zunehmende Pathologisierung von Symptomen. Was früher als Risikofaktor für eine Erkrankung klassifiziert wurde, gilt nunmehr oft als behandlungsbedürftige Erkrankung. Hypertonie beispielsweise galt in den 1990er Jahren als Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen, mittlerweile gilt sie als therapiebedürftiges Ereignis mit Krankheitswert. Des Weiteren bewirken auch ständige Grenzwertabsenkungen – beispielsweise des Cholesterinwertes –, dass immer mehr Menschen aus präventivmedizinischer Sicht als behandlungsbedürftig gelten (Franzkowiak 2010).

Wirkungsprinzip der Krankheitsprävention

Der Krankheitsprävention liegt die Annahme zugrunde, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsgeschehens individuell und kollektiv vorhergesagt werden kann, eine Zukunftsprognose, die auf einer Abschätzung der Eintrittswahrscheinlichkeit der unerwünschten Krankheit aufbaut. Interventionshandlungen werden durch Identifizierung von Risikofaktoren, die nachweislich bei der Entstehung oder dem Verlauf der Krankheit im Spiel sind, eingeleitet. Die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren heute verbreiteter Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Krebserkrankungen sind Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte, Übergewicht und schlechte Ernährung. Im Idealfall sollte früh eingegriffen werden, nämlich bevor sich erkennbare Krankheitssymptome gebildet haben. Man spricht dann von primärer Prävention. Wenn bereits manifeste Krankheitssymptome im Frühstadium aufgetreten sind, gilt auch die sogenannte sekundäre Prävention als aussichtsreich.

Risikofaktoren können folgendermaßen gruppiert werden (Hurrelmann et al. 2010):

- » genetische physiologische und psychische Dispositionen:
z. B. Arterienverengung, Neubildungen, psychische Vulnerabilität,
- » behaviorale Dispositionen: z. B. Zigarettenrauchen, fettreiche Ernährung, ungeschützter Geschlechtsverkehr, wenig Bewegung,
- » ökologische Dispositionen: z. B. erhöhte Strahlenbelastung, Feinstaubbelastung, Mangel an Selen, Ozonbelastung.

Solche Risikofaktoren können im Zeitverlauf zu einer Erkrankung führen. Die Zusammenhänge zwischen Risikofaktoren und Auftreten von Erkrankungen in bestimmten Populationen beruhen auf Wahrscheinlichkeiten, die häufig mit mathematischen Analysen abgeschätzt werden. Bisherige Präventionsstrategien bauen auf quantifizierbaren Wahrscheinlichkeitsaussagen über die Wirkung des Risikofaktors für ganze Bevölkerungsgruppen auf. Wie groß das individuelle Risiko einer Person ist, kann daraus nicht geschlossen werden. Es ist daher oft schwer, Menschen zu überzeugen, den fest im Lebensalltag verankerten individuellen Lebensstil zu verändern. Auch bisherige Erkenntnisse im Bereich „Public Health Genetics“ deuten darauf hin, dass keine kausalen und vor allem keine monokausalen und determinierenden Risikofaktoren identifiziert werden können, die als Grundlage für Präventionsstrategien dienen können (Hurrelmann et al. 2010; Ilkilic et al. 2007). Sowohl genetische als auch behaviorale und ökologische Risikofaktoren wirken offenbar in einer noch unbekannten Weise zusammen und beeinflussen einander jeweils gegenseitig.

Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung

Zum Unterschied von Krankheitsprävention, die Risikofaktoren zurückdrängen oder ausschalten will, soll Gesundheitsförderung jene Schutzfaktoren und Ressourcen stärken, die als Voraussetzung für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung gelten. Schutzfaktoren können folgendermaßen gruppiert werden (Hurrelmann et al. 2004):

- » soziale und wirtschaftliche Faktoren,
z. B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der sozioökonomischen Lebenslage,
- » Umweltfaktoren,
z. B. hohe Luft- und Wasserqualität, gute Wohnbedingungen, starke soziale Netzwerke,
- » Faktoren des Lebensstils („behaviorale“ Faktoren),
z. B. angemessene Bewegung, Ernährung, Spannungsbewältigung und reduzierter Konsum von legalen und illegalen Drogen,
- » psychologische Faktoren,
z. B. erhöhte Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung, Optimismus,
- » Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen,
z. B. Bildungs- und Sozialeinrichtungen, Transport- und Freizeitmöglichkeiten, Einrichtungen der Krankenversorgung, Pflege und Rehabilitation.

Auch den Wirkprinzipien der Gesundheitsförderung liegen oft nur Wahrscheinlichkeitsaussagen zugrunde. Es kann statistisch festgestellt werden, ob Mitarbeiter/innen eines Betriebes mit umfassendem Arbeitsschutz, flexiblen Arbeitszeiten und Fitness-Angeboten ihre Gesundheit subjektiv besser einschätzen als in vergleichbaren Betrieben ohne solche Maßnahmen. Analog zur Krankheitsprävention kann aber aus solchen statistischen Zusammenhängen nicht kausal geschlossen werden, dass diese Maßnahmen der (einzige) Grund für den besseren subjektiven Gesundheitszustand sind, und auch nicht sicher geschlossen werden, dass diese Maßnahmen individuell auf eine Einzelperson wirken.

Sowohl Gesundheitsförderung als auch Krankheitsprävention wollen sowohl einen individuellen und als auch einen kollektiven Gesundheitsgewinn erzielen. Sie ergänzen einander auf dem Weg zum gemeinsamen Ziel der Verbesserung der Gesundheit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit (Franzkowiak 2010).

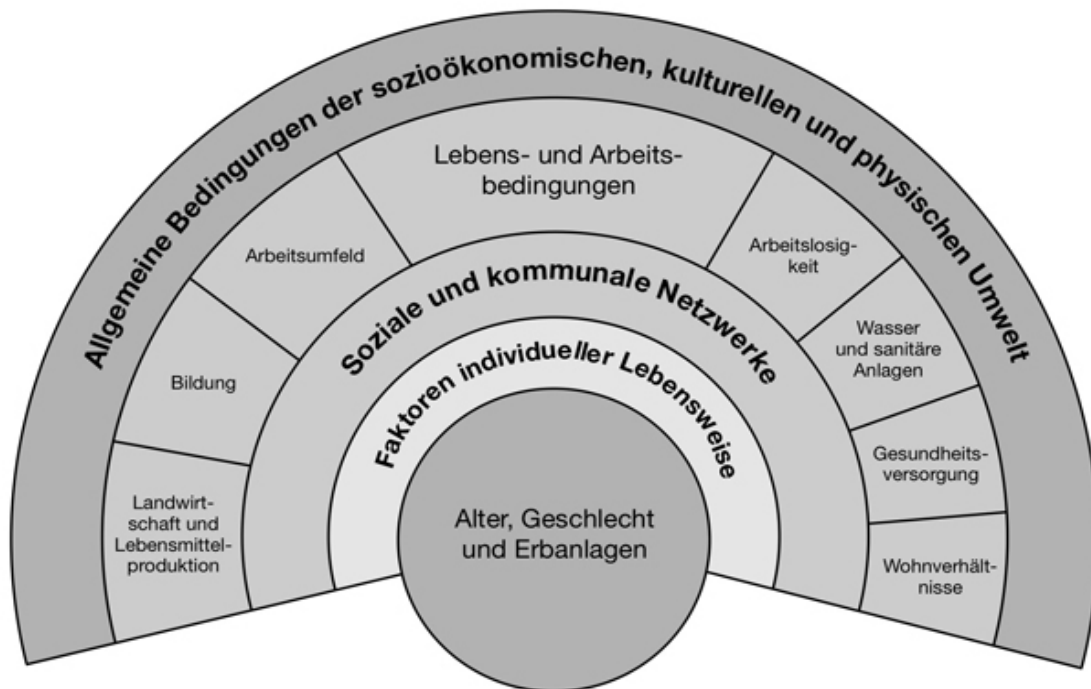
2.2 Determinanten von Gesundheit

Unter Gesundheitsdeterminanten versteht man jene Faktoren, die die Gesundheit von Menschen beeinflussen. Diese Einflussfaktoren liegen auf mehreren Ebenen, daher muss auf allen Ebenen angesetzt werden, wenn man die Gesundheit der Menschen fördern will (vgl. Abbildung 2.1). In diesem Sinne bestimmen die Determinanten die Grundfragen der Gesundheitsförderung:

- » Über welche gesundheitsförderlichen, persönlichen und sozialen Ressourcen muss ein Individuum verfügen, um ein Leben in guter Gesundheit führen zu können?
- » Wie können diese individuellen und sozialen Ressourcen gefördert werden?

Der Gesundheitszustand Einzelner oder ganzer Gemeinschaften wird neben persönlichen und sozialen Faktoren auch maßgeblich von wirtschaftlichen und umweltbedingten Faktoren bestimmt. Diese Faktoren stehen in Wechselwirkung miteinander. Gesundheitsförderung will aktiv mehrere dieser Determinanten beeinflussen. Verbessert werden sollen sowohl individuelle Faktoren, wie die Lebensweisen der einzelnen Personen (Verhalten), als auch äußere Faktoren, wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, der Zugang zu nötigen Gesundheitsleistungen und die natürliche Umwelt (Verhältnisse) (FGÖ 2014d).

Abbildung 2.1:
Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: Dahlgren/Whitehead (1993) nach Richter/Hurrelmann (2010)

Genetische Dispositionen, Geschlecht und Alter stellen die unbeeinflussbaren Determinanten der Gesundheit dar. Alle weiteren Faktoren in den umgebenden Schichten können hingegen – mit Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung – potenziell modifiziert werden:

- » **Faktoren individueller Lebensweise:** Der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten beziehen sich primär auf gesundheitsförderliche wie –schädigende Verhaltensweisen (z. B. Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum oder Gewalt).
- » **Soziale und kommunale Netzwerke:** Eine gute soziale Integration in unterschiedlichen sozialen Netzwerken (Freundeskreis, Familie, Community) unterstützt die Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und senkt das Risiko externer gesundheitsschädigender Einflüsse. Diese Determinanten haben nicht nur einen direkten Effekt, sondern wirken auch indirekt über das Gesundheitsverhalten auf die Gesundheit.
- » **Individuelle Lebens- und Arbeitsbedingungen:** Beeinflusst werden diese sozialen und auf das Gemeinwesen bezogenen Faktoren durch die individuellen Lebens- und Arbeitsbedingungen, wie etwa die Belastung am Arbeitsplatz, die Bildung, die Wohnsituation oder das verfügbare Gesundheitssystem. Auch diese Einflussgrößen können einen eigenständigen und mittelbaren Effekt auf die Gesundheit haben.
- » **Die allgemeinen sozioökonomischen, kulturellen und umweltbezogenen Bedingungen** drücken sich beispielsweise in sozialen Ungleichheiten aus. Sie stellen als Makrofaktoren die

komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind in diesem Sinne die „Ursachen der Ursachen“ von eingeschränkter Gesundheit und Krankheit. (Richter/Hurrelmann 2010)

Welchen Beitrag die einzelnen Determinanten auf die Gesundheit des Individuums haben, ist schwer zu beziffern, da es überlagernde Effekte gibt.

Auf Bevölkerungsebene beziffern McGinnis et al. auf Grundlage der besten verfügbaren Schätzungen für die USA den Einfluss einzelner Faktoren auf vorzeitige Todesfälle folgendermaßen (McGinnis et al. 2002a):

- » Genetische Prädisposition: 30 Prozent. Wenngleich nur ungefähr 2 Prozent der Todesfälle in den USA auf rein genetisch bedingte Erkrankungen zurückzuführen sind, haben etwa 60 Prozent der späteren Formen von Diabetes, kardiovaskulären Erkrankungen und Krebs eine genetische Komponente.
- » Faktoren individueller Lebensweise: 40 Prozent. Unser täglicher Lebensstil (Ernährung, Bewegung, Umgang mit Drogen, Suchtverhalten, Sicherheitsverhalten, Stress) ist der größte einzelne Faktor. Insgesamt entfallen in diese Kategorie in den USA 900.000 Tode jährlich, wovon etwas mehr als 40 Prozent vorzeitige Tode sind.
- » Soziale Faktoren: 15 Prozent. Gesundheit wird stark durch Bildungssystem, Beschäftigungsstatus, Einkommensdisparitäten, Armut, Wohnverhältnisse, Kriminalität und sozialen Zusammenhalt beeinflusst. So haben beispielsweise sozial isolierte Menschen eine zwei- bis fünfmal höhere Todesrate als gut integrierte Personen, und Menschen mit höchstem Bildungsstand weisen eine 2,5-mal niedrigere Todesrate als die mit niedrigstem (L.F. Berkman und T. Glass: Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health“, 1998, zit. nach McGinnis et al. 2002a). Armut und Einkommensunterschiede zwischen Arm und Reich machen geschätzte 6 Prozent der Sterbefälle in den USA aus (Pappas et al. 1993).
- » Umweltfaktoren: 5 Prozent. Das meint physisches Wohn- und Arbeitsumfeld, wo man toxischen Mitteln (z. B. giftige Inhaltsstoffe in Produkten) und mikrobiellen (infektiösen Erkrankungen) und strukturellen Gefahren (z. B. Heim- und Arbeitsunfällen, Verkehrssicherheit) ausgesetzt ist.
- » Defizite in der Gesundheitsversorgung: 10 Prozent: Ungefähr fünf der 30 im Lauf des 20. Jahrhunderts gewonnenen Lebensjahre können einer besseren medizinischen Versorgung zugeschrieben werden (DHHS, Public Health Service, For a Healthy Nation: Returns on Investments in Public Health 1994, zit. nach McGinnis et al. 2002b).

McGinnis et al. weisen aber auch darauf hin, dass die Determinanten sich in ihrem Einfluss überlagern und z. B. der Lebensstil auch wieder durch soziale Faktoren beeinflusst wird (McGinnis et al. 2002a)

Bunker (2001) kommt aufgrund seiner Untersuchungen zum Nutzen der präventiven oder kurativen Medizin zum Schluss, dass nur etwa die Hälfte der 7,5 gewonnenen Lebensjahre seit 1950 auf das Konto der medizinischen Versorgung gehen. Die Centers for Disease Control und Prevention schätzen den Beitrag des Gesundheitswesens zur Reduktion der Gesamtsterblichkeit auf ungefähr 10 Prozent (zit. nach McGinnis et al. 2002a).

Risikofaktoren wie Rauchen, Bluthochdruck, Cholesterin zusammengekommen erklären nach 50 Jahren Forschung etwa 40 Prozent des Auftretens von Herzinfarkten (Syme 1996). Der übrige Anteil scheint außerhalb dieser individuellen Ebene zu liegen und in Lebensbedingungen, sozialen, ökonomischen und kulturellen Faktoren begründet zu sein.

In der britischen Whitehall-Studie zum Einfluss des sozialen Gradienten (Bildung, Einkommen, Berufsstatus) auf Krankheit und Sterblichkeit zeigte sich, dass die Kombination aller bekannten Risikofaktoren nur ein Viertel des Sterblichkeitsgradienten erklärt (Marmot 2001).

Noch bedeutender als diese geschätzten Anteile der Einflussfaktoren ist laut McGinnis et al. die Tatsache, dass die Determinanten sich in ihrem Einfluss überlagern. Eine klare Abgrenzung ist nicht immer eindeutig möglich, da sie zusammenwirken (beispielsweise niedriger Bildungsstand und niedriges Einkommen, niedriges Einkommen und schlechte Wohnverhältnisse). Letztlich ist unser aller „Gesundheit“ durch ein Bündel von interagierenden Faktoren bestimmt. Unser Lebensstil wird durch soziale Umstände beeinflusst, unsere genetische Disposition beeinflusst die benötigte Gesundheitsversorgung, und unsere sozialen Lebensverhältnisse beeinflussen die beanspruchten Gesundheitsleistungen (McGinnis et al. 2002a).

Verhaltensänderungen sind oft schwer zu bewerkstelligen. So zeigte beispielsweise eine groß angelegte Interventionsstudie zu multiplen Risikofaktoren, dass sehr motivierte Männer mit höchstem Risikopotenzial für eine Herz-Kreislauf-Erkrankung trotz intensiver Interventionen nur minimale Verhaltensänderungen bei ihren Ess- und Rauchgewohnheiten über einen Zeitraum von sechs Jahren durchhielten (Tones/Tilford 2001).

Auch eine Änderung der Verhältnisse ist keine leichte Aufgabe, wie jedoch die bisherige Evidenz zeigt, muss auf eine Veränderung sowohl des Verhaltens als auch der Verhältnisse geachtet werden.

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Auch der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) wird in Wissenschaft, Politik und Verwaltung uneinheitlich und in unterschiedlichen Variationen verwendet. Am weitesten verbreitet und auch von der Europäischen Union anerkannt ist die Definition der sogenannten „Luxemburger Deklaration“.

Laut Luxemburger Deklaration (ENWHP 2009) umfasst BGF alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern, Arbeitnehmerinnen/Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- » Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- » Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- » Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) definiert BGF in Anlehnung an die Luxemburger Deklaration folgendermaßen:

„Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie mit dem Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter zu verbessern. Sie ist im Wesentlichen als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu begreifen. Betriebliche Gesundheitsförderung orientiert sich so nah wie möglich an jenen Faktoren der Arbeitswelt, die Krankheiten auslösen können. Da der Gesundheitszustand der Beschäftigten natürlich auch vom persönlichen Lebensstil und vom Risikoverhalten abhängt, kann bei Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten der Verhaltensförderung durchaus Aufmerksamkeit geschenkt werden. In der Praxis der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt aber der Schwerpunkt der Maßnahmen eindeutig im verhältnisfördernden Bereich. Orientieren sich die Gesundheitsförderer bei betrieblichen Projekten an bewährten Mustern der Organisationsentwicklung, des Projektmanagements und den in Qualitätszirkeln und anderen Gruppenarbeitsprozessen eingesetzten Moderationstechniken, so können sie ihr Vorhaben in jenen Betrieben, die derartige Methoden anwenden, nahtlos einfügen. Die Zielsetzungen des Konzepts der ‚Betrieblichen Gesundheitsförderung‘ bestehen in der Schaffung von menschenwürdigen und menschengerechten Arbeitsplätzen und können somit als eine Fortführung des Anspruchs der Humanisierung der Arbeit gelten“ (FGÖ 2005).

Bei Anwendung dieses umfassenden Konzeptes des Fonds Gesundes Österreich bzw. der Luxemburger Deklaration spricht man von „Betrieblicher Gesundheitsförderung“ (BGF) in Abgrenzung zu „betrieblicher Gesundheitsförderung“ (mit kleinem „b“ geschrieben), die wenig bis gar nicht auf Prozesse ausgerichtet ist und vielfach nur verhaltensorientierte Maßnahmen setzt. Der Fonds Gesundes Österreich fördert diese Konzepte auch nicht.

Im Rahmen dieser Studie kann auf Basis der verfügbaren Informationen in den analysierten internationalen Studien und der unterschiedlichen Termini (das Konzept BGF ist primär in mitteleuropäischen Ländern verbreitet) oft nicht identifiziert werden, ob es sich um BGF-Maßnahmen im Sinne der oben genannten Definition handelt oder nicht. Zur leichteren Lesbarkeit wird in der Folge für Gesundheitsförderung und Primärprävention in Betrieben die Abkürzung BGF/PP verwendet, die beide Konzepte beinhaltet.

In der BGF als kontextorientierter Verhaltens- und Verhältnisprävention gibt es fließende Übergänge zwischen Gesundheitsförderung und Prävention (Franzkowiak 2010).

Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung definieren BGF „als systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen. Die primärpräventiven und gesundheitsförderlichen Effekte werden durch gleichzeitige und aufeinander bezogene Veränderungen der Ergonomie, der Organisation, des Sozialklimas und des individuellen Verhaltens erzielt“ (Rosenbrock/Hartung 2010).

In dieser Definition kommt deutlich der sogenannte Settingansatz zum Ausdruck. In der praktischen Umsetzung werden dabei sowohl das Erkennen von Problemen als auch die zu setzenden Maßnahmen partizipativ (also unter Einbindung der Betroffenen) erarbeitet. Partizipation ist ein

zentrales Prinzip und Qualitätskriterium der BGF und stellt gleichzeitig eines der wenigen Unterscheidungsmerkmale zwischen Gesundheitsförderung und Prävention dar. Die angewandten Methoden eines partizipativen Prozesses sind Belegschaftsbefragungen, betriebliche Gesundheitskonferenzen, aber v. a. Gesundheitszirkel. BGF kann von betriebsinternen oder -externen Akteuren initiiert werden, benötigt aber jedenfalls eine hierarchie- und ressortübergreifende Koalition im Betrieb, in der zumindest die Geschäftsleitung, die Belegschaftsvertretung und der betriebliche Arbeitsschutz vertreten sind.

Ein essenzielles Element von BGF ist zunächst die Erstellung eines Gesundheitsberichts. Laut einer Empfehlung österreichischer BGF-Expertinnen/Experten sollte das Format des betrieblichen Gesundheitsberichtes die Bereiche betriebliche Gesundheitspolitik und Gesundheitsziele, Soziodemografie, Gesundheitszustand, (arbeitsweltbedingte) Einflussfaktoren auf die Gesundheit und betriebliche Gesundheitsaktivitäten beinhalten (Institut für Gesundheitsförderung 2011).

Ein solcher Überblick über die Beanspruchung der Mitarbeiter/innen und über vorhandene betriebliche Ressourcen dient neben der Sensibilisierung auch der Auswahl von Interventionsschwerpunkten. In moderierten Gesundheitszirkeln werden von den Beschäftigten die Belastungen und Ressourcen in und aus der Arbeit thematisiert und Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen. Dieses Instrument sollte gezielt eingesetzt und Bestandteil eines nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagements werden. Im Idealfall trägt es dazu bei, dass mittel- und langfristig die Betriebskultur mitarbeiterorientierter und somit gesundheitsfördernder wird.

Voraussetzung für den Erfolg von BGF ist die Bereitschaft aller Beteiligten, ihr bisheriges Rollenverständnis und -verhalten zu hinterfragen und ggf. zu ändern. Vor allem von Führungskräften ist die Bereitschaft erforderlich, die Gesundheitsförderung für die Beschäftigten nicht nur als Minimierung krankheitsbedingter Abwesenheit, sondern als partizipative Gestaltungsaufgabe mit längerfristiger Perspektive zu begreifen (Rosenbrock/Hartung 2010).

BGF ist nicht gleichzusetzen mit der systematischen Berücksichtigung gesundheitsbezogener Kriterien und Verfahren in unternehmerischen (Gesamt-)Managementsystemen. Dieses Konzept wird als ‚betriebliches Gesundheitsmanagement‘ bezeichnet und stellt eine zu BGF komplementäre Strategie dar. Es ist aber denkbar, dass die heute noch unterschiedlichen Ansätze betriebliche Gesundheitsförderung, betriebliches Gesundheitsmanagement, betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Prävention zukünftig zusammengeführt werden (Rosenbrock/Hartung 2010).

Betriebliche Gesundheitsförderung ist neben Gesundheitsförderung in der Schule eines der erfolgreichsten Felder der praktischen Umsetzung des Settingansatzes der Gesundheitsförderung (Rosenbrock/Hartung 2010). Dies liegt vor allem daran, dass Betriebe wie Schulen effektivere Möglichkeiten der Regulierung von Rahmenbedingungen, Organisation und Verhalten bieten als diffusere soziale Bereiche. Die BGF ist mittlerweile auch – insbesondere in Europa – gut etabliert, und ihre Grundsätze werden international unter anderem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Europäischen Union propagiert (Luxemburger Deklaration 1997).

Einander ergänzende Konzepte

Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention verfolgen das gleiche Ziel auf unterschiedliche Weise. Krankheitsprävention will Gesundheitsgewinn durch Zurückdrängen von Krankheitslast erzielen, wobei vor allem auf Risikofaktoren geachtet wird. Bei der Gesundheitsförderung stehen gesunderhaltende Schutzfaktoren im Vordergrund. Deshalb sollten die beiden Interventionsformen als einander **ergänzend** verstanden werden, wobei je nach Ausgangslage die eine oder die andere Interventionsform angemessener und erfolgversprechender sein kann. Nach Meinung zahlreicher Expertinnen und Experten ist eine scharfe Abgrenzung der beiden Interventionszüge nicht hilfreich, verfestigt nur bestehende Diskussionen der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen und führt zu ideologischen Diskursen. Es sei ineffektiv, wenn einer der Interventionsansätze auf Kosten eines anderen zurückgedrängt würde, außer es gäbe hierfür (neue) empirische Erkenntnisse (Franzkowiak 2010; Hurrelmann et al. 2010; Kaba-Schönstein 2011; Waller 2006).

Für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung haben Badura und Mitarbeiter ein vergleichbares Begriffspaar vorgelegt: „Reduzierung und Vermeidung von Gesundheitsrisiken“ in Verbindung mit „Erschließung von Gesundheitspotenzialen“ (Franzkowiak 2010).

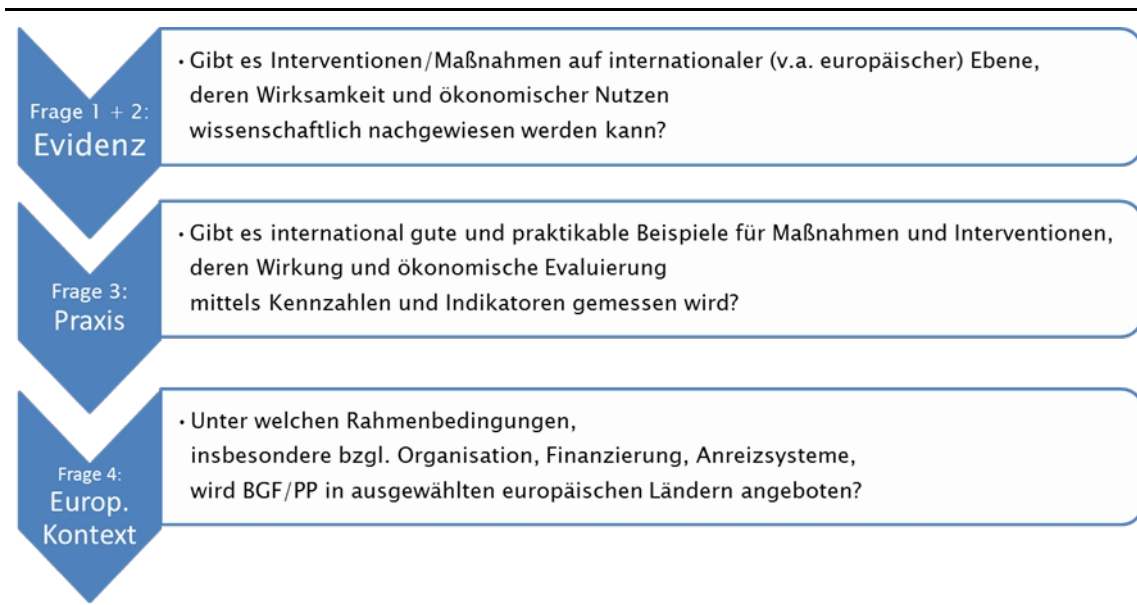
Modul 1

Internationale Evidenz

3 Fragestellungen

Die Fragestellungen für Modul 1 sind in Abbildung 3.1 veranschaulicht.

Abbildung 3.1:
Fragestellungen des Moduls 1 – internationale Evidenz



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Kapitel 4 analysiert die vorliegende wissenschaftliche Evidenz zu Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen von Interventionen und Maßnahmen der BGF/PP (Fragen 1 und 2); Kapitel 5 betrachtet komplexe Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung anhand von Projektbeispielen in einzelnen Unternehmen (Frage 3), Kapitel 6 beleuchtet Organisation, Finanzierung und Umsetzung von BGF/PP in ausgewählten europäischen Ländern (Frage 4).

Schwerpunkt der Untersuchungen in Modul 1 sind Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern im Setting Betrieb, wobei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Sinne der Luxemburger Deklaration und primärpräventive Maßnahmen (Verhinderung von Erkrankungen) – soweit in der verfügbaren Literatur nachvollziehbar und abgrenzbar – im Vordergrund stehen. Sie können sich auf individuelles Verhalten oder bestehende Verhältnisse beziehen. Nicht Gegenstand dieser Untersuchung sind Maßnahmen des klassischen „ArbeitnehmerInnenschutzes“¹ (Reduktion von Schadstoffen, Gefahren, Verbesse-

1

Schreibweise hier in Anlehnung an das Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – AschG)

rung der Ausstattung etc.), betriebliches Gesundheitsmanagement und betriebliches Eingliederungsmanagement. Diese Verfahren sind in den meisten Ländern und auch in einzelnen Projekten/Studien üblicherweise gesondert organisiert und (noch) nicht in gemeinsamen Konzepten integriert (vgl. hierzu Kap. 2, S. 12).

3.1 Exkurs: Gesundheitsbedingte Einschränkungen in Österreich

Laut Mikrozensus – Ad-hoc-Modul zur "Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen" 2011 gaben insgesamt 2,4 Mio. Personen im Erwerbsalter (15 bis 64 Jahre) eine oder mehrere dauerhafte Gesundheitsbeschwerde/n an, das sind 41,6 Prozent aller Personen im Erwerbsalter. Zusätzlich zu den Gesundheitsbeschwerden wurden auch die sensorischen und motorischen Einschränkungen bei alltäglichen Tätigkeiten abgefragt. Insgesamt gaben 23,5 Prozent aller Personen im Erwerbsalter mindestens eine dauerhafte Einschränkung bei alltäglichen Tätigkeiten an.

19,7 Prozent aller zum Befragungszeitpunkt erwerbstätigen Personen (das sind rund 800.000 Personen) hatte zumindest eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben, d. h. sie waren in der Anzahl der Arbeitsstunden und/oder in der Art der Arbeit und/oder beim Weg von und zur Arbeit eingeschränkt. Nicht erwerbstätige Personen gaben an, sie hätten, wenn sie einen Beruf ausüben würden, zu rund einem Drittel zumindest eine gesundheitsbedingte Einschränkung im Arbeitsleben.

Die am häufigsten (von 7,8 % aller erwerbstätigen Personen und 24,3 % der nicht erwerbstätigen Personen) genannte Einschränkung bezog sich auf die Art der Arbeit. Gemeint sind hier z. B. Einschränkungen beim Tragen schwerer Lasten, beim Arbeiten im Freien oder bei langem Sitzen. 5,9 Prozent der Erwerbstätigen konnten gesundheitsbedingt nur eine eingeschränkte Stundenzahl arbeiten; 23,5 Prozent der nicht erwerbstätigen Personen gaben an, nur eine eingeschränkte Stundenzahl arbeiten zu können. Lediglich 1,0 Prozent der Erwerbstätigen und 9,2 Prozent der nicht erwerbstätigen Personen waren aufgrund bestehender Gesundheitsprobleme beim Weg von und zur Arbeit eingeschränkt.

Unabhängig davon, ob jemand eine gesundheitliche Beeinträchtigung hatte oder nicht, wurde jede/r Befragte gebeten, den Hauptgrund für eine mögliche Einschränkung der Erwerbsfähigkeit zu nennen. Ein Vergleich der Personen mit unterschiedlichem Erwerbsstatus zeigte, dass erwerbstätige Personen seltener durch nicht gesundheitsbedingte Faktoren in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sind (14,4 %) als arbeitslose (32,1 %) und nicht erwerbstätige Personen (25,3 %). Bei den Erwerbstätigen waren familiäre Pflichten die häufigste nicht gesundheitsbedingte Einschränkung (4,6 %), hingegen sahen sich Arbeitslose (11,1 %) und nicht erwerbstätige Personen (7,3 %) am häufigsten durch mangelnde Qualifikation eingeschränkt (Statistik Austria 2014).

Tabelle 3.1 veranschaulicht die drei häufigsten arbeitsbedingten Beschwerden von unselbständig Beschäftigten im internationalen Vergleich.

Tabelle 3.1:

Häufigste arbeitsbedingte Beschwerden (in %) bei unselbständig Beschäftigten (15 bis 64 Jahre)

	Österreich	Deutschland	Dänemark	EU-15
Rückenbeschwerden	24,0	18,3	23,0	30,5
Muskuläre Beschwerden	19,8	14,6	30,6	18,8
Stress	22,3	15,4	26,4	19,9

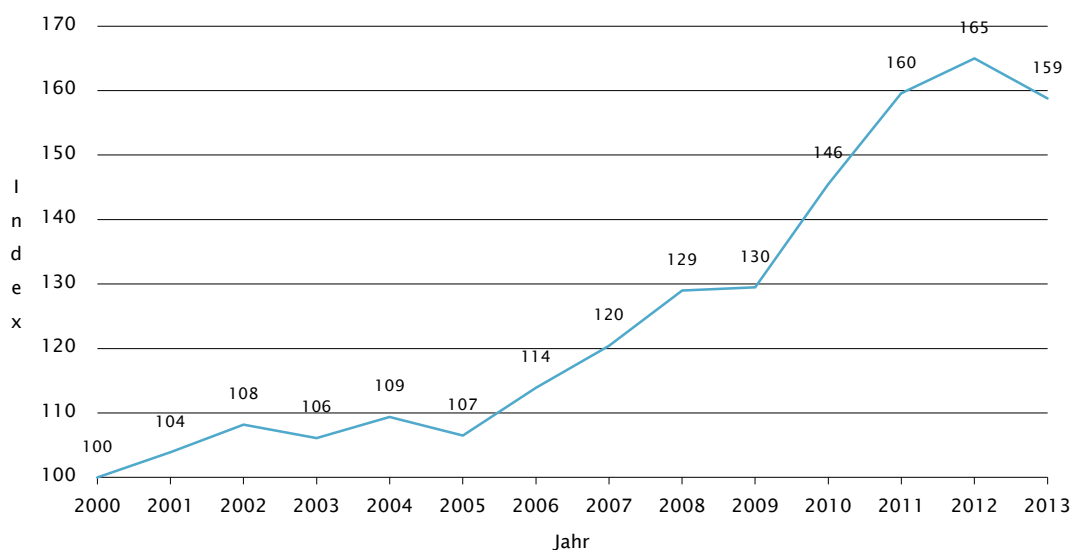
Quelle und Darstellung: Biffel et al. (2011)/Wifo

Die folgenden Daten geben Hinweise auf das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung und deren Auswirkung auf Krankenstände und Berufsunfähigkeit der Österreicher/innen bezogen auf psychische Beeinträchtigung und muskuläre und skeletale Beschwerden.

Während sich Krankenstandsfälle aufgrund von muskulären und skeletalen Beschwerden schon lange auf hohem Niveau bewegen (Abbildung 3.5, Abbildung 3.3), stiegen Arbeitsausfälle wegen psychischer Belastungen erst in jüngster Zeit rasant an (Abbildung 3.2, Abbildung 3.4).

Abbildung 3.2:

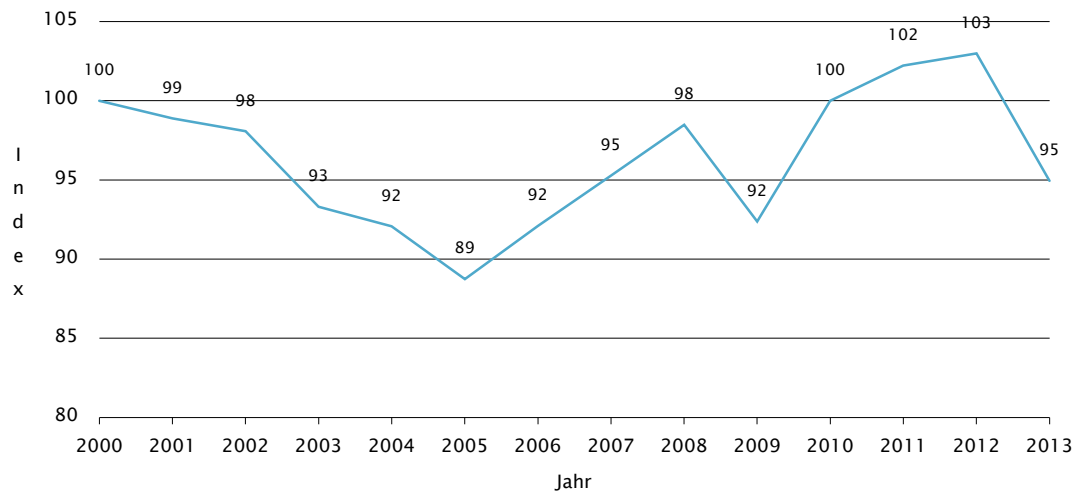
Entwicklung Krankenstandsfälle aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen, 2000 bis 2013



Quelle: Statistik Austria (2014), Darstellung: GÖ FP

Abbildung 3.3:

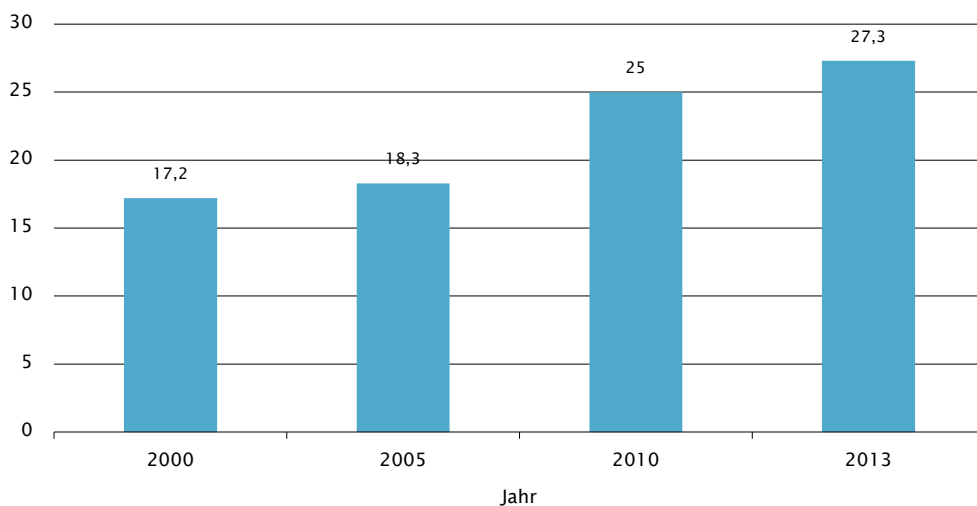
Entwicklung Krankenstandsfälle aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, 2000 bis 2013



Quelle: Statistik Austria (2014), Darstellung: GÖ FP

Abbildung 3.4:

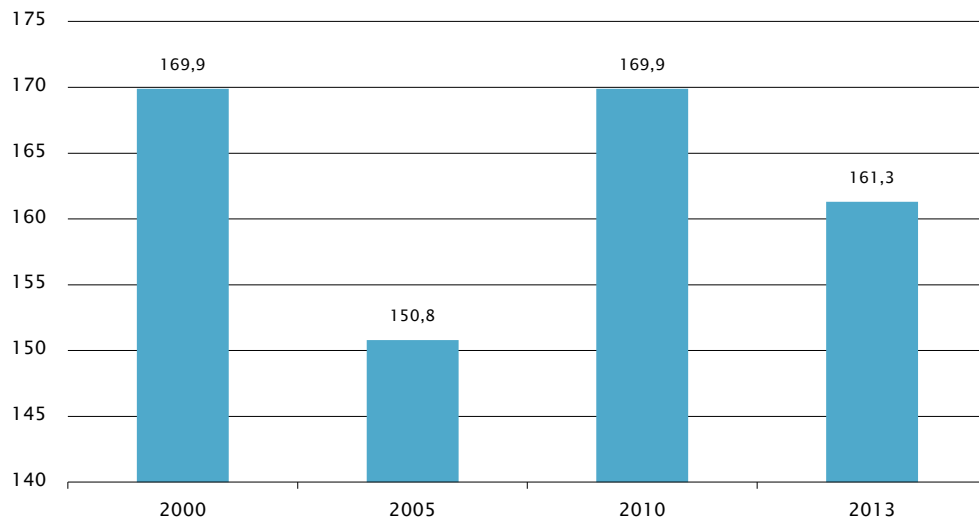
Anzahl Krankenstandsfälle pro 1.000 Erwerbstätige aufgrund psychischer Störungen und Verhaltensstörungen



Quelle: Statistik Austria (2014), Darstellung: GÖ FP

Abbildung 3.5:

Anzahl Krankenstandsfälle pro 1.000 Erwerbstätige aufgrund Muskel-Skelett-Erkrankungen



Quelle: Statistik Austria (2014), Darstellung: GÖ FP

Tabelle 3.2:

Berufsunfähigkeits- und Invaliditätspensionen in der Pensionsversicherung nach Bundesländern 2010

Bundesland / Gebietskrankenkasse	Gesamtzahl der Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen wegen psychischer Erkrankungen*	Anteil psychischer Erkrankungen an allen Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspensionen (in %)
Burgenland	158	20,7
Kärnten	674	32,0
Niederösterreich	1.025	30,5
Oberösterreich	1.425	38,7
Salzburg	294	27,2
Steiermark	2.116	47,4
Tirol	730	35,0
Vorarlberg	369	24,7
Wien	1.423	33,5
Österreich**	8.561	35,5

* Ohne Sondereversicherungsträger

** Die Österreich-Zahlen sind inklusive Pensionen aus dem Ausland. Daher ist Gesamtsumme höher als die Summe der Trägerzahlen

Quelle: Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Gebietskrankenkasse Salzburg 2011 zitiert in Schneider/Dreier (2013)

Bei psychischen Erkrankungen war die starke Zunahme auffällig. Dabei mag eine Rolle spielen, dass es trotz der weltweit anerkannten Klassifikationsschemata² bis heute schwierig ist, psychische Störungen bzw. Erkrankungen zu diagnostizieren, und dass die Einschätzung von psychischen Störungen stark kulturabhängig ist.

Zudem werden in der Forschungsliteratur zu Prävention und Gesundheitsförderung die Definitionen nach ICD-10 bzw. DSM kaum verwendet. Psychische Belastungen und „mental health problems“ werden viel eher als „unterschwellige“ Symptome von Depression, stressinduzierte psychische Störungen, Burn-out, emotionaler Stress oder Ängste untersucht; diese Befindlichkeiten sind nicht im DSM-Handbuch oder im ICD-10 enthalten. Burn-out – wiewohl häufig der Grund für Krankenstand oder Krankmeldung – ist auch keine eigenständige Krankheit, daher wird oft auf die Hauptdiagnose Depression ausgewichen.³ Es kann folglich nur vermutet werden, dass ein hoher Anteil der Burn-out-Diagnosen in der Krankheitsgruppe „Psychische – und Verhaltensstörungen“ erfasst sind (Schneider/Dreer 2013).

Wenngleich Verhaltensstörungen im Vergleich zu psychiatrischen Erkrankungen als mild eingestuft werden, dauern Krankenstände bei Verhaltensstörungen besonders lang, häufig 40 Wochen und länger (vgl. Schroers 2012, Nielson 2011 zitiert in Arends et al. 2012).

2

Zwei Diagnose- und Klassifikationsschemata spielen heute in der klinischen Anwendung eine Rolle:

ICD-10 ist die weltweit verbreitete, aktuelle Codierung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, siehe DIMDI – ICD-10-WHO Version 2013). „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind im Kapitel V in den Gruppen F00 – F99 klassifiziert. Dort finden sich Krankheitsbilder wie beispielsweise Depression, manisch-depressive Erkrankungen, Angststörungen und Schizophrenien.

In der psychiatrischen und psychologischen Forschung ist das „Diagnostische und Statistische Handbuch Psychischer Störungen“ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) gebräuchlich, ein Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (American Psychiatric Association, <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

3

Eine Krankmeldung wird im Rahmen der statistischen Erfassung durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einer übergeordneten Krankheitsgruppe zugeordnet, je nach Hauptdiagnose können sich unterschiedliche Zuordnungen von Burn-out-Patienten/Patientinnen zu verschiedenen Krankheitsgruppen ergeben.

4 Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen

Dieses Kapitel geht der Frage nach den wissenschaftlichen Nachweisen für die Effektivität und Effizienz von Maßnahmen der BGF/PP zur Erhaltung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit anhand publizierter Studien nach.

Die Fragestellung gliedert sich in folgende Detailfragen:

1. Welche wissenschaftlichen Nachweise liegen hinsichtlich der Wirksamkeit (Effektivität) von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vor?
2. Liegen auch Untersuchungen zum ökonomischen Nutzen vor? Wie hoch ist der ökonomische Nutzen?

4.1 Methodik

Wirksamkeit

Das nachfolgende PICO-Schema (Tabelle 4.1) beschreibt die Komponenten (Population, Intervention bzw. Einflussfaktoren, Vergleich und mögliche Endpunkte bzw. Outcomes) der Forschungsfrage 1 des vorliegenden Berichts. Forschungsfrage 2 setzt auf den Ergebnissen auf.

Tabelle 4.1:

PICO-Schema für Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention in Betrieben

Population	Arbeitnehmer/innen in Betrieben
Interventionen	» Maßnahmen der Gesundheitsförderung (vor allem Multikomponenten-Interventionen) oder primärpräventive Interventionen in Betrieben » Verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen » Maßnahmen allgemeiner Förderung von Gesundheit/Wohlbefinden » Maßnahmen zur Verhinderung von Muskel-Skelett- und psychischen Erkrankungen
Control	Keine Intervention
Outcomes	» Verbesserung der Gesundheit / Verringerung von Morbidität/Mortalität » Verbesserung der Arbeitsfähigkeit » Verringerung von Krankenständen/Fehlzeiten/Präsentismus » Verbesserung der Lebensqualität » Beseitigung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen » Verringerung von Risikofaktoren (Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährung ...)
Beobachtungszeitraum	Follow-up von mindestens 3 Monaten
Studientyp	Systematische Reviews und Meta-Analysen über folgende Arten von Interventionsstudien: » Randomisierte, kontrollierte Studien (RCTS) » Kontrollierte Studien ohne Randomisierung (CT) » Quasi-experimentelle Studien (natürliche, nicht kontrollierte Ereignisse)
Sprache	Deutsch, Englisch

Jene systematischen Übersichtsarbeiten bzw. Meta-Analysen werden herangezogen, die zumindest eine Studie mit einem quasi-experimentellen Design beinhalten (Evidenzstufe IIb). Erkenntnisse auf Grundlage derartiger Studiendesigns gelten als wissenschaftlich gut abgesichert.

Gesucht wird nach systematischen Übersichtsarbeiten (systematischen Reviews) und Meta-Analysen (systematischen Reviews, die die Ergebnisse quantitativ zusammenfassen). Diese Vorgangsweise gewährleistet einen umfassenden Überblick über den aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand. Dies geht jedoch zu Lasten detaillierter Informationen (Aus den Übersichtsarbeiten geht beispielsweise oft nicht hervor, welche Maßnahmen in welcher Weise umgesetzt wurden, welche Rahmenbedingungen vorlagen, wie sich die Studienteilnehmer/innen zusammensetzten u. a. m.).

Folgende Ausschlusskriterien (über die im PICO-Schema festgelegten Kriterien hinaus) wurden für die Überblicksarbeiten zur Wirksamkeit definiert (s. Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2:
Ein- und Ausschlusskriterien zur Wirksamkeit

Einschlusskriterien zusammengefasst:	Ausschlusskriterien:
» Nachvollziehbare Qualitätsbewertung der Primärstudien wurde durchgeführt, entweder mit einem Qualitätstool oder einer Checkliste	» Rein methodische Studien
» Extraktionstabellen der Primärstudien sind verfügbar	» Guidelines
» Einstufung des Evidenzgrads bzw. qualitative Summierung der Stärke der Evidenz	» Konferenzabstracts
» Europäische Länder sind inkludiert	» Studien-/Registerprotokolle
» Deutsch oder Englisch	» Epidemiologische Studien
» Setting Betrieb	» Nur Studien aus nicht-europäischen Ländern inkludiert (z. B. USA, Asien)
» Volltext verfügbar	» Studien zur Bewertung von Risikofaktoren
» Zeitraum 2007 bis Jänner 2014	» Impfmaßnahmen
	» Systematische Reviews und Meta-Analysen bzw. Teile daraus, die bereits mit aktuelleren eingeschlossenen Überblicksarbeiten abgedeckt sind
	» Thematisch nicht passende Fragestellungen

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Literatursuche

In einem ersten Schritt wurde eine Sondierungssuche nach systematischen Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen zu Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung/Prävention zur Abschätzung des Literaturvolumens und zur Planung der weiteren Vorgangsweise durchgeführt. Dabei wurde unter anderem der iga-Report 13 (Sackoll et al. 2008) identifiziert. Er enthält die Aufarbeitung einer fast deckungsgleichen Fragestellung anhand von systematischen Reviews („Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz für die Jahre 2000 bis 2006“). Ein Update dieser Arbeit für die Jahre 2006 bis 2012 war angekündigt. Daher wurde – um Doppelarbeit zu vermeiden – vorerst entschieden, diese Publikation abzuwarten. Nach Rückfragen bei den Herausgebern (Initiative Arbeit und Gesundheit) im Herbst 2013 teilten diese mit, dass dieser Report aktualisiert und im Jänner

2014 publiziert wird. Auf Nachfrage im Jänner 2014 wird von iga mitgeteilt, dass sich die Publikation weiterhin verzögern würde. Eine Referenzliste ohne zugrundeliegende Suchstrategie wurde von iga zur Verfügung gestellt.

Daher traf das Projektteam im Jänner 2014 die Entscheidung, die iga-Publikation nicht mehr abzuwarten und eine eigene Literatursuche vorzunehmen.

Nachtrag: Ende 2015 wurde der iga-Report 28 „Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention“ veröffentlicht (siehe https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga-Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf). Zum Zeitpunkt der Erstellung des gegenständlichen Berichtes stand dieser Bericht noch nicht zur Verfügung. Die Ergebnisse des iga-Reports 28 stehen im Einklang mit den Ergebnissen der hier durchgeführten Arbeiten – die diese großteils auch auf der gleichen Studienlage basiert –, dass trotz komplexer Wirkungsweisen wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit von bestimmten Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention bestehen. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention haben positive Effekte auf die Gesundheit von Beschäftigten und einen ökonomischen Nutzen für Unternehmen. Nach wie vor besteht jedoch auch nach iga-Erkenntnissen noch Forschungsbedarf.

Die Selektionskriterien (vgl. Tabelle 4.2) wurden definiert und eine Literaturrecherche nach systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen durchgeführt.

- » Die Literatursuche der GÖ FP bezieht sich auf die Jahre 2012 bis Jänner 2014 und wurde im Jänner 2014 durchgeführt. Die Referenzliste aus dem zum Zeitpunkt der Durchführung der Literatursuche noch nicht veröffentlichten iga-Report mit 82 Referenzen wurden ergänzend herangezogen. Somit wird von der vorliegenden Arbeit insgesamt der Zeitraum 2007 bis Jänner 2014 abgedeckt.
- » In folgenden Datenbanken wurde von der GÖG FP systematisch nach Evidenz zur Wirksamkeit gesucht: Medline, Embase, Cochrane DSR, DARE, CCTR, HTA, NHSEED, ERIC und PASCAL. Die gesamte Treffermenge dieser Recherche umfasste nach Deduplikation 228 Referenzen bzw. Abstracts. Die Suchstrategie befindet sich im Anhang Tabelle 14.2). Ergänzt wurden diese Referenzen um Publikationen aus der iga-Referenzliste.
- » Zusätzlich wurde eine Handsuche auf den Internetseiten folgender einschlägiger Einrichtungen durchgeführt: „The effective public health project“ (Kanada), Community Guide (USA), Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ (USA), The Institute of Health Economics (Kanada), NICE (Großbritannien), Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre (EPPI-Centre, Großbritannien), the Center for Disease Control and Prevention (USA), National Institute for Health and Welfare (Finnland), SBU (Schweden), WHO.
- » Bei der Literatursuche wurden zuerst die rezentesten verfügbaren systematischen Reviews und Meta-Analysen herangezogen. Im „Schneeballverfahren“ wurden weitere Studien identifiziert und in die Analyse aufgenommen, wenn sie z. B. weitere Endpunkte oder weitere Interventionen untersuchten. Ausgeschlossen wurden jene systematischen Übersichtsarbeiten, die sich (größtenteils) auf die gleichen Primärstudien stützten wie schon einbezogene Reviews, um Verzerrungen zu vermeiden.

- » Insgesamt lagen für die Bewertung der Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung 267 Abstracts vor. Nach Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien verblieben für die Bewertung der Wirksamkeit zwölf eingeschlossene Arbeiten.

Ökonomischer Nutzen

- » Für die Frage 2 – dem Nachweis des ökonomischen Nutzens – wurde in den Datenbanken Medline und NHSEED nach Übersichtsarbeiten, Meta-Analysen und ökonomischen Studien (Primärstudien) für den Zeitraum 2004 bis Jänner 2014 gesucht (Suchstrategie im Anhang Tabelle 14.3). Nach Deduplikation ergaben sich 398 Referenzen.

Folgende Ein- und Ausschlusskriterien wurden für die ökonomische Fragestellung vorab definiert (s. Tabelle 4.3).

Tabelle 4.3:

Ein- und Ausschlusskriterien zur ökonomischen Fragestellung

Einschlusskriterien zusammengefasst:	Ausschlusskriterien:
» Systematische Reviews/Meta-Analysen » RCTs, kontrollierte Studien oder quasi-experimentelle Studien liegen zugrunde » Qualitätsbewertung per Checkliste durchgeführt » Klare Fragestellung » Setting Betrieb » Perspektive der Untersuchung angegeben » Ökonomische Evaluationen (Kosten-Nutzen-Analyse, Kosten-Wirksamkeitsanalyse, Kosten-Nutzenwert-Analyse, Return on Investment) » Outcomes sind beschrieben » Europäische Länder sind inkludiert » Deutsch oder englisch » Setting Betrieb » Volltext verfügbar » Zeitraum 2007 bis Jänner 2014	» Rein methodische Studien » Guidelines » Konferenzabstracts » Nur nicht-europäische Länder (z. B. USA, Asien) » Studien zur Bewertung von Risikofaktoren » Impfmaßnahmen » Thematisch nicht passende systematische Reviews und Meta-Analysen bzw. Teile daraus, die bereits in aktuelleren eingeschlossenen Überblicksarbeiten abgedeckt sind

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Bei strikter Anwendung aller vorab definierten Einschlusskriterien wären für die Bewertung des ökonomischen Nutzens kaum Studien verblieben. Insbesondere mangelt es an der Nachvollziehbarkeit der Methodik, nur selten wurde eine Qualitätsbewertung der Primärstudien vorgenommen, häufig fehlte auch die Information, aus welcher Perspektive (Unternehmen, Gesundheitswesen, Volkswirtschaft) die ökonomische Untersuchung erfolgt war. Daher wurde bei der Selektion von den strengen Ein- und Ausschlusskriterien abgewichen.

Für die ökonomische Bewertung des Nutzens wurden schließlich eine Meta-Analyse, vier systematische Übersichtsarbeiten und eine ökonomische Modellrechnung eingeschlossen.

4.2 Ergebnisse

4.2.1 Ergebnisse zur Wirksamkeit

Die eingeschlossenen Studien wurden zu folgenden Kategorien gruppiert:

1. Wirksamkeit von Interventionen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein
2. Wirksamkeit von Interventionen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen
3. Wirksamkeit von Interventionen auf die psychische Gesundheit

Im Anhang in den Kapiteln 14.3, 14.4 und 14.5 finden sich die Evidenz-Tabellen zu den einzelnen bewerteten Studien, jeweils mit Fragestellung(en), untersuchten Interventionen und Endpunkten, Hauptergebnissen sowie methodischen Aspekten im Detail, im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengeführt.

Zusammenfassung der Evidenz

Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der ausgewählten systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen dargestellt. Besondere Betonung liegt auf jenen Ergebnissen, die eine positive Veränderung der untersuchten Endpunkte zeigen.

Die Stärke der Evidenz für die Wirksamkeit wurde entsprechend dem GRADE-Konzept klassifiziert (siehe <http://www.gradeworkinggroup.org/>). Die Stärke der Evidenz drückt das Ausmaß des Vertrauens aus, dass die vorhandene Evidenz den Effekt der Intervention richtig einschätzt, und wird auf Basis der verfügbaren Informationen in den vorliegenden Arbeiten bewertet. Die Kriterien dafür bilden das Bias-Risiko der einzelnen Studien, die Konsistenz der Ergebnisse zwischen den Studien und die Selbsteinschätzung der Studienautoren/innen.

Tabelle 4.4:
Klassifizierung der Stärke der Evidenz

Stärke der Evidenz	Definition
Hoch	Es ist unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt verändert.
Moderat	Weitere Forschung wird sich vermutlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Niedrig	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich erheblich auf unser Vertrauen in den beobachteten Interventionseffekt auswirken. Möglicherweise ändert sich der Interventionseffekt.
Sehr niedrig	Der beobachtete Interventionseffekt ist mit sehr großer Unsicherheit behaftet.

Quelle: Guyatt et al. (2008), Darstellung: GÖG FP

Die nachfolgende Tabelle 4.5 veranschaulicht die Erkenntnisse aus der Analyse der Studien zur Wirksamkeit von Interventionen, bezogen auf Gesundheit bzw. Arbeitsfähigkeit allgemein. Tabelle 4.6 zeigt die Ergebnisse der Evidenz zu Muskel-Skelett-Erkrankungen und Tabelle 4.7 jene zur psychischen Gesundheit.

Tabelle 4.5:

Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten

Autor, Jahr Studien-design	Inkludierte Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive) Ergebnisse	Evidenzstärke
Rongen et al. (2013) ¹ Meta-Analyse	18 randomisierte kontrollierte Interventionsstudien	Individuum-bezogene Maßnahmen: Bewegung und Ernährung	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand Krankentage Produktivität Arbeitsfähigkeit	Statistisch signifikante Ergebnisse für alle Endpunkte, jedoch von geringem Ausmaß; qualitativ hochwertigere Studien zeigen geringere Effekte; mindestens wöchentlich durchgeführte Maßnahmen sind effektiver, Effekte in jüngeren Personengruppen höher	Moderat
Cancelliere et al. (2011) Syst. Review	14 Interventionsstudien	Individuumsbezogene und Multikomponenten-Programme	Präsentismus – gemessen mit diversen Fragebögen zu Arbeitseinschränkungen	10 von 14 Studien zeigen positive Effekte, davon waren 7 auf die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen zugeschnitten. Präsentismus schwierig und neu – daher Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren, mehr Anwendungsforschung nötig Risikofaktoren für Präsentismus: Übergewicht, schlechte Ernährung, Bewegungsmangel, Stress, schlechte Beziehungen zu Kollegen/Kolleginnen und Management	Moderat
Cahill/Perera R. (2011) Syst. Review	19 Interventionsstudien	Anreizsysteme zur Raucherentwöhnung	Einstellung des Rauchens und Abstinenz für mindestens 6 Monate ab Beginn der Intervention	Nur eine (Volpp 2009) von 19 Studien zeigte, dass Anreize langfristig Rauchentwöhnung fördert. Insgesamt wurden 750 USD Dollar für das Absolvieren eines Rauchentwöhnungsprogrammes und anhaltende Abstinenz nach 9 oder 12 Monaten gewährt. Sechs Monate nach der letzten Zahlung hatte die Interventionsgruppe eine höhere Entwöhnungsrate als die Kontrollgruppe. Anmerkung: das Raucherentwöhnungsprogramm wurde mit öffentlichen Mitteln finanziert bzw. die Teilnehmer an dieses verwiesen. Die weiteren Studien wiesen diverse Schwächen auf (z. B. geringe Teilnehmerzahl) bzw. wirkten sie nicht über einen längeren Zeitraum. Erfolg des Raucherentwöhnungsprogrammes verm. auch darauf zurückzuführen, dass die Teilnehmer bei General Electrics vor allem Weiße mit höherer Bildung und Einkommen waren.	Moderat
Joyce et al. (2010) Syst. Review	10 kontrollierte Vorher/Nachher-Studien, Follow-up > 6 Monate	Selbstbestimmter Arbeitseinsatz Flexible Arbeitszeit (meist	Körperliche Gesundheit Geistige Gesundheit	Selbstbestimmte Schichteinteilung und selbstgewählter stufenweiser Eintritt in den Ruhestand verbesserten den	Niedrig (wenige Studien)

Autor, Jahr Studien-de- sign	Inkludierte Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive) Ergebnisse	Evidenzstärke
		mit Kernzeit) Überstunden Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand Unfreiwillige Teilzeitbe- schäftigung Befristete Arbeitszeit	Gesundheit allgemein	Gesundheitszustand (inkl. Blutdruck, Müdigkeit, psychi- sche Gesundheit, Schlafdauer und -qualität). Die Studien – es lag jeweils nur eine vor – zu freier Arbeitseinteilung, Überstunden, unfreiwilliger Teilzeitbeschäftigung und befristeten Arbeitsverträgen fanden keinen statistisch signifikanten Effekt bezogen auf den Gesundheitszu- stand. Die Studie zu „Überstunden“ berichtete nicht über das Ausmaß der Überstunden und deren Dauer – daher keine Schlussfolgerungen möglich. Die – wenigen – vorliegenden Studien zeigen, dass Wahl- möglichkeiten der AN einen positiven Einfluss auf die Ge- sundheit hat.	
Bambra et al. (2009) Review of Re- views	7 systematische Übersichts-ar- beiten	Psychosoziales Arbeits- umfeld: Mitbestimmung AN (Ar- beitsbedingungen, -stun- den, -aufgaben) Veränderung der Arbeits- organisation (Schichtar- beit, gesetzliche Regelun- gen)	Gesundheit Wohlbefinden Gesundheitliche Ungleichheit	Verstärkter Focus auf Veränderungen der psychosozialen Arbeitsbedingungen kann positive Effekte auf die Ge- sundheit haben. Selbstbestimmung der AN hat positive Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden, kann auch gesundheitliche Ungleichheit reduzieren. 5 von 7 Reviews untersuchen Gesundheitseffekte nach sozioökonomischen oder demographischen Kriterien. Die Effekte der Interventionen sind bei Männern größer als bei Frauen. Gesundheit von ethnischen Minderheiten und älteren Arbeitnehmern wird stärker verbessert (vermut- lich auch, weil deren Gesundheitsstatus vor Intervention schon schlechter war)	Niedrig (wenige Studien)

¹ Wird im Wesentlichen auch in weiteren systematischen Reviews bestätigt (Geaney et al. 2013, Verweij et al. 2011, Malik et al. 2013); Vuillemin et al. (2011).

AN = Arbeitnehmer/innen; Syst. Review = Systematischer Review

Zusammenstellung: GÖ FP

Tabelle 4.6:

Muskel-Skelett-Erkrankungen – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten

Autor, Jahr Studiendesign	Inkludierte Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive) Ergebnisse	Evidenzstärke
Hoe et al. (2012) Syst. Review	13 kontrollierte Interventionsstudien	Ergonomische Hilfsmittel (Armstützen, alternativer Maus) Pausen, Schulungen zur Prävention von Beschwerden der oberen Extremitäten und Nacken	Neuerkrankungen Beschwerden Verlorene Arbeitstage Arbeitsunfähigkeit	Armstützen und alternative Maus reduzieren Inzidenz auch längerfristig, Rückgang von Beschwerden; Alternative Maus oder Armstützen alleine sind nicht effektiv, Pausen keine stat. sign. Ergebnis, kein Ergebnis für verlorene Arbeitstage/Arbeitsunfähigkeit	Moderat für Inzidenz / niedrig für Rückgang der Beschwerden
Aas et al. (2011) Syst. Review, Meta-Analyse	10 kontrollierte Interventionsstudien	Kombinierte Interventionen und Einzelinterventionen zur Reduzierung von Nackenbeschwerden	Schmerzprävalenz Krankenstände Wiederaufnahme Arbeit Änderung Erwerbsstatus (Früh Pension, Teilzeit..)	Für jeweilige Endpunkt meist nur eine Studie verfügbar, es können keine Empfehlungen abgeleitet werden, welche Interventionen tatsächlich wirken.	Evidenz nicht eindeutig, qualitativ hochwertige Studien fehlen
Tullar et al. (2010) Syst. Review	16 kontrollierte und nicht kontrollierte Interventionsstudien im Gesundheitswesen	Kombinierte Interventionen und Einzelinterventionen zur Primär-/Sekundärprävention gegen Beschwerden im Bewegungsapparat	Beschwerden Bewegungsapparat	Moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Multi-Komponenten-Programmen (Unterstützung Organisation, mechanische Hilfen, Schulungen) Moderate Evidenz für Training Ergonomische Schulungen allein zeigen keinen Effekt.	Moderat für Multi-Komponenten-Training
Bell/Burnett (2009) Syst. Review	15 kontrollierte Interventionsstudien (Primär-/Sekundär- und Tertiärprävention)	Diverse Trainingsmaßnahmen gegen Rückenbeschwerden (Einzel- und Mehrkomponentenmaßnahmen)	Anzahl Neuerkrankungen Schmerzintensität Krankenstände Arbeitsfähigkeit	Beschränkte Evidenz für Reduzierung der Neuerkrankungen (nur eine hochwertige Studie) Starke Evidenz für Reduzierung der Schmerzen Beschränkte Evidenz für Reduktion von Krankenständen: Starke Evidenz für Verbesserung Arbeitsfähigkeit: Kurzes tägliches Training ist effektiv, welches genau, konnte nicht eruiert werden.	Hoch bis moderat

Zusammenstellung GÖ FP

Tabelle 4.7:

Psychische Gesundheit – Zusammenfassende Darstellung der bewerteten systematischen Übersichtsarbeiten

Autor, Jahr Studien-design	Inkludierte Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive Ergebnisse	Evidenzstärke
Walter et al. (2012) Syst. Review	Insgesamt 33 kontrollierte Interventionsstudien mit 34 Publikationen				Moderat
	24 Studien zu individuumsbezogenen Interventionen (Verhalten)	Individuumsbezogen: u. a. kognitives Verhaltenstraining, Kommunikationstraining, Beratung, Supervision, soziale Unterstützung, Entspannungsübungen	Burn-out (gemessen mit Burn-out Skalen)	In 18 von 24 Studien (75 %) positive Veränderung nach der Intervention (Interventionsdauer zwischen 2 Tagen und 8 Monaten); in 6 von 11 Studien mit einem Follow-up innerhalb von 6 Monaten und in 2 von 5 Studien mit einem Follow-up nach über einem Jahr Reduktion von Burn-out nachgewiesen Burn-out Komponenten Depersonalisierung und persönliche Leistungsfähigkeit: positive Veränderung jedoch überwiegend nicht längerfristig (> 6 Monate). Eine Studie mit Auffrischkursen zum Training mit Stressoren zeigte auch nach 2 ½ Jahren positive Wirkung	
			arbeitsbezogene Stressoren	Nur in 2 von 24 Studien untersucht, davon eine Studie mit Training zum Umgang mit Stressoren mit Nachbefragung nach 1 Monat zeigte keine signifikante Veränderung bei der Arbeitsbelastung; die zweite Studie (Peterson et al. 2008), mit einer Selbsthilfegruppe im Setting Krankenhaus und Reflexion der Arbeitssituation zeigte positive Veränderung hinsichtlich Arbeitsbelastung und Partizipation	
	10 Studien zu kombinierten (individuums- und arbeitsorganisationsbezogene Interventionen (Verhältnisse)	Kombinierte Interventionen: u. a. Veränderung der Arbeitsorganisation, - bzw. -abläufe, -zeiten, Supervision, Coaching, soziale Unterstützung, Managementtraining	Burn-out (gemessen mit verschiedenen Burn-out Skalen) Angst/Depression/Ermüdung	In 7 von 10 Studien (70 %) signifikante Reduktion nach der Intervention; 8 Studien hatten ein Follow-up von 6 und mehr Monaten, davon in 5 Studien (63 %) längerfristig positive Wirkung. Eine Studie (Bourbonnais et al. 2006 und 2010) im Setting Krankenhaus (Personen mit direktem Patientenkontakt) mit einem partizipativen Ansatz zeigte auch 3 Jahre nach der Intervention eine Reduktion von Burn-out. Psychologische Effekte wie Ängstlichkeit, Depression, Ermüdung, negative Emotionen: überwiegend positive Veränderung, jedoch kaum Langzeitstudien (> 6 Monate) vorliegend	

Autor, Jahr Studien-de- sign	Inkludierte Studien	Interventionen	Primäre Endpunkte	Primäre (positive Ergebnisse	Evidenzstärke
			Arbeitsbezogene Stressoren	In fast allen Studien untersucht, jedoch nur wenige mit eindeutig positiven Ergebnissen. Dazu zählt die Studie von Bourbonnais, die auch nach 3 Jahren eine Verringerung des Anforderungs-/Belohnungsungleichgewichts und Zunahme des Entscheidungsspielraumes nachweist.	
Martin et al. (2009) Meta-Analyse	17 kontrollierte Interventionsstudien, Primär- und Sekundärprävention	Individuelle, organisationsbezogene und kombinierte Interventionen	Depression Angst	Autoren differenzierten nicht nach Interventionsart; Depression: kleiner statistischer Effekt, auch im Follow-up (eine Studie mit großem Effekt) Angst: kleiner statistischer Effekt, auch im Follow-up	Moderat
Meta-Analyse	9 kontrollierte Interventionsstudien (Tertiärprävention – Teilnehmer in Krankenstand)	Psychologische Interventionen	Verringerung Krankenstandstage bis Rückkehr Arbeit in Teilzeit Verringerung Krankenstandstage bis Rückkehr Arbeit in Vollzeit	Kognitive Verhaltenstherapie: bei Teilzeit: Reduktion der Krankenstandsdauer um 9 Tage, auch im Follow-up; bei Vollzeit: statistischer Rückgang, jedoch kein signifikanter Rückgang im Follow-up von 1 Jahr; Problemlösungstherapie: Reduktion der Krankenstandstage um 17 Tage (bei Teilzeit) im Follow-up von 1 Jahr (nur eine Studie)	Moderat

Quelle: Zusammenstellung GÖ FP

4.2.2 Ergebnisse zum ökonomischen Nutzen

Tabelle 4.8:
Ökonomischer Nutzen – Übersicht systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen

Autor, Jahr Studiendesign	Inkludierte Studien / Region	Interventionen/Dauer	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen
Chapman L. S. (2012), Meta-Analyse ¹				
62 Studien mit Kontrollgruppen oder Vorher-Nachher-Vergleichen USA		Kombination von mindestens 3 Interventionen wie Raucherprävention, Fitness, Ernährung, Stressmanagement, Blutdruckkontrollen, Cholesterinreduktion, Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen, Rückenprävention, Gewichtsmanagement, Ernährungsberatung	Fehlzeiten: in 26 Studien berichtet: » Ø Verringerung » – 25,10 % (Streuung –9,3 bis –68,2 %) Medizinische Kosten: in 32 Studien berichtet: » Ø Verringerung » – 24,5 % (Streuung –3,7 bis –50,10 %) ROI: in 25 Studien berichtet » 5,56 USD (Streuung 2,51 bis 19,41)	keine einheitliche Methodik, verschiedene Messmethoden etc.); neuere Studien zeigen bessere methodische Qualität; Fehlzeiten und Gesundheitskosten sind die häufigsten Indikatoren. Betriebliche Gesundheitsförderung ist die effektivste Strategie, um Gesundheitskosten und Kosten für Fehlzeiten zu reduzieren.
Dongen van et al. (2012), Syst.Review				
10 Interventionsstudien, 7 RCTs, 3 NRS; USA 5, NL 3, DK 1, AUT 1	Ernährungsprogramme Ernährungs- und Bewegungsprogramme		Ernährungsprogramme: 4 Studien, davon haben 2 nur Interventionskosten ermittelt, 2 Studien haben Kosten-Wirksamkeitsvergleich mit 43 USD bzw. 20 USD pro kg Gewichtsverlust ermittelt; Ernährungs- und Bewegungsprogramme: 6 Studien, davon haben 3 Studien nur Interventionskosten betrachtet; Eine Studie ermittelte die Kosten/QALY (Perspektive Gesellschaft) für Telefonintervention mit 311.523 USD und für internetbasierte Intervention mit 1.698 USD Ergebnisse konnten nicht gepoolt werden (unterschiedlicher Outcomes, verschiedene Follow-up-Dauer, unterschiedliche ökonomische Perspektiven)	Sowohl div. Ernährungsprogramme wie auch die Kombination von Ernährungs- und Bewegungsprogrammen zeigen, dass Interventionen am Arbeitsplatz teurer, aber auch effektiver als Usual Care sind. Die Interventionskosten lagen zwischen 20 USD und 43 USD. Diese werden teilweise durch medizinische Kostenreduktion und Verringerung von Fehlzeiten aufgewogen (dies wurde offenbar nicht ermittelt). Studien < 3 Jahre inkludiert, Nutzen entsteht oft erst später; daher möglicherweise Unterschätzung ökonomischen Nutzens. Ergebnisse sind nicht einfach auf andere Länder übertragbar; z. B. tragen in den USA die Arbeitgeber einen Großteil der medizinischen Kosten für ihre AN, in Europa zumeist Versicherungen oder das öffentliche Gesundheitswesen.

Autor, Jahr Studiendesign	Inkludierte Studien / Region	Interventionen/Dauer	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen
Baicker K et al. (2010), Meta-Analyse		Workplace wellness programs can generate savings		
22 Interventionsstudien davon: 9 RCTs bzw. mit Kontrollgruppen; 6 Studien mit Kontrollgruppen (nicht randomisiert); 7 Vorher-Nachher-Vergleiche USA	Informationsmaterial, individuelle Beratung, Seminare, Gruppen-aktivitäten, Anreize Teilnahme Gewichts-abnahmeprogramme, Fitness, Raucherentwöhnung, multiple Risikofaktoren	Medizinische Kosten: » Ø Ersparnis pro AN/ Jahr: 358 USD » Ø Kosten für Arbeitgeber/ AN und Jahr: 144 USD » ROI: 3,27 USD Fehlzeiten: » Ø Ersparnisse pro AN / Jahr: 294 USD » Ø Kosten für Arbeitgeber pro AN/ Jahr: 132 USD » ROI: 2,73 USD	Methodisch profundere und glaubwürdigeren ROIs als Chapmann 2005. Limitation: in Studien überwiegend Firmen mit mehr als 1.000 Beschäftigten (höhere Economies of scale). Publikationsbias nicht ausgeschlossen, d. h. Vermutung, dass vermehrt Studien mit positiven Ergebnissen publiziert werden. Studie zeigt, dass beträchtliche Ersparnisse in kurzer Frist (2 bis 3 Jahre) möglich sind. Ersparnisse könnten noch höher sein, da Programmkosten im Zeitverlauf sinken und der Nutzen ansteigt. Neben medizinischen und Kosten für Fehlzeiten weiterer Nutzen (verbesserter Gesundheitszustand, niedrigere Fluktuation, geringere Kosten im öffentlichen Gesundheitswesen oder bei Invaliditätsversicherungen) in Studien zumeist nicht berücksichtigt.	
EAHC, Matrix share our insight (May 2013), Modellrechnung		Matrix share our insight. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives		
Modellrechnung basierend auf ausgewählten Primärstudien mit hohen Effekten zur Verminderung von Depression	Arbeitsplatzverbesserung basierend auf Erhebung von Risikofaktoren für Depression, Training, Workshops. (Effekt Depression -34 %). Zugrundliegende Studie: Tsutsumi A et al. (2009) ² Zielgruppe: universell	ROI: Gesundheitswesen: 2,94 Sozialsystem: 0,47 Wirtschaft: 5,03 Arbeitgeber: 3,36 Insgesamt: 11,79 Programmkosten pro Person Euro 16	Für jeden Sektor, ausgenommen dem Sozialwesen, ist das Kosten-Nutzen-Verhältnis größer als 1 Die meisten Daten des Modells beziehen sich auf Großbritannien. Annahme: Übertragbarkeit auf die EU-27 Länder. Im Modell sind keine Rückfallsquoten enthalten	
	Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) Zugrundliegende Studie: Bond FW et al. (2000) ³ : Zielgruppe: universell	ROI: Gesundheitswesen: 1,60 Sozialsystem: 0,28 Wirtschaft: 2,73 Arbeitgeber: 5,66 Insgesamt: 10,25 Programmkosten pro Person Euro 68	Annahme: Eine Reduktion von Depression um 80 % ist sehr hoch, auch Programmkosten sind höher als bei Arbeitsplatzverbesserungsprogramm, weil bei diesem Programm auch Psychotherapeuten herangezogen werden. Insgesamt ergibt sich aber für jeden investierten Euro ein Nutzen von Euro 10,25.	

Autor, Jahr Studiendesign	Inkludierte Studien / Region	Interventionen/Dauer	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen
		Kognitive Verhaltenstherapie durch E-mail Kommunikation mit Thera- peuten Zugrundliegende Studie: Ruwaard J. et al. (2007) ⁴ Zielgruppe: selektiv	ROI: Gesundheitswesen: 0,11 Sozialsystem: 0,02 Wirtschaft: 0,21 Arbeitgeber: 0,47 Insgesamt: 0,81 Programmkosten pro Person Euro 478	Das Programm richtet sich an Personen mit Risikofaktoren für Depression, daher intensivere Intervention und geringere ROI. Konservative Schätzung, da der Zeitraum nur ein Jahr beträgt
		Stressmanagementprogramm Zugrundliegende Studie: Mino et al. (2006) ⁵ Zielgruppe: selektiv	ROI: Gesundheitswesen: 0,20 Sozialsystem: 0,03 Wirtschaft: 0,37 Arbeitgeber: 0,81 Insgesamt: 1,41 Programmkosten pro Person Euro 488	Für jeden Sektor ergibt sich ein Kosten-Nutzen-Verhältnis von weniger als 1, d. h. die Kosten übersteigen den Nutzen. Gemeinsame Investition aller Sektoren ergäbe ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis von Euro 1,41. Die Teilnehmer/Innen erhielten in der zugrundeliegenden Primärstudie einen Stressmanagementkurs, einen Muskelentspannungskurs zu jeweils 2 Stunden, im Anschluss individuelle Beratung via E-mail mit Therapeuten. Der Effekt war mit -45 % größer als bei der kognitiven Verhaltenstherapie (-25 %).
		Fitness-Programm Zugrundliegende Studie: Eveline L.E.J. et al. (2010) ⁶ Zielgruppe: indiziert	ROI: Gesundheitswesen: 1,80 Sozialsystem: 0,29 Wirtschaft: 3,12 Arbeitgeber: 8,42 Insgesamt: 13,62 Programmkosten pro Person Euro 723	Das der Modellrechnung zugrundeliegende Programm beinhaltete 2 x wöchentlich persönliche Trainingsprogramme für Personen mit minimalen Depressionssymptomen, Dauer 10 Wochen (am Arbeitsplatz), Reduktion Depression -72 % aus Primärstudie. Für alle Sektoren außer Sozialsystem ein positiver ROI
		Problemlösungs- und kognitive Verhaltenstherapie Zugrundliegende Studie: Lexis M.A. et al. (2011) ⁷ Zielgruppe: indiziert	ROI: Gesundheitswesen: 0,64 Sozialsystem: 0,10 Wirtschaft: 1,12 Arbeitgeber: 3,04 Insgesamt: 4,91 Programmkosten pro Person Euro 1.205	Das der Modellrechnung zugrundeliegende Programm beinhaltete 7 Einheiten à 45 Minuten Therapie, durchgeführt in einer Bank in den Niederlanden für Personen mit hohem Risiko von zukünftigen Krankenständen und mit milder bis schwerer Depression (basierend auf zuvor durchgeführtem Screening). Alle Sektoren – außer Gesundheits- und Sozialwesen – weisen positiven ROI auf.

Autor, Jahr Studiendesign	Inkludierte Studien / Region	Interventionen/Dauer	Hauptergebnisse	Schlussfolgerungen
Hamberg-van Reenen et al. 2012, Syst. Review				
10 Studien (keine Einschränkung hinsichtlich Studiendesign) USA: 4; NL: 5; DK: 1		1. Interventionen für Prävention / Behandlung psychischer Beschwerden 2. Interventionen für krankgeschriebene AN mit dem Ziel RTW	1. Alle Studien zeigen positive ökonom. Ergebnisse, davon haben 3 Studien schlechte method. Qualität. Ergebnisse der Studie Lo Sasso et al. 2006 (gute Studienqualität): Nettonutzen/Jahr 1: 30 USD/AN, Jahr 2: 257 USD/AN; ROI 4,02 USD (große Spannbreite) 2. In 5 von 6 Studien keine Evidenz für günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis; eine Studie zeigt Nettonutzen pro Jahr von 15 USD/AN, Wahrscheinlichkeit Kosten-Effektivität 76 %.	Nur 10 Studien gefunden mit mehrheitlich methodischen Schwächen. Keine sicheren Schlussfolgerungen möglich.
Tomba et al. 2010, Syst. Review				
16 Studien, alle Studiendesigns USA: 10, CAN 2, AUT 2, SW 1, NL 1		Ergonomische Maßnahmen (partizipative Teams, Schulungen, ergonomische Möbel etc.)	Starke Evidenz, dass ergonomische Interventionen finanzielle Vorteile für die Unternehmen bringen (insbesondere in Produktion und Lagerwesen); für partizipative Verfahren – 4 Studien – moderate Evidenz, für finanzielle Vorteile Quantifizierung nicht möglich.	Wenige ökonomische Studien, unterschiedlicher Qualität und Methoden. Keine guten Evaluationsstudien vorliegend. Bedarf nach standardisierten Methoden. Ergonomische Interventionen ökonomisch positiv.

ACT = Akzeptanz- und Commitment-Therapie, AN = Arbeitnehmer/innen, AUT = Australien, CAN = Kanada, DK = Dänemark, NL = Niederlande, NRS = Nicht randomisierte Studie, RCT = randomisierter kontrollierter Trial, ROI = Return on investment, RTW = Return to work, QALY = Quality-Adjusted Life Year, SW = Schweden, USA = United States of America

¹ Systematischer Review von Pelletier K. R. 2011, enthält einige Primärstudien, die auch in Chapman 2012 inkludiert sind, daher wird Pelletier 2011 nicht in der Übersichtstabelle zusammengefasst

² Participatory intervention for workplace improvements on mental health and job performance among blue-collar workers. A cluster randomized controlled Study. Journal of Occupational and Environmental Medicine/2009, May Vol 51, pp 554–63;

³ Mediators of change in emotion focused and problem-focused worksite stress management interventions. J Occup Health Psychol.2000, Jan; 5 (1)

⁴ E-mailed standardized cognitive behavioural treatment of work related stress. A randomized clinical trial. Int. J Behav Med.2009, 16 (3)

⁵ Can stress management at the workplace prevent depression. A randomized controlled trial. Psychother Psychosom. 2006; 75 (3)

⁶ Workplace exercise intervention to prevent depression: A pilot randomized controlled trial. In: Mental Health and Physical Activity, Vol. 3, Issue 2, Dec 2010

⁷ Prevention of long-term sickness absence and major depression in high risk employees: a randomised controlled trial. Occup. Environ. Med.2011, Jun; 68 (6)

Zusammenstellung: GÖ FP

4.2.3 Diskussion und Beantwortung der Fragestellungen

Zur Beantwortung der Fragestellung 1 „Welche wissenschaftlichen Nachweise liegen zur Wirksamkeit (Effektivität) von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vor?“ wurden die Maßnahmen in drei Kategorien gegliedert.

Wirksamkeit

Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit allgemein

Für die Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit generell wurden drei systematische Reviews (mit 43 inkludierten Primärstudien), eine Meta-Analyse (mit 18 inkludierten Primärstudien) und ein Review of Reviews (mit 7 inkludierten systematischen Übersichtsarbeiten) herangezogen (vgl. Tabelle 4.5). Untersucht wurden darin verschiedene verhaltens- wie auch verhältnisorientierte Interventionen im Hinblick auf eine generelle Verbesserung des Gesundheitszustandes (körperlich und psychisch), auf Krankenstandstage, Produktivität, Arbeitsfähigkeit, Präsentismus und gesundheitliche Ungleichheit.

Sowohl individumsbezogene Maßnahmen auf den Gebieten Ernährung und Bewegung wie auch verhältnisorientierte Maßnahmen wie Entscheidungsspielraum der Arbeitnehmer/innen (z. B. selbstbestimmte Schichtenteilung, stufenweiser Eintritt in den Ruhestand, Veränderung der Arbeitsorganisation und psychosoziale Arbeitsumfeld-Verbesserungen) zeigten **positive Auswirkungen auf körperliche und seelische Gesundheit**. Die Größe der Effekte konnte bis auf eine Ausnahme (Meta-Analyse von Rongen et al. (2013), vgl. Tabelle 4.5 bzw. Anhang Tabelle 14.4) – vor allem aufgrund unterschiedlicher verwendeter Messinstrumente – nicht gebündelt quantifiziert werden.

Für den Endpunkt **Präsentismus** lag ein systematischer Review (Cancelliere et al. 2011) mit individumsbezogenen und Multi-Komponenten-Programmen vor. Die Primärstudien zeigten überwiegend positive Effekte, wie beispielsweise Verbesserung in Einschränkungen bei der Arbeit. Die Messung von Präsentismus ist aber schwierig, daher sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren.

Zu Krankenstandstagen, Produktivität und Arbeitsfähigkeit zeigte eine Meta-Analyse über Ernährungs- und Bewegungsprogramme positive Veränderungen (Rongen et al. 2013). Erfolgreiche langfristige Raucherentwöhnung mittels monetärer Anreize konnte nur eine von 19 Studien zeigen (Cahill/Perera 2011).

Muskel-Skelett-Erkrankungen

Für Interventionen betreffend den Bewegungsapparat wurden vier systematische Übersichtsarbeiten mit 54 Primärstudien herangezogen (vgl. Tabelle 4.6). Sie zeigen, dass Armstützen bei Bürostühlen in Kombination mit alternativer Mausbedienung längerfristig Beschwerden reduzieren können, diverse Trainingsmaßnahmen ebenfalls Schmerzen reduzieren und die Arbeitsfähigkeit

erhöhen (tägliches Training ist effektiv) und Multi-Komponenten-Programme (mechanische Hilfen, organisatorische Maßnahmen, Schulungen etc.) Beschwerden verringern können (Aas et al. 2011; Bell/Burnett 2009; Hoe et al. 2012; Tullar et al. 2010).

Psychische Gesundheit

Zu Interventionen für die mentale Gesundheit wurden eine systematische Übersichtsarbeit (mit 33 Primärstudien) und zwei Meta-Analysen (mit insgesamt 26 Primärstudien) herangezogen. Unterschiedliche Interventionen (individuelle wie auch kombinierte) zeigen überwiegend positive, auch längerfristige Wirkung im Sinne von Burn-out-Reduktion. Für die Reduktion von Angst und Depression gibt es ebenfalls Hinweise auf positive Wirkungen, es liegen aber kaum Langzeitstudien vor. Auch Verringerung von Krankenstandstagen und frühere Rückkehr zur Arbeit durch psychologische Interventionen war nachweisbar (Arends et al. 2012; Martin et al. 2009; Walter et al. 2012).

Die ökonomische Bedeutung eines rechtzeitigen Erkennens von Burn-out wurde in der Studie von Schneider/Dreer (2013) für Österreich ermittelt. In dieser Studie wurden folgende Kosten pro Burn-out-Betroffenen errechnet:

- » Bei FRÜHERKENNUNG verursacht eine von Burn-out betroffene Person Gesamtkosten in Höhe von rund 1.500 bis 2.300 Euro.
- » Bei ZEITVERZÖGERTER DIAGNOSE entstehen Gesamtkosten für Behandlung und Krankenstand in Höhe von 12.400 bis 17.700 Euro pro Burn-out-Fall.
- » Bei SPÄTER DIAGNOSE summieren sich die Kosten von Burn-out auf 94.000 bis 131.000 Euro pro Fall.

In dieser Studie wurde die Anzahl der Burn-out-Gefährdeten in Österreich auf 500.000 geschätzt; in zwei Szenarien wurden folgende Gesamtkosten für Österreich errechnet (Schneider/Dreer 2013):

- » Für das Szenario 1 (80 % Früherkennung, 15 % zeitverzögerte Diagnose, 5 % späte Diagnose) ergeben sich (für die Gesamtdauer der Behandlungen) Gesamtkosten in Höhe von 3,9 bis 5,5 Mrd. Euro.
- » Für das Szenario 2 (60 % frühe Diagnose, 30 % zeitverzögerte Diagnose und 10 % späte Diagnose) würden die Gesamtkosten auf rd. 7,0 bis 9,9 Mrd. Euro steigen.

Fazit

Die Analyse der vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen, die Studien mit einem hohen Evidenzgrad beinhalten, zeigen positive Wirkungen. Die Anzahl der durchgeführten Studien wie auch die Qualität derselben ist in jüngster Zeit gestiegen. Es wurde eine Vielzahl von sowohl verhaltens- wie auch verhältnisorientierten bzw. kombinierten Interventionen gesetzt, wenngleich Studien zu verhaltensorientierten Interventionen überwiegen. Es kann aber meist nicht herausgearbeitet werden, welche spezifischen Elemente für eine wirksame Prävention ausschlaggebend sind.

Bei komplexen Interventionen ist ein Wirksamkeitsnachweis schwieriger zu führen als bei Einzelinterventionen, da Interaktionen zwischen den Komponenten (z. b. kognitive Verhaltenstherapie, Beratung, partizipative Prozesse, Veränderung von Arbeitsabläufen, individuelle Maßnahmen) unkontrollierbare Effekte erzeugen können und die Messung noch schwieriger machen. Die Messung der Wirksamkeit leidet ohnehin daran, dass – grundsätzlich bereits vorhandene – international abgestimmte Messinstrumente nicht flächendeckend eingesetzt werden. Dies beeinträchtigt die Vergleichbarkeit und die Quantifizierbarkeit der Effekte von BGF/PP-Interventionen.

Die Wirkung einer BGF/PP-Intervention hängt immer auch vom jeweiligen Setting und der Ausgangssituation der Teilnehmer/innen, der Schwere der Symptome und der bestehenden Risiken etc. ab.

Die Studien zur psychischen Gesundheit deuten darauf hin, dass theoriegestützte Gesundheitsförderungsinterventionen erfolgreicher sind. Zudem zeigt sich, dass positive Effekte nachhaltiger sind, wenn es Auffrischungsangebote gibt. Es gibt Hinweise, dass bestimmte Risikogruppen – über einschlägige Berufsgruppen hinaus – von Interventionen besonders profitieren.

Zukünftige Forschungen sollten verstärkt randomisierte kontrollierte Studien mit längerfristigem Zeithorizont durchführen und auch nach Subgruppen (sozioökonomischen Merkmalen) differenzieren und analysieren. Für Österreich liegt keine publizierte Studie dieser Art vor bzw. war keine in der internationalen Literatur beinhaltet.

Für den Erfolg einer Gesundheitsförderungsmaßnahme ist ferner die konkrete Art und Weise der Umsetzung relevant. Es ist daher sinnvoll – im Sinne von „Good Practice“ – methodisch gut durchgeführte Projekte mit positiven Ergebnissen zu identifizieren und von ihnen zu lernen.

Ökonomischer Nutzen

Zur Beantwortung der Fragestellung 2 „Liegen Studien zur Bewertung des ökonomischen Nutzens vor und wie hoch ist der ökonomische Nutzen?“ wurden zwei Meta-Analysen (mit 84 inkludierten Primärstudien), drei systematische Übersichtsarbeiten (mit 36 inkludierten Primärstudien) und eine Modellrechnung (mit 6 inkludierten Primärstudien) herangezogen.

Die Meta-Analyse von Chapman (2012) enthält insgesamt 62 Studien mit Multi-Komponenten-Programmen (mindestens drei Maßnahmen, Dauer der Intervention mehr als 12 Monate). Die Meta-Analyse zeigt eine beträchtliche Reduktion der Fehlzeiten und der medizinischen Kosten, der durchschnittlichen Return on Investment (ROI) wird mit 5,56 USD (Bandbreite zwischen 2,5 und 19,4 USD) beziffert. In der Meta-Analyse waren verschiedene Studiendesigns inkludiert, jene Studien mit höherer Qualität wurden stärker bewertet.

Einschränkend ist zu dieser Studie zu bemerken, dass methodisch anfechtbare Studiendesigns (meist Vorher/Nachher-Vergleiche ohne Kontrollgruppen) inkludiert sind und alle Primärstudien aus den USA stammen. Das Gesundheitssystem in den USA ist anders organisiert als in Europa, dort haben Arbeitgeber ein größeres Interesse, die Gesundheitsausgaben zu senken, da ihre An-

gestellten zumeist über eine betriebliche Krankenversicherungen versichert sind. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse der Meta-Analyse von Chapman (2012) auf Europa ist daher nur eingeschränkt gegeben. Cherniak 2013 (zitiert in Grillich/Hahn 2014) hat 12 Studien mit dem höchsten ROI aus der Studie Chapman 2012 kritisch analysiert und dabei den ROI deutlich nach unten korrigiert (ROI zwischen 1,5 und 8,0). Die wesentliche Einflussgröße auf den ROI war die Kalkulationsgröße „Produktivität“ (über 50%-Anteil am ROI), und sie basierte zumeist auf Selbst- bzw. Fremdeinschätzungen.

Außerdem wurde die Mehrzahl der Primärstudien in großen Betrieben mit mehr als 1.000 Angestellten (41 von den 62 Studien in Chapman 2012) durchgeführt; diese Betriebe haben im Vergleich zu Klein- und Mittelbetrieben höhere Skaleneffekte (Economies of Scale) für Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme.

Baicker et al. (2010), die in ihrer Meta-Analyse qualitativ bessere Studiendesigns eingeschlossen haben, beziffern auch Ersparnisse bei medizinischen Kosten sowie Fehlzeiten und schätzen die ROI-Werte niedriger als Chapman et al. (vgl. Tabelle 3.1). Auch in Baicker et al. 2010 sind überwiegend große Unternehmen und lediglich Studien aus den USA inkludiert.

Van Dongen et al. (2012) haben in ihrem systematischen Review Ernährungs- und Bewegungsprogramme analysiert und inkludieren dabei randomisierte und nicht randomisierte Studien. Der überwiegende Teil der Studien stammt aus den USA, nur drei Studien stammen aus den Niederlanden sowie jeweils eine aus Dänemark und Australien. Die Autoren/Autorinnen kommen zum Schluss, dass die Maßnahmen zur Gewichtsreduktion am Arbeitsplatz teurer, aber effektiver als herkömmliche „Abnehmprogramme“ („Usual Care“) sind. Anzumerken ist hier, dass die Programmkosten auf die Kilos Gewichtsverlust umgelegt wurden, während Fehlzeiten und allfällige medizinische Kostenreduktionen keine Berücksichtigung fanden.

Eine ökonomische Beurteilung auf Basis von Modellrechnungen (EAHC 2013) zur Verhinderung bzw. Verminderung von Depressionen kommt auf positive ROI-Werte für die Betriebe je nach Intervention und Zielgruppe (ob gesunde bzw. bereits erkrankte Menschen) zwischen 8,4 und 0,47 Euro. Auch für alle weiteren betroffenen Sektoren (Gesundheitswesen, Sozialsystem, Wirtschaft) wurde der ROI ermittelt, wobei das Sozialsystem offenbar am wenigsten profitiert (vgl. Tabelle 4.8). Der Modellrechnung liegen grundsätzlich gute Studiendesigns zur Ermittlung der Wirksamkeit zugrunde, jedoch ist zu berücksichtigen, dass nur Primärstudien mit relativ geringen Teilnehmerzahlen ausgewählt wurden, die einen hohen Wirksamkeitseffekt erbrachten. Da sich die meisten Daten des Modells auf Großbritannien beziehen, kann eine Übertragbarkeit auf Europa angenommen werden. Der Modellrechnung ist leider nicht zu entnehmen, ob eine Qualitätsbewertung der Primärstudien vorgenommen wurde.

Hamberg-van Reenen et al. (2012), die ebenfalls eine ökonomische Analyse von Interventionen für die Primär- bzw. Sekundärprävention psychischer Erkrankungen auf Basis einer systematischen Übersichtsarbeit durchführten, kommen zu positiven Ergebnissen mit großen Spannweiten. Aufgrund methodischer Schwächen in den zugrundeliegenden Studien können die Autoren/Autorinnen keine verlässlichen Schlussfolgerungen über das Ausmaß des Nutzens ableiten.

Ergonomische Maßnahmen (inkl. Partizipation) beurteilt Tompa et al. (2010) hinsichtlich des ökonomischen Nutzens als positiv, insbesondere in bestimmten Bereichen wie Produktion und Lagerwesen; eine Quantifizierung der Effekte war nicht möglich.

Zusammenfassend kann zum ökonomischen Nutzen von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung festgestellt werden, dass der ökonomische Nutzen überwiegend für Projekte untersucht und beziffert ist, die in den USA durchgeführt wurden. Erst in den letzten Jahren werden einige wenige ökonomische Evaluierungen in Europa durchgeführt – vor allem in den Niederlanden, Schweden und Dänemark. Die methodische Qualität der vorliegenden ökonomischen Studien ist noch sehr heterogen. Dies liegt auch daran, dass zu den nun doch verstärkt realisierten randomisierten kontrollierten Studien zur Wirksamkeit von BGF/PP offenbar keine begleitenden ökonomischen Evaluationen durchgeführt wurden. Die Nachvollziehbarkeit der Bewertung des Nutzens (z. B. wie wurde die Produktivität bewertet) ist zumeist nicht gegeben. Auch ist nicht klar ersichtlich, welche Kosten in die ökonomischen Evaluationen Eingang gefunden haben. Häufig werden nur Fehlzeiten bewertet, und zumeist nur aus der Perspektive der Betriebe und nicht auch aus der Perspektive des Gesundheits- und Sozialwesens / der Gesellschaft.

Es scheint so, als ob ökonomische Studien einerseits das Einsparungspotenzial von BGF/PP etwas überschätzen würden, andererseits ist aber zu bedenken, dass in den meisten Studien nur Interventionskosten und Fehlzeiten berücksichtigt wurden. Da es noch weitere relevante (arbeitsbezogene) Nutzenkomponenten wie beispielsweise Fluktuation, Arbeitszufriedenheit, Gesundheitszustand, Betriebsklima, Präsentismus etc. gibt, die zu berücksichtigen wären, lägen die Ergebnisse vermutlich höher. Zu beachten ist auch, dass – ganz besonders bei Maßnahmen der Primärprävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung – die Effekte oft erst zu einem (weit) späteren Zeitpunkt eintreten als der Analysezeitpunkt in den vorliegenden Studien. Offenbar mangelt es noch an einer ausreichend standardisierten ökonomischen Methodik.

5 Praxisbeispiele zur Überprüfung von Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen von BGF

Autor: Hubert Langmann (IfGP)

5.1 Fragestellung

In Kapitel 4 wurde der Schwerpunkt auf die Effektivität und Effizienz verhaltens- und verhältnispräventiver sowie organisationsbezogener Interventionen oder Mehrkomponentenprogramme gelegt, so wie sie in systematischen Übersichtsarbeiten oder Meta-Analysen publiziert wurden. In diesem Kapitel wird Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne einer komplexen Intervention betrachtet. Es geht um wissenschaftliche Nachweise für die Evaluation der Wirksamkeit und der ökonomischen Evaluation der komplexen Intervention „Betriebliche Gesundheitsförderung“ zur Erhaltung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit anhand von publizierten Primärstudien.

Die Fragestellung lautet:

- » Gibt es gute und praktikable internationale (v.a. europäische) Beispiele für eine Wirkungs- und ökonomische Evaluierung (von BGF/PP-Projekten) **auf Betriebsebene**? Welche Indikatoren und Kennzahlen werden verwendet? Welche sind für Österreich zu empfehlen?
- » Bei der Betrachtung und Analyse von Wirkungen und ökonomischem Erfolg von Betrieblicher Gesundheitsförderung können verschiedene Perspektiven eingenommen werden, wie die der Volkswirtschaft, der Sozialversicherung, der Unternehmen oder einzelner betrieblicher Stakeholder (z. B. die der Beschäftigten, vgl. Krauth et al. (2011)). Da die monetären und nicht-monetären Aufwendungen im Zusammenhang mit BGF und BGM in erster Linie von den Unternehmen getragen werden müssen, haben diese verständlicherweise großes Interesse an einem damit im Zusammenhang stehenden (ökonomischen) Unternehmenserfolg. Dieser Beitrag fokussiert daher auf die Perspektive des Betriebes.

5.2 Ausgewählte Projektbeispiele

Für die detaillierte Darstellung wurden BGF-Projekte mit einer Wirkungsevaluation auf Basis einer Längsschnittuntersuchung ausgewählt. Bei allen Projekten handelt es sich um Forschungsprojekte, bei denen – mit verschiedenen Herangehensweisen und in unterschiedlichem Ausmaß – eine ökonomische Evaluation durchgeführt wurde. Zwei Projekte beschäftigten sich mit der ökonomischen Evaluation von betrieblichem Gesundheitsmanagement. Folgende Projekte werden vorgestellt:

- » Sappi Alfeld GmbH (Laufzeit: 2000–2003)
- » PräKoNeT (Entwicklung von Präventionskompetenz in ITK-Unternehmen durch Vernetzung der Akteure; Laufzeit: 2007–2010; Förderung durch das deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie den Europäischen Sozialfonds)

- » SWiNG (Stressmanagement, Wirkung und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung; Laufzeit: 2008–2011; im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz und Schweizer Versicherungsverband)
- » Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement (Laufzeit: 2006–2008)
- » BiG (Benchmarking im Gesundheitsnetzwerk; Laufzeit: 2006–2009; Förderung durch das deutsche Bundesministerium für Bildung und Forschung und den Europäischen Sozialfonds)

Für die Ergebnisse der Wirkungsevaluation wird auf die jeweiligen Publikationen verwiesen (vgl. (Baumanns 2009; Gloede 2010a; Gloede 2010b; Gloede 2011; Gloede/Ducki 2011; Jenny et al. 2011; Pomorin et al. 2011; Sonntag et al. 2010)). Aufgrund der in den Publikationen angeführten Angaben zu Analyse-, Planungs-, Interventions- und Evaluations-Aktivitäten wird in Tabelle 5.1 der Versuch unternommen, bestmöglich eine Zuordnung zu den vier Phasen des BGF-Zyklus vorzunehmen und die Projekte entlang dieses Schemas zu charakterisieren.

Tabelle 5.1:
Zuordnung der Projektaktivitäten zu den Phasen eines BGF-Projekts

BGF-Phase	Projektaktivitäten	Sappi	PräKoNet	SWING	UdBGM	BiG
Analyse	MAB	●	●	●	●	●
	KS	●	●	●	●	●
	QI	●	●	●	●	
	BKZ	●	●	●	●	●
	Andere	●	?	?	?	●
Planung	GZ	●		●	●	●
	Andere	?	?	?	?	?
	1. GB	?	?	?	?	?
Intervention	Verhältnisorientierte Interv.	●	●	●	●	●
	Verhaltensorientierte Interv.	●	●	●	●	●
	Andere Int.	?	?	●	●	?
Evaluation	MAB	●	●	●	●	●
	KS	●	●	●	●	●
	QI	?	?	?	?	?
	BKZ	●	●	●	●	●
	Andere	●	?	?	?	?
	2. GB	?	?	?	?	?

MAB = Mitarbeiterbefragung; KS = (Diagnosespezifische) Krankenstandsanalyse; QI = qualitative Interviews; BKZ = betriebliche Kennzahlen; GZ = Gesundheitszirkel resp. adaptierte Varianten (Teamreflexionen, Workshops, Arbeitsgruppen, Zufriedenheitszirkel, etc.); GB = Betrieblicher Gesundheitsbericht; Interv. = Intervention(en); ● = vorhanden; ? = konnte nicht identifiziert werden

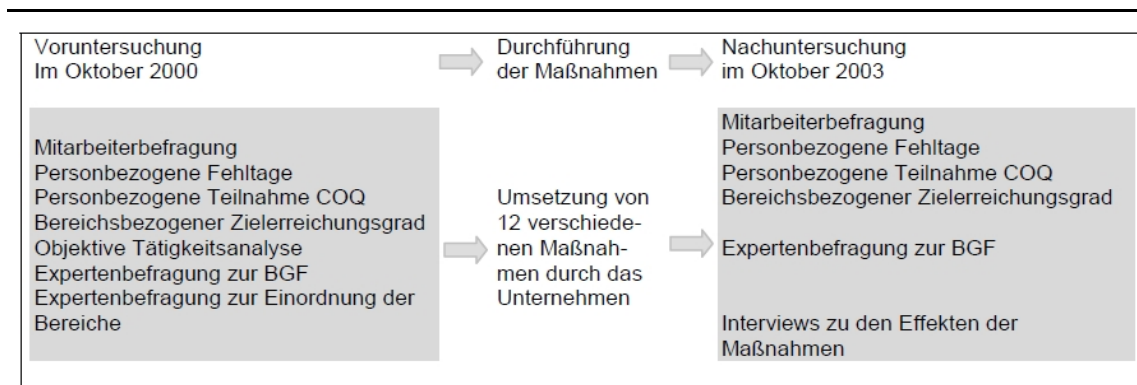
Quelle und Darstellung: IfGP

5.2.1 Projekt bei Sappi Alfeld GmbH – Papierindustrie

Ausgangssituation: Die Sappi Alfeld GmbH ist ein Unternehmen der Papierindustrie mit ca. 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, das zu einem international tätigen Konzern gehört. Dem Unternehmen wurde im Jahr 2000 der „European Safety Improvement Award“ verliehen. Die Unterstützung der oberen Führungsebene für das Projekt war gegeben, da Mitarbeiter/innen für den Geschäftsführer das wichtigste Kapital sind und er Human-Resources-Maßnahmen einen hohen Stellenwert beimisst. Aus Kostengründen begann das Projekt in den fünf repräsentativen Geschäftsbereichen Zellstoff-Fabrik, Papierproduktion, Formatausrüstung, E-Werkstatt und Betriebsingenieure sowie im Verwaltungsbereich „Produktion-Planung-Steuerung (PPS)/ Einkauf/ Verkauf“ (Fritz 2004).

Ziele und Ablauf des Projekts: Zu Beginn des Projekts stand im Zentrum, mittels einer Mitarbeiterbefragung Hinweise auf die Motivationslage der Belegschaft zu erhalten. Nach der Diskussion der Ergebnisse der ersten Befragung mit Management, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und Betriebsrat wurden Verbesserungsvorschläge erarbeitet und verabschiedet. Mit einer Longitudinalstudie wurde die Umsetzung von zwölf Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung über einen Zeitraum von drei Jahren evaluiert.

Abbildung 5.1:
Untersuchungsplan Projekt Sappi Alfeld



Quelle: Fritz (2006); Darstellung: IfGP.

Ausgangspunkt der Untersuchung ist ein Variablenmodell (modifiziert und vereinfacht nach Locke und Latham, 1990, zitiert nach Fritz 2006), bei dem die Leistung im Mittelpunkt steht, die durch tätigkeitsbezogene und soziale sowie Personenmerkmale beeinflusst wird und ihrerseits auf Gesundheitsvariablen zurückwirkt. Bei den Kriterienvariablen wird von einem erweiterten Gesundheitsbegriff ausgegangen, in den nicht nur Krankenstand und psychosomatische Beschwerden eingehen, sondern auch allgemeines Befinden, Arbeitszufriedenheit und Leistung.

Dem Fragebogen lagen folgende Indikatoren zugrunde:

- » Arbeitsbedingungen
- » Arbeitsintensität

- » Tätigkeitsspielraum
- » Persönliche Entwicklungswünsche
- » Motivationspotential der Arbeitstätigkeit
- » Soziale Unterstützung (direkte Führungskraft, Kollegen, Betriebsrat, privates Umfeld)
- » Zusammenarbeit mit Kollegen und Führungskräften
- » Führungsverhalten
- » Körperliche Gesundheit
- » Allgemeines Befinden

Tabelle 5.2:
Zusammensetzung der Stichproben im Projekt Sappi Alfeld

Befragung 2000 Eingeladen: n = 360 Teilnehmer/innen: n = 320 Rücklaufquote: 88,8 %		Befragung 2003 Eingeladen: n = 442 Teilnehmer/innen: n = 402 Rücklaufquote: 90,0 %
Längsschnitt: n = 118 = 36,8 % der Erstbefragten		

Quelle: Fritz (2006); Darstellung: IfGP.

Hauptinstrument ist ein Fragebogen, der zur Ist-Analyse und nach Umsetzung der Maßnahmen eingesetzt wurde. An der ersten Befragung im Oktober 2000 nahmen 320 Mitarbeiter/innen (Rücklauf: 89 %), an der zweiten drei Jahre später 402 Mitarbeiter/innen (Rücklauf: 91 %) teil. Für den Längsschnitt standen die Fragebögen von 118 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Verfügung. Neben den Fragebogendaten wurden personenbezogene Daten zum Krankenstand erhoben, die auf freiwilliger Basis mit den Fragebogendaten verknüpft wurden, worauf sich 71 Prozent der im Jahr 2000 Befragten und 80 Prozent der im Jahr 2003 Befragten einlassen konnten.

Ergebnisse der ökonomischen Evaluation: Da für drei Maßnahmen (Arbeitsabläufe, Cost-of-Quality-Projekte / COQ und Umgebungseinflüsse) keine Angaben zu den Kosten bekanntgegeben wurden, konnten sie nicht einbezogen werden. „Mit der Kosten-Nutzen-Analyse wurde ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis für sechs Maßnahmen [Mitarbeiterinformation, Schichtbesprechungen, Zufriedenheitszirkel, Weiterbildung, Verbesserte Sozialräume, Verbessertes Mobiliar und Arbeitsmittel, Gesundheit/Rückenschule, Führungsleitlinien und Arbeitssicherheit] (zwischen 1:71 und 1:1,5) ermittelt. Diese Ergebnisse wurden kritisch hinterfragt und durch Einbeziehung von Diskontierung, spezifischen Effizienzkriterien, Sensitivitätsanalysen und Worst-Case-Berechnung relativiert“ (Fritz 2004, S 124). Bei Worst-Case-Berechnung fallen fast alle Maßnahmen (bis auf Mitarbeiterinformation) unter die Gewinnmarke.

Diskussion: Die methodische Forderung nach einem Längsschnittsdesign (Messwiederholung) wurde erfüllt. Leider gibt es keine „reine“ Kontrollgruppe. Ein vergleichbares Kontrollunternehmen (idealerweise aus derselben Branche) wäre günstig gewesen, hätte aber auch entsprechenden Mehraufwand und Kosten nach sich gezogen. Hinsichtlich der Ermittlung aller relevanten Kosten- und Nutzenparameter wird darauf verwiesen, dass nur auf vom Unternehmen zur Verfügung gestellte Kostenangaben zurückgegriffen werden konnte. Die Verwendung der erweiterten Kosten-

Nutzen-Analyse basierend auf dem Zugang von Schmidt, Hunter & Pearlman wird in der Literatur kritisch diskutiert.

5.2.2 PräKoNet – Präventionskompetenz in der Informations-technologiebranche durch Vernetzung

Ausgangssituation: Die Veränderung der Arbeitswelt, speziell der Arbeitsprozesse in der Informationstechnologie- und Kommunikationsbranche (z. B. Arbeitsverdichtung, Verschmelzung von Arbeit und Freizeit bei wachsender Komplexität von Aufgaben, etc.) führt vermehrt dazu, dass auch KMU sich damit befassen, die Belastungen durch Wissensarbeit zu vermindern. Die zentrale Frage lautet: Wie kann die Innovations- und Beschäftigungsfähigkeit von Fachkräften der Informations-technologie- und Kommunikationsbranche (ITK) über das ganze Arbeitsleben durch Integration von Gesundheitsförderung erhalten werden?

Ziele und Ablauf des Projekts: Ziele des Verbundprojektes waren u. a. die Analyse der Bereitschaft von ITK-Unternehmen in Deutschland hinsichtlich Betrieblicher Gesundheitsförderung; die partizipative Entwicklung und Implementierung von Konzepten der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Personal- und Kompetenzentwicklung sowie Organisations- und Arbeitsgestaltung (Health Innovation Cycle bestehend aus Health Factories, Optionsstress Factories, Health Solution Factory) sowie die Entwicklung und Umsetzung einer praktikablen Methode zur ökonomischen Bewertung der Interventionen auf der Grundlage einer Kombination aus weichen und harten Kennzahlen.

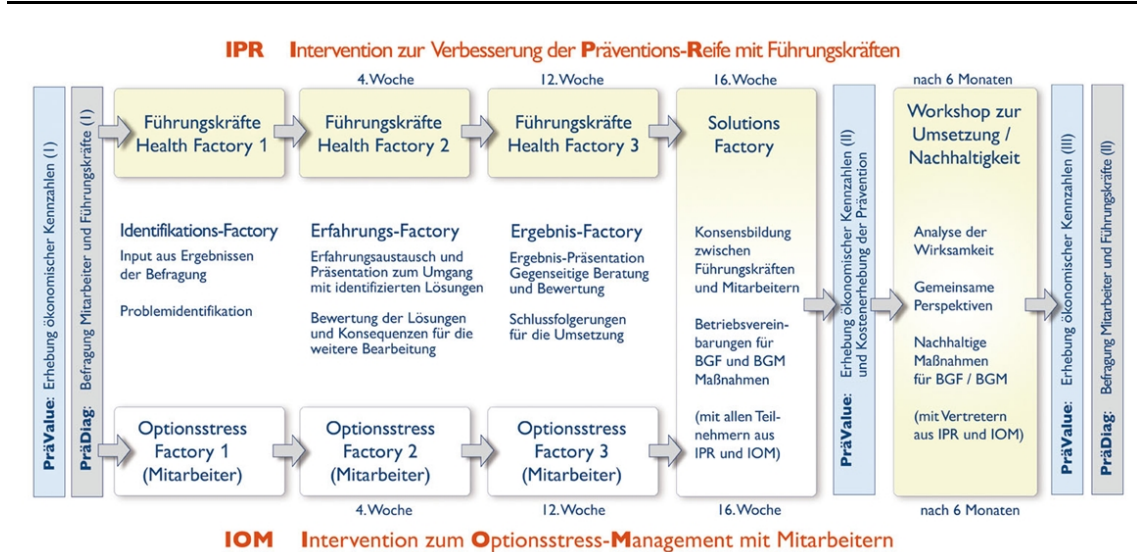
In einem ersten Schritt wurde in einer Querschnittstudie je ein leitender Manager aus 522 zufällig ausgewählten ITK-Unternehmen mit mind. zehn Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern mittels des „Healthy Organizational Resources and Strategies“- (HORST-)Fragebogens u. a. zu Einstellungen zu BGF, Aktivitäten der BGF, der Implementierung eines BGMs und Merkmalen der Betriebsstruktur befragt (Ansmann et al. 2012; Jung et al. 2010; Pfaff et al. 2008).

Dem HORST-Fragebogen liegen folgende Kennzahlen zugrunde:

- » Betriebliche Gesundheitsförderung: Maßnahmen der BGF, Präventionswille, Präventionsinfrastruktur, zusätzliche Items BGF (Modell gesundheitlichen Handelns), Strukturen der BGF, Phaseneinteilung BGM;
- » Kultur und Ressourcen: Sozialkapital, offene Kommunikation;
- » Führung: eigentümergeführtes Unternehmen, Entscheidungsfindung;
- » Instrumente zum Thema Work-Life-Balance: Meinung zur Work-Life-Balance, Work-Life-Balance-Kultur, Maßnahmen zur Work-Life-Balance;
- » Performance und Outcome: Kundenperformance, Performance-Strukturen und -Prozesse, Anforderungen an die Organisation, allgemeine Performance, Entwicklung der wirtschaftlichen Situation.

In einem zweiten Schritt wurden in einer quasi-experimentellen Untersuchung in sechs dieser Unternehmen Mitarbeiter/innen online zu ihren Arbeitsbedingungen und ihrer Gesundheit befragt. In fünf der befragten Unternehmen wurden partizipative Konzepte der Betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und implementiert. Im Anschluss daran erfolgte eine ökonomische Evaluation der implementierten Maßnahmen.

Abbildung 5.2:
Das Forschungs- und Interventionsdesign von PräKoNet



Im Projekt PräKoNet wurden folgende Kennzahlen erfasst (Auszug):

- » Basis: Unternehmensdaten zur Branchen-, Umsatze-, Auftragsentwicklung etc.
- » Zeiterfassung: Fehlstunden, Überstunden, Produktivstunden, Krankheitsquote etc.
- » Mitarbeiteranteile: am Teamumsatz in Prozent, an der Auftragsumsetzung in Stunden etc.
- » Qualität: Reklamationen, Kundenzufriedenheit, Anzahl nachbearbeiteter Aufträge etc.
- » Kosten: für Überstunden, für krankheitsbedingte Ausfallkosten, für Ausfallkompensation etc.

Die zweistufige Entwicklung des Kennzahlensets ist ebenso wie die Entwicklung des Fragebogens zur subjektiven Produktivitätsbewertung bei Pomorin et al. (2011) nachzulesen.

Ergebnisse der ökonomischen Evaluation: Anhand der Analyse der Daten von drei Teams eines Unternehmens ist „... festzuhalten, dass auf Basis verfügbarer Controllingdaten nur wenig aussagekräftige und durch die Intervention beeinflussbare Produktivitätskennzahlen generierbar waren, die Rückschlüsse auf die Qualität der Prozesse und Leistungsergebnisse geben könnten. Den erfassten Kennzahlen wiederum sind weder im Zeitverlauf noch im Vergleich untereinander oder im Vergleich zwischen den Teams einheitliche ökonomische Effekte zu entnehmen“ (Pomorin et al. 2011, S 193).

Diskussion: Aufgrund fehlender vergleichbarer Kontrollgruppen in den beteiligten IT-Unternehmen war ein experimentelles Studiendesign nicht umsetzbar. Es fand daher eine mehrstufige Wirksamkeitsbewertung der BGF-Maßnahmen auf Basis produktivitätsrelevanter Kennzahlen in einem quasi-experimentellen Vorher-/Nachher-Vergleich statt. „Die Produktivität wurde als Zielkriterium für die BGF-Effekte festgelegt, da sie als aussagekräftiger Indikator sowohl für den Unternehmenserfolg als auch für den BGF-Erfolg gilt.“ (Baumanns 2009, zitiert nach Pomorin et al. 2011, S 37f). Als Limitierungen sind der eher kurze Beobachtungszeitraum zu nennen sowie die Schwierigkeit des Wirksamkeitsnachweises mittels ökonomischer Kennzahlen. Die Ursache-Wirkungsbeziehungen sind komplex und mehrdimensional. Veränderungen in beide Richtungen sind ein Hinweis darauf, dass die ökonomischen Kennzahlen durch verschiedene interne und externe Einflüsse mitbestimmt werden. Unternehmen, die ökonomische Effekte systematisch durch das Controlling erfassen möchten, wird empfohlen, Prozesse, Arbeitsschritte etc. möglichst kleinteilig auf der detailliertesten Ebene von Arbeitseinheiten zu dokumentieren, um potentiell beeinflussbare Output-Daten identifizieren zu können (Pomorin et al. 2011, S 195).

5.2.3 SWiNG – Stressmanagement, Wirkung und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung

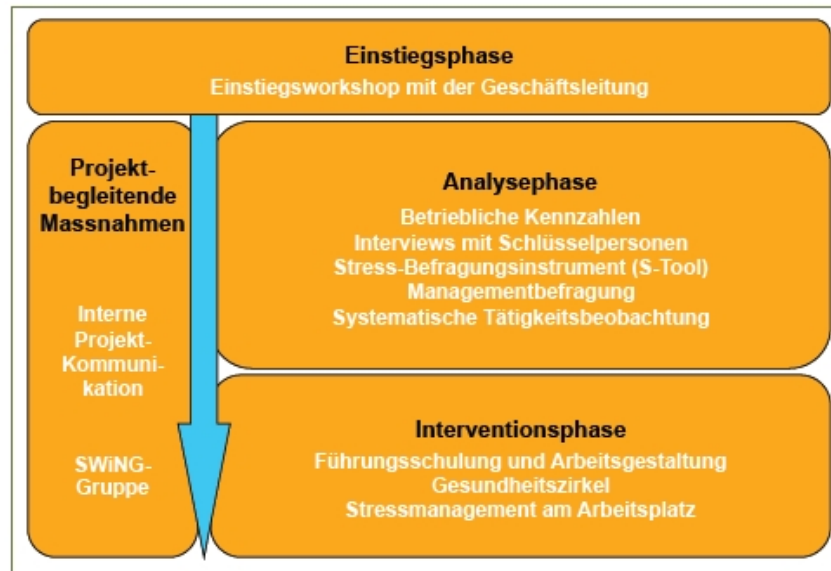
Ausgangssituation: Ein gemeinsames Projekt von Gesundheitsförderung Schweiz und dem Schweizerischen Versicherungsverband im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich dem Thema Stress und Burn-out als große Herausforderung der heutigen Arbeitswelt stellen. Die acht Pilotunternehmen des SWiNG-Projekts, ABB Turbo Systems AG, ABB Schweiz AG (Zentrale Funktion), Alstom Field Service Centre Schweiz, Alstom Rotorenfabrik, Kantonale Verwaltung Thurgau, Klinik Barmelweid, Hôpital Riviera und Nestlé Suisse S.A., haben sich trotz Finanzkrise zum Projekt bekannt und an der Umsetzung der Maßnahmen festgehalten.

Ziele und Ablauf des Projekts: Ziel war die Entwicklung einer praxistauglichen Vorgehensweise bei Stresspräventionsmaßnahmen in der Schweiz. Die Maßnahmen sollten nach Best Practice umgesetzt und die Umsetzung wissenschaftlich evaluiert werden. Neben der Wirksamkeitsevaluation sollte auch der ökonomische Nutzen untersucht werden (Jenny et al. 2011).

Nach der Einstiegsphase mit der Geschäftsführung wurde eine umfassende Betriebsanalyse durchgeführt, als deren zentralen Bestandteil das sog. S-Tool (www.s-tool.ch), ein computergestütztes Befragungsinstrument, eingesetzt wurde. In der Interventionsphase wurden Stressmanagement-Kurse, Führungsschulungen, Gesundheitszirkel resp. adaptierte Varianten (Teamreflexionen, Workshops, Arbeitsgruppen) angeboten und umgesetzt. Als begleitende Maßnahme wurde die SWiNG-Gruppe zur Unterstützung der betriebsinternen Projektleitung und zur Mitgestaltung der Projektkommunikation angeboten (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Projektarchitektur zur Umsetzung von SWiNG in den Betrieben (Grafik GFCH/SVV)



Quelle und Darstellung: Jenny et al. (2011)

Die zwei Hauptindikatoren sind das Ressourcen-Belastungs-Verhältnis und das Impact-Assessment. Dem Ressourcen-Belastungs-Verhältnis liegen folgende vier Faktoren zugrunde:

- » Arbeitsressourcen: unterstützendes Vorgesetztenverhalten, interaktionale Fairness, soziale Unterstützung Vorgesetzte, Wertschätzung Vorgesetzte, soziale Unterstützung Kollegen, Wertschätzung Kollegen, Ganzheitlichkeit, Handlungsspielraum;
- » Arbeitsbelastungen: Unterbrechungen, Zeitdruck, Unsicherheit, Überforderung;
- » positive Gesundheit: Arbeitszufriedenheit, Unternehmensbindung, Enthusiasmus;
- » negative Gesundheit: Schlafprobleme, Erschöpfung, psychosomatische Beschwerden

„Das Impact-Assessment wurde von der Evaluation als Maß für die Gesamtwirkung von SWiNG eingesetzt. Denn es interessiert nicht nur, ob die Leute *teilgenommen* [Hervorhebung v. Verf.] haben, sondern ob die Leute in den Betrieben von der gesamten SWiNG-Dynamik *erreicht* [Hervorhebung v. Verf.] wurden“ (Jenny et al. 2011). Die Skala „Impact-Assessment“ besteht „aus zwei allgemeinen und drei konkreten Fragen zum Erreichungsgrad der unmittelbaren Ziele des SWiNG-Projekts“. Hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise zur Bildung dieser Hauptindikatoren sowie zur Weiterverrechnung zu einem Index wird auf Jenny et al. (2011) verwiesen.

Im Projekt SWiNG wurden des Weiteren folgende Kennzahlen erfasst:

- » Anzahl der Absenz-Tage im letzten Halbjahr (im Rahmen der Mitarbeiterbefragung)
- » Arbeitsleistung am Arbeitsplatz, bezogen auf die letzten 28 Tage (4 Wochen) an denen gearbeitet wurde (im Rahmen der Mitarbeiterbefragung)
- » Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund von Arbeits- und Freizeitunfällen im letzten halben Jahr (im Rahmen der Mitarbeiterbefragung)

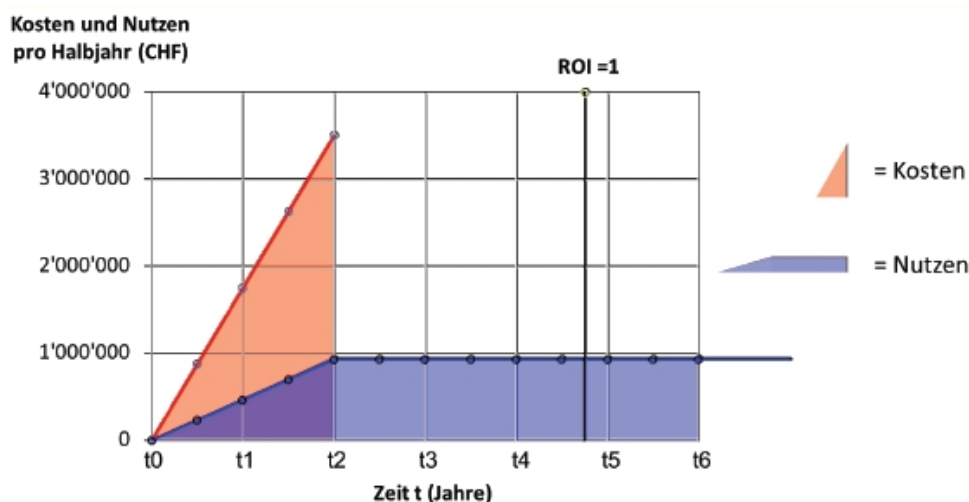
- » Fluktuationsrate: Anzahl der Austritte (ausgenommen reguläre Pensionierungen und Schwangerschaften bzw. Geburt) bezogen auf den durchschnittlichen Personalbestand

Ergebnisse der ökonomischen Evaluation: Nach Jenny et al. (2011) konnten die Kosten von SWiNG vollständig erfasst, aber nur ein Teil des möglichen Nutzens gemessen werden. Die Kosten bestehen je zur Hälfte aus den direkten Programmkosten und den Produktivitätsverlusten infolge des Zeitaufwands der Mitarbeitenden für die Teilnahme an den Kursen, Schulungen und Rückmeldungen und betrugen insgesamt 3,6 Mio. Franken.

„Auf der Nutzenseite konnten allein die geringeren krankheitsbedingten Absenzen und die höhere Arbeitsleistung am Arbeitsplatz in Folge von SWiNG in Franken bewertet werden. Diese Nutzen-gewinne für die Unternehmen betragen im letzten Halbjahr knapp eine halbe Mio. Franken. Weitere mögliche Nutzengewinne, wie eine geringere Fluktuationsrate, geringere Gesundheitskosten und eine höhere Lebensqualität für die Mitarbeitenden, können aufgrund ungenügender Datenqualität oder einer zu geringen Zahl von Antworten auf einzelne Fragen nicht berechnet werden. Die Berechnung des ROI („Return on Investment“) kann also nur mit einer partiellen Gewichtung des Nutzens von SWiNG durchgeführt werden, was bei der Interpretation dieses ROI berücksichtigt werden muss.“ (Jenny et al. 2011, S 16)

Im Projekt wurde die Annahme einer linearen Zunahme des Nutzens von SWiNG über den Projektzeitraum getroffen. Unter der Annahme einer nachhaltigen Wirkung von SWiNG nach Projektabschluss dauert es knapp drei Jahre, um einen ROI von 1 zu erreichen, bei dem die Gesamtkosten gleich dem Gesamtnutzen sind (vgl. Abbildung 5.4).

Abbildung 5.4:
Entwicklung von Kosten und Nutzen und ROI im Projekt SWiNG



Quelle und Darstellung: Jenny et al. (2011)

Tabelle 5.3 zeigt die Entwicklung des Return on Investments (ROI). Eine Reihe von Argumenten spricht aber dafür, dass der Nutzen von SWiNG so eher unterschätzt wird.

Tabelle 5.3:
Entwicklung des ROI – Projekt SWiNG

ROI nach Wirkungsdauer	t ₁	t ₂	t ₃	t ₄	t ₅	t ₆
Wirkungsdauer nach Projektabschluss			+1	+2	+3	+4
Gesamtnutzen (in Mio. CHF)	0,47	0,93	1,9	2,8	3,7	4,7
Gesamtkosten (in Mio. CHF)	1,8	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
ROI (Nutzen/Kosten)	0,26	0,26	0,53	0,78	1,02	1,31

Quelle und Darstellung: Jenny et al. (2011)

Diskussion: Der Rücklauf der Fragebögen bei der Nachbefragung zu den Gesundheitskosten war leider gering (49 % bis 52 %). Der Geldwert dieser immateriellen Verbesserung wurde mit dem Ansatz der kontingenten Bewertung ermittelt, d. h. anhand der maximalen Zahlungsbereitschaft für diese Größen. Die Personalfuktuation im Studienzeitraum ist auch stark von der gesamtwirtschaftlichen Rezession infolge der Finanzkrise geprägt. Die Aussagekraft in Bezug auf Wirkung der BGF-Maßnahmen ist daher erschwert. Insgesamt ist es schwieriger die Nutzenarten zu messen. Noch schwieriger ist der Nachweis zu erbringen, dass eine Verbesserung bei den Nutzenarten tatsächlich auf die BGF-Maßnahmen zurückzuführen ist, da diese auch durch verschiedene andere Ereignisse hervorgerufen werden können. Schließlich haben Maßnahmen, die auf freiwilliger Teilnahme basieren – was lt. Autoren/Autorinnen bei Swing nicht immer gegeben war – meist größere Effekte.

5.2.4 Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement – Medizinprodukte-Hersteller

Ausgangssituation. Das Fallstudien-Unternehmen ist innerhalb einer Unternehmensgruppe, die auf dem Gebiet Medizinprodukte in Deutschland tätig ist, ein Produktionsbetrieb mit ca. 320 Beschäftigten. Im Jahr 1996 wurde Gruppenarbeit und im Jahr 1999 ein umfassendes und ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement eingeführt. Das Motiv dafür war – wie in vielen anderen Unternehmen auch (Baumanns 2009, S. 140) – eine Verringerung der Krankenstände. Dem Fallstudien-Unternehmen wurde für das BGM 2002 ein Best-Practice-Award verliehen.

Ziele und Ablauf des Projekts: Da das Fallstudien-Unternehmen sowohl hinsichtlich Gesundheitsniveau (signifikant besser im Vergleich zu Branchenschnitt und Kontrollgruppen-Unternehmen) als auch bzgl. Arbeitsschutz (besseres Ergebnis als bei vergleichbaren Unternehmen der Branche, bezogen auf Kosten-Arbeitsunfall-Index) über gute Ausgangswerte verfügt, stellte sich die Frage, ob durch zusätzliche Interventionen eine weitere Verbesserung des Gesundheitsniveaus und der Qualität des Arbeitsschutzes und damit des Unternehmenserfolgs erreichbar wäre.

Für die Studie konnte neben dem Fallstudien-Unternehmen ein Kontrollgruppen-Unternehmen aus der gleichen Unternehmensgruppe gewonnen werden. Das Kontrollgruppen-Unternehmen ist ein Produktionsbetrieb mit ca. 80 Beschäftigten, dessen zentrale Aufgaben von der Unternehmenszentrale aus gesteuert werden. Der administrative Bereich besteht daher nur aus direkten Leitungsfunktionen. Auch ein Pre-Test-Unternehmen (Service für Medizinprodukte) der gleichen Unternehmensgruppe mit 13 Beschäftigten konnte in die Studie mit einbezogen werden.

Tabelle 5.4:

Mitarbeiterbefragung – Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement

Befragung 2006 MitarbeiterInnen: n = 326 Teilnehmer/innen: n = 258 Rücklaufquote: 79,9 %		Befragung 2008 MitarbeiterInnen: n = 303 Teilnehmer/innen: n = 262 Rücklaufquote: 86,5 %
Längsschnitt: n = 121 = 49,9 % der Erstbefragten		

Quelle: Baumanns 2009

Dem Fragebogen im Projekt „Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement“ liegen Faktoren mit mehreren Indikatoren zugrunde. Darüber hinaus wurden mehrere Kennzahlen (wo möglich) erfasst (vgl. Baumanns (2009).

Dem Fragebogen liegen Faktoren mit folgenden Indikatoren zugrunde:

- » tätigkeitsbezogene Aspekte: Partizipationsmöglichkeiten, fachliche Überforderung, zeitliche Überforderung, Klarheit der Aufgabe, Handlungsspielraum, Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Zufriedenheit mit organisationalen Rahmenbedingungen, Ausmaß Work-Life-Balance;
- » Netzwerkkapital: Ausmaß des Zusammengehörigkeitsgefühls, Güte der Kommunikation im Team, sozialer „Fit“ der Gruppenmitglieder, soziale Unterstützung im eigenen Team, gegenseitiges Vertrauen im eigenen Team;
- » Führungskapital: Ausmaß der Mitarbeiterorientierung, Ausmaß der sozialen Kontrolle, Güte der Kommunikation, Akzeptanz des Vorgesetzten, Vertrauen in den Vorgesetzten, Fairness und Gerechtigkeit, Ausmaß der Machtorientierung;
- » Überzeugungs- und Wertekapital: gelebte Unternehmenskultur, gemeinsame Normen und Werte, Konfliktkultur im Unternehmen, Kohäsion im Unternehmen, Gerechtigkeit im Unternehmen, individuelle Wertschätzung, Vertrauen in Unternehmensleitung und Betriebsrat;
- » individuelle Frühindikatoren: Intensität psychosomatischer Krankheitsbeschwerden, Güte des körperlichen Gesundheitszustandes, Ausmaß von Depression, Ausmaß des Wohlbefindens, Ausmaß des Selbstwertgefühls, Gesundheitsverhalten, Commitment;
- » organisationale Frühindikatoren: Ausmaß Mobbing am Arbeitsplatz, Ausmaß innere Kündigung;
- » (wahrgenommene) Spätindikatoren: Qualität der Arbeitsleistungen, Ausmaß des Qualitätsbewusstseins im Team, Arbeitsfähigkeit, Ausmaß krankheitsbedingter Fehltag.

Im Projekt „Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement“ wurden weiters folgende Kennzahlen (wo möglich) erfasst (vgl. Baumanns (2009):

- » Gesundheitsstand: krankheitsbedingte Fehltage im Verhältnis zu Sollarbeitstagen (Jahr) als Differenz zu 100 (inkl. Langzeiterkrankungen außerhalb der Lohnfortzahlungen);
- » Unfallgeschehen: absolute Anzahl meldepflichtiger Arbeitsunfälle mit und ohne Wegeunfälle (abteilungsbezogen), Anzahl der Arbeitsunfälle bezogen auf 1.000 Mitarbeiter/innen, Anzahl der Arbeitsunfälle bezogen auf 1 Mio. Arbeitsstunden, Kosten-Arbeitsunfall-Index der Berufsgenossenschaft Metall Nord Süd in Deutschland;
- » Fluktuation: unternehmensinterne Fluktuation (Todesfälle, Ausscheiden von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in den Ruhestand, Altersteilzeit), unternehmensexterne Fluktuation (arbeitsgeberinitiierte Kündigung, Eigenkündigung des Mitarbeiters);
- » Produktivität: Verhältnis der produktiven Arbeitsplanzeiten zur Anwesenheitszeit;
- » Qualität: von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern verursachte Nacharbeit und Ausschuss (abteilungsbezogen);
- » Termintreue: Prozentsatz der Aufträge mit Liefertermin-Überschreitung, durchschnittliche Höhe der Liefertermin-Überschreitung;
- » Zielvereinbarungsgrad: Quotient der erreichten Werteinheiten zu den möglich erreichbaren Werteinheiten;
- » Vorschlagwesen: Anzahl der Verbesserungsvorschläge (abteilungsbezogen), erreichte Prämie bei Verbesserungsvorschlägen (abteilungsbezogen);
- » Kennzahlen aus dem sozialen Bereich: Anzahl der Mitarbeiter/innen einer Abteilung, bei freiwilligen Freizeitveranstaltungen der eigenen Abteilung, wie z. B. Kegeln, Grillen etc., pro Jahr; Anzahl der Mitarbeiter/innen bei BGM-Maßnahmen (abteilungsbezogen);
- » Unternehmenserfolg: Ist-Fertigungsstundensatz aus dem Betriebsabrechnungsbogen (BAB) absolut, Ist-Fertigungsstundensatz aus dem BAB in Veränderung zur Basis 2005.

Ergebnisse der ökonomischen Evaluation: Analog zu einer festgestellten Produktivitätsverbesserung konnte auch bei genauer Abgrenzung der Verbesserung auf den Untersuchungszeitraum eine Reduzierung des Fertigungskostensatzes um 7,1 Prozent verzeichnet werden. Diese Veränderungen sind bei der Kontrollgruppe nicht festzustellen. Da bei Baumanns (2009) keine Korrekturen vorgenommen wurden, um Einflüsse aus Kostensteigerungen wie Lohnerhöhungen oder Energiepreissteigerung zu eliminieren, ist der Gesamteffekt der jährlichen Verbesserung in allen Jahren noch höher zu bewerten. Da andere Einflüsse, die einen offensichtlichen Effekt ausgelöst haben könnten, nicht festzustellen sind, wird von Baumanns (2009) der Schluss gezogen, dass die Verbesserung zumindest zu einem großen Anteil durch die im Rahmen des BGM durchgeführten Maßnahmen verursacht wurde. In Relation zu den Aufwendungen für die Interventionen im Untersuchungszeitraum wird ein ROI von 1:10 bis 1:20 berichtet. „Dieser monetäre Effekt wurde ohne eine Verbesserung des Absentismus erreicht“ (Baumanns 2009, S. 201).

Diskussion: Es handelt sich um die erste Längsschnittstudie, die die Wirkungen von Interventionen bei sozialkapitalbezogenen Treibern auf Früh- und Spätindikatoren und schließlich den Unternehmenserfolg untersucht. Die Studie wurde jedoch nur in einem einzigen Unternehmen bei relativ kleiner Stichprobe durchgeführt, das Kontrollgruppen-Unternehmen wurde mit Ende 2007 geschlossen. Die Durchführung weiterer Studien wird empfohlen, einerseits zur Bestätigung der Er-

gebnisse, andererseits damit festgestellt werden kann, ob und wie die ermittelten Wirkzusammenhänge durch Unternehmensgröße, Branche oder andere unternehmensspezifische Faktoren beeinflusst werden.

5.2.5 BiG – Benchmarking im Gesundheitsnetzwerk

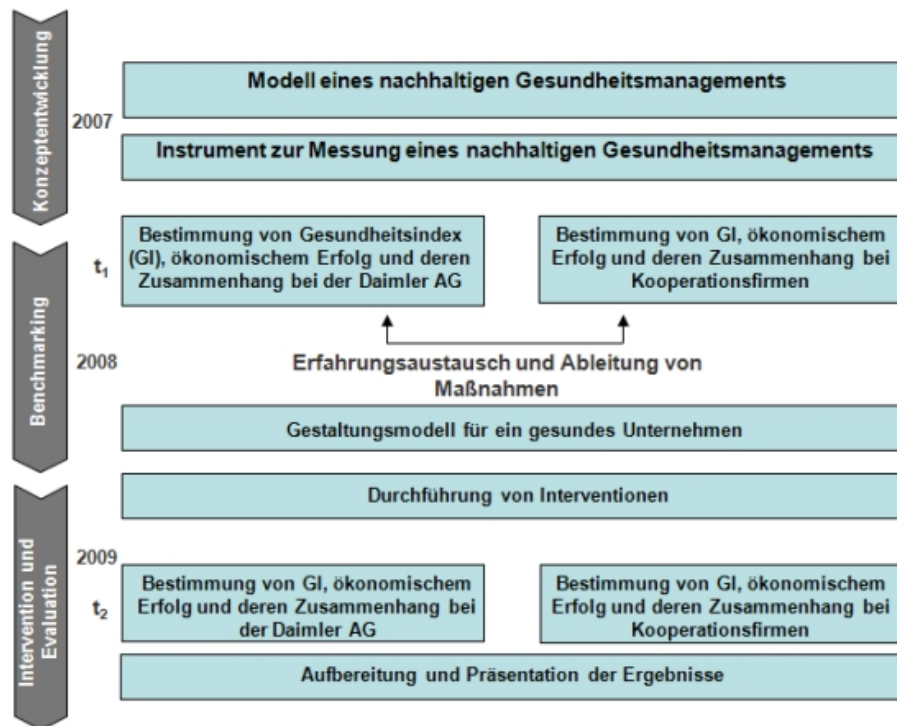
Ausgangssituation: Immer öfter benötigen Entscheidungsträger/innen sowie Verantwortliche für das Gesundheits- und HR-Management Nachweise über den Nutzen und die Wirtschaftlichkeit des in ihren Unternehmen organisierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Entwicklung und Überprüfung dafür benötigter Indikatoren bzw. Kriterien und Instrumente erfolgte in Kooperation mit dem Bereich Health & Safety der Daimler AG und der Abteilung für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Heidelberg. Als Partner-Unternehmen standen die Deutsche Bahn AG, die Fraport AG, die REWE Group und die Neff GmbH zur Verfügung.

Stichprobe: Von den 2.814 befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben 1.706 geantwortet, was einer Rücklaufquote von 61 Prozent entspricht. Die Beschäftigten entstammen vier verschiedenen Unternehmen der Bereiche Produktion, Logistik und Dienstleistung. Je zwei Unternehmen waren Großunternehmen bzw. kleine mittelständische Unternehmen (KMU). Von den Befragten waren 80,3 Prozent Männer; 21,8 Prozent waren zwischen 16 und 30 Jahre, 58,3 Prozent zwischen 31 und 50, 17,6 Prozent waren über 50 Jahre alt, 2,3 Prozent machten keine Angabe.

Ziele und Ablauf des Projekts: Ziel des Vorhabens ist es aufzuzeigen, wie ein gesundes Unternehmen abgebildet und gestaltet werden kann und wie sich die Dimensionen eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements auf die Leistungsfähigkeit und –bereitschaft der Beschäftigten und die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit von Unternehmen auswirkt. Mit dem Projekt sollten folgende Teilziele erreicht werden: Entwicklung eines Modells eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements, eines Instruments zur Messung eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements und eines alters- und geschlechtsdifferenzierten Gestaltungsmodells für gesunde Unternehmen, weiters das Benchmarking in einem Gesundheitsnetzwerk sowie die Bestimmung des ökonomischen und mitarbeiterbezogenen Nutzens eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements.

Von besonderem Interesse war die Fragestellung, „inwieweit sich Beziehungen zwischen der Qualität eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements und der Gesundheit und Leistung von Mitarbeitern bzw. dem ökonomischen Erfolg von Organisationen nachweisen lassen“ (Sonntag et al. 2010, S 10). Nach Michaelis et al. (2010) stehen dafür verschiedene Formen von ökonomischen Kennzahlen zur Verfügung. Neben der Möglichkeit, Kosteneinsparungen oder Umsatzsteigerungen in Abhängigkeit bestimmter Veränderungen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsmanagement zu betrachten, kann eine finanzielle Gewinn- oder Verlustermittlung auch unter Verwendung „harter“ gesundheitsbezogener Größen wie etwa Krankenstand, Fluktuation oder Unfallquote erfolgen.

Abbildung 5.5:
Vorgehensweise BiG-Projekt



Quelle und Darstellung: <http://big.uni-hd.de/vorgehensweise.html>

Dem Instrument zur Messung eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements liegen mehrere Dimensionen zugrunde. Der Gesundheitsindex (GI) setzt sich zusammen aus den sieben Dimensionen Arbeitscharakteristika, physische Belastung, Unternehmensklima, Führung, Angebote des Gesundheitsmanagements, Unterstützung durch Kollegen, Sicherheitsklima. Er basiert auf dem Vorgehen einer gewichteten Indexbildung und wurde auf einen Wertebereich von 20 bis 100 normiert (Schraub et al. 2010).

Dem Instrument zur Messung eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements liegen folgende Dimensionen (Variablen) zugrunde:

- » Angebote des Gesundheitsmanagements
- » Arbeitscharakteristika: Rollenklarheit, Feedback durch die Tätigkeit, Bedeutsamkeit, Kooperationserfordernis
- » Unternehmensklima: Klima für Initiative, Unterstützung durch das Unternehmen;
- » physische Belastung
- » Führung: individuelle Unterstützung, gesundheitsbezogene Führung, Vertrauen in die Führung
- » Sicherheitsklima
- » Unterstützung durch Kollegen
- » Leistungsfähigkeit: Wohlbefinden, körperliche Beschwerden
- » Leistungsbereitschaft: Arbeitszufriedenheit, Commitment, Motivation

Im Projekt BiG wurden folgende ökonomischen Kennzahlen (vgl. Michaelis et al. (2010) erfasst:

- » Zahl der Arbeitsunfälle: Anzahl der meldepflichtigen BG-Unfälle pro Monat (BG = Berufsgenossenschaft);
- » Krankenstand: Der Krankenstand beschreibt den Anteil an Ausfalltagen (bzw. -stunden) einer Mitarbeiterin / eines Mitarbeiters im Verhältnis zu den Tagen, an denen sie/er anwesend sein sollte;
- » Personalproduktivität (P-Zahl): Die P-Zahl beschreibt das Verhältnis der Ausbringung zur eingesetzten Mitarbeiterkapazität (Personalproduktivität).

Für die Analyse der Auswirkung des GI auf den ökonomischen Erfolg der am Projekt teilnehmenden Benchmarkingpartner wurde der GI in aggregierter Form auf Teamebene betrachtet, d. h. die Einschätzungen der zu einem Team gehörenden Personen wurden gemittelt. Dabei wurde unterschieden zwischen Teams, die einen hohen (> 85), einen mittleren (70–85) oder einen niedrigen GI (< 70) aufweisen.

Zusammenhänge zwischen Gesundheitsindex und ökonomischem Unternehmenserfolg: Gesundheitsindex und Arbeitsunfälle. Teams mit einem niedrigen GI (< 70) hatten im Durchschnitt mehr Arbeitsunfälle im Team pro Monat als Teams mit einem mittleren (70–85) oder hohen GI (> 85) (GI niedrig: 1,39; GI mittel: 0,06; GI hoch: 0,00). Die Analyse beruht auf den Daten von 14 Teams.

Gesundheitsindex und Krankenstand: Teams, für die ein niedriger GI (< 70) ermittelt wurde, zeigten im Mittel einen höheren Krankenstand im Team pro Monat als Teams mit einem mittlerem (70–85) oder hohen GI (> 85) (GI niedrig: 6,86 %; GI mittel: 6,06 %; GI hoch: 5,85 %). Die Analyse beruht auf den Daten von 15 Teams.

Gesundheitsindex und Produktivität: Teams, für die ein hoher GI (> 85) ermittelt wurde, erzielten im Mittel eine höhere Personalproduktivität in Prozent im Team pro Monat als Teams mit einem mittleren (70–85) oder niedrigen GI (< 75) (GI hoch: 84,08 %; GI mittel: 81,49 %; GI niedrig: 64,63 %). Die Analyse beruht auf den Daten von zehn Teams.

Diskussion: In der Publikation zum Projekt (Sonntag et al. 2010) sind keine weiteren Informationen zum Zusammenhang von Gesundheitsindex und ökonomischem Unternehmenserfolg verfügbar. Bedauerlicherweise fehlen etwa Angaben, aus welchen Branchen bzw. Unternehmen die Teams stammen bzw. wieviele Personen sich in Summe hinter den angeführten 10, 14 bzw. 15 Teams verbergen. Die Kennzahlen Zahl der Arbeitsunfälle, Krankenstand und Personalproduktivität beziehen sich auf den Zeitraum von Jänner bis Dezember 2008. Und selbst die Autoren Michaelis et al. (2010) weisen darauf hin, dass es sich bei den Ergebnissen um deskriptive Daten handelt. Aussagen über statistisch signifikante Unterschiede können nicht gemacht werden. „Die betrachteten Ergebnisse können lediglich als Tendenzen angesehen werden, die mit interferenzstatistischen Auswertungen untermauert werden müssen“ (Michaelis et al. 2010, S 121).

5.3 Diskussion und Beantwortung der Fragestellungen

Für das vorliegende Projekt wurde BGF im Sinne einer komplexen Intervention verstanden. Es wurden fünf Längsschnittstudien zur ökonomischen Evaluation betrachtet, wobei jedes der Projekte methodische Schwächen aufweist, die sich aufgrund der Komplexität der Intervention ergeben. Aufgrund der vorliegenden Informationen können drei der fünf Studien (Projekt Sappi, Projekt SWING und Projekt Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement) vom Ergebnis her eher positiv bewertet werden, und bei zwei Studien (Projekt BIG und PräKoNet) kann keine eindeutige Aussage getroffen werden.

Für Österreich wurde keine publizierte Studie gefunden, die sich mit der ökonomischen Evaluation eines ganzheitlichen BGF-Projekts beschäftigt.

Hinsichtlich der Empfehlungen passender Kennzahlen und Indikatoren für Österreich wird auf ein österreichisches Projekt verwiesen, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragt wurde. In Kooperation mehrerer Sozialversicherungsträger und unter Einbindung der Sozialpartner sowie dem Österreichischen Netzwerk für BGF wurden für BGF und betriebliche Gesundheitsberichterstattung Kennzahlen für Betriebe definiert. Nutzer/innen der Projektstudie sind in erster Linie die Sozialversicherungsträger.

Für den Zielbereich Arbeit werden dabei von den Autoren/Autorinnen folgende Kennzahlen empfohlen:

- » BGF-Maßnahmen
- » Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen
- » Fluktuationsquote (Einsatz ergänzend wünschenswert)
- » Qualifizierungstage
- » Arbeitszufriedenheit
- » Zufriedenheit mit Führungsstil
- » Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n
- » Soziale Unterstützung durch Kollegen/Kolleginnen
- » Qualität der Arbeit
- » Quantitative Überforderung
- » Arbeitsfähigkeit
- » Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Für den Zielbereich Gesundheit werden folgende Kennzahlen empfohlen:

- » Gesundheitsquote
- » AU-Tage
- » AU-Fälle
- » AU-Tage je AU-Fall
- » AU-Quote
- » Langzeitkrankenstände
- » Kurzzeitkrankenstände (ergänzender Einsatz wünschenswert)
- » [Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen

- » Subjektiver Gesundheitszustand
- » Körperliche Aktivität
- » Ernährung

Diese Empfehlungen sollen das Format Betrieblicher Gesundheitsberichte sowohl bei der Strukturierung, der Darstellung gesundheitsbezogener Kennzahlen sowie bei Gewährleistung von Vergleichbarkeit unterstützen. Betriebliche Gesundheitsberichte sollten dabei keine spezielle Variante wissenschaftlicher Publikation darstellen, sondern dem gemeinsamen Ziel verpflichtet sein, verständliche und handlungsorientierte Darstellung von Gesundheitsinformationen zu liefern. (Langmann/Kvas 2014)

Passende Kennzahlen für die ökonomische Bewertung von BGF zu nennen ist eine besondere Herausforderung. In Forschungsarbeiten zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird mit Hilfe von Kosten-Nutzen-Analysen versucht, die Effizienz von präventiven Gesundheitsprogrammen nachzuweisen. Im Rahmen des BMBF-Forschungsprojektes ReSuM (Stress- und Ressourcenmanagement für un- und angelernte Beschäftigte) wurden die verwendeten Bewertungsverfahren einer Methoden-Evaluation unterzogen. Es konnte gezeigt werden, dass die in bisherigen Studien durchgeführten Effizienzanalysen allgemein akzeptierte Zuverlässigkeits- und Gültigkeitskriterien des betrieblichen Rechnungswesens nicht erfüllen. Da eine hinreichend zuverlässige monetäre Bewertung von trainingsbedingten Verhaltensänderungen der betroffenen Beschäftigten nur unvollständig und nur mit hohem Aufwand möglich ist, muss davon ausgegangen werden, dass im Regelfall keine eindeutigen Aussagen über die Effizienz oder die Ineffizienz betrieblicher Gesundheitsprogramme getroffen werden können. Dazu bedarf es einer weiteren vertieften Auseinandersetzung mit diesem Thema, die im Rahmen dieser Studie nicht erfüllt werden kann.

Abschließend kann festgehalten werden, dass die in den Projektbeispielen identifizierten Kennzahlen und Indikatoren für einen Einsatz in österreichischen Projekten teilweise empfohlen werden können. Da viele davon aber branchenspezifisch sind, ist eine Übernahme der Indikatoren auf Basis der jeweiligen Fragestellung zu überlegen.

6 Europäischer Kontext – Daten und Strategien

Im vorliegenden Kapitel wird die Situation der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Primärprävention (BGF/PP) in Österreich in einen internationalen Kontext gesetzt. Zunächst werden ausgewählte Parameter, die für BGF/PP relevant erscheinen, im Vergleich mit den Daten ausgewählter europäischer Länder dargestellt. Anschließend werden Organisation, Finanzierung und Umsetzung von BGF/PP auf nationaler Ebene einiger europäischer Länder, deren wirtschaftliche Situation mit Österreich vergleichbar ist, anhand folgender Forschungsfragen näher beleuchtet:

- » Wer sind die Akteure auf nationaler Ebene? Wie ist BGF/PP rechtlich verankert? Welche Maßnahmen werden auf nationaler Ebene getroffen bzw. welche Strategien verfolgt?
- » Wie werden die Maßnahmen finanziert (öffentlich, privat, durch Selbstbehalte)? Wie hoch sind öffentliche BGF/PP Ausgaben? Gibt es finanzielle Anreizsysteme dafür?
- » Welche Erfolgsfaktoren bzw. Hindernisse für die Umsetzung konnten identifiziert werden?

Die Erkenntnisse aus der Datenanalyse und den Länderbeispielen werden als wichtige Grundlage für Empfehlungen zur Weiterentwicklung des österreichischen BGF/PP-Systems herangezogen (Modul 3 – Perspektiven für Österreich).

6.1 Datenanalyse – Österreich im internationalen Vergleich

Methodik

In einem ersten Schritt wurden mögliche Einflussfaktoren auf und Indikatoren für Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz in Form einer deskriptiven Datenanalyse einzelner europäischer Länder untersucht und mit Österreich verglichen. Die Detailergebnisse finden sich im Anhang 14.7.

Eine der größten Schwierigkeiten bei der Auswertung und Beschreibung von Daten unterschiedlicher Länder liegt in der mangelnden Vergleichbarkeit von nationalen Routinedaten. Daher wird ausschließlich auf internationale Datenbanken zurückgegriffen, die einheitliche Kriterien zur Erfassung und Definition für jedes Land vorgeben. Soweit wie möglich werden Datenbanken herangezogen, die Primärdaten zur Verfügung stellen, mit denen eigene Auswertungen durchgeführt werden können.

Hauptquellen sind daher die Datenbanken des Statistischen Amtes der Europäischen Union (Eurostat), vor allem das Heidi Data Tool (European Community Health Indicators) und die Datenbank des fünften European Working Condition Surveys (EWCS) der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen (Eurofound). Die Daten des EWCS basieren auf repräsentativen Stichproben der Erwerbstätigen in europäischen Ländern und werden im Zuge von persönlichen Befragungen erhoben. Die erhobenen Indikatoren spiegeln die Antworten der befragten Erwerbstätigen und somit deren subjektive Ansicht zu den einzelnen Fragen wider (s. Tabelle 6.1).

Tabelle 6.1:
Indikatoren für die Datenanalyse

Indikator	Quelle
Beschäftigungsquoten der Bevölkerung von 55 bis 64 Jahren	Eurostat
Gründe für die Beendigung der Erwerbstätigkeit	Eurobarometer-Umfrage
Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren	Eurostat, Heidi Data Tool
Gesunde Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren	Eurostat, Heidi Data Tool
Arbeitszufriedenheit	Eurofound
Subjektives Wohlbefinden	Eurofound
Arbeitszeit (mehr als 40 Stunden pro Woche)	Eurofound
Arbeiten mit hohem Arbeitstempo	Eurofound
Arbeiten unter Termindruck	Eurofound
Fehltage	Eurofound
Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheit)	Eurofound
Beeinflussung der Gesundheit durch die Arbeit	Eurofound

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Ergebnisse der Datenanalyse

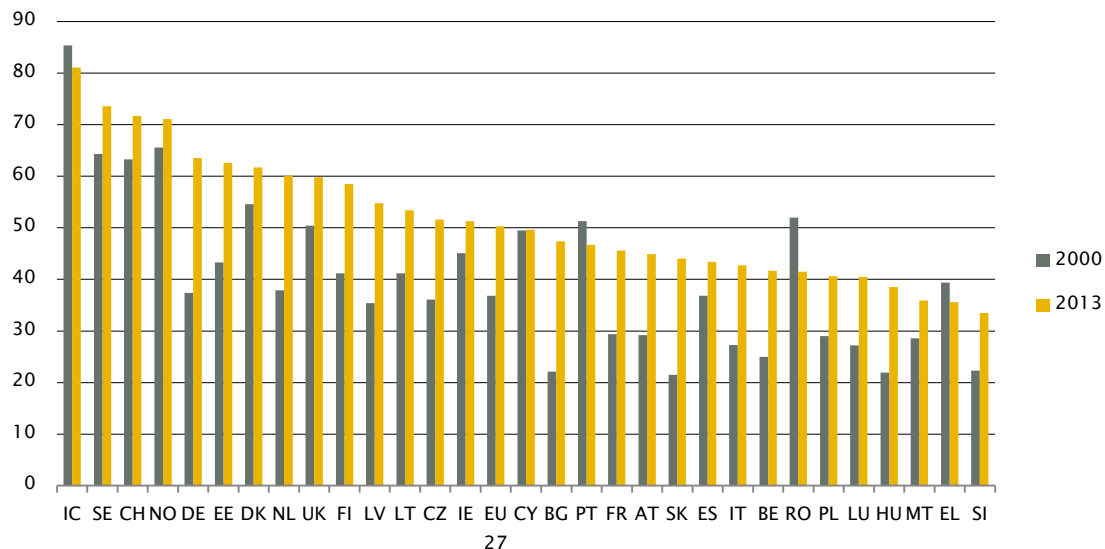
Beschäftigungsquoten

Ausgangspunkt der Datenanalyse sind die **Beschäftigungsquoten** älterer Arbeitnehmer/innen in den EU-Mitgliedstaaten und der Schweiz. Die Unterschiede geben einen ersten Hinweis darauf, in welchen Ländern die Menschen erst relativ spät aus dem Erwerbsleben ausscheiden.

Island, Schweden, die Schweiz und Norwegen gehören zu den Ländern mit den höchsten Beschäftigungsquoten von Menschen im Alter von 55 bis 64 Jahren im Jahr 2013. In allen drei Ländern arbeiten mehr als 70 Prozent der Menschen dieser Altersgruppe. Österreich liegt mit 45 Prozent unter dem EU-Durchschnitt von 50,3 Prozent.

Abbildung 6.1:

Beschäftigungsquoten älterer Arbeitnehmer/innen (55–64 Jahre)
in europäischen Ländern in den Jahren 2000 und 2013



IC = Island, SE = Schweden, CH = Schweiz, NO = Norwegen, D = Deutschland, EE = Estland, DK = Dänemark, NL = Niederlande, UK = Großbritannien, FI = Finnland, LV = Lettland, LT = Litauen, CZ = Tschechien, IE = Irland, CY = Zypern, BG = Bulgarien, PT = Portugal, FR = Frankreich, AT = Österreich, SK = Slowakei, ES = Spanien, IT = Italien, BE = Belgien, RO = Rumänien, PL = Polen, LU = Luxemburg, HU = Ungarn, MT = Malta, EL = Griechenland, SI = Slowakei

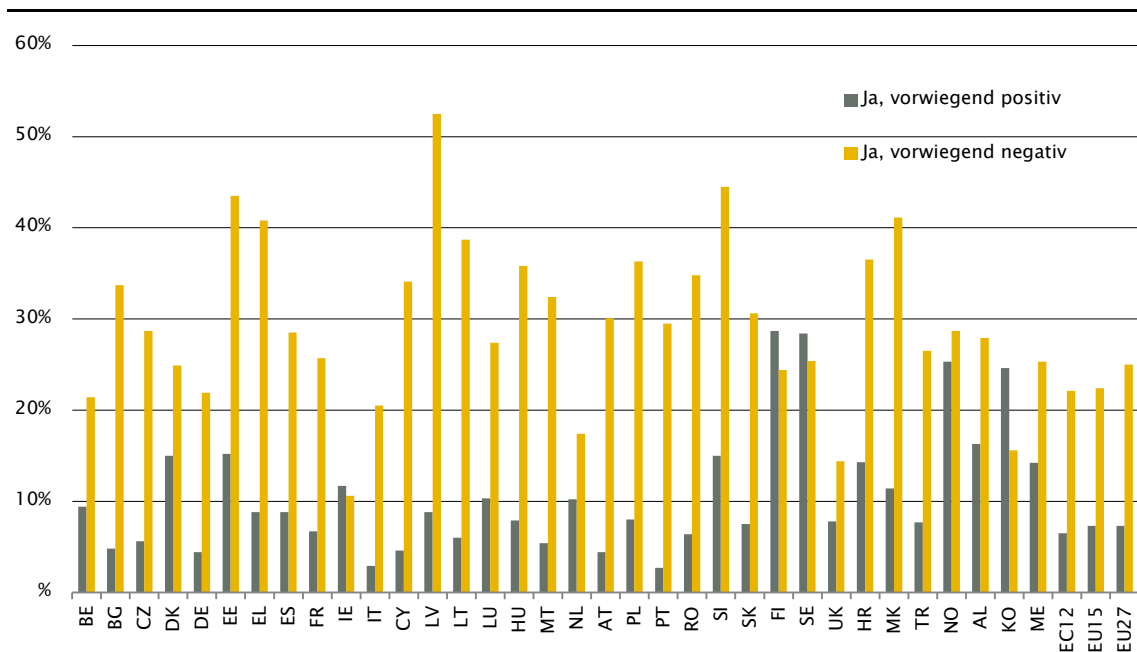
Quelle: Eurostat (2014b); Darstellung: GÖ FP

Arbeit und Gesundheit

Im European Working Condition Survey 2010 (EWCS 2010) wurde erstmals gefragt, inwieweit nach Einschätzung der Erwerbstätigen selbst die Arbeit die Gesundheit der Erwerbstätigen beeinflusst. Es zeigen sich hier erstaunliche Ergebnisse (s. Abbildung 6.2).

Abbildung 6.2:

Antworten auf die Frage: Beeinflusst die Arbeit Ihre Gesundheit? Wie? (Angaben in Prozent, 2010)



BE = Belgien, BG = Bulgarien, CZ = Tschechien, DK = Dänemark, DE = Deutschland, EE = Estland, EL = Griechenland, ES = Spanien, FR = Frankreich, IE = Irland, IT = Italien, CY = Zypern, LV = Lettland, LT = Litauen, LU = Luxemburg, HU = Ungarn, MT = Malta, NL = Niederlande, AT = Österreich, PL = Polen, PT = Portugal, RO = Rumänien, SI = Slowenien, SK = Slowakei, FI = Finnland, SE = Schweden, UK = Großbritannien, HR = Kroatien, MK = Mazedonien, TR = Türkei, NO = Norwegen, AL = Albanien, KO = Kosovo, ME = Montenegro

Quelle: Eurofound (2010); Darstellung GÖ FP

Finnland und Schweden sind die einzigen der befragten Länder, in denen der Anteil jener Arbeitnehmer/innen, die angeben, dass ihre Gesundheit durch die Arbeit vorwiegend positiv beeinflusst wird, mit knapp 30 Prozent höher ist als jener Anteil, der eine negative Beeinflussung beschreibt. In Österreich hingegen ist der Anteil jener Personen, die angeben, dass die Arbeit ihre Gesundheit negativ beeinflusst, mit 30 Prozent höher als im EU-Durchschnitt. Nur 4 Prozent aller befragten Erwerbstätigen in Österreich geben an, dass die Arbeit ihre Gesundheit positiv beeinflusse.

Im European Working Condition Survey werden einzelne Arbeitsbedingungen näher untersucht, die Detailergebnisse dazu finden sich im Anhang. Aus den vorliegenden Daten lässt sich allerdings kein Rückschluss auf gesicherte Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit bzw. Verbleib im Erwerbsleben ableiten.

Gründe für den Austritt älterer Arbeitnehmer/innen aus der Erwerbstätigkeit

Im Jahr 2011 wurde eine europaweite Umfrage in den 27 EU-Mitgliedstaaten und fünf weiteren Ländern (Kroatien, Island, Mazedonien, Norwegen und Türkei) zum Thema „Aktives Altern“ durchgeführt, wobei einer von fünf Schwerpunkten auf dem Thema Beschäftigung lag (TNS Opinion &

Social 2012). In diesem Zusammenhang wurden auch die Gründe erhoben, aus denen sich Menschen im Alter von 55 Jahren und älter entschließen, aus dem Erwerbsleben auszusteigen (s. Tabelle 6.2). Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse der Befragung für jene Länder, welche im Jahr 2012 eine hohe Beschäftigungsquote aufweisen, im Vergleich mit Österreich und den Ergebnissen im EU-Durchschnitt.

Tabelle 6.2:

Gründe, aus denen Menschen ab 55 ihre Erwerbstätigkeit beenden (Zustimmung in Prozent)

Gründe	AT	EU 27	DK	DE	NL	FI	SE	UK	NO
Es gibt nicht genügend Möglichkeiten für eine schrittweise Verringerung der Arbeitszeit	73	72	78	69	66	71	66	73	52
Ältere Arbeitnehmer/innen werden von Arbeitgebern nicht positiv wahrgenommen	72	70	57	63	64	65	57	68	50
Die Arbeitsplätze sind nicht an die Bedürfnisse von Menschen im Alter von 55 Jahren und älter angepasst	70	57	59	64	44	63	39	51	63
Menschen im Alter von 55 Jahren und älter verfügen häufig nicht über die Fähigkeiten, die für moderne Arbeitsplätze verlangt werden	64	62	58	56	51	57	43	61	49
Je älter die Menschen werden, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie von Fortbildungen am Arbeitsplatz ausgeschlossen werden	69	71	65	63	53	66	53	72	54
Die Renten- und Steuersysteme führen dazu, dass es sich nicht lohnt, weiterhin zu arbeiten	68	59	49	45	54	44	34	63	48
Viele Menschen gehen vorzeitig in Rente, weil sie zur gleichen Zeit in Rente gehen wollen wie ihr Partner	56	51	69	44	57	60	65	66	48
Die Betreuungspflichten gegenüber Enkeln oder anderen Angehörigen hindern Menschen daran, weiterhin erwerbstätig zu sein	59	53	20	41	34	33	27	68	32

AT = Österreich, DK = Dänemark, DE = Deutschland, NL = Niederlande, FI = Finnland, SE = Schweden, UK = Großbritannien, NO = Norwegen

Quelle: TNS Opinion & Social (2012); Darstellung: GÖ FP

Der meistgenannte Faktor sowohl in Europa als auch in Österreich sind unzureichende Möglichkeiten für eine schrittweise Verringerung der Arbeitszeit. Als zweithäufigster Faktor wurde in Österreich die zu geringe Wertschätzung älterer Arbeitnehmer/innen durch die Arbeitgeber/innen genannt (ältere Arbeitnehmer/innen werden von den Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern nicht als positiv wahrgenommen).

Ebenfalls sehr häufig wird in Österreich angegeben, dass die Arbeitsplätze nicht an die Bedürfnisse älterer Menschen angepasst sind. Mit 70 Prozent Zustimmung zu dieser Aussage liegt Österreich weit über dem Durchschnitt Europas (57 %). Auffallend ist gleichzeitig die niedrige Zustimmung zu dieser Aussage in Ländern mit einer hohen Beschäftigungsquote älterer Arbeitnehmer/innen. So stimmen etwa in Schweden nur 39 Prozent aller Befragten dieser Aussage als Grund für die Beendigung der Erwerbstätigkeit zu.

6.2 Länderbeispiele

Methodik

Im folgenden Abschnitt werden die Organisation, die Finanzierung und die Umsetzung von Strategien zu BGF/PP auf nationaler Ebene in ausgewählten europäischen Ländern dargestellt (Deutschland, Finnland, Schweiz). Ziel dieser Länderbeispiele ist, Anregungen für eine Weiterentwicklung des österreichischen BGF/PP-Systems zu finden. Neben einer umfassenden Internet- und Literaturrecherche wurde ein Fragebogen entwickelt und an eine Kontaktperson pro Land gesendet, die dort auf nationaler Ebene für BGF/PP tätig ist. Durch diese Einbindung nationaler Kontaktpersonen konnten auch Inhalte und Informationen in die Länderbeispiele einfließen, die sonst trotz umfangreicher Recherchen nur schwer identifizierbar (z. B. aufgrund von Sprachbarrieren oder Nichtveröffentlichung).

6.2.1 Deutschland

Organisation auf nationaler Ebene

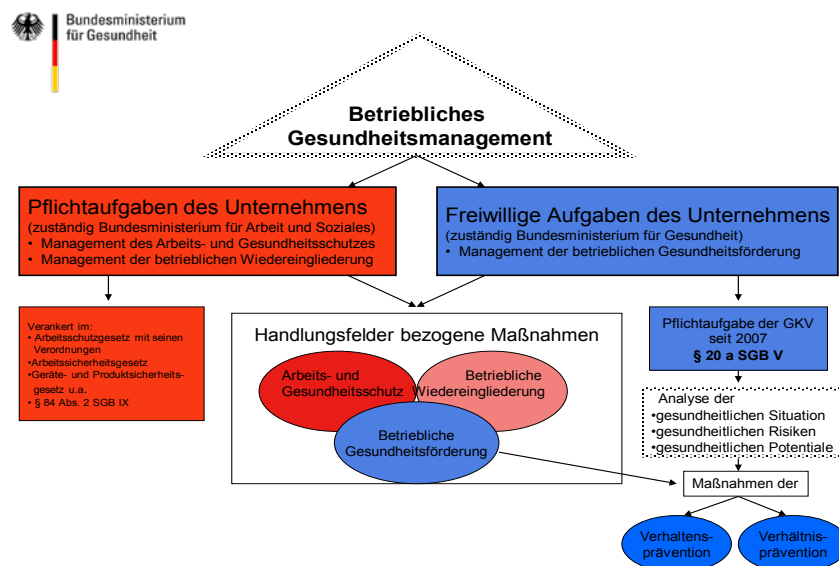
Bedeutende Einflussmöglichkeiten für den Bereich der Gesundheitsförderung allgemein, aber auch für Betriebliche Gesundheitsförderung sind in der Sozialgesetzgebung begründet. Seit 1989 haben die Krankenkassen den Auftrag, an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken; im Jahr 2000 erhielten die Krankenkassen die Möglichkeit, Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung als Ergänzung zum Arbeitsschutz durchzuführen. Im Jahr 2007 wurde BGF mit der Novellierung des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuches (§ 20 ff SGB V) zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen (Hommes 2011). Darin wurde auch festgelegt, dass die beteiligten Kassen miteinander kooperieren sollen (GKV-Spitzenverband 2013).

Parallel zu diesen Entwicklungen wurde 1996 das Arbeitsschutzgesetz novelliert in Richtung eines erweiterten Präventionsauftrages an die Träger der Unfallversicherungsträger zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen.

Zudem wurden steuerliche Anreizsysteme für Unternehmen und Beschäftigte eingeführt, um die Inanspruchnahme zu fördern. Im Jahr 2009 wurde die Steuerfreiheit von BGF-Maßnahmen eingeführt (§ 3 Nr 34 Einkommensteuergesetz), und bereits seit dem Jahr 2007 haben die Krankenkassen die Möglichkeit, Unternehmen und Beschäftigte für Maßnahmen der BGF mit einem Bonus zu „belohnen“ (§ 65a Abs 2 SGB V) (Hommes 2011).

Die nachfolgende Abbildung 6.3 zeigt das Zusammenspiel von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung in Deutschland.

Abbildung 6.3:
Rahmenbedingungen für betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland



Quelle und Darstellung: Hommes (2011)

Um die Maßnahmen der unterschiedlichen Bundesländer in Bezug auf Arbeitsschutz bzw. der Krankenkassen in Bezug auf Betriebliche Gesundheitsförderung zu vernetzen, liegen auf Bundesebene ausgearbeitete Strategien vor.

Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie

Im November 2008 wurden gesetzliche Rahmenbedingungen für die Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA) geschaffen, die eine auf Dauer angelegte konzertierte Aktion von Bund, Ländern und Unfallversicherungsträgern zur Stärkung der **Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz** darstellt. Träger der GDA sind das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, der Länderausschuss für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik, die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (GDA-Portal).

Die Strategie wird von der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz entwickelt und evaluiert. Die Nationale Arbeitsschutzkonferenz setzt sich aus je drei Vertreterinnen/Vertretern des Bundes, der Arbeitsschutzbehörden der Länder und der Spitzenverbände der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen. Sie wird beraten von je drei Vertreterinnen/Vertretern der Spitzenorganisationen der Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen.

Des Weiteren werden regelmäßig im Rahmen eines jährlich stattfindenden Arbeitsschutzforums Strategieinhalte und Ergebnisse mit Expertinnen/Experten und Akteuren diskutiert. Eine Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz ist bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz

und Arbeitsmedizin eingerichtet. Deren Ziel ist es, „die Präventionsarbeit in Deutschland wirkungsvoller und effizienter zu gestalten“ und Anreize für Betriebe zu schaffen, auf allen Ebenen eine nachhaltige und damit längerfristig angelegte Prävention zu betreiben (GDA-Portal).

Kernelemente der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie sind (vgl. GDA-Portal):

- » Entwicklung gemeinsamer Arbeitsschutzziele,
- » Ableitung von vorrangigen Handlungsfeldern und Eckpunkten für Arbeitsprogramme sowie deren Ausführung nach einheitlichen Grundsätzen,
- » Evaluierung der Ziele, Handlungsfelder und Arbeitsprogramme,
- » Festlegung eines abgestimmten Vorgehens der für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden und der Unfallversicherungsträger,
- » Herstellung eines verständlichen, überschaubaren und abgestimmten Vorschriften- und Regelwerks.

Leitfaden Prävention

Zur Sicherung abgestimmter Leistungen der Krankenkassen hinsichtlich Inhalt, Methodik und Qualität von **Betrieblicher Gesundheitsförderung** wurde vom Spitzenverband *Bund der Krankenkassen* (GKV-Spitzenverband) ein „Leitfaden Prävention“ entwickelt, der Handlungsfelder und Kriterien als Grundlage für die Leistungen der Krankenkassen für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung festlegt (GKV-Spitzenverband 2010).

Nationale Präventions- und Gesundheitsförderungsziele

Vom GKV-Spitzenverband werden unter Beteiligung der Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene Präventionsziele beschlossen; im Moment sind die aktuellen Ziele für die Jahre 2013 bis 2018 festgelegt (GKV-Spitzenverband 2013), die eine Handlungsleitung für die Krankenkassen darstellen. Die Ziele werden mit wesentlichen Akteuren, so auch mit den Sozialpartnern und der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, gemeinsam entwickelt und abgestimmt, die Zielerreichung wird in jährlichen Präventionsberichten evaluiert.

Als arbeitsweltbezogene Präventions- und Gesundheitsförderungsziele wurden folgende „Oberziele“ definiert (GKV-Spitzenverband 2013):

- » Verhütung von Muskel- und Skeletterkrankungen,
- » Verhütung von psychischen und Verhaltensstörungen,
- » Stärkung der gesundheitsförderlichen Potenziale der Arbeitswelt mit bedarfsgerechter, nachhaltiger und partizipativer Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF).

Diese Oberziele werden durch konkrete Teilziele operationalisiert.

Nachtrag: Nach Abschluss der Arbeiten zum gegenständlichen Bericht wurde in Deutschland Ende Juli 2015 ein Gesetz zur Stärkung und Förderung der Prävention und Gesundheitsförderung verabschiedet (Präventionsgesetz – PräVG). Unter anderem sollen mit dem Präventionsgesetz die

Grundlagen für eine stärkere Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung – für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen gestärkt werden. In einer Nationalen Präventionskonferenz sollen die Sozialversicherungsträger unter Beteiligung insbesondere von Bund, Ländern, Kommunen, der Bundesagentur für Arbeit und der Sozialpartner gemeinsame Ziele festlegen und sich auf ein gemeinsames Vorgehen verständigen (siehe hierzu: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>).

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Das DNBGF wurde 2002 eingerichtet und ist Teil der Initiative „Gesundheit und Arbeit“, deren Träger der AOK Bundesverband, der BKK Dachverband, der Verband der Ersatzkassen sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung sind (GKV-Spitzenverband 2013). Das Netzwerk umfasst derzeit fünf parallele Arbeitskreise mit unterschiedlichen Themen.

Aufgabe des Netzwerkes ist die Verbesserung der Kooperation zwischen allen nationalen Akteuren der BGF durch Bündelung und Vernetzung der bestehenden Aktivitäten. Weitere Aufgaben sind der internationale Erfahrungsaustausch sowie die Aufbereitung von Forschungsergebnissen und erfolgreichen Praxisbeispielen, um Entscheidungsträger vom Nutzen der BGF zu überzeugen.

Demografiestrategie der Bundesregierung

Um auf die Herausforderungen der demografischen Entwicklung, der Verringerung der Erwerbsbevölkerung und des gleichzeitig anwachsenden Anteils an älteren Arbeitskräften zu reagieren, hat die deutsche Bundesregierung im Jahr 2008 in ihrer Demografiestrategie Initiativen definiert, die auch den Bereich der Arbeitswelt und des Arbeitslebens umfassen (Demografiestrategie). Im Jahr 2013 wurden bei einem Demografiegipfel der Bundesregierung folgende Handlungsfelder definiert:

- » Gesundheit bei der Arbeit / Prävention,
- » alters- und altersngerechte Arbeitsgestaltung,
- » Unterstützung kleinerer und mittlerer Unternehmen,
- » Umgang mit erkrankten Beschäftigten,
- » flexible Gestaltung von Arbeitszeit und Altersübergängen,
- » berufliche Weiterbildung.

Konkret wurden unter anderem der Ausbau und die Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung als Ziel angeführt.

Finanzierung

Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention werden in Deutschland von den Betrieben finanziert. Allerdings wurden – wie erwähnt – steuerliche Anreizsysteme für Unternehmen und Beschäftigte eingeführt, um die Implementierung zu fördern.

Für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung haben die Krankenkassen im Jahr 2012 rund 238 Mio. Euro ausgegeben, wobei diese Zahlen neben den direkt zurechenbaren Sachkosten auch anteilige Personalkosten für die in den Projekten tätigen Mitarbeiter/innen der Krankenkassen enthalten sind. Dies entspricht einem Aufwand von 3,41 Euro je Versicherter/Versichertem (GKV-Spitzenverband 2013).

Implementierung von nationalen Strategien

Für die Umsetzung von BGF/PP sind die Unternehmen verantwortlich, Qualitätsvorgaben für die Mitfinanzierung bzw. finanzielle Förderung durch die Krankenkassen sind – wie beschrieben – im Leitfaden Prävention enthalten.

Im Rahmen einer regelmäßig stattfindenden *Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung* (BGF) mit Vertretern aus Österreich, Deutschland und der Schweiz wurde für jedes dieser Länder eine SWOT-Analyse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung präsentiert, so auch für Deutschland (Bindzius 2011). Die SWOT-Analyse in Deutschland wurde zwischen März und Oktober 2010 von wichtigen Akteuren wie Vertreterinnen und Vertretern der Sozialversicherungen, Bundesministerien, Länderministerien, der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, der Sozialpartner und wissenschaftlichen Expertinnen/Experten durchgeführt.

Tabelle 6.3:
Stärken und Schwächen der BGF in Deutschland

Die wichtigsten Ergebnisse der SWOT-Analyse der BGF in Deutschland			
Stärken	Rechtliche Rahmenbedingungen	Gesetzliche Rahmenbedingungen	Schwächen
	Politische Unterstützung	Steuerungs- und Anreizstrukturen	
	Infrastrukturen	Verbreitungsgrad	
	Kompetenz und Know-how durch existierende Qualitätsstandards	Umsetzungsdefizite: » Schwerpunktbildung auf Verhaltensprävention » Defizite bei Controlling/Evaluation » Wenig Ausrichtung auf Klein- und Kleinstbetriebe » Begrenzte Verbreitung im Bildungsbereich » BGF wird nicht ausreichend als Führungsaufgabe wahrgenommen » Mängel in der Zusammenarbeit zwischen Kranken- und Unfallversicherung » Ganzheitliche Gefährdungsbeurteilung nicht flächendeckend » Dualismus	
	Umsetzung in der Praxis		
Chancen	Zukünftige Bedarfslagen	Sozialer Wandel	Risiken
	Grenzen des quantitativen Wohlstands-konzeptes befördern qualitatives Verständnis von Wohlstand	Politische Rahmenbedingungen	
	Nutzung von Synergien durch Verzahnung mit dem Arbeitsschutz	Veränderungen im Gesundheitswesen	
	Potenzial der BGF zur Begrenzung der Belastung der sozialen Sicherungssysteme	» Mangelnde Verzahnung mit dem Arbeitsschutz » einseitige Ausrichtung auf Verhaltensprävention	
	Positive Wirkungen der BGF auf Wirtschaftlichkeit und Wohlbefinden	Trend zu BGF als Modethema	
		Nachteile für Beschäftigte durch das Ablehnen der Beteiligung an Maßnahmen	

Quelle: Bindzius (2011); Darstellung: GÖ FP

Die **rechtlichen Rahmenbedingungen** werden in der SWOT-Analyse sowohl als Stärke als auch als Schwäche angeführt. Zu den Stärken zählen:

- » Grundlagen für die Sozialversicherung,
- » unterstützende Arbeitsschutzgesetzgebung und Integration in die Tarifverträge,
- » vorhandene finanzielle Anreizsysteme im Rahmen der Sozialversicherung.

Als Schwäche wird angeführt, dass eine gesetzgeberische Gesamtstrategie fehlt, vor allem in Hinblick darauf, dass die angeführten Rahmenkonzepte keine Verpflichtung zur Durchführung und keine Erzwingbarkeit vorsehen.

Dies spiegelt sich sowohl bei der **politischen Unterstützung** und den **vorhandenen Infrastrukturen** (als Stärken angegeben) als auch bei den als Schwächen angeführten **Steuerungs- und Anreizsystemen** und den Umsetzungsdefiziten wider. Es wird hervorgehoben, dass die sektoren- und sozialversicherungsübergreifenden Kooperationen und Netzwerke die Stärken des deutschen Systems darstellen, während gleichzeitig festgestellt wird, dass die Gesamtziele und die ressortübergreifende Zusammenarbeit zu verbessern und weiter auszubauen seien.

6.2.2 Finnland

Die Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention ist in Finnland Hauptbestandteil der „betrieblichen Gesundheitsversorgung“ (engl. occupational health care). Obwohl die betriebliche Gesundheitsversorgung auch kurative Aktivitäten und Maßnahmen beinhaltet, wird in diesem Abschnitt der Sammelbegriff „betriebliche Gesundheitsversorgung“ verwendet, da bezüglich der Organisation, Finanzierung und Implementierung in Finnland keine strikte Trennung zwischen gesundheitsförderlichen/präventiven und kurativen Maßnahmen innerhalb eines Betriebs besteht.

„Betriebliche Gesundheitsversorgung“ hat in Finnland eine lange Tradition, bereits 1889 wurde das erste Gesetz für berufliche Sicherheit und Gesundheit verabschiedet. Im Zuge der demografischen Veränderungen, speziell der Überalterung der Gesellschaft und des damit einhergehenden erwarteten Arbeitskräftemangels, ist die Aufrechterhaltung und Verlängerung der Arbeitsfähigkeit ein zentrales Thema in der Gesundheits- und Sozialpolitik des Landes (WHO Regional Office for Europe 2012).

Organisation auf nationaler Ebene

Rechtliche Rahmenbedingungen

Die finnische Verfassung aus dem Jahr 1999 legt fest, dass öffentliche Behörden die Verantwortung für den Schutz der Arbeiterschaft übernehmen müssen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a). Um dies zu untermauern, wurden auf nationaler Ebene verschiedene Gesetze verabschiedet, die BGF/PP zwar tangieren und ausdrücklich erwähnen, aber einen starken Fokus auf die Gesundheitsversorgung und Sicherheit am Arbeitsplatz legen. Dazu gehören das Gesetz zur Durchführung und Kooperation hinsichtlich betrieblicher Sicherheit und Gesundheit (Act on Occupational Safety and Health Enforcement and Cooperation on Occupational Safety and Health at Workplaces, 44/2006), das Gesetz zur beruflichen Sicherheit (Occupational Safety Act 738/2002), das 2002 überarbeitet wurde, und das Gesetz zur beruflichen Gesundheitsversorgung (Occupational Health Care Act 1383/2001), dessen neueste Version 2001 verabschiedet wurde. Des Weiteren wurden 2002 und 2005 die Gesetze zur Regelung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Krankheiten überarbeitet.

Folgende Inhalte finden sich in den jeweiligen Gesetzen und Verordnungen:

- » Der **Primary Health Care Act** (66/1972) verpflichtet die Gemeinden dazu, den Arbeitnehmerinnen/-nehmern und Selbstständigen die notwendigen betrieblichen Gesundheitsservices zur Verfügung zu stellen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 1972).
- » Der **Act on Occupational Health Services** (1383/2001) verpflichtet den/die Arbeitgeber/in zur betrieblichen Gesundheitsversorgung und gibt deren Inhalte und Organisation vor (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2002). Auf Basis dieses Gesetzes wurden zwei Regierungsdekrete erlassen:

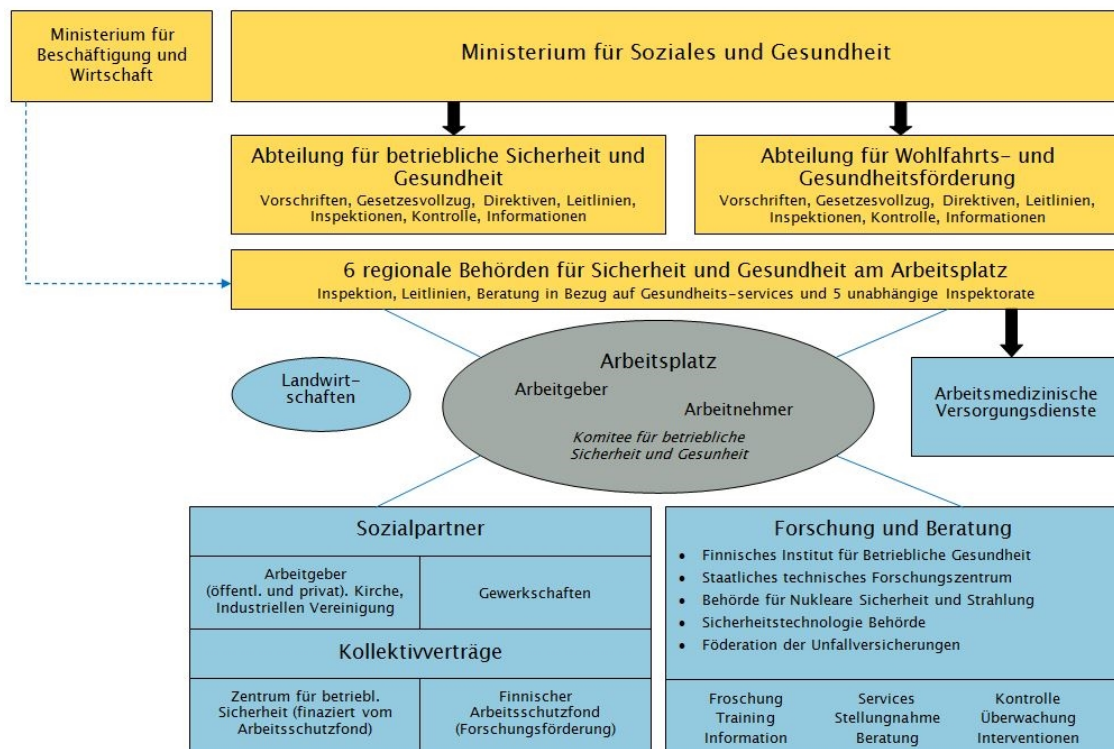
- » Das Regierungsdekret 1484/2001 beschreibt die Prinzipien guter betrieblicher Gesundheitsversorgung, den Inhalt betrieblicher Gesundheitsförderung und die fachlichen Anforderungen und Qualifikationen der Fachleute und Experten.
- » Das Regierungsdekret 1485/2001 verpflichtet den/die Arbeitgeber/in bei Vorliegen spezieller Risiken am Arbeitsplatz – physischer, chemischer oder biologischer Faktoren, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu einer Erkrankung führen – dazu, in regelmäßigen Abständen eine medizinische Untersuchung durchzuführen.
- » Der **Occupational Safety and Health Act** (738/2002) legt die minimalen Anforderungen für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz fest und verpflichtet den/die Arbeitgeber/in, die Risikofaktoren am Arbeitsplatz systematisch zu erheben und zu beseitigen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2001).
- » Der **Health Insurance Act** (1224/2004) regelt die Rückerstattung der Ausgaben für betriebliche Gesundheitsversorgung der Unternehmen durch die Sozialversicherung (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2004).
- » Der **Act on Occupational Safety and Health Enforcement and Cooperation on Occupational Safety and Health at Workplaces** (44/2006) regelt die Durchsetzung der Rechtsvorschriften und legt Prozesse und Verantwortlichkeiten fest (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2006a).

Die finnische Gesetzgebung zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz basiert zu großen Teilen auf internationalen Normen wie den Abkommen und Empfehlungen der Internationalen Arbeitsorganisation (International Labour Organization, ILO). Verordnungen müssen alle fünf Jahre, Gesetze alle zehn Jahre auf ihre Aktualität geprüft werden. Bei dem Entwurf einer neuen Verordnung oder eines neuen Gesetzes müssen die Auswirkungen der neuen Rechte und Pflichten evaluiert werden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2004) .

Akteure auf nationaler Ebene

Als zentrale Stakeholder werden das Sozial- und Gesundheitsministerium (Sosiaali- ja Terveysministeriö; STM) und das Ministerium für Arbeit und Wirtschaft (Työ- ja Elinkeinoministeriö; TEM), das Finnische Institut für Gesundheit am Arbeitsplatz (engl. Institute of Occupational Health), das Zentrum für Sicherheit am Arbeitsplatz (engl. Centre for Occupational Safety) sowie die Pensions- und Sozialversicherungen (Finnish Institute of Occupational Health 2014) genannt. Für die politischen Inhalte verantwortlich und damit die führende Autorität in Bezug auf betriebliche Gesundheitsversorgung ist die Abteilung für betriebliche Sicherheit und Gesundheit des Sozial- und Gesundheitsministeriums.

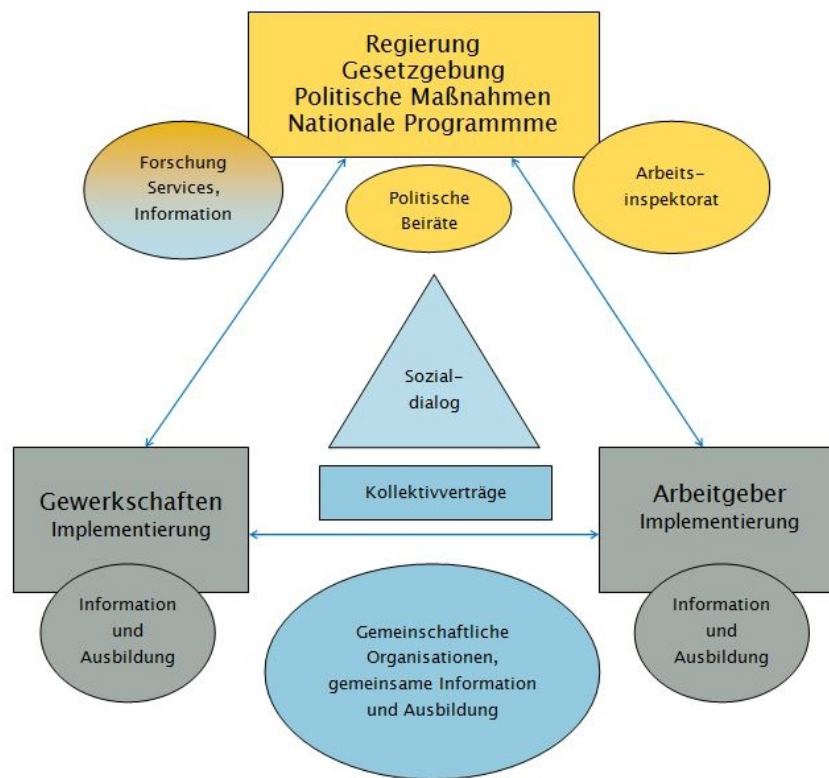
Abbildung 6.4:
Organisation des finnischen BGF/PP-Systems



Quelle: WHO Regional Office for Europe (2012); Darstellung GÖ FP

Die nationalen Gesetze werden vom Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM) bzw. von der Abteilung für betriebliche Sicherheit und Gesundheit in enger Kooperation mit den am Arbeitsmarkt beteiligten Akteuren entworfen, um die tatsächlichen Bedürfnisse des Arbeitslebens zu berücksichtigen. Die Entscheidungen basieren also auf einer Zusammenarbeit zwischen Regierung, Arbeitnehmerinnen/-nehmern und Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2006b).

Abbildung 6.5:
Sozialpartnerschaftliches System in Finnland



Quelle: Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2006b); Darstellung: GÖ FP

Maßnahmen und Strategien auf nationaler Ebene

Neben den oben beschriebenen Gesetzen gibt es weitere Dokumente, die die Wichtigkeit der betrieblichen Gesundheitsversorgung betonen, so ausdrücklich auch die jüngsten Regierungsprogramme 2007 und 2011.

Das **Regierungsprogramm** der 2011 angelobten Regierung beinhaltet ein Kapitel zur Entwicklung des Erwerbslebens und der Verlängerung von Karrieren. Die wichtigsten Punkte sind hier die Vereinbarkeit von Arbeit und Familie für beide Ehepartner, die Weiterentwicklung des Pensionssystems und der betrieblichen Gesundheitsversorgung sowie die Einkommenssicherheit. Im Jahr 2009 wurde beschlossen, das erwartete Pensionsantrittsalter der derzeit Über-25-Jährigen bis 2025 auf mindestens 62,4 Jahre anzuheben. 2010 lag das erwartete Pensionsantrittsalter bei 60,4 Jahren (Finnish Government 2011).

Im Jahr 2011 veröffentlichte das Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM) ein Dokument, in dem die **Visionen, Ziele und geplanten Maßnahmen** für Arbeitsumfeld und Wohlbefinden am Arbeitsplatz beschrieben werden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011b). Bis 2020 setzt sich das STM vier konkrete Ziele (jeweils im Vergleich zu 2010):

- » Die Inzidenz der arbeitsbedingten Erkrankungen soll um 10 Prozent sinken.
- » Die Anzahl der Arbeitsunfälle soll um 25 Prozent sinken.
- » Die wahrgenommene physische Belastung soll um 20 Prozent sinken.
- » Die wahrgenommene mentale Belastung soll um 20 Prozent sinken.

Um diese Ziele zu erreichen, sind neben der Einhaltung bestehender gesetzlicher Regelungen zusätzlich Aktivitäten in verschiedenen Handlungsfeldern wesentlich.

Ein wichtiges Handlungsfeld ist die **Mitarbeiterführung in Unternehmen**, die sich gleichzeitig für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die Qualität des Arbeitslebens und die Produktivität der Arbeit verantwortlich zeigen muss. Besonders auf die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer/innen hat die Managementebene großen Einfluss. Aus diesem Grund besteht eine der vom STM vorangetriebenen Maßnahmen darin, die Qualität der Unternehmensführung gemeinsam mit Interessengruppen durch Fort- und Weiterbildungen für Führungskräfte zu verbessern. Eine Verbesserung des Führungsverhaltens kann vor allem durch Kooperation und Kommunikation erreicht werden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a).

Als Kooperationspartner für Unternehmensführungen in Bezug auf betriebliche Gesundheitsversorgung dienen in Finnland die „arbeitsmedizinischen Versorgungsdienste“ (engl. Occupational health care services), die das Bindeglied zwischen Primärversorgung und dem System der betrieblichen Gesundheitsversorgung bilden. Professionelle Arbeitsmediziner/innen unterstützen Arbeitgeber/innen mit ihrer Expertise bei der Risikoeinschätzung und der Verbesserung des Arbeitsplatzes, und sie betreuen die Bereitstellung und Förderung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen am Arbeitsplatz. Bis 2020 soll vor allem die präventive Rolle der arbeitsmedizinischen Versorgungsdienste gestärkt und die Kommunikation zwischen den Gesundheitsexpertinnen/-experten und den Führungsebenen der Unternehmen verbessert werden. Diese Kooperation soll gemeinsame Maßnahmen fördern, wie Arbeitsplatzumfragen, Risikoeinschätzung und frühe Unterstützung bei sich anbahnenden Problemen. Die Auswirkungen der gesundheitsförderlichen und präventiven Maßnahmen werden in einem Bericht der arbeitsmedizinischen Versorgungsdienste festgehalten und die Krankenstandsquoten, Berufsunfälle und arbeitsbedingten Krankheiten gemessen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a).

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld für das STM ist die **Koordination** aller an der Betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligten Akteure. Das Kooperationsnetzwerk soll sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene agieren und bis an den Arbeitsplatz reichen. Die wichtigsten Akteure, um Wissen, Bereitschaft und Kompetenz zu forcieren, sind neben dem Ministerium die Arbeitsmarktorganisationen, das Zentrum für Sicherheit am Arbeitsplatz, das Finnische Institut für Gesundheit am Arbeitsplatz und andere Forschungseinrichtungen. Berufsbildende Einrichtungen sind angehalten, schon während der Ausbildung auch praktische Fähigkeiten für die Ausübung einer Tätigkeit (z. B. ergonomisches Arbeiten oder Vermeidung von Verletzungsrisiken) zu berücksichtigen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a). Die regionalen Behörden für

Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (engl. occupational safety and health administration) sind für die Durchsetzung der relevanten Gesetze, den Wissenstransfer und die Unterstützung bei der Umsetzung verantwortlich. Die Qualität der Arbeit der regionalen Behörden soll in Zukunft evaluiert und Feedback von den Betrieben durch Fragebögen eingeholt werden. So sollen Rechtsvorschriften effektiv, kompetent und von einheitlicher Qualität durchgesetzt werden. (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a)

Um ein erfolgreiches Kooperationsnetzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu schaffen, ist es dem Ministerium für Soziales und Gesundheit zufolge unerlässlich, dass alle Akteure ihre Verantwortungen kennen, die Arbeitsteilung klar definiert ist und ein gemeinsames Ziel verfolgt wird. Die Akteure auf nationaler und regionaler Ebene können vor allem durch konsequente **Kommunikation** die Kompetenzen der Betriebe im Hinblick auf Gesundheitsversorgung stärken und die Einstellung zur Arbeit verbessern. Wichtige Kommunikationsinhalte in diesem Zusammenhang sind (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011a):

- » neue wissenschaftliche Erkenntnisse,
- » Änderungen in der Gesetzgebung,
- » Good-Practice Modelle.

Im letzten Jahrzehnt wurde in Finnland verstärkt auf die Förderung von langen Arbeitskarrieren geachtet. Auch in Zukunft wird das Ministerium für Soziales und Gesundheit verstärkt versuchen, die Arbeitsfähigkeit, -bereitschaft und -möglichkeit von älteren Arbeitnehmerinnen/-nehmern zu fördern. Ein Ziel ist dabei auch, die Rückkehr ins Arbeitsleben nach einer Krankheit zu erleichtern und in Kooperation mit dem/der Arbeitgeber/in eine Möglichkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz zu schaffen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2013). Folgende Maßnahmen sind derzeit in Planung oder wurden in den letzten Jahren umgesetzt:

- » Die Möglichkeit, in Frühpension zu gehen, wurde gestrichen. Ein früherer Antritt (im nationalen Pensionssystem ab dem vollendeten 63. Jahr, im einkommensabhängigen System ab dem 62. Jahr) ist nur mit Abstrichen bei den Pensionszahlungen möglich (OECD 2013a).
- » Teilkrankenstand wurde 2007 eingeführt, um lange krankheitsbedingte Abwesenheiten zu vermindern und permanente Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden (Finnish Institute of Occupational Health 2012).
- » Seit 2012 muss nach einem Krankenstand von 90 Tagen die verbleibende Arbeitsfähigkeit des Arbeitnehmers analysiert und Möglichkeiten einer Rückkehr zum Arbeitsplatz eruiert werden.
- » Rehabilitation soll möglichst zeitnahe begonnen werden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2013).

Zwei Projekte zur Wiedereingliederung von Langzeitarbeitslosen und Personen, deren Erwerbstätigkeit teilweise eingeschränkt ist, wurden in den letzten Jahren vom Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM) entwickelt:

- » **Programm für Personen mit Teilarbeitsfähigkeit:** Jede betroffene Person bekommt einen „Arbeitsfähigkeitskoordinator“ (engl. work ability coordinator) zugeteilt, der mithilfe verschiedener, individuell zusammengestellter Maßnahmen die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt unterstützen soll. Für das Einsetzen des Koordinators ist entweder der Arbeitgeber

der betroffenen Person oder – wenn kein Beschäftigungsverhältnis vorliegt – die lokale Behörde zuständig. Das Konzept wurde von zwei Arbeitsgruppen des STM entworfen und befindet sich derzeit in der Pilotierungsphase.

(http://www.stm.fi/en/ministry/strategies_and_programmes/people_with_partial_work_ability)

- » **„Job bank trial“:** Arbeitsuchende und teilarbeits(un)fähige Personen können sich bei der Jobbörse (engl. job bank) registrieren und sind dann bei dieser angestellt. Die registrierten Personen können entweder an andere Unternehmen und Organisationen verliehen werden oder an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen. Das Pilotprojekt begann 2009 mit sieben regionalen Jobbörsen und ist seit Anfang 2012 national implementiert. Bis 2016 sollen sich die „Job bank“-Unternehmen selbst finanzieren und 5.000 teilweise Erwerbsunfähige bzw. Langzeitarbeitslose angestellt oder einen Arbeitsplatz für sie gefunden haben.
(<http://www.stm.fi/en/job-bank-trial>)

Die Basis für die oben erwähnten Aktivitäten und Maßnahmen wurde schon 1998 mit der **Strategie für betriebliche Sicherheit und Gesundheit** geschaffen, deren Umsetzung und Überwachung im Aufgabengebiet des Ministeriums für Soziales und Gesundheit (STM) liegt. Folgende Schlüsselthemen wurden definiert (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011b):

- » Aufrechterhalten und Fördern der Arbeitsfähigkeit und funktionalen Kapazität,
- » Prävention von Unfällen am Arbeitsplatz und von arbeitsbedingten Krankheiten,
- » Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparats,
- » Förderung und Erhalt der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz,
- » Arbeitsbewältigung,
- » Kontrolle über die eigene Arbeit.

Im Jahr 2012 wurde vom Minister für Soziales und Gesundheit das **Forum für Wohlbefinden am Arbeitsplatz** (engl. Forum for well-being at work) gegründet, um die Implementierung der Gesundheitsversorgungsstrategien in Betrieben zu koordinieren. Zweimal jährlich wird ein Netzwerktreffen veranstaltet für Arbeitsmarktinstitutionen, Unternehmerverbände, Netzwerke der betrieblichen Gesundheitsversorgung, Ministerien und politische Entscheidungsträger sowie Anbieter von Dienstleistungen in Bezug auf Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Neben diesen Treffen auf nationaler Ebene werden mindestens vier regionale Workshops pro Jahr veranstaltet. Die gesamte organisatorische Leitung und die Vergabe von finanziellen Unterstützungen für Netzwerk-Kooperationen werden vom Finnischen Institut für Betriebliche Gesundheit übernommen.
(<http://www.ttl.fi/partner/thf/eng/sivut/default.aspx>)

Finanzierung

Im Allgemeinen ist das Ministerium für Soziales und Gesundheit (STM) für die Allokation des nationalen Budgets für Gesundheitsförderung zuständig. Die Regierung unterstützt also Gesundheitsförderung durch die Bereitstellung eines Budgets, die Verteilung der Ressourcen obliegt aber dem STM. (http://www.stm.fi/en/welfare/health_promotion)

So wurde das Finnische Forschungsinstitut für Betriebliche Gesundheitsförderung (FIOH, Finnish Institute of Occupational Health) im Jahr 2012 mit 37,4 Millionen Euro aus nationalen Mitteln subventioniert. Diese Summe entspricht etwa 56 Prozent des Gesamtbudgets des FIOH, das sich zusätzlich noch aus eigenen Einnahmen finanziert.

Die Abteilung für Betriebliche Sicherheit und Gesundheit hatte im Jahr 2012 einen Betriebsaufwand in der Höhe von 4.548.000 Euro, wobei der Großteil davon (4.135.000 Euro) auf Personalkosten entfiel. Bei den regionalen Behörden belief sich der Betriebsaufwand im selben Jahr auf insgesamt 26.157.000 Euro, davon wurden 22.363.000 Euro für Personal aufgewandt.

Die Kosten für die Betriebliche Gesundheitsförderung werden von den Unternehmen getragen. Mittels einer jährlich durchgeführten Befragung der Betriebe wird eruiert, wie viel die Betriebe durchschnittlich pro Person für Wohlbefinden (engl. well-being) am Arbeitsplatz investieren. Die Unternehmen werden nach Sektor und Größe differenziert ausgewiesen (Finnish Institute of Occupational Health 2014).

Tabelle 6.4:
Ausgaben der Unternehmen für Wohlbefinden am Arbeitsplatz (pro Person in Euro)

	2012 nach Sektoren							2012 nach Betriebsgröße		
	Staat	Gemeinden	Industrie	Baugewerbe	Handel	Dienstleistungen	Transport	> 50 AN	50-249 AN	> 250 AN
Betriebliche Gesundheit	417	195	265	275	238	329	212	277	267	286
Bewegung am Arbeitsplatz	78	46	57	51	86	128	41	106	56	53
Allgemeine GF am Arbeitsplatz	93	55	60	60	106	148	45	113	73	55
Erholung und Kultur	78	44	103	104	136	269	75	148	104	78
Personalausbildung	326	192	271	259	312	708	137	366	225	335
Kommunikation	9	29	17	11	4	24	17	32	7	19
Einzelprojekte	32	25	37	45	63	26	54	63	38	29
Gesamtausgaben pro Arbeitnehmer/in	874	487	702	703	749	1.413	489	833	678	761

AN = Arbeitnehmer/innen

Quelle: Aura et al. (2012); Darstellung: GÖ FP

Die Finnische Sozialversicherung (Kela) erstattet auf Antrag der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers oder der/des Selbstständigen bis zu 60 Prozent der betrieblichen Gesundheitsausgaben, wenn das Unternehmen auf Basis einer Vereinbarung mit dem arbeitsmedizinischen Versorgungsdienst betriebliche Gesundheitsversorgung inklusive frühzeitiger Unterstützung der Arbeitsfähigkeit anbietet. Voraussetzung für die Rückerstattung ist außerdem, dass das Unternehmen die vollen Kosten für die betriebliche Gesundheitsversorgung und medizinische Behandlung übernommen hat und die Maßnahmen dem/der Arbeitnehmer/in kostenlos angeboten wurden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2004).

Die finnischen Gesundheits- und Sozialausgaben beliefen sich im Jahr 2008 auf 48,6 Milliarden Euro, das ist etwas mehr als ein Viertel des BIPs. Davon wurden 26 Prozent für Krankheit und Gesundheit und 12 Prozent für Erwerbsunfähigkeit ausgegeben (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011c).

Implementierung von nationalen Strategien

Generell sind in Finnland die Unternehmen für die Umsetzung von BGF/PP-Maßnahmen verantwortlich, allerdings müssen Gemeinden bei Bedarf für die Arbeitgeber/innen betriebliche Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen. Selbstständige sind dafür selbst verantwortlich (http://www.stm.fi/en/social_and_health_services/health_services/occupational_health).

Die Abteilungen für berufliche Gesundheit und Sicherheit der regionalen Behörden sind dafür verantwortlich, die Einhaltung der Gesetze zu überprüfen, und müssen die Arbeitgeber/innen bei der Evaluation der ökonomischen Auswirkungen durch finanziellen Anreize unterstützen (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2013). Insgesamt müssen die zuständigen Behörden auf die Einhaltung von 25 verschiedenen Gesetzen und 80 Regierungs- bzw. Ministeriumsdekreten achten (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2006b). Die *Abteilung für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz* des Ministeriums für Soziales und Gesundheit verwaltet, koordiniert und überwacht die regionalen Behörden und deren Aktivitäten (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011c).

Generell wird davon ausgegangen, dass alle Akteure, vor allem auch die Arbeitgeber/innen, Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer/innen als wichtige Ziele akzeptieren und dass daher die Gesetze grundsätzlich befolgt werden. Hindernisse für die Umsetzung können sich dennoch aufgrund folgender Faktoren ergeben (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011b):

- » unzureichende Information über die Auswirkungen des Arbeitsumfeldes auf die Gesundheit und über die Situation im eigenen Unternehmen,
- » komplexe und unverständliche Gesetzgebung,
- » Maßnahmen, die schwierig oder kostenintensiv zu implementieren sind.

Wichtige Erfolgsfaktoren sind hingegen Kommunikation und Kooperation zwischen den Unternehmen und den nationalen und regionalen Behörden (Finnish Ministry of Social Affairs and Health 2011b).

6.2.3 Schweiz

Organisation auf nationaler Ebene

Das Gesundheitssystem in der Schweiz und damit auch die Gesetzgebung zu Prävention und Gesundheitsförderung ist primär Aufgabe der Kantone und daher stark fragmentiert (Schulte-Abel 2010). Der Bund hat im Gesundheitswesen nur eingeschränkte, von der Bundesverfassung festgelegte Kompetenzen, darüber hinaus sind die Kantone für die Regelung von Prävention und Gesundheitsförderung zuständig (Bundesamt für Gesundheit 2007).

Im Herbst 2012 scheiterte die Vorlage für ein Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz) im Schweizer Parlament. Damit wurde die Chance verpasst, Gesundheitsförderung und Prävention national zu koordinieren und gesetzlich zu verankern. Im Januar 2013 hat der Bundesrat die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit 2020“ verabschiedet. Die Strategie sieht vor, dass öffentliche und private Akteure ihre Aktivitäten zur Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung von Krankheiten vor dem Hintergrund der zunehmenden chronischen Krankheiten koordinieren und verstärken sollen. Im Maßnahmenkatalog der Strategie „Gesundheit 2020“ wird der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine besondere Rolle bei der Verbesserung der Prävention und Früherkennung von nicht übertragbaren Krankheiten zugeteilt (EDI 2013; Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb ist die Bundesebene der Schweiz zuständig für Vorschriften über die Kranken- und Unfallversicherung (Art 117 Bundesverfassung) und Vorschriften über den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (Art 110 Abs 1 Bst. a BV).

Hinzu kommt das freiwillige Engagement der Wirtschaft, das sich im „Präventionstag der Privatwirtschaft“ konkretisiert. Dieser Anlass wird vom Schweizerischen Versicherungsverband, vom Schweizerischen Arbeitgeberverband und von Economiesuisse (dem Dachverband der Schweizer Wirtschaft) unterstützt und getragen (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Prävention und Gesundheitsförderung in der Kranken- und Unfallversicherung

Das Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10, Art 19) verpflichtet die Versicherer, gemeinsam mit den Kantonen eine Einrichtung zu betreiben, die Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Diese Einrichtung, heute die **Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz**, entwickelte bereits im Jahr 1994 ein erstes nationales Programm „Gesundheitsförderung und Arbeit“ (Schulte-Abel 2010) und hat auch aktuell ein Schwerpunktthema *Betriebliche Gesundheitsförderung*.

Das Bundesgesetz vom 20. März 1981 über die Unfallversicherung (UVG; SR 832.20, Art 81 ff) umfasst Bestimmungen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sowie auch zur Verhütung von Nichtbetriebsunfällen (UVG Art 87 und 88). Zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es allerdings keine eigenen Bestimmungen.

Prävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Das Arbeitsgesetz vom 13. März 1964 (ArG; SR 822.11) regelt den Schutz der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer am Arbeitsplatz und enthält Bestimmungen zum Gesundheitsschutz (ARG Art 6), die auch Prävention und Gesundheitsförderung im weiteren Sinn betreffen. Aber auch hier fehlen spezifische Bestimmungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz liegt vor allem in der Kompetenz der Kantone.

Akteure auf Bundesebene

Ausgehend von den beschriebenen rechtlichen Grundlagen werden in der nachfolgenden Tabelle jene Akteure dargestellt, die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention im Setting Betrieb konzipieren und umsetzen (BAG 2007).

Tabelle 6.5:

Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag für Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb (in alphabetischer Reihenfolge)

Name	Prioritäre Aufgaben und Themen	Wichtigste Partner
Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS)	» Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten » Betriebliche Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mit System	Bundesamt für Gesundheit (BAG), seco, Suva, kantonale Arbeitsinspektorate, Fachorganisationen, Verbände der Arbeitgeber/innen und Arbeitnehmer/innen, UVG-Versicherer
Krankenkassen	» Träger der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zusammen mit den Kantonen » Finanzierung von Leistungen der medizinischen Prävention	Gesundheitsförderung Schweiz, Kantone
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)	» Berufsunfälle und Berufskrankheiten » Betriebliches Gesundheitsmanagement » Absenzen-Management » Unterstützung der Auszeichnung „Gesundheit im Unternehmen“ der Schweizer Sektion der Europäischen Vereinigung für die Förderung der Gesundheit	Seco, EKAS; kantonale Arbeitsinspektorate, Fachorganisationen, Arbeitnehmerverbände, Unfallversicherer
Schweizerischer Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung (SVBGF)	» Austausch von Erfahrungen und Kenntnissen unter seinen Mitgliedern » Entwicklung gemeinsamer Aktivitäten für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) als Teil der Unternehmenspolitik und Unternehmenskultur	Unternehmen, Anbieter von BGF
Staatssekretariat für Wirtschaft (seco)	» Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz » Betriebliche Gesundheitsförderung als Unternehmenspolitik	BAG, EKAS, Suva, kantonale Arbeitsinspektorate, Arbeitgeber/innen, Arbeitnehmer/innen

Name	Prioritäre Aufgaben und Themen	Wichtigste Partner
	» Fachstelle für BGF und ENWWHP-Kontaktstelle – Entwicklung von Strategien zur Förderung von BGF in der Schweiz » Aufbau eines nationalen Monitoringsystems für „Arbeit und Gesundheit“ » Sicherheit technischer Einrichtungen und Geräte	
Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	» Anregung, Koordination und Evaluation von Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten » Vergabe des Labels für Gesundheitsmanagement	BAG, seco, Kantone, Krankenkassen

BAG = Bundesamt für Gesundheit; EKAS = Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit, seco = Staatssekretariat für Gesundheit; Suva = Schweizerische Unfallversicherungsanstalt; SVGBF = Schweizerischer Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung

Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2007), Schulte-Abel (2010); Darstellung: GÖ FP

Betriebliche Gesundheitsförderung ist in der Schweiz nicht gesetzlich geregelt. Es gibt keine bundesweite Strategie, die Umsetzung beruht auf dem freiwilligen Engagement der betrieblichen und ausserbetrieblichen Akteure. Auf Bundesebene sind die wesentlichen gesetzlichen Bestimmungen zur Prävention und Gesundheitsförderung im Setting Betrieb – wie ausgeführt – im Unfallversicherungsgesetz und im Arbeitsgesetz geregelt. Daneben gibt es auf Kantonsebene mehr oder weniger umfassende Bestimmungen, Netzwerke und Maßnahmen zu Gesundheitsförderung und Prävention im Allgemeinen, aber auch zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Speziellen.

Finanzierung

Aufgrund einer fehlenden bundesweiten Strategie und fehlender gesetzlicher Bestimmungen auf Bundesebene können keine Aussagen über die Finanzierung getroffen werden. Die Finanzierung der BGF-Maßnahmen wird durch die Unternehmen getragen. Pilotprojekte oder Entwicklungsprozesse sowie Vernetzungs- und Koordinationsarbeiten werden hingegen von der öffentlichen Hand getragen (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Im Zuge der Dreiländertagung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Jahr 2010 wurde auch für die Schweiz eine SWOT-Analyse durchgeführt (Schulte-Abel 2010). Als Stärken wurden die vielen guten Praxisansätze und die vielfältigen Instrumente zur Umsetzung in den Betrieben angeführt, allerdings scheinen kleine und mittlere Unternehmen stark untervertreten zu sein. Vor allem wird ausgeführt, dass es an Anreizsystemen fehle, die sich für die Betriebe finanziell rechnen. Als wesentliche Herausforderung für die nachfolgenden Jahre wird die Stimulierung der Nachfrage nach BGF-Maßnahmen genannt.

Betreffend Gesundheitsförderung und Prävention gibt es im Bereich psychische Gesundheit keine nationale Strategie, wie dies zum Beispiel im Bereich Ernährung und Bewegung der Fall ist. Mit „Gesundheit 2020“ wurde jedoch ein Erarbeitungsprozess für eine nationale Strategie im Bereich psychische Gesundheit ausgelöst (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Gesundheitsförderung Schweiz und das Netzwerk Psychische Gesundheit vernetzen Akteure in Sachen Betrieblicher Gesundheitsförderung mit Fokus auf psychische Gesundheit. Unternehmen können sich zertifizieren lassen, sobald sie ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) umsetzen, das die Qualitätskriterien von Gesundheitsförderung Schweiz erfüllt. Versicherungen oder staatliche Organisationen nehmen zudem die Funktion von Multiplikatoren wahr. Sie stellen Informationen zu BGF bereit und bieten auch Beratungsmöglichkeiten an (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Die Zertifizierung des BGM ist freiwillig und muss vom Unternehmen finanziell getragen werden. Sie eignet sich vor allem für Großunternehmen. Für Mittel-, Klein- und Kleinstunternehmen laufen zurzeit Pilotprojekte (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

Vieles spielt sich in der Schweiz jedoch auf regionaler, kantonaler und lokaler Ebene ab. Beispiele hierfür sind die regionalen oder kantonalen BGM-Foren (Gesundheitsförderung Schweiz 2014).

6.2.4 Maßnahmen zur Verlängerung des Arbeitslebens

Der Erhalt der Arbeitsfähigkeit ist aufgrund des demographischen Wandels in Europa mit einer anhaltend niedrigen Geburtenrate, einem Anstieg der Lebenserwartung, der damit verbundenen Alterung der Bevölkerung sowie des Wandels des Krankheitsspektrums hin zu chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen und den veränderten Anforderungen in der Arbeitswelt, ein wichtiges Ziel vieler Regierungen. Dabei kann auch die Betriebliche Gesundheitsförderung – neben anderen Maßnahmen – eine wichtige Rolle spielen. So sind für die älteren ArbeitnehmerInnen, (aber auch alle anderen Beschäftigtengruppen) verstärkt jene Faktoren in den Fokus zu nehmen, die die Arbeitsbedingungen und das Arbeiten selbst bestimmen. In den Arbeitswissenschaften gibt es nur wenige Konzepte, die sich dieser Problematik von einer ganzheitlichen Perspektive aus nähern und alle Einflüsse integrativ betrachten. Eine Ausnahme bildet das „Konzept der Arbeitsfähigkeit“ (Workability), welches auf unterschiedlichen Ebenen ansetzt und im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung seine Umsetzung findet. Die Betriebliche Gesundheitsförderung verfolgt demnach zwei zentrale Ziele, zum Einen die Förderung der Gesundheit zum Anderen auch den Erhalt der Arbeitsfähigkeit, was im Hinblick auf eine Verlängerung des Arbeitslebens von Relevanz ist.

Die Möglichkeiten, Arbeitsfähigkeit durch Maßnahmen auf politischer Ebene – wie Gesetzesänderungen oder das Einrichten von Institutionen – zu erhöhen, sind im Allgemeinen stark von den jeweiligen politischen, sozialen und kulturellen Rahmenbedingungen abhängig. Aus diesem Grund sollten einzelne Maßnahmen immer auf ihre Übertragbarkeit von einem nationalen Kontext in einen anderen geprüft werden. In den vorangegangenen Kapiteln 6.2.1 bis 6.2.3 wurden unterschiedliche nationale Strukturen für BGF/PP beschrieben. In der folgenden Tabelle werden sowohl Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie weitere politische bzw. gesetzlichen Maßnahmen verschiedener europäischer Länder (Dänemark, Finnland, Niederlande, Norwegen, Schweden und Schweiz) dargestellt (vgl. Tabelle 6.6).

Tabelle 6.6:

Einzelne Maßnahmen zur faktischen Verlängerung des Arbeitslebens in ausgewählten europäischen Ländern

Land	Maßnahme (Projekte, gesetzliche Änderung etc.)	Beteiligte Akteure	Jahr	Anmerkungen
Dänemark	Verschieben des Pensionsantritts um bis zu 10 Jahre möglich; dadurch erhöhen sich die Pensionszahlungen um das Verhältnis der zusätzlichen Arbeitsjahre zur Lebenserwartung bei Pensionsantritt	Legislative/Regierung		Quelle: OECD Pensions at a glance 2013
	Pensionsreform und Reform der " Voluntary Early Retirement Pension " (VERP): » Pensionsantrittsalter wird von 65 auf 67 erhöht (zwischen 2019 und 2022). » VERP-Antrittsalter wird von 60 auf 62 erhöht (zwischen 2014 und 2017). » Von 2013–2018 wird die Länge der VERP schrittweise von 5 auf 3 Jahre reduziert. » Die Pensionszahlungen der VERP werden erhöht.	Legislative/Regierung	2011	Wurde von der EU im Rahmen der European Semester speziell für Dänemark empfohlen. (Quelle: The National Reform Programme – Denmark 2012)
	Flexi-job bonus : Bonus für Unternehmen, die Personen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit beschäftigen, vorausgesetzt der Betroffene hat in den letzten 6 Monaten weniger als 10 Stunden pro Woche gearbeitet. Insgesamt wurden zwischen 2013 und 2015 jährlich ca. 4,4 Mio € an Boni vergeben.	Fund for better working Environment and Labour Retention	Seit 2013	Wurde von der EU im Rahmen der European Semester speziell für Dänemark empfohlen. (Quelle: The National Reform Programme – Denmark 2012) (Bredgaard et al. 2009) Das Aufgabengebiet des Fonds wurde in der Regierungsinitiative „A good and long working life for everybody“ (2012) definiert.
	Reform der Arbeitsunfähigkeitspension : vulnerable und betroffene Personen unter 40 haben keinen Anspruch auf eine Arbeitsunfähigkeitspension, sondern erhalten individuelle Leistungen, die an die persönlichen Bedürfnisse angepasst werden. Um die individuellen Leistungen zu koordinieren, werden Rehabilitationsteams in den Gemeinden gebildet.	Legislative/Regierung und Gemeinden	Seit 2012	Wurde von der EU im Rahmen der European Semester speziell für Dänemark empfohlen. (Quelle: The National Reform Programme – Denmark 2012)
	Teilarbeitsfähigkeit : Arbeitszeitverringerung um mindesten 4 Wochenstunden ab dem ersten Krankheitstag möglich. Eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsleistung kann dem Patienten / der Patientin vorgeschrieben werden. Stundenlohn durch den Arbeitgeber und Differenz als Krankengeld von der Gemeinde bis zu einem Jahr. Die Gemeinde bietet auch Reintegrationsmaßnahmen.	Kommunale Behörde (Gemeinde) in Abstimmung mit Arbeitnehmenden und Arbeitgebern	1998, adaptiert 2012	(Bredgaard et al. 2009; Kausto et al. 2008; OECD 2013b)
	Präventionspaket für Sektoren mit hohem Risiko für Fehlzeiten, frühe Arbeitsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspension, und freiwillige/optonale Frühpensionierungen. Für 16 Sektoren werden „self-help kits“ angeboten, die Maßnahmen zur Verringerung von Arbeitskräfteabgang	Regierung, Danish Work Environment Authority, National Research Centre for the Working Environment	2011–2015	Für die ersten drei Sektoren (Baugewerbe, Heimpflege, und Kraftfahrzeugreparatur) mit ca. 500 teilnehmenden Betrieben liegen erste Prozessevaluationen vor. Generelle

Land	Maßnahme (Projekte, gesetzliche Änderung etc.)	Beteiligte Akteure	Jahr	Anmerkungen
	und Burn-out beinhalten. Die vorgeschlagenen Maßnahmen basieren auf wissenschaftlicher Evidenz, Umfragedaten, und Zielgruppenanalysen und werden gemeinsam mit Vertretern der Sektoren angepasst.			herrscht Zufriedenheit mit der Intervention, allerdings ist diese bei den Managern höher als bei den Angestellten/Arbeitern/Arbeitenden
	Das nationale return-to-work Programm ist ein koordiniertes, maßgeschneidertes, interdisziplinäres Programm, das die Fehlzeiten reduzieren, die Rückkehr zum Arbeitsplatz erleichtern und die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit verbessern soll. Zwischen April 2010 und März 2012 haben ca. 17.000 Personen in insgesamt 22 Gemeinden von dem Programm profitiert. Die wichtigsten Komponenten des Programms sind: » Interdisziplinäre return-to-work Teams (Sickness benefit officer der Gemeinde, Psychiater, Psychologen, Physiotherapeut und Mediziner) » Standardisierte Arbeitsfähigkeitsbewertung » Umfassende Trainingskurse für die return-to-work Teams Das Programm konnte ohne Veränderung der existierenden gesetzlichen Rahmenbedingungen durchgeführt werden.	Gemeinden, National Research Centre for the Working Environment (Entwicklung und Evaluation)	Seit 2010	Die Gemeinden erhielten für die Durchführung des Programms 36 Mio € von dem Dänischen Nationalen Präventionsfond. Mit zusätzlichen 4,3 Mio € wurde von Ministerium für Arbeit die Evaluation finanziert. Dafür wurden eine randomisierte kontrollierte Studie (drei Gemeinden) und eine kontrollierte Cluster-Studie (21 Gemeinden) durchgeführt.
Finnland	Act on Occupational health Services: verpflichtet die Arbeitgeber zur betr. Gesundheitsversorgung und gibt deren Inhalte und Organisation vor	Legislative und Betriebe	Seit 2001	Die finnische Gesetzgebung zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz basiert zu großen Teilen auf internationalen Normen.
	Möglichkeit in Frühpension zu gehen wurde gestrichen. Beziehen einer Pension ab Alter von 63 Jahren möglich, mit Reduktion der Pensionszahlungen um 0,4 % pro Monat in Pension vor dem 65. Geburtstag. Umgekehrt wird die Pension um 0,6 % pro gearbeiteten Monat nach dem 65. Geburtstag erhöht.	Legislative und Pensionsversicherung	Seit 2005	Bei den einkommensabhängigen Pensionen gelten die Reduktionen nur bis zum 63. Geburtstag (0,6% pro Monat), und die Erhöhungen erst ab dem 68. Geburtstag (0,4 % pro Monat).
	Teilkrankenstand: Arbeitszeit von 40–60 % und anteiliges Gehalt bei gleichzeitig 50 % des Vollkrankengelds; Kündigungsmöglichkeit stark eingeschränkt.	Vereinbarung zw. Sozialversicherung und Versicherten auf Basis eines Vorschlags der behandelnden Ärzte/Ärztinnen	Seit 2007 Erweiterung 2010 nach Evaluierung	(Health Policy Monitor 2007; Kausto et al. 2008; Kausto et al. 2010; Kausto et al. 2012; Shiri et al. 2013; Viikari-Juntura et al. 2012)
	Verpflichtende Evaluation der (verbleibenden) Arbeitsfähigkeit nach 90 Tagen Krankenstand und Eruiieren einer möglichen Rückkehr zum Arbeitsplatz	Legislative, Arbeitsmedizinischer Versorgungsdienst und Arbeitgeber	Seit 2012	
	Arbeitsfähigkeits-Koordinatoren: für Personen mit Teilarbeitsfähigkeit werden individuelle Maßnahmen zur Wiedereingliederung entwickelt	Legislative, Arbeitgeber oder regionale Behörde (wenn kein Beschäftigungsverhältnis vorliegt)	Seit 2013 (in Pilotierungsphase)	Vom Sozial- und Gesundheitsministerium entwickelt und getragen

Land	Maßnahme (Projekte, gesetzliche Änderung etc.)	Beteiligte Akteure	Jahr	Anmerkungen
	Job bank trial: teilarbeits(un)fähige Personen können sich bei einer Jobbörse registrieren, um als Leiharbeitskräfte verliehen werden oder an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen zu können.	Regierung, Regionale Jobbörsen,	Pilotierung 2009, seit 2012 national implementiert	Vom Sozial- und Gesundheitsministerium entwickelt und getragen. Ziel ist, dass sich das Projekt ab 2016 selber finanzieren kann.
	Forum für Wohlbefinden am Arbeitsplatz (engl. Forum for well-being at work) mit dem Ziel die Implementierung der Gesundheitsversorgungsstrategien in Betrieben zu koordinieren. Zweimal jährlich wird ein Netzwerktreffen auf nationaler Ebene für alle beteiligten Akteure (siehe Spalte links) veranstaltet. Außerdem mindestens vier regionale Workshops pro Jahr veranstaltet.	Netzwerk: Ministerium für Soziales und Gesundheit, andere Ministerien, Arbeitsmarktinstitutionen, Unternehmerinstitutionen, Netzwerke der BGV, Anbieter von Dienstleistungen Organisation: Finnisches Institut für Betriebliche Gesundheit	Seit 2012	Die gesamte organisatorische Leitung und die Vergabe von finanziellen Unterstützungen für Netzwerk-Kooperationen werden vom Finnischen Institut für Betriebliche Gesundheit übernommen.
Niederlande	Betriebliche Wiedereingliederungsmaßnahmen: Unternehmen sind verpflichtet, Akteure und Verantwortungsträger für Erhaltung der Arbeitsfähigkeit und Durchführung von Wiedereingliederungsmaßnahmen zu sein: nachweisliche Rehabilitationsmaßnahmen, Pflicht der Rehabilitanden zur aktiven Teilnahme, Kündigung eingeschränkt. Teilweiser Wiedereinstieg möglich.	Sozialversicherung: Gemeinsam mit dem Arbeitnehmer muss vom Arbeitgeber ein Aktionsplan vorgelegt werden und dieser wird regelmäßig von der SV überprüft.	schrittweise ab 1996 2002 (Gesetz zur Verbesserung der Reintegration) 2004	(OECD 2007; OECD 2014; Vermeulen et al. 2013)
	Das gesetzliche Pensionsantrittsalter soll bis 2021 von 65 auf 67 Jahre erhöht werden und dann alle 5 Jahre an die Lebenserwartung angepasst werden.	Regierung	Erster Vorschlag bereits 2009; 2012 in der Koalitionsvereinbarung verankert; wird 2014 vom Parlament verabschiedet	OECD 2014
	Arbeiter mit niedrigem Einkommen (zwischen 17.139 und 33.326 € pro Jahr) können „Work Bonus“ in Form einer Steuererleichterung von bis zu 1.100 € erhalten, wenn sie im Alter von 61 bis 65 im Arbeitsleben bleiben.	Regierung	Der Work Bonus wird 2015 für neue Fälle abgeschafft und läuft 2018 aus	OECD 2014
	„No-riskpolis“: Kompensation für Arbeitgeber, die über 55-jährige Langzeitarbeitslose einstellen, wenn der/die Arbeitnehmer/in mehr als 13 Wochen krank war. Während des ersten Jahres werden 70 bis 100 Prozent des Gehalts übernommen, während der nächsten 4 Jahre 70 %.	Regierung		Die No-riskpolis gilt auch für Arbeitslose unter 55 die weniger als 35% Arbeitsunfähigkeit haben und dadurch keinen Anspruch auf AU-Leistungen haben (OECD, 2014)
	Im Jahr 2004 wurde von der Regierung eine Initiative zur Verbesserung des Images älterer Arbeitnehmer /innen gestartet. Um altersgerechte Personalpolitik zu stimulieren, wurde eine temporäre Subvention eingeführt. Zwischen 2004 und 2010 wurden insgesamt 444 Projekte von Firmen bzw. Branchen in verschiedenen Sektoren durchgeführt.	Regierung, Betriebe, Branchen	2004-2010	OECD, 2014
	Die Sozialpartner einigten sich 2011 auf eine Sozialcharta für nachhaltige Arbeitsfähigkeit, deren wichtigste Elemente Ausbildung, Vitalität, Arbeitsbedingungen, Vielfalt und individuelle Entscheidungen sind.	Sozialpartner	2011	OECD, 2014

Land	Maßnahme (Projekte, gesetzliche Änderung etc.)	Beteiligte Akteure	Jahr	Anmerkungen
	Die Sozialcharta mündete in einem Programm für nachhaltige Arbeitsfähigkeit , das 2012 in Übereinkunft zwischen den Sozialpartnern und der Regierung implementiert wurde. Ziel ist Arbeitslosigkeit und Krankheit zu verhindern, und die Produktivität der gesamten Arbeiterschaft zu verbessern. Die Teilnahme von Betrieben ist freiwillig und fördert die Verbreitung von good practices durch Netzwerke. Im Ministerium für Soziales und Arbeit wurde ein Team zur Förderung und Koordination des Programms eingerichtet.	Sozialpartner, Regierung, Ministerium für Soziales und Arbeit, Betriebe	2012	Die Aktivitäten und Entwicklungen im Rahmen des Programms werden von der Arbeitsstiftung und dem Ministerium für Soziales und Arbeit überwacht. OECD, 2014
Norwegen	Das Sozialpartner-Abkommen zum „Inclusive Workplace“ („Tripartite inclusive Workplace Agreement“), macht den Arbeitsplatz zur Schlüsselstelle von Gesundheitsförderung und Prävention: Allgemeinmediziner prüfen die Arbeitsfähigkeit und dokumentieren ihre Einschätzung (Es gibt Vorgaben für ärztliche Einstufung). Sanktionen für Arbeitnehmer und Arbeitgeber, die die vorgeschlagene Anpassung nicht akzeptieren. Möglichkeit bis zu 6 Wochen in „aktiven“ Krankenstand mit zu gehen: Zeit oder Geschwindigkeit kann reduziert werden (erhöhter Kündigungsschutz)	Regierung und Sozialpartner	2001 und 2004; Modifikation 2010	Teilarbeitsfähigkeit ist die Norm, Aufhebung der Dichotomie gesund-krank ist das Ziel. (Kausto et al. 2008; Krane et al. 2013; OECD 2013c)
Schweden	Teilkrankenstand ist die präferierte Variante bei Krankheit: Teilkrankenstand ist ab dem ersten Krankheitstag möglich, Teilkrankengeld von 25 %, 50 % oder 75 % durch die staatliche Sozialversicherung, Kündigungsmöglichkeit eingeschränkt. Ärztliche Einstufung der Arbeitsfähigkeit auf 25 %, 50 % oder 75 %.	Einstufungsvereinbarung zw. Arzt, Patient und Sozialversicherung	seit 1962, Anpassungen 1992	(Andren/Svensson 2012; Kausto et al. 2008; Lidwall/Marklund 2011; Nadeem 2013; Stoltenberg/Skov 2010)
	Steuergutschrift für Arbeitseinkommen ist für Arbeiter über 65 Jahre höher	Legislative/Regierung	Seit 2007	OECD, 2014 (Netherlands)
Schweiz	Case Management durch die Invalidenversicherung: Früherfassung und Frühintervention wird forciert. Eine Frühintervention der IV kann von verschiedenen Beteiligten angestoßen werden. Zusätzliche Beschäftigungs- und Integrationsmaßnahmen der kantonalen Invalidenversicherung für Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen.	Invalidenversicherung	Reform der Invalidenversicherung 2008	(EDI 2013; Forum Managed Care 2007)
	Teilarbeitsfähigkeit in % ist möglich, wird aber wenig genutzt. Prozentsatz wird durch ärztliches Zeugnis festgelegt (Auf Basis einer „Taggeldkarte“ vom AG mit Jobbeschreibung wird ein kostenpflichtiges „detailliertes Arbeitsunfähigkeitszeugnis“ ausgestellt). Kantonsweise verschieden lange Lohnfortzahlungen, danach ggf. Zahlungen einer privaten Krankengeldversicherung, nicht der Invalidenversicherung.	Legislative		

7 Schlussfolgerungen

- » Es liegt bereits eine Fülle von wissenschaftlichen Studien mit unterschiedlicher Qualität zur Wirksamkeit von BGF/PP-Interventionen vor. Allmählich werden auch mehr randomisierte kontrollierte Studien (RCTs) und kontrollierte Studien durchgeführt. Durch RCTs kann die Kausalität zwischen Ursache und Wirkung am besten nachgewiesen werden, ihre Ergebnisse sind im Idealfall wiederholbar und wissenschaftlich gut abgesichert. Sie sind in der medizinischen Forschung der Goldstandard und für klar definierte Fragestellungen gut einsetzbar. Im Bereich von komplexeren Interventionen – wie sie im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention vorherrschen – gibt es unter den Experten/Expertinnen unterschiedliche Ansichten, ob RCTs für diese Interventionsart geeignet sind oder ob auf andere Studiendesigns (wie Beobachtungsstudien, Register) zurückgegriffen werden soll.
- » Zur Gesundheitsförderung im Setting Betrieb überwiegen Studien zur individuellen bzw. Verhaltensprävention; organisationsbezogene Multikomponenten-Interventionen bzw. die Verhältnisse adressierende Studien sind derzeit noch in der Minderzahl.
- » Primärstudien zu BGF oder BGF/PP werden in Europa vor allem in Finnland, den Niederlanden, Dänemark und Norwegen von öffentlichen Forschungseinrichtungen durchgeführt. Aus Österreich ist in den vorliegenden systematischen Übersichtsarbeiten keine Primärstudie zur Wirksamkeit und auch keine ökonomische Evaluation enthalten.
- » Einen anderen Blickwinkel auf dasselbe Thema stellen der Erhalt und die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit dar. Im Gegensatz zum Outcome ‚Gesundheit‘ liegen für den Outcome ‚Arbeitsfähigkeit‘ noch nicht viele Studien vor. Erstaunlich ist auch, dass für die Messung der Arbeitsfähigkeit in den vorliegenden publizierten Studien häufig nur Krankenstandstage herangezogen wurden und nicht der Arbeitsbewältigungsindex (ABI) oder Work Ability Index (WAI), der ein validiertes Messinstrument ist und in vielen Ländern eingesetzt wird.
- » Durchgängig vermerken die Autoren der systematischen Reviews bzw. Meta-Analysen Mängel in den vorliegenden Primärstudien: z. B. eingeschränkte Qualität hinsichtlich der Nachvollziehbarkeit des Studiendesigns, der Vergleichbarkeit der inkludierten Gruppen, der Gefahr von Selektionsbias, oder die Verwendung unterschiedlicher Messinstrumente für Outcome-Werte, sodass eine Quantifizierung der Ergebnisse über mehrere Studien hinweg nicht/kaum möglich ist.
- » Die Effekte von BGF/PP-Interventionen nach sozioökonomischen Gruppen werden selten untersucht. Von vielen Autoren wird empfohlen, darauf in zukünftigen Studien verstärkt zu fokussieren, da vermutlich größere Effekte bei vulnerablen Gruppen zu erwarten sind. Auch ist darauf zu achten, in welchem Umfeld Interventionen stattfinden und welche Branchen/Berufsgruppen/Betriebe welche Interventionen benötigen.
- » Theoretische Modelle und empirische Kenntnisse über den Zusammenhang von bestimmten Risikofaktoren (physische oder psychische) am Arbeitsplatz erleichtern zielgerichtete Interventionen und scheinen die Wirksamkeit zu erhöhen. Hier besteht noch Forschungsbedarf.

- » Einflussfaktoren für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz sind durch zwei theoretische Modelle (das Anforderungs-Kontroll-Modell und das Modell beruflicher Gratifikationskrisen) gut abgestützt, empirisch gut belegt und zeigen starke Evidenz (nähere Ausführungen siehe z.B. Nieuwenhuijsen et al. 2010).

Trotz methodischer Einschränkungen ist ersichtlich, dass „maßgeschneiderte“ und gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Primärprävention im Setting Betrieb einen wichtigen Beitrag zum Erhalt von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Menschen leisten und ökonomische Vorteile bringen können.

Empfehlungen zur Stärkung der wissenschaftlichen Evidenz

Evidenzdatenbank

Einzelne Primärstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zeigen größere Effekte als die gebündelten Ergebnisse der systematischen Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen; die Ergebnisse der Studien sind also nicht konsistent und der Erfolg der Maßnahmen hängt offenbar vom Studiendesign, der konkreten Umsetzung und den spezifischen Problemlagen ab. Es wird daher empfohlen, für Österreich eine Evidenzdatenbank zur BGF aufzubauen, in der nationale und internationale Beispiele methodisch gut durchgeführter und erfolgreicher Primärstudien gesammelt werden. Eine erste Grundlage wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit gelegt: Primärstudien mit positiven Ergebnissen wurden in den Evidenz-Tabellen (siehe Tabelle 14.3 bis Tabelle 14.15 im Anhang) besonders gekennzeichnet. In der Evidenzdatenbank sollten auch gut durchgeführte ökonomische Analysen erfasst werden.

Begleitende Evaluationen

Öffentlich finanzierte Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich sollten von einer Evaluation mit gutem Studiendesign begleitet werden. Dabei sollen zur Erfassung relevanter und vergleichbarer Outcomes die international gebräuchlichen Messinstrumente zum Einsatz kommen. Idealerweise sollte gleichzeitig eine ökonomische Evaluation erfolgen, deren Methodik sich an bereits bestehenden nationalen und internationalen Qualitätsvorgaben orientieren soll (vgl. Drummond 2005; Fröschl et al. 2012). Die Ergebnisse dieser Evaluationen sind zu publizieren, um daraus lernen zu können.

Pilotprojekt(e)

Der Nachweis von Wirksamkeit und ökonomischem Nutzen ist bei komplexen ganzheitlichen BGF/PP-Interventionen schwierig (vgl. Kapitel 5). Für Österreich liegt derzeit keine einzige entsprechende ökonomische Evaluation vor. Es wird empfohlen, ein Modellprojekt durchzuführen und dabei die Kennzahlensammlung „Betrieblichen Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“ im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

(Langmann/Kvas 2014) zu berücksichtigen. Dabei sollten auch realistische Kostenanalysen und nicht-monetäre Nutzenkriterien einbezogen werden.

Wissenschaftliche Arbeiten

Theoretische Modelle und empirische Kenntnisse über den Zusammenhang von bestimmten Risikofaktoren und physischen bzw. psychischen Auswirkungen im Setting Arbeitsplatz erleichtern zielgerichtete und effektive BGF/PP-Interventionen. In Anlehnung an den iga-Report 22 (Bödeker/Barthelmes 2011) könnten Berufe mit hoher Krankheitslast und hohen Belastungsrisiken in Österreich ermittelt und eine Zusammenstellung der wissenschaftlichen Literatur zu arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren durchgeführt werden. Auch vertiefende Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen und Erkenntnissen aus der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nach der ASchG-Novelle 2013 sind angesichts der stark steigenden Tendenz erforderlich.

Ausgangsbasis für eine bedarfsgerechte BGF/PP ist die Ableitung von arbeitsweltbezogenen Zielen. Dabei ist ein partizipativer Prozess – unterstützt von größtmöglicher Objektivität – zu empfehlen. Anregungen für eine methodische Herangehensweise finden sich im IGA-Report 8 (Bindzius et al. 2005), wo für die Entwicklung von Zielen für primäre Prävention und für Gesundheitsförderung unterschiedliche Herangehensweisen vorgeschlagen werden.

Auch eine Grundlagenarbeit zum Thema alter(s)gerechten Arbeiten aus theoretischer und praktischer Sicht wäre eine wichtige Voraussetzung, um Österreich-spezifische Maßnahmen abzuleiten, Menschen länger gesund im Arbeitsleben zu halten. Die Grundlagenarbeit sollte sich mit der vorliegenden wissenschaftlichen und empirischen Evidenz sowie theoretischen Konzepten für alter(n)sgerechtes Arbeiten, der Rolle der BGF und weiteren Einflussfaktoren auseinandersetzen, die für einen Verbleib im Erwerbsprozess von Relevanz sind.

Nationaler und internationaler Austausch

Da vor allem im skandinavischen Raum zu den Themen Erhalt und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie alter(s)ngerechtes Arbeiten bereits viel geforscht wurde und wird, empfiehlt es sich, sich auch international mit relevanten Forschungseinrichtungen zu vernetzen und auszutauschen. In den Erfahrungsaustausch könnten auch Entscheidungsträger mit eingebunden werden, etwa durch gemeinsame Austauschtreffen oder Workshops.

Empfehlungen aus Länderbeispielen

Im Ländervergleich gibt es teilweise große Ähnlichkeiten zu Österreich in der Organisation und Umsetzung von BGF/PP (z. B. Deutschland), aber auch große Unterschiede, was die zugrunde liegenden Strukturen, Gesetze und Finanzierungen angeht (z. B. Finnland). Daher erscheint es notwendig, einzelne Aspekte, die möglicherweise auf Österreich übertragbar sind, näher zu prüfen.

Aus den aufbereiteten Länderbeispielen lässt sich ableiten, dass erfolgreiche Systeme zur betrieblichen Gesundheitsförderung immer von mehreren Akteuren (z. B. Sozialpartnern) getragen werden. Außerdem wird klar, dass explizite Zielsetzungen und darauf aufbauende Handlungsanweisungen für die Implementierung und den Erfolg von Maßnahmen von großer Bedeutung sind. Durch die Definition von Teilzielen, deren Operationalisierung und nicht zuletzt durch regelmäßige Publikationen über die Zielerreichung wird Monitoring und Evaluation erleichtert.

Einzelne Maßnahmen zur faktischen Verlängerung des Arbeitslebens aus ausgewählten europäischen Ländern zeigen, dass verschiedenste Strategien zum Einsatz kommen können (siehe Tabelle 6.6). Eine Beurteilung der Wirksamkeit einzelner Maßnahmen ist aber derzeit nicht möglich, da viele Maßnahmen erst vor Kurzem implementiert wurden, für Evaluationen aber eine längerfristige Beobachtung erforderlich ist und daher kaum Evaluationen vorliegen. Es wird empfohlen, die Aktivitäten auf europäischer Ebene weiter zu beobachten und aktiven Erfahrungsaustausch zu pflegen (Workshops, Konferenzen).

Modul 2

Bestandsaufnahme Österreich

8 Einleitung

Ziel von Modul 2 ist eine **Bestandsaufnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung** (BGF) in Österreich. Dabei ist die spezifische Rolle und Einbettung der BGF im Kontext des Themenkomplexes *Gesundheit und Arbeit* zu berücksichtigen. Eine Zusammenschau aktueller und geplanter Aktivitäten von Trägern und Akteuren⁴ der BGF soll die Grundlage dafür bilden, um mögliche Synergien, Defizite und Verbesserungsvorschläge ableiten zu können. Modul 2 gibt demnach einen **Einblick** in bestehende und einen **Ausblick** auf mögliche zukünftige Handlungsfelder der BGF, ihre Organisation und strukturelle Verankerung.

8.1 Erhebungsziele

Neben den **rechtlichen Grundlagen** wird die **Finanzierung** von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen im Setting Betrieb in Österreich erhoben. Auf operativer Ebene ist die **Beschreibung relevanter Träger bzw. Akteure** der BGF mit den geförderten Aktivitäten und fokussierten Zielgruppen zentral. Ferner von Interesse ist die **Evaluierung** von geförderten BGF-Projekten und -Aktivitäten.

8.2 Methodik

Die vorliegende Bestandsaufnahme von BGF in Österreich basiert auf einer umfangreichen Recherche und qualitativen Stakeholder-Interviews. Die (Literatur-)Recherche konzentrierte sich auf die rechtlichen Grundlagen, das Ausgabengeschehen, die Anreizsysteme für BGF in Österreich und die Erhebung der öffentlich institutionellen Träger. Eine **qualitative Erhebung** hatte das Ziel, die Ergebnisse der Recherche zu vertiefen bzw. zu verifizieren und Einblicke in die operative BGF/PP in Österreich zu erhalten. Einschätzungen der Rolle von und der Herausforderungen an BGF waren Kernthema der Erhebung. Insgesamt wurden 14 semistrukturierte Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern von relevanten Trägern/Akteuren durchgeführt, die Ergebnisse fließen in die Texte von Modul 2 ein und werden nicht gesondert dargestellt. Die Liste der Interviewpartner/innen findet sich im Anhang Tabelle 14.18. Des Weiteren wurden Interviews mit Führungskräften von BGF-Gütesiegel-Projekten ausgewertet (FGÖ 2011).

4

Die Begriffe Träger und Akteure beziehen sich in dieser Studie auf öffentliche Institutionen, die BGF-Initiativen durch die Bereitstellung von Expertise, Tools bzw. Finanzierung fördern.

9 Rahmenbedingungen

9.1 Beschäftigte und Betriebe

Laut Statistik zu den Beschäftigungszahlen in Österreich lag die Anzahl der unselbstständig Beschäftigten im Jahr 2013 bei 3.483.021 Personen, wovon 287.200 arbeitslos gemeldet waren. Tabelle 9.1 stellt die Aufteilung der unselbstständig Beschäftigten nach Altersgruppen bzw. Frauen und Männern dar.

Tabelle 9.1:

Anzahl der unselbstständig Beschäftigten nach Altersgruppen und Geschlecht, 2013

Unselbstständig Beschäftigte ¹					
Alter in Jahren	insgesamt	Männer	Frauen	Arbeiter/innen	Angestellte
bis 14	94	51	43	66	28
15 bis 19	161.130	97.868	63.262	105.991	55.139
20 bis 24	320.537	169.889	150.648	150.011	170.526
25 bis 29	401.571	209.133	192.438	151.341	250.230
30 bis 34	422.237	225.758	196.479	149.990	272.247
35 bis 39	407.935	215.291	192.644	146.756	261.179
40 bis 44	475.165	243.183	231.982	169.681	305.484
45 bis 49	515.275	263.210	252.065	184.038	331.237
50 bis 54	446.485	229.461	217.024	159.110	287.375
55 bis 59	269.400	153.051	116.349	96.728	172.672
60 bis 64	52.743	39.533	13.210	17.519	35.224
65 bis 69	7.012	4.490	2.522	1.640	5.372
70 bis 74	2.610	1.719	891	604	2.006
75 und darüber	827	520	307	219	608
Unselbstständig Beschäftigte insgesamt	3.483.021	1.853.157	1.629.864	1.333.694	2.149.327

¹ Daten laut Beschäftigtenstatistik des Hauptverbandes der SV-Träger

Quelle: WKÖ (2014); Darstellung: GÖ FP

Im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist auch die Aufteilung der Beschäftigten nach Sparten interessant, da Gesundheitsrisiken branchenspezifisch unterschiedlich sind.

Die meisten Beschäftigten sind mit 26,4 Prozent in der Sparte Gewerbe und Handwerk tätig, gefolgt vom Handel mit 21,5 Prozent. 18,6 Prozent arbeiten in der Sparte Industrie, 12 Prozent in der Tourismus-/Freizeitwirtschaft. Weniger als 10 Prozent unselbstständig Beschäftigte arbeiten in folgenden Sparten: Transport und Verkehr (8,7 %), Information und Consulting (8,2 %) und Bank und Versicherung (4,7 %) (WKÖ 2014).

Die Betriebsstruktur weist folgende Merkmale auf (Stand: Januar 2014): Österreichweit gibt es insgesamt 243.460 Betriebe, wobei der Großteil Klein- und Mittelbetriebe (KMU) sind. 239.336 Betriebe haben zwischen einem und 99 Beschäftigte. 2.678 Betriebe beschäftigen zwischen 100 und 249 Personen, nur 1.446 Betriebe haben über 250 Beschäftigte. Betrachtet man die Statistik nach Betriebsgrößenstufen, zeigt sich, dass 52,2 Prozent der Beschäftigten in Betrieben mit bis zu 99 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (MA) arbeiten. 33 Prozent der unselbstständig Beschäftigten sind in Betrieben mit mehr als 250 MA tätig und nur 14 Prozent aller Beschäftigten in Betrieben mit 100 bis 249 MA (WKÖ 2014).

9.2 Rechtliche Grundlagen und (inter-)nationale Entwicklungen

Die rechtlichen Grundlagen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung können nur schwer vom Gesamtkontext *Gesundheit und Arbeit* losgelöst verstanden werden. In der Folge werden überblicksartig die wichtigsten Meilensteine in der Entwicklung der rechtlichen und strukturellen Grundlagen für Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz aufgelistet. Diese finden sich insbesondere in den Sozialversicherungsgesetzen und im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), seit 2011 auch im Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG).

- » Im Jahr **1992** wurde die Aufgabe der **Gesundheitsförderung** in den **Leistungskatalog** der Krankenkassen per Gesetz übertragen (§ 116 ASVG – 50. ASVG-Novelle), allerdings fehlen konkrete Vorgaben hinsichtlich der Umsetzung. In der Folge kam es zu weiteren Bestimmungen mit den §§ 116 bzw. 154 lit b, die Regelungen zu Vorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention enthalten. Darüber hinaus wird mit § 447 lit h ASVG ein „Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung“ [sic] eingerichtet, dessen Mittel für „Vorsorge(Gesunden)untersuchungen“ [sic] sowie für vom Hauptverband koordinierte Maßnahmen für zielgerichtete, wirkungsorientierte Gesundheitsförderung (Salutogenese) und Prävention zu verwenden sind. Im ASVG findet sich auch die verpflichtende **allgemeine Unfallversicherung** (§ 2 ASVG), deren Leistung nicht nur Unfallheilbehandlung, Rehabilitation und finanzielle Entschädigung nach einem Arbeitsunfall bzw. einer Berufskrankheit umfasst, sondern auch Prävention und Schadenverhütung im Setting Betrieb (z. B. § 24 bzw. § 172 ASVG). Alle Träger der Unfallversicherung (AUVA, VAEB, BVA und SVB) bieten in diesem Rahmen spezifische Präventionsprogramme an (z. B. AUVAfit).
- » Im Jahr **1995** trat das **Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnenschutzgesetz – ASchG)** BGBl 1994/450 in Übereinstimmung mit entsprechenden EU-Richtlinien in Kraft, womit Grundlagen für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern festgelegt wurden. Gezielter ArbeitnehmerInnenschutz soll Unfallgefahr, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und Dauerschäden zu vermeiden helfen.
- » Im Jahr **1996** wurde das **Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP)** gegründet. Der Ansatz der BGF wurde als notwendige Weiterentwicklung der auf monokausale Ursachen abgestimmten Präventionsstrategien (Meggeneder/Hirtenlehner 2006) des ASchG gesehen. **1998** wurde das **Gesundheitsförderungsgesetz** verabschiedet. Mit

der Einrichtung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) wurde ein Budgetrahmen von 7,25 Mio. Euro für Gesundheitsförderungsaktivitäten festgelegt, wobei ein Großteil davon für Maßnahmen der BGF gewidmet ist. Der FGÖ unterstützt als nationale Kompetenz- und Förderstelle im Rahmen seines Tätigkeitsschwerpunkts „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)“ u. a. das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF). Als eines der Ziele des FGÖ wird die Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen angeführt. Wie bei der Finanzierung wird auch hier zwischen Zielen für Gesundheitsförderung im Allgemeinen und BGF im Speziellen unterschieden.

- » Im Jahr **2000** wurde das **Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)** gegründet. Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse richtete die erste nationale Kontaktstelle ein. Mittlerweile besteht ein bundesweites Netzwerk aus Regionalstellen, Servicestellen und Partnern. Mit Ausnahme von Vorarlberg (Fonds Gesundes Vorarlberg) sind die Regionalstellen bei den Gebietskrankenkassen angesiedelt. Details zum ÖNBGF folgen in Kapitel 10.1.
- » Im Jahr **2011** wurde das **Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG)** verabschiedet. Prioritäres Ziel ist der langfristige Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Menschen. Zur Erreichung dieses Ziels ist ein flächendeckendes, niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot geschaffen worden. „Dieses hat zielgerichtete Informationen über gesundheitsfördernde Themen des Arbeitslebens allgemein zur Verfügung zu stellen und einer frühzeitigen Interventionsmöglichkeit bei gesundheitlichen Problemen erwerbstätiger oder arbeitsloser Personen zu dienen. Bei Bedarf sollen mittels Case-Management Maßnahmen zur frühzeitigen Lösung gesundheitlicher Probleme entwickelt werden. Betriebe sollen bei der Entwicklung und Festigung einer gesundheitsförderlichen betrieblichen Arbeitswelt unterstützt werden“ (§ 1 AGG). Die Finanzierung erfolgt anteilig durch die Träger der Sozialversicherung, durch den Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zu Lasten der Gebarung Arbeitsmarktpolitik und durch das Sozialministeriumservice (früher: Bundessozialamt). Diese Bestimmungen sind die Grundlage für das Programm *Fit2work*⁵
- » In der **Gesundheitsreform 2012** wurden Prävention und Gesundheitsförderung in den Vordergrund gerückt. „Länger Leben [sic] bei guter Gesundheit‘ ist eines der Kernziele [dieser] Gesundheitsreform[, in der] Prävention und Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle [spielen]. (...) Um in Zukunft vermehrt auf Prävention zu setzen, wird **auf Landesebene** ein gemeinsamer Gesundheitsförderungsfonds eingerichtet. Der Fonds wird mit insgesamt 150 Millionen Euro für zehn Jahre dotiert. Über die Mittelverwendung entscheidet die jeweilige Landeszielsteuerungskommission“ (BMG 2012).
- » Im Jahr **2012** wird der Grundsatz „**Health in All Policies**“ mit Entwicklung von **zehn Rahmen-Gesundheitszielen** weiter verfolgt. Neun dieser Rahmengesundheitsziele betreffen die Gestaltung von Lebensbedingungen. Das Rahmen-Gesundheitsziel 1 „Gesundheitsförderliche

5

<http://www.fit2work.at/home/> (30. 7. 2014)

Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ ist für BGF und Prävention von besonderer Relevanz.

- » Auf Basis der Gesundheitsreform 2012 wird im Jahr **2013** das **Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz** (BGBl I 2013/81) verabschiedet mit Betonung einer forcierten Gesundheitsförderung und Prävention durch Einrichtung von Gesundheitsförderungsfonds im Rahmen der Landesgesundheitsfonds.
- » In der österreichischen **Arbeitsschutzstrategie 2007 – 2012** und fortgesetzt in der **Arbeitsschutzstrategie 2013 – 2020** wird in einer gemeinsamen Resolution des Sozialministeriums, BMFWF, BMGF
- », BMBF, der Sozialpartner und der AUVA das Ziel „Prävention von psychischen Belastungen und Erkrankungen“ festgelegt.
- » Im Jahr **2013** wird eine **ASchG-Novelle** erlassen, mit der die Notwendigkeit der verstärkten **Berücksichtigung arbeitsbedingten psychischen (Fehl-)Belastungen bei der Arbeitsplatzevaluierung** betont wird (BGBl I 2012/118). Die Verpflichtung dazu hat für Arbeitgeber/innen bereits seit 1995 bestanden und wurde mittels dieser Novelle klargestellt.
- » Im Jahr **2013** wird im **Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung** für die Jahre 2013–2018 festgelegt, dass BGF als qualitätsgesichertes, ganzheitliches Modell in der Krankenversicherung forciert und flächendeckend angeboten werden soll. Auch sollen für qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen steuerliche Anreize geschaffen werden. Einnahmen einer neuen Abgabe für altersgerechte Arbeitsplätze sollen zur Hälfte für Maßnahmen der BGF verwendet werden (BKA 2013).
- » Im Jahr **2014** wurde die **Gesundheitsförderungsstrategie** im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages beschlossen. „Der Gesamtrahmen für die inhaltlichen Schwerpunkte definiert alle Interventionsfelder, in denen Gesundheitsförderung in den nächsten zehn Jahren in Österreich umgesetzt werden soll und für die die Mittel der „Gesundheitsförderungsfonds“ und „Vorsorgemittel“ wirkungsorientiert verwendet werden müssen.“ Die inhaltliche Schwerpunktsetzung basiert auf den Rahmen-Gesundheitszielen. Für die Periode bis 2016 liegt ein priorisierter Schwerpunkt u. a. auf „Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter“ (BMG 2014).

Die Auflistung macht deutlich, dass es in Österreich allein auf Bundesebene eine Vielzahl von gesetzlichen Regelungen und Initiativen gibt, die sich – geleitet von unterschiedlichen Zielsetzungen – mit dem Thema Gesundheit und Arbeit im weiteren Sinne befassen. Im Zeitverlauf wird auch ersichtlich, dass die (politische) Relevanz dieses Themas in den letzten Jahren stark gestiegen ist. Die einzelnen politischen Initiativen sind auf unterschiedliche Ressorts und Träger verteilt. In Bezug auf die Umsetzung ist eine Vielzahl an Akteuren involviert (Tabelle 9.1 und Tabelle 9.2. Für eine gemeinsame Abstimmung der Ziele – im Sinne einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik – sind erst in den letzten Jahren relevante Grundlagen geschaffen worden. Vor allem die Rahmen-Gesundheitsziele wie auch die Gesundheitsförderungsstrategie bieten eine konkrete Möglichkeit, sich dem Thema Gesundheit und Arbeit umfassend zu widmen und in einem intersektoralen Prozess gemeinsame (politische) Ziele und Vorgehensweisen abzustimmen. Wesentlich ist dabei nach

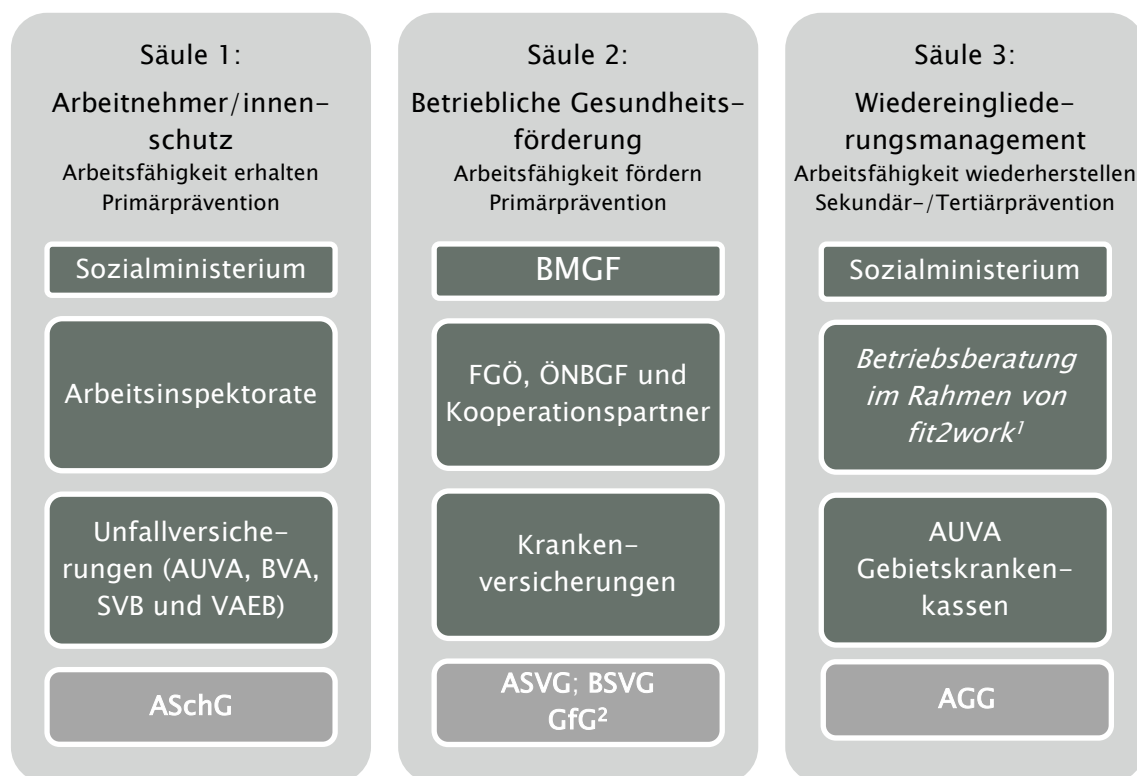
Einschätzung von Expertinnen und Experten, bestehende Strukturen (vgl. Kapitel 9.3) in einen gemeinsamen Rahmen zu bringen bzw. besser aufeinander abzustimmen und nicht neue Strukturen zu Thema Gesundheit und Arbeit zu schaffen.

9.3 Aktivitätsfelder: ArbeitnehmerInnenschutz – Betriebliche Gesundheitsförderung – Betriebliches Eingliederungsmanagement

Auf nationaler Ebene können neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung zwei weitere zentrale Aktivitätsfelder identifiziert und in einem übergeordneten Themenfeld *Gesundheit und Arbeit* kontextualisiert werden (vgl. Abbildung 9.1). Diese Aktivitätsfelder basieren auf unterschiedlichen rechtlichen Regelungen, wie auch auf unterschiedlichen strukturellen Grundlagen für die operative Umsetzung. Es handelt sich dabei um den ArbeitnehmerInnenschutz, die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und das Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM).

Abbildung 9.1:

Zentrale Aktivitätsfelder *Gesundheit und Arbeit* in Österreich – vereinfachte Darstellung



¹ Anteilige Finanzierung durch SV-Träger (PVA, GKK, AUVA), Gebarung Arbeitsmarktpolitik und Sozialministeriumservice

² Gesundheitsförderungsgesetz zur Finanzierung von Gesundheitsförderung durch den FGÖ

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die mittlere Säule beschreibt die **Betriebliche Gesundheitsförderung** (BGF). Diese stellt in Österreich für KV-Träger eine Pflichtaufgabe, aber keine Pflichtleistung dar (vgl. § 154 lit b ASVG), für Betriebe hingegen ist die BGF eine freiwillige Initiative. BGF ist in den meisten Fällen extern organisiert und wird den Betrieben von am freien Markt tätigen Beratern angeboten, die Umsetzung eines BGF-Prozesses ist vielfältig, BGF-Maßnahmen sind nicht verbindlich umzusetzen und vorhandene Qualitätskriterien als freiwilliges Commitment zu verstehen (Moritz 2007). Erstgespräche erfolgen oftmals über die gesetzlichen Krankenversicherungen, die abhängig vom Bundesland bzw. von den jeweils zuständigen Krankenkassen den Betrieben verschiedene Angebote kostenlos bzw. -günstig anbieten. Entscheidet sich ein Betrieb für einen BGF-Prozess, so sind laut Qualitätskriterien des Österreichischen Netzwerkes für BGF (ÖNBGF) je nach Betriebsgröße bestimmte Strukturen bzw. Prozesse im Betrieb bereitzustellen. Diese Standards und Qualitätskriterien basieren auf einem international (weitgehend) abgestimmten Konzept und werden dann verbindlich, wenn ein Betrieb eine FGÖ-Förderung und/oder das BGF-Gütesiegel anstrebt.

Zentrale Player sind in diesem Zusammenhang die gesetzlichen Krankenversicherungen bzw. der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der die für BGF gewidmeten Gelder aus dem Umsatzsteueraufkommen der Republik verwaltet und somit als wichtigster Fördergeldgeber für BGF-Betriebe fungiert. Das ÖNBGF hat auf strategischer Ebene eine maßgebliche Funktion, da alle im Kontext *Gesundheit und Arbeit* relevanten Entscheidungsträger – die Arbeitsinspektorate ausgenommen – Mitglieder dieses Netzwerkes sind (vgl. Kapitel 10.1).

Eine weitere Säule beschreibt den **ArbeitnehmerInnenschutz**, der alle Vorkehrungen und Aktivitäten umfasst, die den Schutz des Lebens und der Gesundheit der Menschen bei ihrer beruflichen Tätigkeit zum Ziel haben. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) ist die verbindliche Umsetzung der EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz.

Zielsetzung des ArbeitnehmerInnenschutzes ist primär die Vermeidung von gesundheitlichen Belastungen und die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Es gibt zahlreiche Bestimmungen des ASchG zum Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz, der technische und arbeitshygienische Schutzvorschriften umfasst sowie zum Bereich Arbeitszeit- und Verwendungsschutz, die Schutzbestimmungen für bestimmte schutzwürdige Gruppen von ArbeitnehmerInnen umfasst (z. B. Jugendliche, werdende Mütter) sowie Arbeitszeit- und Arbeitsruhe Regelungen.

Das ASchG umfasst zahlreiche Maßnahmen, hier sind einige Beispiele auszugsweise angeführt: Durchführung einer Arbeitsplatzevaluierung, um bestehende Gefährdungen und gesundheitliche Belastungen der ArbeitnehmerInnen systematisch zu ermitteln und zu beurteilen, sowie Maßnahmen abzuleiten und deren Wirksamkeit zu überprüfen. Andere Regelungen betreffen den Schutz vor Lärmbelastungen, die Gestaltung bei Bildschirmarbeit, Arbeitsstätten/-räume, Nichtraucher-schutz, Verbot bzw. der Ersatz und die Bestimmungen zur Lagerung von gefährlichen Arbeitsstoffen, Gesundheitsüberwachung durch Eignungs- und Folgeuntersuchungen. Arbeitsvorgänge sind so zu gestalten, dass ein wirksamer Schutz des Lebens und der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen erreicht wird (Reduzierung von Monotonie, einseitige Belastungen, Zeitdruck usw.). Händisches

Bewegen von Lasten, das eine Gefährdung – insbesondere des Bewegungs- und Stützapparat – mit sich bringt, muss vermieden werden bzw. Hilfsmittel müssen zur Verfügung gestellt werden usw.

Das ASchG verpflichtet die Betriebe u. a. zu einer regelmäßig durchzuführenden Gefahrenanalyse mit entsprechender Maßnahmenableitung und Dokumentation wie auch zur Bereitstellung einer spezifischen Organisation innerhalb des Betriebs (z. B. Sicherheitsfachkraft, ArbeitsmedizinerIn, Sicherheitsvertrauenspersonen und erforderlichenfalls ArbeitspsychologInnen). Gesetzlicher Arbeitnehmerschutz fokussiert daher primär auf einem verhältnispräventiven Ansatz. Durch diese gesetzliche Grundlage werden in Österreich kontinuierlich alle Betriebe erreicht, die Kosten für die Implementierung der Struktur bzw. Erfüllung der gesetzlichen Auflagen trägt primär der Betrieb, unterstützt durch Fördermaßnahmen insbesondere durch die AUVA. Das ASchG wird aktuell vor allem infolge einer im Januar 2013 in Kraft getretenen Novelle verstärkt wahrgenommen, die die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen für alle Betriebe in den Fokus gerückt hat.

Die Zuständigkeit auf nationaler Ebene liegt beim Bundesministerium für Soziales, Arbeit und Konsumentenschutz (Sozialministerium). Als dezentrales Kontrollorgan fungieren die Arbeitsinspektorate in insgesamt 19 regionalen Aufsichtsbezirken⁶.

Die Abgrenzung zwischen ASchG und BGF ist in Tabelle 9.2 dargestellt. Moritz weist darauf hin, dass sich auf Umsetzungsebene Überschneidungen ergeben, und es sinnvoll ist, sie integriert zu betrachten und aufeinander abgestimmt umzusetzen (Moritz 2007).

6

<http://www.arbeitsinspektion.gv.at/Al/Arbeitsschutz/default.htm> (22. 5. 2014)

Tabelle 9.2:

Abgrenzung von Arbeitsschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung

Kriterium	Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Ziel	Schutz des Lebens und der Gesundheit am Arbeitsplatz, Schutz vor Gefährdungen und gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz	Schaffung und Erhaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsplätzen und menschengerechten Arbeitsbedingungen sowie Befähigung und Unterstützung von gesundheitsförderlichem Verhalten der Belegschaft.
Rolle des Staates	Festlegung von Pflichten und Standards in Form von Gesetzen, Richtlinien, v. a. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz	Initiierung und Motivierung für Maßnahmen der BGF, Unterstützung von Netzwerken
	Überwachung der Einhaltung der definierten Verpflichtungen und Standards (v. a. Arbeitsinspektorat)	Finanzielle Förderung von BGF-Aktivitäten und -Maßnahmen
Rolle der Sozialpartner	Interessenvertretung, Beratung, z. B. im Arbeitnehmerschutzbeirat	Initiierung und Motivierung von BGF, Mitarbeit bei Netzwerken
		Bereitstellung von Informationen
		Finanzierung von Maßnahmen
Rolle der Betriebe	Verpflichtend	Freiwillig

Quelle: auf Basis von Moritz (2007); Darstellung: GÖ FP

Die dritte Säule der Abbildung 9.1 beschreibt das **Betriebliche Wiedereingliederungsmanagement (BEM)**, das auf dem im Januar 2011 in Kraft getretenen Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) basiert.

Zentrales Ziel dieses Bundesgesetzes ist der langfristige Erhalt der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit erwerbstätiger und arbeitsloser Personen. Zur Erreichung dieses Ziels ist ein flächendeckendes niederschwelliges Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu schaffen. Dieses hat zielgerichtete Informationen über gesundheitsfördernde Themen des Arbeitslebens allgemein zur Verfügung zu stellen und einer frühzeitigen Interventionsmöglichkeit bei gesundheitlichen Problemen erwerbstätiger oder arbeitsloser Personen zu dienen. Bei Bedarf sollen mittels Case-Management Maßnahmen zur frühzeitigen Lösung gesundheitlicher Probleme entwickelt werden. Betriebe sollen bei der Entwicklung und Festigung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt unterstützt werden. Das Angebot richtet sich sowohl an beschäftigte und arbeitslose Personen wie auch an Betriebe, so fern diese einen diesbezüglichen Beratungsbedarf äußern, der nicht von der Arbeitsinspektion oder vom zuständigen Träger der Unfallversicherung abgedeckt ist (vgl. § 1 AGG).

Das schwerpunktmäßig auf berufliche Sekundär- und Tertiärprävention ausgerichtete Programm bietet kostenlose Beratungsleistungen für Arbeitnehmer/innen (inkl. Case Management) und für Betriebe (siehe <http://www.fit2work.at>).

Die Zuständigkeit liegt auch hier auf nationaler Ebene im Sozialministerium, finanziert wird das BEM-Angebot *fit2work* anteilig aus Mitteln der Gebarung Arbeitsmarktpolitik, der Sozialversicherungsträger (Pensionsversicherung, Gebietskrankenkassen, AUVA) und des Sozialministeriumservice.

Im Folgenden werden relevante Ergebnisse **aus den durchgeführten Interviews** (siehe Anhang, Tabelle 14.18) Bezug auf die Schnittmengen der Aktivitätsfelder ASchG, BGF und BEM skizziert:

- » Die gesetzliche Verankerung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen führt auch dazu, dass Betriebe verstärkt Interesse an BGF zeigen.
- » Es gibt nur wenige Initiativen, die einen Gesamtüberblick über alle Maßnahmen und Angebote im Bereich Gesundheit und Arbeit anbieten?
- » Es bestehen ein Mangel an politischer Leadership bzw. strukturelle Defizite in der Gesamtbetrachtung des Themas Gesundheit und Arbeit.
- » Auch ist Mangel an intersektoraler Zusammenarbeit aller relevanten Ressorts und Akteure festzustellen.
- » Beraterinnen und Berater im Bereich der BGF fehlt teilweise das Wissen, um interessierten Betrieben einen Gesamtblick auf Maßnahmen und Angebote im Bereich Arbeit und Gesundheit geben zu können. Sie können daher auch kaum auf andere Programme verweisen oder diese adäquat integrieren.
- » Relevanz hat dies in Bezug auf die verpflichtenden Maßnahmen des Arbeitnehmerschutzes in Abgrenzung zu freiwilligen Angeboten der BGF, z. B. bei BGF-Förderungen, die nicht für verpflichtende Maßnahmen gemäß ASchG vergeben werden dürfen.
- » Alle drei beschriebenen Aktivitätsfelder folgen ihrer eigenen Methodologie, damit verbunden kommen naturgemäß unterschiedliche Erhebungsinstrumente zum Einsatz.
- » Die Kommunikation zwischen Arbeitsinspektion (ASchG) und BGF ist weder auf politischer noch auf operativer Ebene strukturell verankert, obwohl diese Schnittstelle relevant erscheint (die Arbeitsinspektorate sind z. B. nicht im ÖNBGF-Netzwerk vertreten).
- » Manche Interviewpartner/innen hatten den Eindruck, dass vorhandene Unklarheiten an den Schnittstellen der drei Aktivitätsfelder zu Konkurrenz auf Berater- und zu Doppelgleisigkeiten auf Betriebsebene führen.

Die Analyse der Ziele, den Aktivitäten und den unterschiedlichen Akteuren in den Bereichen ArbeitnehmerInnenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement macht deutlich, dass zwischen diesen drei Säulen thematische Überlappungen bestehen. Auch die Auswertung der durchgeführten Interviews zeigte, dass von Seiten der ExpertInnen zwischen den drei Aktivitätsfeldern Überschneidungen wahrgenommen werden, die u.a. auch zu Unklarheiten bei den Betrieben führen. Das Thema psychische Belastungen am Arbeitsplatz beispielsweise wird im Rahmen des verpflichtenden ArbeitnehmerInnenschutzes, der freiwilligen Betrieblichen Gesundheitsförderung und auch im Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement – wenngleich aus etwas unterschiedlichen Perspektiven – adressiert. Auch viele verhältnisorientierte Themen der (freiwilligen) Betrieblichen Gesundheitsförderung sind eigentlich dem

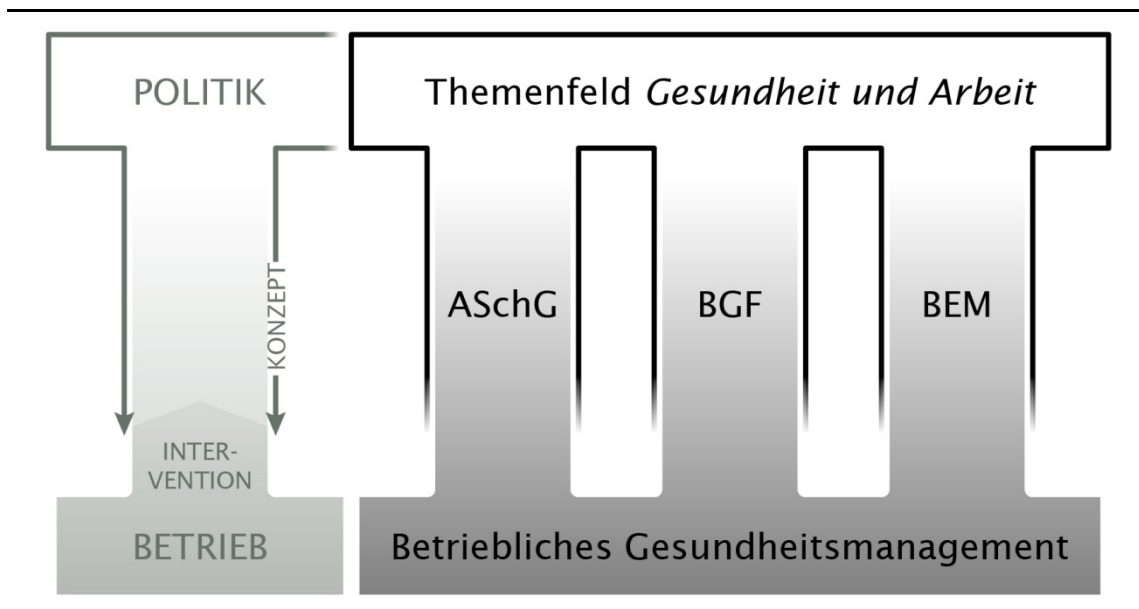
ArbeitnehmerInnenschutz zuzuordnen wie z. B. ergonomische Maßnahmen und diese wiederum können auch ein Thema beim Betrieblichen Wiedereingliederungsmanagement (BEM) sein.

Diese Überlappungen führen in der Umsetzungspraxis oftmals zu Verwirrungen bei den Betrieben. Gerade Kleinst- und Kleinbetriebe sind oftmals mit dem vielfältigen Angebotsspektrum (ASchG – BGF – BEM) überfordert. Dies kann hinderlich für eine größere Verbreitung von Maßnahmen zum Erhalt und Wiederherstellung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Menschen in Betrieben sein.

Ein koordiniertes und abgestimmtes Vorgehen zwischen den drei Säulen könnte Unklarheiten und Doppelgleisigkeiten vermeiden sowie Synergiepotenziale heben, und damit einen effizienteren und effektiveren Mitteleinsatz bewirken. Beispielsweise könnte ein standardisierter Beratungsprozess, der alle drei Säulen berücksichtigt, Betriebe dabei unterstützen, eine am ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und am Bedarf orientierte Vorgehensweise mit dem übergeordneten Ziel eines ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagements gemeinsam festgelegt werden. Bei diesem Prozess sollten die Bedürfnisse von kleinen und mittleren Unternehmen ausreichend berücksichtigt werden.

Auf Basis der Erhebungsergebnisse erscheint es sinnvoll, die einzelnen Aktivitätsfelder in einem Themenfeld „*Gesundheit und Arbeit*“ zu sehen, mit dem Ziel sich bei überschneidenden Inhalten und Nahtstellen ein ganzheitliches Vorgehen zu ermöglichen, zu koordinieren und zu vernetzen (vgl. Abbildung 9.2).

Abbildung 9.2:
Gesamtkontext Gesundheit und Arbeit in Österreich – vereinfachte Darstellung



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 9.2 macht deutlich, dass es Aufgabe einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik sein sollte, ein übergeordnetes und intersektoral aufgestelltes Themenfeld *Gesundheit und Arbeit* zu definieren und von oben einzelne Vorgaben bzw. Konzepte zu erarbeiten. Diese Vorgaben schärfen letztendlich die Konturen der Interventionsstränge. Die Betriebe wiederum haben die Pflicht (ASchG) bzw. die Möglichkeit (BGF bzw. BEM), die einzelnen Interventionsstränge mit Leben zu erfüllen – heißt: Interventionen auf Betriebsebene umzusetzen. Dies geschieht im optimalen Fall im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements⁸. Je klarer voneinander abgegrenzt die Vorgaben sind, umso leichter fällt es den Betrieben, sich einen Überblick zu verschaffen und Interventionen zu setzen, die sowohl auf struktureller als auch auf individueller Ebene die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördert.

In diesem Zusammenhang wäre auch ein Schnittstellenmanagement hilfreich, das die Unterschiede und Gemeinsamkeiten sowie spezifischen Zuständigkeiten zwischen den oben genannten Konzepten und Interventionen der Gesundheitsförderung im Setting Betrieb schärft und somit auch potenzielle Synergien für die Betriebe nutzbar macht.

In Deutschland wurde nach mehreren Anläufen nunmehr ein Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (PrävG) im Juli 2015 vom Bundestag verabschiedet. Schwerpunkte des Präventionsgesetzes sind unter anderem die Förderung der Prävention im Betrieb sowie eine zielgerichtete Zusammenarbeit aller Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung in Form von Nationalen Präventionskonferenzen (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>)

9.4 Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich

Wie viel Geld für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich ausgegeben wird, ist nicht bekannt. Es gibt zwei Primärerhebungen älteren Datums des ÖBIG, die unter anderem auch die Ausgaben der öffentlichen Hand für „Gesunde Betriebe“ betreffen (siehe Tabelle 9.3). Diese beliefen sich im Jahr 2001 – drei Jahre nach Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetzes – auf rund 640.000 Euro. Aus den Jahresberichten des Fonds Gesundes Österreich ist ersichtlich, wie hoch die Fördersummen für BGF sind – sie beliefen sich im Jahr 2012 auf 1,2 Mio. Euro, was 27 Prozent des geförderten Projektvolumens des FGÖ entsprach.

Auch wie viel insgesamt für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich ausgegeben wird, ist nicht ausreichend transparent. Die Statistik Austria verfügt aktuell über die umfassendste Dar-

8

Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als betriebliche Managementaufgabe definiert – als systematisches und nachhaltiges Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen in Verbindung mit einer gesundheitsförderlichen Befähigung der Beschäftigten (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004).

stellung zu den Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben; aufgrund diverser Primärdatenquellen (Rechnungsabschlüsse, Geschäftsberichte etc.) und Schwierigkeiten hinsichtlich Nomenklatur und Abgrenzung bzw. Zuordnung von Budgetpositionen ist sie vermutlich lückenhaft.

Welche Summen die Betriebe in Österreich für Prävention und Gesundheitsförderung ihrer Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter ausgeben, wurde bisher nicht erhoben.

Tabelle 9.3:
Übersicht über Datenquellen für Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben in Österreich

Quelle:	Was/Wer	Ergebnisse:	Anmerkungen:
ÖBIG 1999: Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich	Primärerhebung bei Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung ; Aufgliederung der Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben nach thematischen Schwerpunkten und nach Ausgabenträger	Bezugsjahr 1996: Ausgaben für Gesundheitsförderung, Primär und Sekundärprävention: » rund 363 Mio. € » 22,72 € pro Einwohner Ausgaben für Gesunde Betriebe: » 14.535 €	
ÖBIG 2001: Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich	Primärerhebung bei Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung ; Aufgliederung der Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben nach thematischen Schwerpunkten und nach Ausgabenträgern	Bezugsjahr 2001: Ausgaben für Gesundheitsförderung, Primär und Sekundärprävention: » rund 459 Mio. € » rund 58 € pro Einwohner Ausgaben für Gesunde Betriebe: » rund 640.000 €	Sozialversicherung größte Anteil bei Gliederung nach Trägern
Statistik Austria	Gesundheitsausgaben in Österreich laut System of Health Accounts (OECD), jährliche Ermittlung basierend auf volkswirtschaftlicher Gesamtrechnung, Rechnungsabschlüsse, Geschäftsberichte, eigene Berechnungen/Schätzungen, 1990 bis 2011 verfügbar, 2012 vorl. Zahlen;	Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung 2011: » für Bund, Länder, Sozialversicherung, Gemeinden gesamt 465 Mio. € (2012: vorl. Werte 474 Mio €, 1990: 159 Mio. €) » 2011: Anteil 1,96 % an laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben » 2011: 55,40 € Einwohner (2000: 31,00 €/Einwohner, 1990: 21,00 €/Einwohner)	Keine Aufgliederung in „Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention“
Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger Statistische Handbücher der österreichischen Sozialversicherung	Jährlich erscheinende Statistische Handbücher mit Darstellungsergebnissen der Krankenversicherungsträger	Bezugsjahr 2011: Alle Krankenversicherungsträger: » Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung: rund 79,9 Mio. € » Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung: rund 131 Mio. € » Insgesamt: 211 Mio. Euro	

Quelle:	Was/Wer	Ergebnisse:	Anmerkungen:
Präventionsbilanzen der österreichischen Sozialversicherung	Jährliche Erstellung durch die Sozialversicherung, 2001 bis 2011 verfügbar, nicht öffentlich	Bezugsjahr 2011: » Soziale Krankenversicherung: 560,2 Mio. € » Soziale Unfallversicherung: 61 Mio. €Euro Weitere Details siehe Tabelle 9.5.	Wesentlicher Unterschied zu Angaben in statistischen Handbuch der Sozialversicherung (211 Mio. Euro vs. 560 Mio. Euro) sowie Statistik-Austria-Daten: In der Präventionsbilanz wurden für den kurativen Bereich 12 % als kurative Leistung abgeschätzt
Fonds Gesundes Österreich	Jahresberichte, jährlich	Seit Verabschiedung Gesundheitsförderungsgesetz 1998 jährlich insgesamt 7,25 Mio. Euro	

Quellen: Habl et al. (2001); Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012); Parlament (2014); Statistik Austria (2014); Steier et al. (1999); Erhebung und Darstellung: GÖ FP

Nachtrag: Im Jahr 2016 wurde eine Studie im Auftrag des BMGF und Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich von der GÖG abgeschlossen und publiziert (<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Oeffentliche-Ausgaben-fuer-Gesundheitsfoerderung-und-Praevention-in-Oesterreich-2012.html>). Gemäß den Ergebnissen liegt Betriebliche Gesundheitsförderung nach der schulischen Gesundheitsförderung an zweiter Stelle der Bundesausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

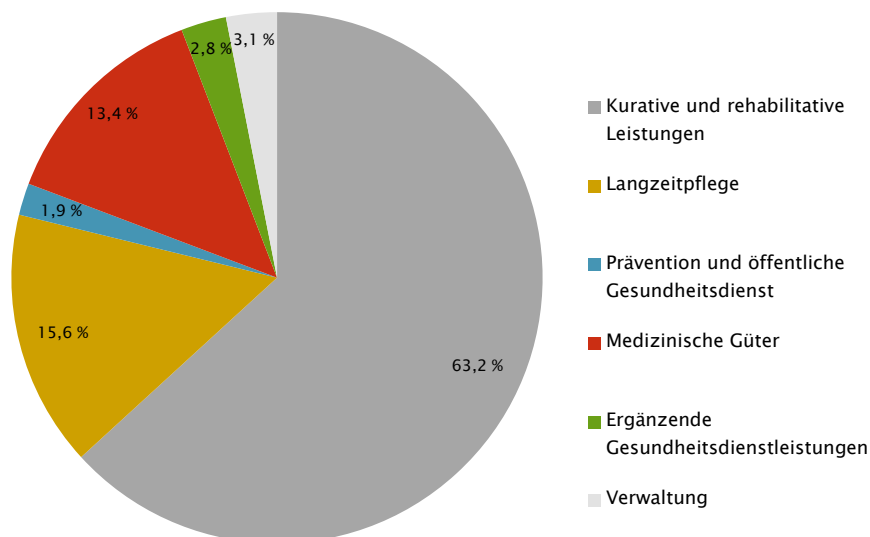
Darüber hinaus können Angaben über öffentliche Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben den Rechnungsabschlüssen der Gebietskörperschaften (Bund, Länder, Gemeinden) und Geschäftsberichten öffentlicher Einrichtungen entnommen werden, z. B. Jahresberichten der Krankenkassen. Es gibt aber keine einheitliche Nomenklatur, und daher ist eine Zuordnung von Budgetpositionen zu den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung nicht ohne Detailkenntnisse und Rückfragen bei den Datenhaltern möglich.

Daten der Statistik Austria bzw. OECD Database

Die Statistik Austria meldete der Organisation für Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) für das Jahr 2011 an öffentlichen Ausgaben für Prävention und den Öffentlichen Gesundheitsdienst insgesamt 460,79 Mio. Euro.

Abbildung 9.3 zeigt, dass kurative und rehabilitative Ausgaben das Leistungsgeschehen bestimmen, während Prävention und Gesundheitsförderung noch einen geringen Stellenwert aufweisen.

Abbildung 9.3:
Gesundheitsausgaben in Österreich – funktionelle Gliederung 2011



Quelle: OECD Health Data, Abfrage 23. 4. 2014

Tabelle 9.4:
Ausgaben für Prävention und Öffentlichen Gesundheitsdienst in Ö nach Trägern, 2008–2012

in Mio Euro	2008	2009	2010	2011	2012 ²	Veränd. 2008–2012 in %
Prävention und Öffentlicher Gesundheitsdienst	452,89	451,30	460,97	464,73	474,23	+4,7
<i>davon:</i>						
<i>Bund</i>	<i>140,28</i>	<i>138,12</i>	<i>134,84</i>	<i>132,26</i>	<i>132,35</i>	<i>-5,7</i>
<i>Länder¹</i>	<i>80,33</i>	<i>73,50</i>	<i>81,43</i>	<i>79,42</i>	<i>79,87</i>	<i>-0,6</i>
<i>Gemeinden</i>	<i>25,37</i>	<i>25,81</i>	<i>24,76</i>	<i>25,28</i>	<i>24,69</i>	<i>-2,7</i>
<i>Sozialversicherungsträger</i>	<i>206,91</i>	<i>213,87</i>	<i>219,95</i>	<i>227,77</i>	<i>237,33</i>	<i>+14,7</i>
Öffentliche laufende Gesundheitsausgaben	21.751,62	22.459,45	23.015,27	23.684,26	24.669,85	+13,4

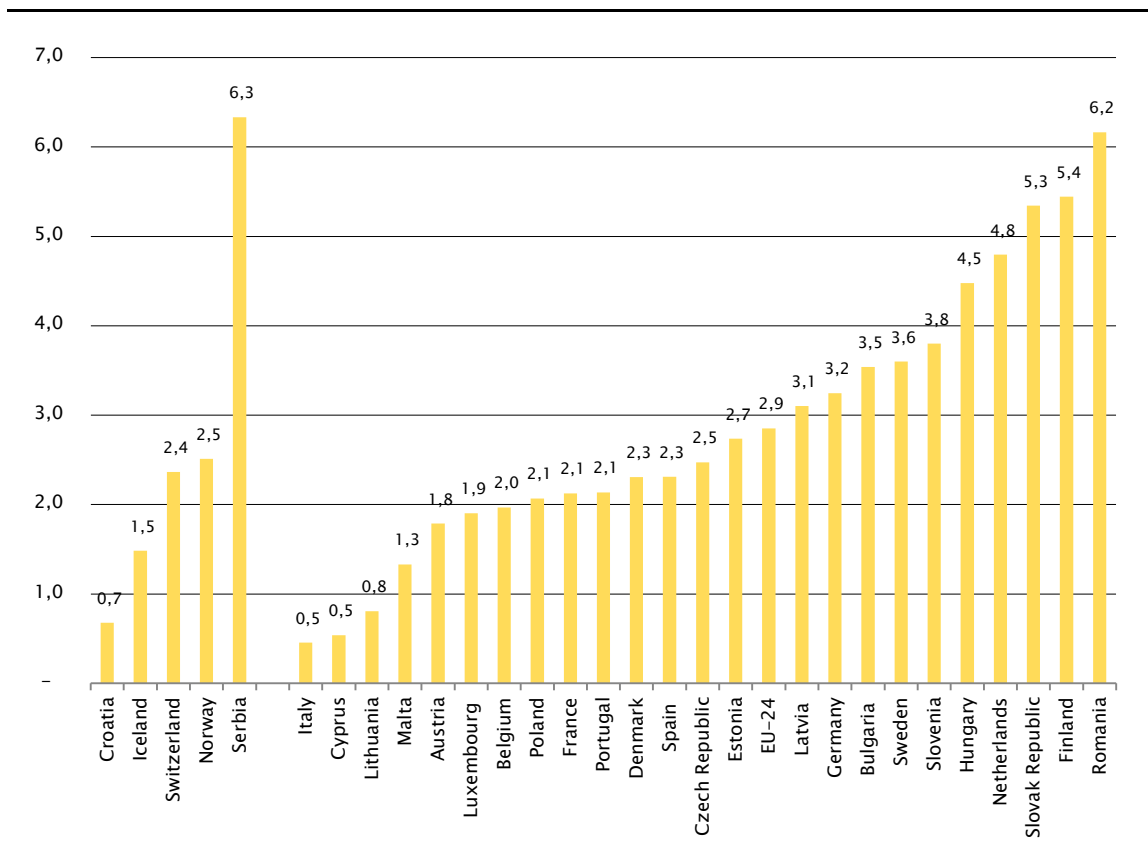
¹ inkl. Wien

² vorläufige Werte, Stand: 13. 11. 2013

Quelle: Statistik Austria (2014); Darstellung GÖ FP

Abbildung 9.4

Internationaler Vergleich – Anteil der Ausgaben für Prävention und Öffentlichen Gesundheitsdienst in Prozent der laufenden Ausgaben für Gesundheit, 2010 bzw. letztes verfügbares Jahr



Quelle: OECD (2012); Darstellung: GÖ FP

Tabelle 9.5:

Präventionsbilanzen der österreichischen Sozialversicherungsträger¹

Soziale Krankenversicherung	2005	2011	2005–2011	2011
	in Mio. Euro		Veränderung +/- in %	in % der Versi- cherungsleistun- gen
Gesundheitsförderung und sonstige Maß- nahmen zur Volksgesundheit (u. a. humangenetische Vorsorgemaßnah- men, FSME-Impfungen)	23,3	38,5	65	0,28
Impfungen (einschließlich Kinderimpfkon- zept, ohne FSME)	2,8	2,4	-14	0,02
Präventive Leistungen im ndgl. Bereich ²	228,1	261,2	15	1,89
Präventive Leistungen Zahnmedizin ³	51,7	68,2	32	0,49
Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen ⁴	16,4	17,5 ⁴	7	0,13
Jugendlichenuntersuchungen ⁵	1,4	2,5	79	0,02
Vorsorgeuntersuchungen	62,8	90,0	43	0,65
Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit (Kuren/Krankheitsverhütung)	56,7	79,9	41	0,58
Soziale Krankenversicherung gesamt	443,2	560,2	26	4,05

Soziale Unfallversicherung				
Unfallverhütung	43,7	41,4	-5	2,88
Präventionsberatung	15,9	19,6	23	1,36
Soziale Unfallversicherung gesamt	59,6	61,0	2	4,25

¹ ohne soziale Pensionsversicherung, die für „Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation“ im Jahr 2011 722 Mio. Euro ausweist, welche vermutlich überwiegend Rehaleistungen und nicht Prävention beinhaltet

² ndgl. = niedergelassenem; Hochrechnung auf Basis 1993 (rund 12 % des Gesamtaufwandes im kurativen Bereich)

³ Einschleifen des natürlichen Gebisses, Zahnsteinentfernung, Behandlung empfindlicher Zahnhälse, Stomatitis-Behandlung

⁴ Nettoaufwand nach Abzug der Kostenerstattung des Bundes

⁵ Vorläufige Aufwendungen

Quelle: Parlament (2014), Darstellung: GÖ FP

Eine Aufstellung der Ausgaben der Budgetposition „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen“ der einzelnen Krankenversicherungsträger für die Jahre 2003 und 2012 findet sich im Anhang (Tabelle 14.19). Auch die Ausgaben der Unfallversicherungsträger im Bereich Unfallverhütung und Prävention finden sich im Anhang (Tabelle 14.20).

Ab dem Jahr 2013 ist nunmehr aus den Rechnungsabschlüssen der Sozialversicherungsträger eine Gliederung der Ausgaben nach Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Settings ersichtlich, diese Rechnungsabschlüsse lagen bei der Berichterstellung noch nicht vor.

Fonds Gesundes Österreich

Dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der im Jahr 1998 mit dem Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) mit neuem Auftrag und mit neuer Dotation ausgestattet wurde, stehen jährlich Mittel in der Höhe von 7,25 Mio. Euro zur Verfügung, um seinen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Die Finanzierung erfolgt aus dem Umsatzsteueraufkommen der Republik. Die zweckmäßige Verwendung der Mittel wird durch den Bundesrechnungshof geprüft. Die dem FGÖ zugewiesenen Mittel wurden seit dem Jahr 1998 nicht erhöht.

Tabelle 9.6:

Aufstellung Förderzusagen und -volumen des Fonds Gesundes Österreich 2010–2012

FGÖ	2010	2011	2012
AZ Förderzusagen ⁹ gesamt	108	125	88
davon: AZ Förderzusagen BGF	23	34	26
BGF-Förderzusagen in % von Gesamt-AZ	21 %	27 %	30 %
Fördervolumen gesamt in Mio. Euro	6,62	5	4,5
davon: Fördervolumen BGF in Mio. Euro	1,2	1,9	1,2
BGF-Fördervolumen in % von Gesamtvolumen	27 %	38 %	27 %

AZ = Anzahl, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung

Quelle: FGÖ (2014a); Darstellung: GÖ FP

Aktuelle Entwicklungen

Mit der **Zielsteuerung-Gesundheit** gibt es nun zusätzliche Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung. Es wurde ein „Gesundheitsförderungsfonds“ auf Länderebene für zehn Jahre (2013 bis 2022) eingerichtet.

Als Grundlage für die abgestimmte Verwendung der Gesundheitsförderungsfonds-Mittel und der Vorsorgemittel der Bundesgesundheitsagentur wurde eine Gesundheitsförderungsstrategie erarbeitet, welche im März 2014 von der Bundeszielsteuerungskommission beschlossen wurde und einen für die nächsten 10 Jahre gültigen Rahmen für die Stärkung von zielgerichteter und abgestimmter Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich bildet. Der Gesamtrahmen für die inhaltlichen Schwerpunkte der GF-Strategie definiert alle Interventionsfelder, in denen Gesundheitsförderung in Österreich umgesetzt werden soll. Zentrales Ziel ist die Förderung eines längeren, selbstbestimmten Lebens bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich zu leisten.

9

Wichtig: Eine Förderzusage kann im Bereich BGF für EIN Projekt EINES Betriebs zugesprochen sein, aber auch für mehrere (bis zahlreiche) Projekte (wie die FZ für das Projekt der OÖGKK mit mindestens 80 Betriebsprojekten).

Diese Gesundheitsförderungsfonds werden pro Jahr mit 15 Millionen Euro dotiert. Für die erste Gültigkeitsperiode 2013 bis 2016 wurden die folgenden sechs priorisierten Schwerpunkte festgelegt, für die einerseits die Vorsorgemittel als auch mindestens 50 Prozent der im Rahmen der Gesundheitsförderungsfonds zur Verfügung stehenden Mittel verbindlich zu verwenden sind (BMG 2014):

1. Frühe Hilfen
2. Gesunde Kinderkrippen und Gesunde Kindergärten
3. Gesunde Schulen
4. Gesunde Lebenswelten und gesunde Lebensstile von Jugendlichen und Menschen im erwerbsfähigen Alter
5. Gesundheitskompetenz von Jugendlichen, Menschen im erwerbsfähigen Alter und älteren Menschen
6. Soziale Teilhabe und psychosozialen Gesundheit von älteren Menschen

Das bedeutet, dass auch für Betriebliche Gesundheitsförderung aus dem Gesundheitsförderungsfonds Mittel zur Verfügung stünden, wenngleich BGF nicht zu den priorisierten Schwerpunkten 2013 bis 2016 zählt (theoretisch maximal 7,5 Mio. Euro).

Die Gesundheit Österreich GmbH wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (mit Co-Finanzierung vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) beauftragt, eine **Primärerhebung der Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben** in Österreich durchzuführen. Die Arbeiten starten 2014, Ergebnisse werden voraussichtlich Mitte 2015 zur Verfügung stehen. Es ist auch geplant, ein Monitoring aufzubauen, um die Entwicklungen in diesem Bereich verfolgen zu können. Damit wird ein erster Schritt in Richtung mehr Transparenz in der Datenlage gesetzt.

Die **Förderstruktur** für BGF in Österreich lässt sich auf Basis der Recherchen und qualitativen Interviews derzeit wie folgt beschreiben:

Die meisten **Stakeholder auf Bundesebene** (vgl. Tabelle 10.1) bieten keine Direktförderungen für BGF-Maßnahmen auf Betriebsebene an, sondern fokussieren ihre Unterstützung auf Strategieentwicklungsprojekte zum Thema BGF. Des Weiteren gibt es Kooperationsprojekte zwischen dem ÖNBGF und anderen Netzwerkmitgliedern, wie z. B. ein Pilotprojekt zu BGF in Kleinbetrieben von SVA und sonstige Förderungen der AUIVA.

Die **gesetzlichen Krankenkassen** haben die Gesundheitsförderung in ihren Statuten verankert und sind aus diesem Grund u. a. im Bereich BGF aktiv. Dabei gibt es bundesländerspezifisch eine unterschiedliche Handhabung bzw. ein uneinheitliches Ausmaß der Aktivitäten. Im Angebotsspektrum finden sich kaum finanzielle Direktförderungen für BGF-Betriebe, sondern Angebote wie z. B. für Erstberatung, BGF-Prozessbegleitung, Krankenstandsauswertungen, aber auch für Module wie Raucherentwöhnung, die für Betriebe kostenlos oder –günstig sind.

Primärer Fördergeber für BGF-Betriebe ist der **FGÖ** mit ca. 1,2 Mio. Euro für Betriebs- wie auch Stakeholder-Förderungen (FGÖ 2013b). Maßnahmen, die unter das ArbeitnehmerlInnenschutzgesetz fallen, sind von der FGÖ-Förderung ausgeschlossen. In Bezug auf die Evaluierung der arbeitsbedingten psychischen Belastungen gemäß ASchG gilt, dass eine größtmögliche Nutzung von möglichen Synergien zwischen Aktivitäten der BGF und jenen zur Erfüllung des ASchG – und zwar in beide Richtungen – angestrebt und unterstützt wird.

Den Großteil der Kosten für die Umsetzung eines BGF-Prozesses trägt der FGÖ¹⁰, der Betrieb finanziert den Rest bzw. auch die Umsetzung der Maßnahmen. Die jeweiligen Landesgesundheits-einrichtungen zahlen nur in manchen Bundesländern Fördergelder an BGF-Betriebe.

Zur Finanzierung von BGF in Österreich können folgende Aspekte **zusammengefasst** werden:

- » Das **gesamte Ausgabenvolumen der öffentlichen Hand** für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention ist aus den verfügbaren Daten **nicht ersichtlich**.
- » Festzuhalten ist **Intransparenz in der Datenlage** (wer gibt was im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aus?), sie resultiert unter anderem auch aus der Uneinheitlichkeit der Begriffe und Nomenklaturen in Budgetdarstellungen.
- » Die vorhandenen Daten zeigen eine starke **Dominanz von kurativen/ rehabilitativen Maßnahmen** im Vergleich zu Prävention und Gesundheitsförderung.
- » Der **Anstieg der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung** ist im Vergleich zu laufenden Gesundheitsausgaben deutlich **niedriger**.
- » Im internationalen Vergleich liegt **Österreich im unteren Feld** (bei eingeschränkter Vergleichbarkeit der verfügbaren Daten).
- » **Zusätzliche Mittel** für Prävention und Gesundheitsförderung stehen **ab 2013** über Gesundheitsförderungsfonds auf Länderebene zur Verfügung.

¹⁰

Zwischen 33 % und 100 %.

10 Umsetzung

10.1 Institutionelle, öffentliche Träger und Akteure der BGF

In Österreich ist sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene eine Vielzahl von institutionellen, öffentlichen Trägern und Akteuren in die Struktur der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) involviert (siehe Tabelle 10.1 und Tabelle 10.2). Auf Bundesebene sind dies vorwiegend das Sozial- und das Gesundheitsministerium, die Sozialversicherungen und die Sozialpartner, die mit je eigenen Zielsetzungen und in unterschiedlichem Ausmaß das Thema BGF fördern und betreiben.

Unterstützung erfolgt monetär durch Förderungen und Preisgelder wie auch durch die Bereitstellung von Expertise und Ressourcen im Rahmen von Vernetzungs- und Qualitätssicherungsinitiativen und durch Weitergabe von BGF-spezifischen Informationen.

Tabelle 10.1:
Träger/Akteure auf Bundesebene und ihre Aufgaben

Akteure/ Zusammenschlüsse	Institution/Organisation	Zielsetzungen und zentrale Aufgaben im Bereich BGF/PP
Ministerien	BMGF	Gesundheitsförderung und Prävention Nationale Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit Rahmen-Gesundheitsziele Angelegenheiten der Betrieblichen Gesundheitsförderung Gesundheitskompetenz Verleihung des BGF-Preises des ÖNBGF (alle 3 Jahre) durch die Bundesministerin/den Bundesminister für Gesundheit
	Sozialministerium	Umsetzung des ASchG und des AGG Vermeidung von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes ArbeitnehmerInnenschutz Arbeitsmarktpolitik an der Schnittstelle Beschäftigung, Gesundheit und Alterssicherung
Sozialversicherungen	Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVB)	Finanzierung von (strategischen) Projekten Entwicklung von Strategien Partner im ÖNBGF
	Gebietskrankenkassen (GKK)	GF ist gesetzlicher Auftrag und somit ein Schwerpunkt im Bereich Gesundheitsförderung BGF-Unterstützungsangebote für Betriebe Regionalstellen des ÖNBGF

Akteure/ Zusammenschlüsse	Institution/Organisation	Zielsetzungen und zentrale Aufgaben im Bereich BGF/PP
	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (100%-Tochter der VAEB mit Schwerpunkt BGF)	GF ist gesetzlicher Auftrag und somit ein zentraler Schwerpunkt Anbieter von BGF-Leistungen durch Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) Gesundheits- und Betreuungszentren (GBZ) Gesundheitseinrichtung Josefhof Servicestelle des ÖNBGF
	Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA)	GF ist gesetzlicher Auftrag und somit Schwerpunkt der BVA BGF-Unterstützungsangebote im Bereich öffentlicher Dienst Servicestelle des ÖNBGF
	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)	Kein Fokus auf BGF, sondern Unterstützung und Finanzierung von Projekten mit dem Ziel der Verhütung von Unfällen bzw. Vorbeugung von Berufskrankheiten (gesetzlicher Auftrag im Rahmen des ASVG) Präventionsforschung Präventions-Charta Österreich Partner im ÖNBGF
Sozialversicherungen	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)	Fokus liegt auf selbstständig Erwerbstätigen Verankerung von Gesundheitsförderung in den internen Richtlinien Angebot von gesundheitsfördernden Aktivitäten und Vorsorgeprogrammen (<i>Gesundheitshunderter, Selbstständig g'sund</i>) Mitfinanzierung von BGF-Projekten Partner im ÖNBGF
	Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB)	Angebot von settingorientierten BGF-Maßnahmen Capacity Building
Sozialpartner	Bundesarbeiterkammer (BAK)	Grundlagenarbeit, z. B. Präventionsoffensive mit dem Ziel eines österr. Präventionskonzepts bzw. -gesetzes („Vorbeugen ist besser als Heilen“) Verbreitung von Information zu BGF Lösungswelt zu Sicherheit und Gesundheit in der Arbeit mit der Internet-Seite <i>gesundearbeit.at</i> Partner im ÖNBGF
	Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ)	Bereitstellung folgender Informationen zu BGF auf der Internet-Plattform <i>ProFitness Austria</i> (www.profitnessaustria.at): Förderungen, Ansprechpartner, Selbsttest, Marktplatz von BGF-Anbietern,... Förderung unterschiedlicher BGF-Projekte Fachliche Unterstützung bei branchenspezifischen Projekten Partner im ÖNBGF
	Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB)	Projektförderung und Information zum Thema BGF Partner im ÖNBGF

Akteure/ Zusammenschlüsse	Institution/Organisation	Zielsetzungen und zentrale Aufgaben im Bereich BGF/PP
	Industriellenvereinigung (IV)	Partner im ÖNBGF
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)	Zentraler Fördergeber Entwicklung von Strategien und Modellprojekten, Aktivitäten bzw. Capacity Building Beauftragung von Forschung
Netzwerk BGF	OÖGKK als Kontaktstelle des Österreichischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)	(Weiter-)Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses von BGF Ansprechstelle für Unternehmen und Stakeholder (inter-)nationale Netzwerkarbeit, Informationsdrehscheibe Entwicklung von Qualitätsstandards für BGF in Österreich, Sicherstellung einer qualitätvollen Umsetzung von BGF

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 10.2:
Träger/Akteure auf Länder-/Gemeinde-Ebene

Funktion	Institution/Organisation	Zentrale Aufgaben
Regionalstellen des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung	Mit Ausnahme von Vorarlberg (dort: Fonds Gesundes Vorarlberg) in den einzelnen GKK lokalisiert	Beratung, Finanzierung, Qualitätssicherung, Vernetzung
BGF-Plattformen in den Bundesländern	Vernetzung der BGF-Stakeholder auf Länderebene	Vernetzung, Information
Gesundheitsförderungseinrichtungen auf Länderebene	Styria vitalis (Steiermark) AVOS (Salzburg) Wiener Gesundheitsförderung AKS Gesundheit (Vorarlberg) Tut gut! (NÖ) Gesundheitsland Kärnten Avomed (Tirol) PGA – Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (OÖ)	Anbieter von BGF, in wenigen Fällen Fördergeber
Arbeiterkammern	Länderkammern in den Bundesländern	Vorwiegend Beratung
Wirtschaftskammern	Länderkammern in den Bundesländern	Vorwiegend Beratung

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Die BGF-Initiativen der **gesetzlichen Krankenversicherungen** basieren auf dem ASVG bzw. auf den entsprechenden sozialversicherungsrechtlichen Regelungen (vgl. Kapitel 9.2) und bieten vorwiegend Erstberatung von Betrieben und Unterstützung von Betrieben bei der Umsetzung von BGF-Projekten an. Weitere konkrete Leistungen umfassen die Auswertung von Krankenstandsdaten, Befragungen der Mitarbeiter/innen-, Beratung zum Nachhaltigkeitsprozess und Ähnliches.

Im **Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)** spielen die Krankenversicherungsträger durch ihre Vorreiterrolle daher eine bedeutende Rolle. Im Jahr 1996 wurde die erste Kontaktstelle des Europäischen Netzwerkes für BGF bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse eingerichtet. Die Sozialpartner als unterstützende Partner im Österreichischen Netzwerk sollen wiederum den Transfer des Gesundheitsförderungsgedankens in die Arbeitswelt fördern¹¹. Das Netzwerk fühlt sich den Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerkes BGF verpflichtet und setzt sich im Rahmen der Kooperationsvereinbarung¹² auf nationaler wie auch internationaler Ebene folgende Ziele:

- » Gemeinsam und unter Einbindung relevanter Player ein einheitliches Verständnis von BGF erreichen und an deren Weiterentwicklung arbeiten,
- » Ansprechstellen für Unternehmen und Stakeholder sicherstellen,
- » Netzwerk als Drehscheibe für BGF etablieren und kontinuierlich BGF in Österreich verbreiten,
- » qualitätsvolle Umsetzung von BGF in den österreichischen Unternehmen sicherstellen durch ein dreistufiges Qualitätssicherungsprogramm,
- » Information zwischen dem Europäischen und dem Österreichischen Netzwerk austauschen.

Auf Länderebene ist das Netzwerk in **Regionalstellen** und **Servicestellen** organisiert, die Regionalstellen sind bis auf Vorarlberg bei den Gebietskrankenkassen eingerichtet. Daneben gibt es zwei Servicestellen bei den berufsständisch organisierten SV-Träger (VAEB und BVA). Ihre Aufgabe ist die Verbreitung und Unterstützung von Projektinitiativen sowie die qualitätsgesicherte und nachhaltige Implementierung der BGF im Betrieb. Als **Partner** fungieren auch die Sozialpartner (Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Industriellenvereinigung und Österreichischer Gewerkschaftsbund) sowie die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die SVA der gewerblichen Wirtschaft.

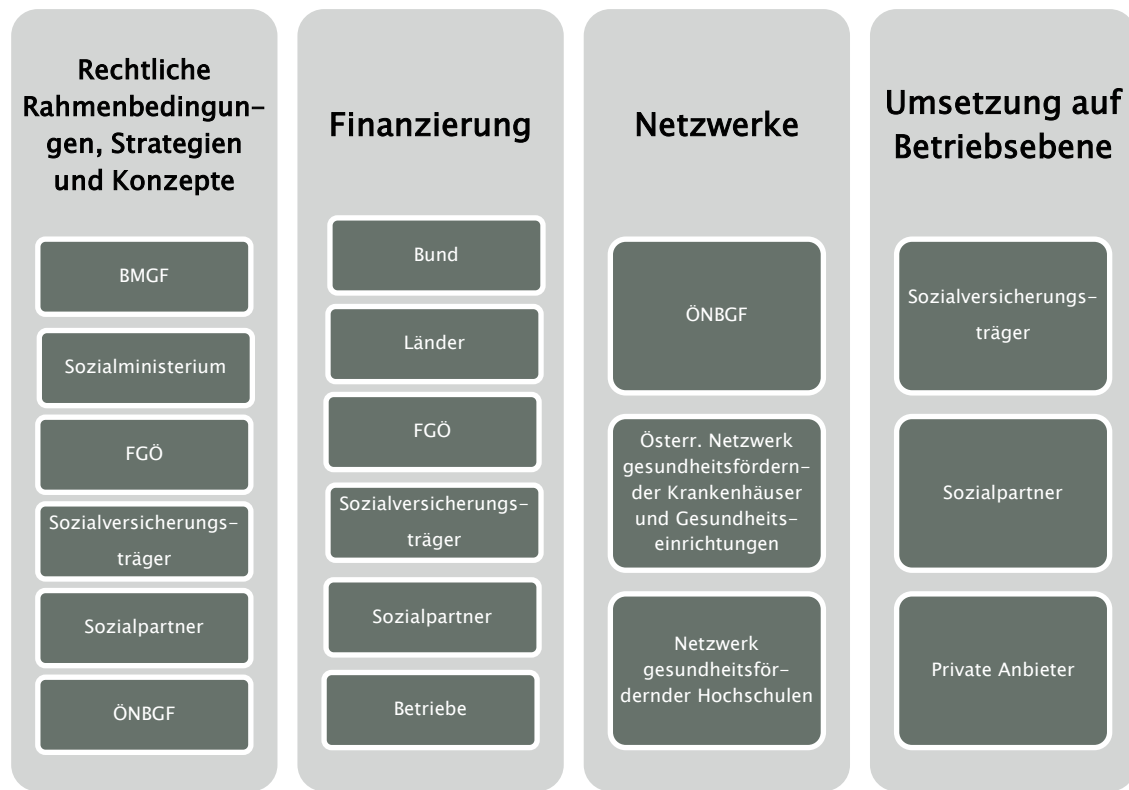
Zur Vernetzung der operativ tätigen BGF-Akteure wurden teilweise unter Einbindung der Gesundheitsressorts der Länder **BGF-Plattformen auf Länderebene** eingerichtet. Ziel ist der Austausch von Informationen, Praxiswissen und Erfahrungen bei der Umsetzung und die Nutzung von Synergieeffekten.

Mit der Einrichtung des **Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)** im Jahr 1998 als nationaler Kompetenz- und Förderstelle für Gesundheitsförderung und Prävention kam es auch zu einer Weiterentwicklung der Projekte im Bereich der BGF. Aufgaben des FGÖ sind einerseits die Mitfinanzierung von BGF-Projekten aus öffentlichen Mitteln unter Berücksichtigung von Qualitätsstandards, das Angebot von Fort- und Weiterbildung (FGÖ-Bildungsnetzwerk bzw. Lehrgänge wie „BGF-Know-how“) und die Vernetzung mit den wichtigen Trägern und Netzwerken in Österreich und international. Der FGÖ ist Kooperationspartner, aber kein Mitglied im ÖNBGF.

¹¹
<http://www.netzwerk-bgf.at> (5. 8. 2014)

¹²
Unveröffentlicht

Abbildung 10.1:
Überblick relevanter BGF-Akteure in Österreich – vereinfachte Darstellung



Quelle und Darstellung: GÖ FP

Abbildung 10.1 veranschaulicht, in welcher Form relevante Akteure der BGF eingebunden sind hinsichtlich der Schaffung rechtlicher Rahmenbedingungen, der Entwicklung von Strategien und Konzepten, der Finanzierung, hinsichtlich Netzwerke und Umsetzung auf Betriebsebene. Dabei kann festgestellt werden, dass das Thema *Gesundheit und Arbeit* in Österreich von unterschiedlichen Akteuren mit verschiedenen, teils sich ergänzenden, teils sich aber überschneidenden Aufgaben und Zieldefinitionen betrieben wird. Trotz dieser divergenten Zugänge zum Thema sind bis auf die Ministerien und den FGÖ alle relevanten Stakeholder im ÖNBGF vertreten, allerdings besteht mit dem FGÖ eine enge Kooperation. Im Rahmen der **qualitativen Interviews** zeigt sich ein großes Commitment der einzelnen Akteure hinsichtlich ihrer Mitgliedschaft im Netzwerk. Allerdings wird darauf hingewiesen, dass oftmals fehlendes gemeinsames verbindliches Vorgehen einen einheitlichen Diskussions- und Entscheidungsprozess bzw. eine abgestimmte Umsetzung von Projekten erschwert. Es entsteht der Eindruck, dass das ÖNBGF zwar eine Plattform des inhaltlichen Austausches ist, aber nicht die Rolle hat, verbindliche strategische Weichen zu stellen. In der Auswertung der qualitativen Interviews wurden dennoch einige Aspekte deutlich, die als Grundkonsens der Netzwerkmitglieder verstanden werden können:

- » Relevanz von Gesundheitsförderung und Prävention am Arbeitsplatz,
- » Bekenntnis zum ÖNBGF bzw. zu den Qualitätskriterien des ÖNBGF mit formuliertem Adaptierungs- und Weiterentwicklungsbedarf,
- » Wunsch, die BGF in Österreich in die „Breite“ zu bringen,
- » Notwendigkeit einer gemeinsamen Strategieentwicklung (inkl. Zielgruppen, Rollen der Akteure, Schnittstellen/-mengen, Finanzierung ...).

10.2 Zielgruppen

Hinsichtlich der **Betriebe** unterscheidet die BGF in Österreich in ihren Umsetzungs- und Finanzierungskonzepten vorwiegend zwischen Groß- und Mittelbetrieben bzw. Kleinst- und Kleinbetrieben (unter 10 bzw. 10 bis 49 und ab 50 Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern). Die Analyse von Führungskräfte-Interviews in BGF-Gütesiegelbetrieben zeigt auf, wodurch Betriebe motiviert werden, ein BGF-Projekt zu beginnen: Aspekte wie Branchenorientierung (Benchmark), Employer Branding, aber auch die verpflichtende Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen des ASchG oder das Ergebnis einer Befragung der Mitarbeiter/innen. In Kleinst- und Kleinbetrieben kann auch die persönliche Biographie der Unternehmerin/ des Unternehmers ausschlaggebend sein.

Österreich hat derzeit 441 Gütesiegel-Betriebe¹³, wobei 133 Betriebe unter 50 Mitarbeiter/innen beschäftigen (davon 29 Betriebe unter 10 MA). In größeren Unternehmen stehen oftmals für BGF-Projektanträge und -abwicklung Personalressourcen und Know-how einer Abteilung zur Verfügung. Der BGF in kleinen Betrieben ist ein hoher Stellenwert einzuräumen, dies verlangt aber einen spezifischen methodologischen Zugang (Meggeneder 2012). So stellen hohe Qualitätsanforderungen für BGF-Projektförderungen bzw. Gütesiegelanträge für Kleinst- und Kleinbetriebe eine große Herausforderung dar. Von Seiten des ÖNBGF bzw. des FGÖ gibt es das Bestreben, auf die spezifischen Anforderungen dieser Unternehmensgruppe einzugehen. So verlangt z. B. der FGÖ bei Projekten unter 20.000 Euro Fördersumme lediglich eine ausführliche Projektdokumentation, und eine Evaluation ist optional (FGÖ 2013c). In den qualitativen Interviews wird thematisiert, dass sich Betriebe im Angebotsspektrum von Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, BGF und Betriebsberatung im Rahmen von *fit2work* oftmals nicht auskennen. Förderlich, v. a. für Kleinst- und Kleinbetriebe, erweisen sich branchenspezifische, betriebsübergreifende BGF-Angebote, die z. B. für Gastgewerbebetriebe, Gesundheits- und Pflegeberufe entwickelt wurden. Generell ist eine Erstberatung für Betriebe hilfreich, die einen Überblick über mögliche Angebote bzw. Programme und Förderangebote im Bereich *Gesundheit und Arbeit* bereitstellt.

13

Heigl/ÖNBGF, persönliche Mitteilung

Die nachhaltige Implementierung von BGF ist für alle Betriebe ein zentrales Thema. Dafür sind von Seiten der Berater u. a. Kenntnisse über Managementprozesse notwendig, um Gesundheit in alle Prozesse integrieren zu können. Eigene Angebote für Gütesiegel-Betriebe (z. B. VAEB/IfGP) werden diesbezüglich entwickelt.

Hinsichtlich spezifischer **Gruppen von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern**– in BGF-Betrieben reicht das Spektrum von hochqualifizierten Facharbeiterinnen und Facharbeitern über Lehrlinge bis hin zu besonders belasteten Gruppen. In vielen Fällen werden alle Arbeitnehmer/innen als Zielgruppe definiert. Die Evaluation der vom FGÖ-geförderten BGF-Projekte weist darauf hin, dass sich mehr als 60 Prozent der Projekte an alle oder fast alle Mitarbeiter/innen richten (LBI-HPR 2010). Die Erfahrungen zeigen aber, dass in der Umsetzung damit hauptsächlich jene Gruppen erreicht werden, die eine höhere Bildung, eine höhere Affinität zu Gesundheitsthemen und in der Regel auch geringere gesundheitliche Belastungen haben. Will man in einem Betrieb die stärker gesundheitlich belasteten Personen erreichen, ist es notwendig, von Beginn des Projektes an ein Augenmerk auf diese Personengruppe zu richten bzw. auch die BGF-Angebote an die spezifischen Arbeitsbedingungen anzupassen (z. B. Gesundheitszirkel, angepasst an Schichtarbeit).

10.3 Anreizsysteme

Anreizsysteme können nach externen, internen und sozialen Faktoren differenziert werden. Es kann dabei unterschieden werden zwischen **finanziellen externen Faktoren**, die durch Verbilligungen (z. B. über Steuernachlässe) das erwünschte Verhalten fördern oder das unerwünschte Verhalten durch Verteuerungen (z. B. über zusätzliche Steuern) reduzieren. Bei **aufwandorientierten externen Faktoren** wird das erwünschte Verhalten leichter gemacht (z. B. durch Zurverfügungstellen von Information, Verbessern der notwendigen Infrastruktur) oder das unerwünschte Verhalten schwerer (z. B. durch limitierten Zugang). **Verhaltensorientierte Maßnahmen**, die **interne Faktoren** ansprechen, versuchen das erwünschte Verhalten zur Gewohnheit zu machen (z. B. über Belohnungen, positive Verstärkung) bzw. das Bewusstsein dafür zu schärfen (z. B. über Reminder). **Wahrnehmungsorientierte Maßnahmen** appellieren auf emotionaler Ebene (z. B. via abgedruckte Warnungen auf Zigarettenspackungen), vermeiden Informations- und Optionenüberflutung (z. B. „opt-out“ statt „opt-in“) oder sprechen gezielt das Problem der „loss aversion“ an (den Verlust von etwas zu vermeiden wird als wichtiger empfunden, als etwas Neues zu gewinnen). Maßnahmen, die **soziale Faktoren** ansprechen, versuchen neue soziale Normen zu etablieren oder bestehende zu nützen (z. B. Informationskampagnen, public commitments) (Stürzlinger 2014).

Auch hinsichtlich der **Zielgruppen**, dem damit verbundenen Ziel und der Frage, wer (potenziell) die Anreize setzt, kann unterschieden werden (vgl. Tabelle 10.3; (Stürzlinger 2014).

Zur Förderung von BGF werden in **Österreich** aktuell hauptsächlich **finanzielle externe Anreize** gesetzt. Zum einen gibt es von Seiten des FGÖ Fördergelder für jene Unternehmen, die einen

standardisierten Umsetzungszyklus im Sinne der Luxemburger Deklaration¹⁴ einführen. Gefördert wird damit die Abwicklung des BGF-Prozesses nach anerkannten Qualitätskriterien, die Kosten für die gesetzten Maßnahmen werden vom Unternehmen getragen. Kleinst- und Kleinbetriebe erhalten im Förderungsfall vom FGÖ für die Pilotphase des Projektes zusätzlich zu 100 Prozent der Prozesskosten einen Pauschalbetrag in Höhe von 2.500 Euro. Im aktuellen Regierungsprogramm 2013–2018 werden erstmals auch geplante steuerliche Anreize für Betriebe erwähnt, die qualitätsgesicherte betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen umsetzen (BKA 2013).

Tabelle 10.3:
Zielgruppen und Anreizsysteme der Gesundheitsförderung

Zielgruppe	Ziel der Anreizsetzung	Wer setzt (potenziell) Anreize
Unternehmen	Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung setzen	Bund, Länder, Sozialversicherung ...
Unternehmensmitarbeiter/innen	Sich gesundheitsförderlich verhalten	Unternehmen
Individuen	Sich gesundheitsförderlich verhalten	Bund, Länder, Sozialversicherung, private Versicherungen ...

Quelle: Stürzlinger (2014); Darstellung: GÖ FP

Auch **aufwandorientierte externe Anreize** sind in Österreich zu finden, etwa kostenlose Beratung für an BGF interessierte Unternehmen von Seiten der Sozialversicherungsträger.

Das BGF-Gütesiegel bzw. spezifische **Auszeichnungen** stellen ein weiteres Anreizsystem für Betriebe in der österreichischen BGF-Landschaft dar. Teilnehmende Betriebe können diese Auszeichnungen nutzen, um sich insgesamt als attraktiver Arbeitgeber darzustellen bzw. auch um sich von anderen Wettbewerbern im Arbeitsmarkt positiv abzuheben (Employer Branding) (Reidlinger 2006). Auf Bundesebene können hier exemplarisch das dreistufige Qualitätssicherungsprogramm des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) mit BGF-Charta, BGF-Gütesiegel bzw. der BGF-Preis genannt werden (FGÖ 2011) wie auch das vom Sozialministerium gemeinsam mit dem Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft (BMWFW), den Sozialpartner-Organisationen und dem Arbeitsmarktservice (AMS) entwickelte Gütesiegel **NESTORGOLD**¹⁵. Dieses zeichnet Betriebe aus, die Maßnahmen zur Förderung älterer Mitarbeiter/innen durchführen. Das vom BMWFW initiierte **Audit berufundfamilie**¹⁶ wiederum zielt ab auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Rahmen eines Unternehmens und kann in allen Branchen und Betriebsgrößen angewendet werden. Auch auf Länderebene werden verschiedenste Preise bzw. Auszeichnungen für Betriebe vergeben, die BGF umsetzen.

¹⁴

„Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement)“ (ENWHP 2009).

¹⁵

<http://www.nestorgold.at/cms/nestor/liste.html?channel=CH2020> (12. 2. 2014)

¹⁶

http://www.bmwfw.gv.at/Familie/VereinbarkeitVonFamilieUndBeruf/Seiten/Auditfamilieundberuf.aspx/2013%20Fol-der_berufundfamilie.pdf

Verhaltensorientierte Maßnahmen, die **interne Faktoren** ansprechen, werden im beruflichen Setting österreichweit vor allem von Seiten der SVA bei der Zielgruppe der selbstständig Erwerbstätigen angewendet. Die SVA bietet ihren **Versicherten** das Programm „Gesundheitshunderter“ für Selbstständige¹⁷ an. Jenen Versicherten, die mindestens 150 Euro für ihre Gesundheit in Form von gesundheitsförderlichen Aktivitäten in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Mentales und Rauchfreiheit investieren, wird ein Bonus von 100 Euro zugestanden. Im Rahmen von „Selbständig Gesund“ (SVA)¹⁸ werden bei einem ärztlichen Gesundheitscheck mit den Versicherten Gesundheitsziele definiert. Nach mindestens sechs Monaten erfolgt ein Evaluierungs-Termin, bei dem überprüft wird, ob die Gesundheitsziele erreicht wurden. Bei Zielerreichung reduziert sich der Selbstbehalt bei Versicherungsleistungen um die Hälfte.

Exkurs: Wirksamkeit von Anreizsystemen

In einer systematischen Literaturrecherche konnten **keine relevanten Übersichtsarbeiten** gefunden werden, die eindeutige Rückschlüsse auf die Effektivität einzelner Anreizsysteme zulassen würden (Stürzlinger 2014). Eine von der American Heart Association herausgegebene wissenschaftliche Stellungnahme weist deutlich hin auf internationale **Forschungslücken** zur Evidenzstärke steuerlicher Anreize für betriebliche Gesundheitsförderung wie auch zu langfristigen finanziellen Anreizen etwa bei Versicherungsprämien (Mozaffarian et al. 2012). Für den aktuellen Diskurs zu Anreizsystemen in Österreich sind folgende Evaluationen relevant:

Von Wissenschaftlern der Johannes-Kepler-Universität in Linz wurde das **SVA-Programm „Selbstständig Gesund“** evaluiert (Halla et al. 2013). Demnach kam es zeitgleich zur Einführung des Programms zu einem deutlichen Anstieg der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011, und zwar auch über verschiedene Subgruppen hinweg (Geschlecht, Alter, Region, Beitragsgrundlage/Einkommen). Viele Versicherte sind dabei direkt nach der Einführung Anfang des Jahres 2012 in das Programm „Selbständig Gesund“ eingestiegen, mit sinkender Tendenz zur Jahresmitte hin. Was tatsächliche Verbesserungen des Gesundheitszustandes angeht, so zeigt sich, dass bei den erfolgreichen Programmteilnehmerinnen und -teilnehmern (d. h. jenen mit einem bewilligten Antrag auf Reduktion der Selbstbehalte) der Gesundheitszustand – bezogen auf die vorgeschriebenen fünf Gesundheitsparameter¹⁹ – schon zu Beginn besser war als bei jenen mit einem nicht bewilligten Antrag. Anzumerken ist dazu, dass die Gesundheitsziele individuell vereinbart werden, sodass im Fall eines guten Wertes das Ziel lautet „Gesundheit erhalten“ (Halla et al. 2013). Am stärksten verbesserten sich sowohl erfolgreiche als auch nicht erfolgreiche Teilnehmer/innen beim Gesundheitsparameter „regelmäßige Bewegung“ (Halla et al.

17

http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svportal/channel_content/cmsWindow.jsessionid=BB1F6EB484C82501D93975F56398E159.jbport_271_1a?p_pubid=97310&action=2&p_menuid=61045&p_tabid=3#pd974210 (11. 2. 2014)

18

http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/905413_Brosch%C3%BCre_Selbst%C3%A4ndig%20Gesund.pdf (11. 2. 2014)

19

Blutdruck, Gewicht, Bewegung, Tabak und Alkohol

2013). Einschränkend ist anzumerken, dass sich die Datenbasis für die Evaluierung naturgemäß nur auf einen sehr kurzen Zeitraum beschränkt und die Gesundheitsdaten für die erhobenen fünf Parameter nur für jene Versicherten zur Verfügung stehen, die einen Antrag auf Reduktion des Selbstbehaltes gestellt haben. All jene, die zwar teilgenommen haben, aber (aufgrund negativer Erwartungshaltung bezüglich ihrer Erfolgchancen) keinen Antrag gestellt haben, fallen damit heraus. Die Autoren schlussfolgern, dass die „Erfolgsquote des Programms“ deshalb nicht endgültig beurteilt werden könne (Halla et al. 2013). Laut der Evaluation der JKU zeigt sich ein signifikanter Anstieg der Vorsorgeuntersuchungen, wie auch, dass sich in mehreren Bereichen der Gesundheitszustand der Teilnehmer verbesserte (Halla et al. 2013, S. 13). In welchem Ausmaß die Vorsorgeuntersuchung einen Beitrag zu einem längeren Leben in Gesundheit leistet, konnte im Rahmen dieser kurzfristigen Betrachtung nicht abschließend geklärt werden.

Zwei in Deutschland gesetzte finanzielle Maßnahmen (Steuerbefreiung, Bonusprogramm) werden vor allem in den qualitativen Interviews mehrfach erwähnt. Im Folgenden wird daher kurz auf sie Bezug genommen und werden vorliegende Evaluationsergebnisse zusammengefasst.

Steuerbefreiung für Unternehmen gemäß § 3 Nr. 34 Einkommenssteuergesetz, Deutschland

In Deutschland wurde mit 1. Jänner 2009 eine Steuerbefreiung für Unternehmen auf Leistungen zur Gesundheitsförderung im Wert von 500 Euro pro Mitarbeiter und Jahr eingeführt. Hinsichtlich „Qualität, Zweckbindung und Zielgerichtetheit“ muss dabei den Kriterien des „Leitfadens Prävention“ des GKV Spitzenverbandes, die sowohl Handlungsfelder als auch Qualitätsanforderungen an Maßnahmen und Anbieter festlegen, entsprochen werden (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention 2013). Im Jahr 2011 wurde im Auftrag der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) im Rahmen einer Evaluation ermittelt, wie bekannt die Regelung bei den Unternehmen (bis dahin) war und ob sie dazu geführt hat, dass Arbeitgeber ihren Beschäftigten vermehrt Leistungen zur Gesundheitsförderung anbieten (iga-Report vgl. (Hupfeld 2011)). Die Arbeit zeigt auf, dass die Steuerbefreiung beim überwiegenden Teil der Unternehmen bekannt ist, jedoch „wurden keine Hinweise darauf gefunden, dass die Einführung der Steuerbefreiung in nennenswertem Umfang dazu geführt hat, dass Arbeitgeber ihren Beschäftigten vermehrt Leistungen zur Gesundheitsförderung anbieten“. Die Autoren schlussfolgern, dass „die **Steuerbefreiung** – wenn überhaupt – **nur eine geringe Anreizwirkung** entfaltet“. Als Hauptgrund werden zum einen mangelnde Vorteile aus der Steuerbefreiung genannt, weil auch bisher schon gewisse arbeitgeberfinanzierte Leistungen zur Gesundheitsförderung steuerfrei angeboten werden konnten. Zum anderen wurden die „Voraussetzungen mit der Bindung an den Leitfaden Prävention als zu einschränkend gesehen“. Am ehesten interessant scheint die Steuerbefreiung für Unternehmen zu sein, die bereits im Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung aktiv sind, sowie für Unternehmen mittlerer Größe (iga-Report vgl. Hupfeld 2011). Eine aktuelle Analyse des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention bestätigt diese Ergebnisse (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention 2013).

Bei der im Regierungsprogramm vorgesehenen Einführung von steuerlichen Erleichterungen in Österreich könnten die Ergebnisse des deutschen Modells berücksichtigt werden. Insbesondere wäre sicherzustellen, dass ein Anreiz so wirkt, dass eine höchstmögliche Beteiligung an den Fördermaßnahmen erreicht wird und auch Betriebe, die bisher keine BGF-Maßnahmen durchgeführt haben, diese vermehrt in Anspruch nehmen.

Bonusprogramme gemäß § 65a SGB V, Deutschland

Krankenkassen können laut § 65a SGB V in ihrer Satzung vorsehen, dass bei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten. Über die Gestaltung der Bonusprogramme und Zielkriterien zur Ausschüttung eines Bonus können die Kassen dabei unabhängig entscheiden. Das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention hat das Bonusprogramm am Beispiel der IKK gesund plus untersucht. Aussagen über die Auswirkungen des Bonusprogramms sind nur beschränkt möglich, da keine umfassende Evaluierung vorliegt. Auf Basis des begleitenden Controlings kann jedoch „(zumindest für einzelne Betriebe) aufgezeigt werden, dass über mehrere Jahre hinweg ein Rückgang der Krankenstandsquote sowie der Arbeitsunfähigkeitstage je Mitarbeiter/in ebenso wie ein steigender Nettogewinn der IKK gesund plus (Normkostendifferenz abzüglich Aufwendungen für BGF und abzüglich Bonuszahlungen) erzielt werden konnte“ (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention 2013). Umfassende Evaluierungsergebnisse fehlen auch zu anderen BGF-Bonusprogrammen. Vom Institut befragte Expertinnen/Experten sehen durch die Bonusprogramme durchaus einen Anreiz zur vermehrten Investition in Betriebliche Gesundheitsförderung. Hinderlich ist jedoch die mangelnde Einheitlichkeit zwischen den Krankenkassen. Vorgeschlagen wird eine Einbeziehung der Krankengeldentwicklung in die Zielvereinbarungen zur Bonusausschüttung (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention 2013).

Die Analyse der **qualitativen Erhebung** macht deutlich, dass Anreizsysteme von den einzelnen Akteuren der BGF auf nationaler Ebene in ihrer Wirksamkeit kontrovers gesehen werden. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen auch, dass es sehr stark auf die Ausgestaltung der Anreizsysteme und die Kombination mit anderen Fördermaßnahmen ankommt, ob und inwieweit diese wirken. Die beiden dabei am häufigsten zitierten Modelle, nämlich die im Exkurs beschriebene Steuererleichterung für BGF-Betriebe bzw. das Bonusprogramm, beziehen sich auf in Deutschland implementierte Systeme. Die Schaffung steuerlicher Anreize für qualitätsgesicherte BGF-Maßnahmen findet auch im aktuellen Regierungsprogramm Erwähnung – auf in den durchgeführten Interviews wurde darauf Bezug genommen (BKA 2013). Auch mögliche Fördergelder oder Auszeichnungen werden nicht von allen Interviewten als primärer Anstoßfaktor gesehen, um BGF zu beginnen, vielmehr werden diese häufig von jenen (meist größeren) Unternehmen „abgeholt“, die BGF aus eigener Motivation heraus durchführen. Als relevant werden BGF-Preise dann beschrieben, wenn es um die Attraktivität des Unternehmens für hochqualifiziertes Personal geht, um Benchmarking mit branchennahen Betrieben oder um Anerkennung und zusätzliche Motivation auch auf Ebene der Mitarbeiter/innen von langfristig implementierten BGF-Projekten.

10.4 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist ein zentrales Thema in der österreichischen BGF-Landschaft und bezieht sich auf eine strukturelle und eine operative Ebene.

Auf **struktureller Ebene** zeigt sich, dass in Österreich weder ein nationales BGF-Strategiepapier noch eine übergeordnete Strategie *Gesundheit und Arbeit* vorhanden ist. Es finden sich aber sehr wohl Initiativen mit dem Ziel der Qualitätssicherung, ein gemeinsam definiertes Meta-Ziel der Einzelaktivitäten ist aber nicht vorhanden. Qualitätssicherung im Rahmen des ÖNBGF bezieht sich auf das Schaffen und Weiterentwickeln eines einheitlichen Verständnisses von BGF unter den relevanten Stakeholdern. Die fehlende Verbindlichkeit der Ergebnisse der Netzwerkarbeit erschwert eine einheitliche bzw. abgestimmte Umsetzung. Leadership- und Stakeholdertrainings könnten im Sinne des Capacity Buildings eine Möglichkeit bieten, Entscheidungsträgerinnen und -trägern aus BGF-nahen und -fernen Ressorts Ziele, Wirksamkeit und Relevanz der BGF näherzubringen.

Im Auftrag des Hauptverbandes wird derzeit an einem **Bericht empirischer BGF-Kennzahlen** als Grundlage für eine nationale „Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“ (BGBE) gearbeitet. In weiterer Folge sollen diese Kennzahlen in österreichischen Betrieben angewendet werden. Die Kennzahlen sollen einerseits die Gesundheit der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene abbilden und Veränderungen (aufgrund von BGF) sichtbar machen bzw. ggf. zukünftig überwachen, andererseits auch das Format des „Betrieblichen Gesundheitsberichtes“ bei der Strukturierung, der Darstellung gesundheitsbezogener Kennzahlen sowie bei der Vergleichbarkeit über die Zeit hinweg unterstützen (Langmann/Kvas 2014).

Mit den **Förderrichtlinien für BGF-Betriebe** schafft auch der FGÖ zusammen mit dem ÖNBGF eine Struktur, die die Qualität in der BGF konsequent verfolgt und eine Basis für qualitätsvolle Weiterentwicklung der BGF bieten kann. Nicht vorhanden ist eine zentrale Stelle, bei der Wissen, Erfahrungen, Forschungs- und Evaluationsergebnisse zusammenlaufen und die als Wissensbasis für eine spezifische BGF-Forschung wie auch für die Weiterentwicklung der BGF-Qualität in Österreich fungieren könnte.

Auch auf **operativer Ebene** finden sich Initiativen der Qualitätssicherung, auch hier ist zu beobachten, dass diese nicht aufeinander abgestimmt sind bzw. kein gemeinsames Ziel verfolgen.

- » An Qualitätsstandards für BGF-Berater/innen wird derzeit an zwei Stellen gearbeitet. Auf Initiative der OÖGKK und in Zusammenarbeit mit Styria vitalis wurde mit dem Aufbau eines Pools von Beraterinnen und Beratern begonnen. Ziel ist es, den Betrieben eine Liste von BGF-Kompetenz bereitzustellen und so die Qualität der Beratungsleistung sichern zu können. Auch das Austrian Standards Institute arbeitet derzeit im Rahmen der Entwicklung von ÖNORM-Regeln zu Prozessen und Anforderungen in der Personaleinstellung, -beratung, -

auswahl und -entwicklung an einer ÖN-Regel zu Anforderungen an Prozessbegleiter/innen Betrieblicher Gesundheitsförderung²⁰.

- » Qualitätsstandards für Regional- und Servicestellen könnten eine grundlegende Abstimmung hinsichtlich der Serviceangebote für BGF-Betriebe zwischen den einzelnen Anbietern zum Ziel haben.
- » Qualitätsstandards für BGF-Berichterstattung bieten die Möglichkeit, ein einheitliches Indikatoren-Set zu definieren und dadurch eine nationale Datenbasis wie auch ein systematisches Monitoring von BGF-Aktivitäten aufzubauen. Dieses Set sollte Kernindikatoren auf Betriebsebene und Standards für eine Evaluation von BGF-Betrieben beschreiben. Zwar sind im Rahmen der FGÖ-Förderschienen Evaluierungen von BGF-Projekten vorgeschrieben, es gibt auch Informationsblätter für externe Evaluation und für Selbstevaluation (FGÖ 2013a; FGÖ 2013b; FGÖ 2014b), konkrete Indikatoren werden hier jedoch nicht vorgegeben. Die Implementierung einer BGF-Berichterstattung hätte den Vorteil, dass auf Basis nationaler Daten wissenschaftliche Begleitforschung betrieben werden könnte, deren Erkenntnisse wiederum zur Weiterentwicklung der BGF in Österreich hilfreich wäre. Zentral wäre es bei diesem Prozess, die Anforderungen an die teilnehmenden Betriebe so zu gestalten, dass sie nicht noch mehr aufgrund von administrativem Aufwand vor einer Teilnahme an BGF zurückschrecken. Eine zentrale Ergebnisdatensammlung, z. B. von einer wissenschaftlichen Forschungsstelle, würde eine relevante Grundlage für informierte Entscheidungen auf politischer Ebene bieten.

11 Schlussfolgerungen

Abschließend werden zentrale Erkenntnisse aus Modul 2 zusammengefasst, um bestehende und zukünftige Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich zu beleuchten.

Nationale Strategie „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Basierend auf den bereits bestehenden Initiativen, Strukturen, Netzwerken und Kooperationen, erscheint es sinnvoll, eine grundlegende und ressortübergreifend ausgehandelte nationale BGF-Strategie zu erarbeiten. Diese sollte durch grundlegende Zielsetzungen handlungsweisend wirken und die politische ebenso wie auch die operativen Ebenen berücksichtigen. Diese Strategie sollte auf Basis des bereits Vorhandenen die strukturelle Verankerung der BGF sowie die Rollen und Aufgaben der relevanten Akteure definieren, ein Kommunikations- und Finanzierungskonzept beinhalten und auf diese Weise nachhaltig die Qualität der BGF in Österreich sichern. Die laufenden Arbeiten im Bereich der Rahmen-Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie bieten den adäquaten Rahmen für die Entwicklung dieser intersektoralen Strategie.

Im Rahmen der Entwicklung einer nationalen Strategie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erscheint es unumgänglich, folgende Themenblöcke unter Berücksichtigung bereits existierender Strukturen, Konzepte und Tools mitzudenken:

- » **Transparenz** und Qualitätssicherung bei der **Mittelverwendung** für BGF,
- » **Definition von Rollen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten** der relevanten Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich inkl. ÖNBGF, um Doppelgleisigkeit zu vermeiden und qualitätsgesichert zu agieren,
- » Einbeziehen aller relevanten Ressorts auf Bundesebene im Sinne einer **gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik**,
- » **politische Leadership** als Basis einer Top-down-Entscheidungsstruktur etablieren, vor allem um die Verbindlichkeit der Abstimmungsprozesse und Entscheidungen zu garantieren,
- » **Kompetenzzentrum für *Gesundheit und Arbeit*** mit regionalen Stellen; mögliche Aufgabenbereiche: Schnittstellenmanagement zwischen den drei bestehenden Aktivitätsfeldern, Anlaufstelle für eine umfassende Erstberatung von Betrieben zum Thema *Gesundheit und Arbeit*, Vernetzungstreffen zwischen Institutionen zur Verknüpfung von Theorie und Praxis, kontinuierliche Datensammlung auf regionaler Ebene u. a.,
- » Definition von **spezifischen Zielgruppen** hinsichtlich Betriebsgröße, Branchen, Berufsgruppen unter Berücksichtigung der Handlungsempfehlungen zur Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung (vgl. GÖG in Vorbereitung),
- » Erarbeitung von **Anreizsystemen** unter Berücksichtigung der im Gesamtkontext formulierten (Wirkungs-)Ziele,
- » Entwicklung von **BGF-Qualitätsstandards** für Servicestellen, für BGF-Berater/innen bzw. für BGF-Berichterstattung (BGBE),

- » Einrichtung einer bundesweiten **Forschungsstelle** zu *Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt* mit folgenden Aufgabenbereichen: systematische Erhebung von BGF in Österreich (inkl. spezifischer Fragestellungen wie Berufsgruppen, Krankheiten), Metaanalysen von Projektevaluierungen, Wirksamkeitsanalysen – Best-Practice-Beispiele, Aufbereitung der wissenschaftlichen Basis für politische Entscheidungsträger u. a.

Nationaler Aktionsplan „Gesundheit und Arbeit“

Mittelfristig könnte die nationale Strategie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ in einen „Nationalen Aktionsplan Gesundheit und Arbeit“ umgesetzt werden, der den derzeit vorhandenen Aktivitätsfeldern – ArbeitnehmerInnenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Wiederengliederungsmanagement – ein gemeinsames Dach gibt. Durch politische Leadership der zuständigen Ministerien (BMGF, Sozialministerium, BMWFW) und unter Einbeziehung der wesentlichen Stakeholder könnte damit die Relevanz des Themas *Gesundheit und Arbeit* unterstrichen und im Sinne eines Gesamtkonzepts nachhaltig die Gesundheit der Arbeitnehmer/innen verbessert werden. Das gemeinsame Dach sollte die drei Aktivitätsfelder in ihrer Eigenständigkeit schärfen und die jeweiligen spezifischen Ziele, Zielgruppen, Verantwortlichkeiten, Methoden etc. deutlich machen, um vor allem im operativen Bereich Klarheit in Bezug auf die Angebote zu schaffen. Diese Rollen- und Aufgabenklärung bietet die Basis für ein Schnittstellenmanagement, das auch einen Wissensaustausch zwischen den Aktivitätsfeldern ermöglicht. Daraus resultierende Synergie-Effekte würden letztendlich sowohl den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern als auch den Betrieben zugutekommen.

Modul 3

Perspektiven der Betrieblichen Gesundheitsförderung und Primärprävention

12 Empfehlungen

In Modul 3 werden zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus Modul 1 und 2 als Empfehlungen und Handlungsperspektiven für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention in Österreich abgeleitet.

Die vom Projektteam erarbeiteten Empfehlungen und Vorschläge für Maßnahmen wurden in der Steuerungsgruppe, die sich aus Vertretern/Vertreterinnen der Auftraggeber zusammensetzt, in zwei Workshops diskutiert und abgestimmt.

Über die in Tabelle 12.1 aufgelisteten Empfehlungen und Maßnahmenvorschläge besteht nunmehr innerhalb der Steuerungsgruppe weitgehend Konsens. Lediglich einzelne Details wurden kontrovers diskutiert (beispielsweise der Verbindlichkeitsgrad von BGF, die Einrichtung einer zentralen Forschungsstelle versus Andockung an bestehende Forschungseinrichtungen). Hervorzuheben ist, dass die gemeinsam erarbeiteten Maßnahmenvorschläge ein wichtiger Schritt für den weiteren Prozess und ein konstruktiver Beitrag für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention darstellen. Langfristig könnte dies aufbauend auf bestehenden Konzepten (Rahmengesundheitsziele, Gesundheitsförderungsstrategie) in ein alle Lebenswelten umfassendes österreichisches Präventionskonzept unter anderem unter Berücksichtigung des Settings Arbeitswelt münden.

Folgende Prämissen für die Umsetzung der Vorschläge wurden von der Steuerungsgruppe formuliert:

Bestehende Strukturen sollen genützt und möglichst keine neuen aufgebaut werden.

Die abgeleiteten Empfehlungen dieser Grundlagenarbeit sollen mit den Arbeiten und Maßnahmen zum Rahmen-Gesundheitsziel 1(R-GZ 1) „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche“ abgestimmt und verknüpft werden.

Insbesondere die Übereinstimmung mit dem Wirkungsziel 2 „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen“ zum R-GZ 1, in dem unter anderem die Erarbeitung einer nationalen BGF-Strategie festgelegt wurde, ist zu nützen

Tabelle 12.1:

Empfehlungen für die Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungs- ebene	Referenzen
Strukturelle Maßnahmen	S1	Mangel an Leadership Derzeit gibt es in Ö keine zentrale Verantwortung für alle Handlungskonzepte zur betrieblichen Gesundheit (viele Akteure, Vielzahl an Aktivitäten, zersplitterte Kompetenzen, Abgrenzungen nicht klar = strukturelles Defizit).	Politische Leadership Comittement der relevanten Stakeholder herstellen	Ein/e oder mehrere Minister/innen übernehmen die Führungs- und Koordinierungsrolle für den Prozess zur Umsetzung der in der Studie vorgeschlagenen Maßnahmen. Start soll eine Auftaktveranstaltung der zuständigen Minister/Ministerin und der Spitzenvertreter der Sozialpartner unter Einbindung der relevanten Stakeholder für BGF und Prävention in Österreich sein. Innerhalb der Ministerien BMGF, Sozialministerium, BMWFW soll BGF definiert und formell in der Geschäftseinteilung der Ministerien nach außen hin sichtbar gemacht werden. Zudem sollen BGF-Verantwortliche auf Sozialpartnerebene (inkl. Länderebene) transparent dargestellt und Aufgabenprofile erstellt werden. Ziel ist, Nachhaltigkeit zu gewährleisten, Synergieeffekte zu heben, und das Feld „Arbeit und Gesundheit“ in Richtung <i>Health in all Policies</i> weiter zu entwickeln.	Politik	Ö-Interviews, Erhebung Finnland Deutschland
	S2	Mangel an intersektoraler Zusammenarbeit Leadership sollte von einer mit Kompetenz und Entscheidungsmacht ausgestatteten Gruppe wahrgenommen werden.	Interinstitutionelles Steuerungsgremium für die BGF-Strategie	Für die strategische Ausrichtung und Steuerung der Prozesse und Festlegung von Zielen soll ein interinstitutionelles Steuerungsgremium unter Mitwirkung der Sozialpartner und allenfalls unter Beiziehung von Experten/Expertinnen eingerichtet werden. Die Besetzung des Steuerungsgremiums erfolgt durch die öffentlichen Institutionen (BMGF, Sozialministerium, BMWFW, SV, Länder, Sozialpartner). Die Verantwortlichkeit des Steuerungsgremiums sollte per Geschäftsordnung geregelt werden. Es soll sowohl die kurzfristige strategische Entwicklung für BGF als auch die langfristige Fortführung des Themas „Gesundheit und Arbeit“ garantieren und daher fix institutionalisiert werden. Genauere Rollen und Aufgaben sind noch zu klären.	Politik	Finnland

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Strukturelle Maßnahmen	S3	Fehlende nationale BGF-Strategie Die übergeordneten österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) liegen vor. Im Zuge der R-GZ werden in der Arbeitsgruppe 1 „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche“ verschiedene Maßnahmen zur Umsetzung des Wirkungsziels 2 („Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen.“) erarbeitet. Auch darin wird die Erarbeitung einer „Strategie für gesunde Betriebe über alle Betriebsgrößen“ vorgeschlagen. Die Maßnahmenkoordination für diese Maßnahme der Rahmengesundheitsziele liegt bei der Koordinationsstelle ÖNBGF in Kooperation mit Mitgliedern des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung sowie KooperationspartnerInnen. Gleichzeitig ist im Jahr 2014 auch die GF-Strategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages von der Bundeszielsteuerungskommission als Grundlage für eine abgestimmte Verwendung der Gesundheitsförderungsfonds-Mittel und der Vorsorgemittel beschlossen worden. Es fehlt aber eine Gesamtstrategie und eine spezifische BGF-Strategie. Zusammensetzung und Rolle des ÖNBGF: hat ein gutes Commitment, seine Breitenwirkung, Kompetenzen und Verbindlichkeiten werden als ausbaufähig wahrgenommen. Uneinheitliche und widersprüchliche Bezeichnungen und Abkürzungen erzeugen Verwirrung und Widerstand bei den Betrieben.	Entwicklung einer nationalen BGF-Strategie	Die Erarbeitung einer nationalen BGF Strategie soll partizipativ unter Beteiligung der betroffenen Institutionen und Involvierung einschlägiger Expertinnen/Experten erfolgen. Die Steuerung der Prozesse und Festlegung von grundsätzlichen Zielen obliegt dem interinstitutionellen Steuerungsgremium. Die nationale BGF-Strategie soll wesentliche Eckpfeiler einer umfassenden BGF in Österreich beinhalten. Bereits vorhandene Konzepte, Strukturen, Standards sollen in diese Strategie mit einfließen. Insbesondere in Abstimmung mit den Arbeiten zu Rahmen-Gesundheitsziel 1, Wirkungsziel 2: „Arbeitswelten, insbesondere Betriebe, die sich systematisch und strukturiert mit dem Erhalt und der Verbesserung von Gesundheit auseinandersetzen, ausbauen.“ Explizites Nicht-Ziel ist die Erarbeitung zweier paralleler Strategien. Anforderungen sind u. a.: » Zielentwicklung: Festlegung strategischer und operativer Ziele » Klärung der Rolle und Aufgaben der Institutionen (wer ist wofür zuständig) » Klärung relevanter Begrifflichkeiten/Definitionen » Klärung von Rolle und Aufgaben des ÖNBGF » Vorschläge zur besseren Vernetzung und Kooperation zwischen den drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz – BGF – Wiedereingliederungsmanagement mit dem Ziel der Abstimmung, Nutzung von Synergien und Weiterentwicklung in Richtung Gesamtstrategie » Arbeiten in Richtung Standardisierung der Servicestelle(n) für BGF als Ansprechpartner für Betriebe (z. B. standardisierte Beratungsangebote) » Kommunikationskonzept (Marketingoffensive, Öffentlichkeitsarbeit) zur Steigerung der Bekanntheit von BGF und Verdeutlichung von Zusammenhängen mit bzw. Abgrenzung zu ArbeitnehmerInnenschutz und Wiedereingliederung » Abstimmung der Finanzmittel » Festlegung von Zeitplan und Meilensteinen	Politik	Ö-Interviews, Erhebung

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Strukturelle Maßnahmen	S4	Keine Vorgabe detaillierter operativer Ziele für BGF Auf Basis nicht ausreichend koordinierter Einzelstrategien, unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und fehlender operativer Ziele kann sich die erhoffte Wirkung von BGF nicht entfalten.	Entwicklung operativer Ziele für nationale BGF-Strategie	Neben strategischen sollen für BGF im Rahmen der nationalen BGF-Strategie auch operative Teilziele definiert werden. Die operativen Ziele sollen in Abstimmung mit bereits vorliegenden Strategien bzw. allenfalls dort enthaltenen operativen Zielen (R-GZ) stehen. Die operativen Wirkungsziele sind zu priorisieren (basierend auf Kriterien), laufend zu evaluieren und anzupassen. Es soll systematisch entlang des Public Health Action Cycles vorgegangen werden.	Politik / Institutionen	Ö-Interviews, Deutschland
	S5	Keine Transparenz über Finanzmittel / wenig Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung Öffentliche Ausgaben für BGF sind nicht bekannt, viele Töpfe, viele Akteure. Auch bei Präventions- und Gesundheitsförderungsausgaben insgesamt besteht keine Transparenz. Kuration und Rehabilitation dominieren das öffentliche Ausgabengeschehen, Präventionsausgaben stiegen deutlich weniger als Kurationsausgaben (auch im internationalen Vergleich). FGÖ-Budget wurde seit 1998 nicht aufgestockt. Seit 2013 nunmehr zusätzliche Mittel für Gesundheitsförderung (Gesundheitsförderungsfonds auf Länderebene). Mittel für GF und Prävention sind nur teilweise mit Strategien hinterlegt.	Transparenz in der Mittelverwendung	» Erste Maßnahme: Laufende Studie²¹ im Auftrag von BMGF und HVB zur Erhebung der öffentlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung zur Schaffung von Transparenz nützen; Ergebnisse Mitte 2015, in Folge ist ein Monitoring-system vorgesehen. » Konsens schaffen, dass Mittel – wenngleich derzeit aus verschiedensten Finanzierungstöpfen kommend – strategisch abgestimmt werden (Minimalanforderung; soll in BGF-Strategie verankert werden). » Wenn strategische und operative Ziele sowie Maßnahmen definiert werden: Forcierung der Erhöhung der Mittel; neben Projektförderung verstärkt auch Mittel für Strukturen, Forschung und Evaluierung vorsehen.	Politik	Ö-Erhebung, Datenauswertung

²¹

Die Studie wurde im Jahr 2016 publiziert (<http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/Oeffentliche-Ausgaben-fuer-Gesundheitsfoerderung-und-Praevention-in-Oesterreich-2012.html>)

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Strukturelle Maßnahmen	S6	Von Einzelkonzepten zum Gesamtkonzept Derzeit bestehen in Österreich drei wesentliche Säulen, die sich aus unterschiedlichen Perspektiven mit dem Thema Gesundheit und Arbeitswelt befassen. Das verpflichtende ASchG, das Wiedereingliederungsmanagement (z. B. im Rahmen von fit2work) und die freiwillige BGF. In der Umsetzungspraxis wird deutlich, dass die 3 Säulen für Laien nicht klar voneinander zu trennen sind. Daraus entsteht Unklarheit, Konkurrenz und ein Nicht-Nutzen von potenziellen Synergien.	In weiterer Folge Ganzheitliches Konzept für „Gesundheit und Arbeit“	Mittelfristig sollte die nationale Strategie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ im Rahmen eines „Nationalen Aktionsplans Gesundheit und Arbeit“ umgesetzt werden. Die drei Säulen ASchG, BGF und Wiedereingliederungsmanagement sollen in ein Gesamtkonzept integriert werden, das eine konstruktive Zusammenarbeit der Akteure in der Praxis ermöglicht: Erarbeitung einer ganzheitlichen Gesundheitsstrategie für Betriebe unter Beteiligung aller relevanten Bundesministerien, Arbeitsinspektion, Sozialpartnern, FGÖ, SV, AUVA bzw. dem BGF-Netzwerk und einem Fachbeirat von Experten/innen. Bei der Erarbeitung der Strategie sollen zusätzliche Belastungen für die Betriebe vermieden werden. Aufgaben im Rahmen dieses Konzepts sind u. a.: » Schaffung eines Überblicks über Gesamtstrukturen/Aufgaben » Klärung relevanter Begrifflichkeiten » Festlegung der Rollen der Akteure » Klärung der Finanzierung » Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit Entwicklungen auf EU-Ebene bzw. in anderen EU-Ländern, Chancengerechtigkeit, Zielgruppenorientierung, branchenspezifische Spezifika etc. sollen dabei mitbedacht werden. Das Ziel dieses Gesamtkonzepts dient der Stärkung der drei klar voneinander abzugrenzenden Säulen ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederungsmanagement in der betrieblichen Prävention. Dabei sollen Synergien erkannt und genutzt werden, aber keine Verschmelzung der drei Säulen erfolgen.	Politik/ Institutionen	Finnland (Ganzheitliche Gesundheitsversorgung incl. Sicherheit am Arbeitsplatz); EU-strategischer Rahmen mit Zielen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz 2014–2020 (Quelle: http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=de&catId=89&newId=2053&furtherNews=yes)

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Operative Maßnahmen	O1	Fehlendes Schnittstellenmanagement zwischen Akteuren und Angeboten in der BGF	Unabhängiger Gesamtkoordinator/ Schnittstellenmanager	Einrichtung eines institutionsübergreifenden BGF-Netzwerkkoordinators mit klar definierten Aufgaben für das Schnittstellenmanagement zwischen den drei Säulen (ASchG, BGF, Wiedereingliederungsmanagement)	Politik/ Institutionen	Ö-Interviews, Erhebung
	O2	Ausbaufähiges Service- und Informationsangebot für Betriebe und Stakeholder Lt. Befragung mangelt es an Möglichkeiten, Antworten auf Fragen zur BGF und zu anderen betrieblichen Gesundheitsbelangen zentral zu bekommen.	Transparenz des Angebots / One-Stop-Shop für Betriebe	Verbessertes Service durch ein „One-Stop-Shop“ für Betriebe mit niederschwelligem Zugang (eventuell auf regionaler Basis) Die Klärung der Angebotsvielfalt soll unterstützt werden. Vorhandene gesetzliche Verpflichtungen wie ArbeitnehmerInnenschutz und Angebote wie BGF, Wiedereingliederungsmanagement (Fit2work Betriebsberatung) oder betriebliche Prävention müssen vernetzt und koordiniert werden.	Politik/ Institutionen	Ö-Interviews, Erhebung
	O3	Wenig Evidenz und Forschung zu „Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ in Österreich Bisher sind keine Primärstudien zur Wirksamkeit von Maßnahmen und keine ökonomischen Evaluationsstudien in Österreich publiziert; daraus resultiert, dass eine Daten- und Wissensbasis für BGF-Forschung wie auch insgesamt für Zusammenhänge Gesundheit und Arbeitswelt fehlt.	Einrichtung Forschungsstelle/Forschungsschwerpunkt zu BGF und in weiterer Folge zu „Gesundheit und Arbeit“ Aufbau einer Evidenzdatenbank	Etablierung und Durchführung von Forschung zu BGF und „Arbeit und Gesundheit“ im Rahmen einer bundesweiten Forschungsstelle bzw. alternativ im Rahmen von Forschungsschwerpunkten bestehender Forschungseinrichtungen. Eine Vernetzung und Abstimmung zwischen Forschungseinrichtungen wird empfohlen. Diese Forschungsstellen können das interinstitutionelle Steuerungsgremium z. B. in folgenden Belangen unterstützen: » Monitoringsystem für Wirkungsziele (Daten und Indikatoren) » Durchführung von Projekten z. B. zur Evidenz über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen, psychische Belastungen und Monitoring, Grundlagenstudie altersgerechtes Arbeiten, Grundlagen für bedarfsgerechte BGF, Wirkung von Anreizen für BGF, Erarbeitung spezifischer BGF-Angebote für besondere Berufsgruppen und Betriebe (insbes. KMU)	Politik/ Institutionen	Evidenzanalyse; Beispielhafte Forschungsinstitute: DK: National Research Centre for the Working Environment (F http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/en) NL: ZonMw (http://www.zonmw.nl/en) SW: Swedish Council on HTA (SBU), (http://www.sbu.se/en/) FL: Finnish Institute of Occupational Health (FIOH, www.ttl.fi/en);

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Operative Maßnahmen	O3			Evidenzbereitstellung zu Wirksamkeit von Interventionen und ökonomischen Analysen (Aufbau Evidenzdatenbank) Methodische Weiterentwicklungen z. B. zu Forschungsdesigns, Durchführung von Evaluationen und Pilotprojekten Erhebungsinstrumente für Betriebe Nationale und internationale Kooperationen mit ähnlichen Forschungseinrichtungen Dissemination der aktuellen Forschung national und international Evaluation (Ergebnisse und Prozesse) von öffentlich finanzierten Interventionen/Programmen		National Institute for Health and Welfare, THL; www.thl.fi D: Initiative Gesundheit und Arbeit, iga; www.iga.info.de)
Inhaltliche Maßnahmen	I1	Internationale Empfehlung: Orientierung am Bedarf Zielgruppenspezifische, bedarfsorientierte Maßnahmen sind effizienter als unspezifisch breit gestreute. Die Epidemiologie zeigt psychische – und Muskel-Skelett-Erkrankungen als stärkste Krankheitslast der erwerbstätigen Bevölkerung. Partizipation und Mitsprache der AN in Betrieben ist ein wichtiger Faktor für die Effektivität.	Identifikation und Priorisierung von Bedarfsschwerpunkten Maßgeschneiderte Interventionen für Berufen/Betriebe/Zielgruppen	Schaffung von Grundlagen für allgemeine und berufsspezifische GF- und Präventionsempfehlungen zur Ableitung der operativen Ziele für die nationale BGF-Strategie: » Identifizieren von relevanten Krankheitslasten und besonders belasteten Berufsgruppen. » Empirische Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung medizinischer Forschung zu Ursachen von Erkrankungen. » Schaffung von wissenschaftlicher Evidenz über mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Erkrankungen, Identifizieren von Risikofaktoren nach Tätigkeiten/Berufen » Welche Tätigkeiten/Berufe sind besonders häufig mit z. B. Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsunfällen (z.B. Fehlzeitenreport (Leoni 2014)), Berufsunfähigkeit verknüpft? » Welche Belastungen treten bei diesen Tätigkeiten/Berufen häufig auf?	Forschung	Evidenzanalyse

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungs- ebene	Referenzen
Inhaltliche Maßnahmen	12	Kaum Angebote für spezifische Zielgruppen Für neue, atypische Formen der Erwerbsarbeit (Neue Selbständige, EPU, Kleinstbetriebe, Leiharbeit, Schichtarbeit, Außendienst...) fehlen brauchbare BGF-Konzepte	Schaffung spezieller Angebote für besondere Zielgruppen	Entwicklung von BGF-Angeboten für besondere Zielgruppen bei gleichzeitiger Bereitstellung von Instrumenten und Management-Tools für Betriebe. Wenn Fördermittel lukriert werden, sind diese Modelle und Instrumente verpflichtend zu verwenden. » Entwicklung von spezifischen Förderkriterien für Klein- und Kleinstbetriebe » Entwicklung von branchenübergreifenden Angeboten für Klein- und Kleinstbetriebe Entwicklung von Werkzeugen, um im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sozioökonomisch Benachteiligte als wichtige Zielgruppe mit BGF zu erreichen.	Forschung Betriebe	Ö-Interviews
	13	(Teilweise) fehlendes Überblickswissen der Berater Die Erhebungen haben gezeigt, dass jene Personen, die im Feld tätig sind (ASchG, BGF, BEM) jeweils wenig Wissen über die angrenzenden Themenfelder haben. Dies kann in der Beratung von Betrieben Unklarheit verursachen.	Qualitätsstandards für operativ Tätige	Anpassung der Curricula von Gesundheitsmanagement-Ausbildungen: Die Ausbildung in BGF soll erweitert werden und zu einer einheitlichen, umfassenden Beratung befähigen. Eine bessere Ausbildung der „Beratenden“ soll letztlich die individuelle und betriebliche Gesundheitskompetenz stärken (z. B. in Form von einschlägigen Fortbildungen im Rahmen der Personalentwicklung: wie finde ich Informationen, wie wende ich sie an und setze sie um...). Aufnahme von Wissen über die drei Säulen ASchG, Wiedereingliederung und BGF in alle Ausbildungen in allen drei Bereichen. Herstellen einheitlicher Qualitätsstandards und Transparenz der Qualifikationen von Beratern und Beraterinnen. Informations- und Weiterbildungsveranstaltungen für relevante Personen über neue Entwicklungen entweder auf informeller Basis oder formal organisiert durch Einbindung in vorhandene Strukturen (z. B. ArbeitnehmerInnenschutzbeirat, ÖNBGF).	Bildungsanbieter Forschung	Ö-Interviews

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Inhaltliche Maßnahmen	14	Ausbaufähige Qualitätsentwicklung/ -sicherung Für den Erfolg von Maßnahmen sind vor allem die Gestaltung des Programmes, seine Implementierung und Evaluierung von besonderer Relevanz. Derzeit keine bundesweite Dokumentation aller Aktivitäten. Bündelung von Ressourcen, im ersten Schritt Zusammenarbeit und Austausch. Dafür ist Transparenz nötig, damit systematische Planung, Abstimmung und Evaluierung von Maßnahmen möglich wird.	Qualitätsstandards für BGF-Prozesse unter Berücksichtigung aller Säulen des BGM Einheitliche Evaluationsstandards Regelmäßiger „BGF-Bericht für Ö	Entwicklung von Leitlinien und einheitlichen Vorgaben für eine integrierte BGF-Beratung Alle Standards regelmäßig einer Revision (z. B. spätestens alle 10 Jahre) unterziehen. Eine einheitliche Basis schaffen für nationale Datensammlung über Prozess- und Ergebnis-Evaluationen von BGF in Betrieben. Gemeinsame Evaluationsstandards sollten in der umfassenden Strategie verankert werden. Entwicklung von Evaluationsstudien: Dazu müssen Vorgaben in entsprechenden Leitlinien entwickelt werden (Abstimmung der Erhebungsinstrumente/-methoden: validierte / international übliche Evaluierungsinstrumente bereitstellen). Betriebe sollen abgestimmte Erhebungsinstrumente und -methoden einsetzen und Evaluationsergebnisse mit bestimmten Parametern zur Verfügung stellen, wenn sie öffentliche Förderungen in Anspruch nehmen. Um Betriebe zu motivieren, BGF-Maßnahmen durchzuführen, müssen diese Instrumente und Methoden praktikabel zu handhaben und wirksam sein. Erstellung eines regelmäßigen Berichtes zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention, wobei dieser mit dem geplanten Monitoring der Gesundheitsförderungsstrategie und den Arbeiten zu den R-GZ abgestimmt sein muss. Optimalerweise sollten auch Maßnahmen zu ArbeitnehmerInnenschutz und Wiedereingliederungsmanagement mit Evaluierungsergebnissen und geplanten Maßnahmen enthalten sein.	Forschung	Ö-Erhebung ENWHP-Modell Deutschland
	15	Ausbaufähige zielgruppenorientierte Qualifikationsmöglichkeiten	Weiterbildungsangebote für über-/betriebliche Akteure	Spezifische Informations- und Weiterbildungsangebote zu BGF in Ergänzung zu bestehenden Angeboten des FGÖ wie auch zum Thema „Gesundheit in der Arbeitswelt“ sollen etabliert werden. Dies ermöglicht allen Akteuren Leadership.	Institutionen	Ö-Interviews

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungs- ebene	Referenzen
Inhaltliche Maßnahmen	16	BGF oft ohne Managementansatz Derzeitige BGF-Projekte lassen häufig den wichtigen Managementansatz vermissen.	Gesundheit als Managementaufgabe Absicherung der Implementierung Spezielle BGF-Angebote für Führungsebene	Sofern entsprechende Strukturen nicht schon vorhanden sind, sollen Betriebe freiwillig die Funktion eines "Betrieblichen Gesundheitsmanagers" (inkl. Stellenbeschreibungen) institutionalisieren und entsprechendes Know-how aufbauen. Management von Gesundheitsthemen soll integraler Bestandteil der Unternehmen werden (kein „Add on“ Programm / nicht in Linienstruktur). BGF in innerbetriebliche Personalentwicklungsmaßnahmen / -angebote aufnehmen. Entwicklung attraktiver Fortbildungsangebote für Führungskräfte, Wissensaufbau über die WK-Fachgruppen/Innungsstrukturen (Vorträge etc.)	Betriebe	Ö-Interviews
	17	Bedeutung der BGF steigt aufgrund der demographischen Entwicklung und Altersstruktur der Beschäftigten	Gestaltung altersgerechter Arbeitswelt Imagekorrektur älterer ArbeitnehmerInnen	Beobachtung/Analyse demographischer Entwicklungen (z. B. Demografiestrategie, Generationenmanagement) Zu gezielten Interventionen für Ältere zählen insbesondere (gesundheitsförderliche) Maßnahmen, die » das Image älterer AN (positiv) korrigieren » die Kompetenzen von ArbeitnehmerInnen fördern bzw. positive Lernerfahrung bieten » Mit betrieblichen Erfordernissen vereinbare Entspannungsphasen während der Arbeit ermöglichen » Age Management » Altersgerechte Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation altersgerechte Arbeitszeitmodelle erleichtern » Management und Führung verbessern bzw. Wertschätzung ermöglichen » Arbeitsprozess-Optimierungen und angepasste Arbeitsanforderungen im Rahmen der betrieblichen Gegebenheiten ermöglichen » Selbstbestimmtheit bzgl. Arbeit erhöhen	Sozialpartner	Evidenzanalyse Langzeitstudie Ilmarinen Demografiestrategie Deutschland

	Nr.	Analyse-Ergebnis	Empfehlung	Vorschlag für Maßnahmen	Handlungsebene	Referenzen
Allgemeine Maßnahmen	A1	Ohne Gesamtkonzept bzw. Zieledefinition können Anreizsysteme schwer ihren Zweck erfüllen Verstärkte Anreize für BGF in Betrieben werden in Österreich kontrovers diskutiert. Eine eindeutige Evidenz zur Wirksamkeit von Anreizsystemen (Steuerabsetzbarkeit, Bonusprogramme) für Betriebe konnte in einer unsystematischen Literaturrecherche für Deutschland nicht gefunden werden. Für eindeutigere Aussagen müsste die Art des Anreizsystems präzisiert und eine systematische Literatursuche in internationalen Datenbanken durchgeführt werden. Sowohl das Sozialpartnerpapier „Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Arbeitsmarkt und soziale Systeme“ als auch das Regierungsprogramm 2013–2018 enthalten steuerliche Anreize für BGF.	Schaffung von Evidenz bezügl. Anreizsystemen, um BGF in Betrieben weiter zu verbreiten	Die internationale Evidenz (v. a. auch die Ergebnisse der deutschen Modelle) ist weiter zu beobachten und zu prüfen und gegebenenfalls in die Erarbeitung eines österreichischen Systems von (steuerlichen) Anreizen einzubinden.	Politik/ Forschung	Ö-Interviews, Literatur Deutschland
	A2	Viele politische Entscheidungen und Maßnahmen auf allen politischen Ebenen (Gemeinde, Länder, Bund) haben direkte und indirekte Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten. (z. B. geplante Änderungen von Öffnungszeiten, Vergabe von Baubewilligungen etc.)	Einsatz des Instruments der Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)	» Berücksichtigung der Dimension Gesundheit in Wirkungsfolgenabschätzung in Gesetzes- und Verordnungsentwürfen » Durchführung einer GFA bei anderen Maßnahmen der öffentlichen Hand mit potenziellen Auswirkungen auf die Gesundheit von Arbeiterinnen/Arbeitnehmern und Arbeitgeberinnen/Arbeitgebern	Politik	Ö-Interviews

AN = Arbeitnehmer/innen, ASchG = ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, BEM = Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung, BMGF = Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, BMWFW = Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft, D = Deutschland, DK = Dänemark, FGÖ = Fonds Gesundes Österreich, FIOH = EPU = Ein-Personen-Unternehmen, Finnish Institute of Occupational Health, FL = Finnland, GFA = Gesundheitsfolgenabschätzung, GÖG = Gesundheit Österreich GmbH, HTA = Health Technology Assessment, HVB = Hauptverband der Sozialversicherungsträger, KMU = Kleine und mittlere Unternehmen, NL = Niederlande, ÖNBGF = Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, R-GZ = Rahmen-Gesundheitsziele, SBU = Swedish Council on HTA, SV = Sozialversicherung, SW = Schweden, THL = National Institute for Health and Welfare

Darstellung: GÖ FP

13 Literatur

- Aas, R. W.; Tuntland, H.; Holte, K. A.; Roe, C.; Lund, T.; Marklund, S.; Moller, A. (2011): Work-place interventions for neck pain in workers. Cochrane Database of Systematic Reviews. Systematic Review Bd. CD008160. 4. Aufl., Cochrane Library
- Andren, D.; Svensson, M. (2012): Part-time sick leave as a treatment method for individuals with musculoskeletal disorders. In: J Occup Rehabil 22/3:418–426
- Ansmann, L.; Jung, J.; Nitzsche, A.; Pfaff, H. (2012): Zusammenhänge zwischen der Betriebsstruktur und Betrieblichem Gesundheitsmanagement in der Informationstechnologie- und Kommunikationsbranche In: Gesundheitswesen 74/298–305
- AOK-Bundesverband (2015): Präventionsgesetz (PrävG) [Online]. http://www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_12772.html [Zugriff am 20.05.2015]
- Arends, I; Bruinvels, DJ; Rebergen, DS; Nieuwenhuijsen, K; Madan, I; Neumeyer-Gromen, A; Bültmann, U; Verbeek, JH (2012): Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews. Bd. CD006389. Hg. v. The Cochrane Collaboration. 12. Aufl., JohnWiley & Sons, Ltd.
- ASVG: Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955
- Aura, Ossi; Ahonen, Guy; Ilamrinen, Juhani (2012): Tutkimusraportti: Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa 2012 Helsinki
- Awa, Wendy L.; Plaumann, Martina; Walter, Ulla (2010): Burnout prevention: a review of intervention programs. In: Patient Educ Couns 78/2:184–190
- Badura, Bernhard; Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Springer, Berlin
- Badura, Bernhard; Greiner, Wolfgang; Rixgens, Petra; Ueberle, Max; Behr, Martina (2008): Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Heidelberg
- Baicker, K.; Cutler, D.; Song, Z. (2010): Workplace wellness programs can generate savings. In: Health Affairs (Millwood) 29/2:304–311
- Bamberg, E.; Busch, C. (2006): Stressbezogene Intervention in der Arbeitswelt. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie
- Bambra, C.; Gibson, M.; Sowden, A. J.; Wright, K.; Whitehead, M.; Petticrew, M. (2009): Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities

of organisational changes to the psychosocial work environment. In: Prev Med 48/5:454–461

Baumanns, Rolf (2009): Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart

Bell, J. A.; Burnett, A. (2009): Exercise for the primary, secondary and tertiary prevention of low back pain in the workplace: a systematic review. In: J Occup Rehabil 19/1:8–24

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. 4. Aufl., Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Biffi, Gudrun; Faustmann, Anna; Gabriel, Doris; Leoni, Thomas; Mayrhuber, Christine; Rückert, Eva (2011): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Endbericht im Auftrag der AK Wien Hg. v. Donau-Universität Krems (DUK); Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (WIFO). Krems/Wien

Bindzius, Fritz; Bödeker, Wolfgang; Eberle, Gudrun; Jahn, Frauke; Kreis, Julia; Wetzstein, Annekatrin; Wolters, Jürgen (Hg.) (2005): Vorgehensweise bei der Entwicklung von arbeitsweltbezogenen Präventionszielen. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften und AOK Bundesverband. IGA-Report (Initiative Gesundheit und Arbeit) 8. Essen

Bindzius, Fritz; Wanek, Volker (2011): Landkarte der betrieblichen Gesundheitsförderung: Deutschland. Dreiländertagung betriebliche Gesundheitsförderung, St. Gallen

BA (2013): Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 – 2018. Bundeskanzleramt, Wien

BMG (2012): Die Gesundheitsreform 2012. Bessere Versorgungsstrukturen und mehr Leistungen für die kommenden Generationen. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

BMG (2014): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Beschlossen durch die Bundes-Zielsteuerungskommission am 21. März 2014. Bundes-Zielsteuerungsvertrag, Operatives Ziel 811. Bundesministerium für Gesundheit, Wien

Bödeker, Wolfgang; Barthelmes, Ina (2011): iga.Report 22. Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen. 1. Aufl., AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, Verband der Ersatzkassen e. V., Berlin

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York

- Bredgaard, Thomas; Larsen, Flemming; Madsen, Per Kongshøj; Rasmussen, Stine (2009): Flexi-
curity and atypical employment in Denmark. Bd. CARMA Research Paper 2009:01. Hg. v.
CARMA.
- Bundesamt für Gesundheit (2007): Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bern
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vor-
schläge für ein gesünderes Österreich. Langfassung. Bundesministerium für Gesundheit,
Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2014a): Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des
Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Wien
- Bundesministerium für Gesundheit (2014b): Pressemitteilung. Bundeskabinett beschließt Präven-
tionsgesetz. Hermann Gröhe: "Krankheiten vermeiden, bevor sie entstehen" [Online].
[http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2014-04/kabinett-beschliesst-
praeventionsgesetz.html](http://www.bmg.bund.de/presse/pressemitteilungen/2014-04/kabinett-beschliesst-praeventionsgesetz.html) [Zugriff am 16.03.2015]
- Bunker, John P (2001): The role of medical care in contributing to health improvements within
societies. In: International Journal of Epidemiology 30:1260–1263
- Cahill, K.; Perera, R. (2011): Competitions and incentives for smoking cessation. In: Cochrane
Database Syst Rev 4: Cd004307
- Cancelliere, Carol; Cassidy, David; Ammendolia, Carlo; Cote, Pierre (2011): Are workplace health
promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review
and best evidence synthesis of the literature. In: BMC Public Health 11/395:
- Chapman, Larry S. (2012): Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Stud-
ies: 2012 Update. In: The Art of Health Promotion 1–13
- Choi, BKL; Verbeek, JH; Tam, WWS; Jiang, JY (2010): Exercises for prevention of recurrences of
low-back pain (Review). Hg. v. The Cochrane Collaboration. JohnWiley & Sons, Ltd.
- Degener, Mirko (2004): Unternehmenserfolg und soziale Verantwortung. Unternehmenskultur
und Human Resource Managment und deren Einfluss auf den ökonomischen Erfolg und das
subjektive Erleben der Beschäftigten. Peter Lang, Frankfurt am Main
- Demmer, H. (1992): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. Evaluation
acht Erfolge sichtbar. 80 (11), 643–650. In: Die Betriebskrankenkasse 80/11:643–650
- Demografiestrategie: Demografiestrategie der Bundesregierung, Inneres, Bundesministerium für,
Rostock

- Dietrich, S.; Deckert, S.; Ceynowa, M.; Hegerl, U.; Stengler, K. (2012): Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies. In: Int Arch Occup Environ Health 85/1:1–11
- Drummond, M. F.; O'Brien, B. J.; Stoddart, G. L.; Torrance, G. W. (1997): Methods for the economic evaluation of health care programmes (2nd edition). Oxford. University Press
- Drummond, Michael F.; Sculpher, Mark J.; Torrance, George W.; O'Brien, Bernie J.; Stoddart, Greg L. (2005): Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, New York
- EAHC (2013): Matrix share our insight. Economic analysis of workplace mental health promotion and mental disorder prevention programmes and of their potential contribution to EU health, social and economic policy objectives. Executive Agency for Health and Consumers
- EDI, Eidgenössisches Departement des Inneren (2013): Gesundheit 2020 – Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates, Schweiz
- ENWHP (2009): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, European Network for Workplace Health Promotion
- Eurofound (2010): European Working Condition Survey. European Working Condition Survey, 2010, Dublin,
- Eurofound (2012a): Health and well-being at work: A report based on the fifth European Working Conditions Survey. Dublin
- Eurofound (2012b): Fifth European Working Conditions Survey. Hg. v. Publications Office of the European Union. Luxembourg
- Eurostat (2014a): European Community Health Indicator. HEIDI Data Tool, Zeitraum 2012, Abgefragt am Feber 2014
- Eurostat (2014b): Beschäftigung nach Geschlecht, Alter und Staatsangehörigkeit. Europäische Arbeitskräfteerhebung, Europäische Kommission, Zeitraum 2012
- FGÖ (2005): Glossar. Betriebliche Gesundheitsförderung [Online]. Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/?view=betriebliche-gesundheitsforderung> [Zugriff am 21.1.2014]
- FGÖ (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Beispiele guter Praxis 2011. Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- FGÖ (2013a): Hilfestellung externe Evaluation. FGÖ-Projektguide. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

FGÖ (2013b): Jahresbericht 2012. Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich, Wien

FGÖ (2013c): Anforderungen an die Evaluation geförderter Projekte. Fact Sheet. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

FGÖ (2014a): Jahresberichte 2010–2012 [Online]. Fonds Gesundes Österreich,.
<http://www.fgoe.org/search?SearchableText=jahresbericht> [Zugriff am 15.5.2014]

FGÖ (2014b): Hilfestellung Selbstevaluation. FGÖ-Projektguide. Wien: Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

FGÖ (2014c): Salutogenese [Online]. Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien/salutogenese> [Zugriff am 20.01.2014]

FGÖ (2014d): Gesundheitsdeterminanten (Determinanten der Gesundheit, Einflussfaktoren auf Gesundheit) [Online]. Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH. <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/gesundheitsdeterminanten/?searchterm=Determinanten> Gesundheit, 20.1.2014 [Zugriff am 21.1.2014]

Finnish Government (2011): Programme of Prime Minister Jyrki Katainen's Government, Helsinki

Finnish Institute of Occupational Health (2012): Policy Brief – Gradual return to work after sickness absence. Well-being through Work, hg. v. Health, Finnish Institute of Occupational.),

Finnish Institute of Occupational Health / persönliche Kommunikation, (2014): Fragebogen an nationale Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Finnland. An E-Mail an Gesundheit Österreich GmbH 17.02.2014

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (1972): Primary Health Care Act (66/1972),
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1972/en19720066.pdf>

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2001): Occupational Safety and Health Act No. 1383/2001, <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2001/en20011383.pdf>

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2002): Occupational Safety and Health Act No. 738/2002, <http://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2002/en20020738.pdf>

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2004): Health Insurance Act (1224/2004),
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1175755&name=DLFE-17023.pdf

Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2006a): Act on Occupational Safety and Health Enforcement and Cooperation on Occupational Safety and Health at Workplaces No. 44/2006,
<http://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2006/en20060044.pdf>

- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2006b): National Occupational Safety and Health Profile of Finland. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health 2006:8. Helsinki
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2011a): Policies for the Work Environment and Well-Being at Work until 2020. Helsinki
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2011b): Occupational Safety and Health Strategy – Fourth Follow-Up Report. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health. Helsinki
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2011c): Ministry of Social Affairs and Health and Related Authorities. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health Helsinki
- Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2013): Welfare, Health and Equality: Survey for 2012–2015. Finland
- Forum Managed Care (Hg.) (2007): Arbeitsunfähigkeit und Wiedereingliederung. Rosenfluh Publikationen AG. Managed Care 7/8
- Franzkowiak, Peter (2010): Prävention und Krankheitsprävention [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbe-griffe/?uid=a3b485d22f23d817f5b4d15674f4ce2c&id=angebote&idx=130> [Zugriff am 21.1.2014]
- Fritz, Sigrun (2004): Mehrebenen-Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Unveröffentlichte Dissertation, Technische Universität. Dresden
- Fritz, Sigrun (2006): Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen (2. korrigierte Aufl.). Zürich: vdf.
- Fröschl, Barbara; Bornschein, Bernhard; Brunner-Ziegler, Sophie; Conrads-Frank, Annette; Eisenmann, Alexander; Pertl, Daniela; Gartlehner, Gerald; Grillich, Ludwig; Kaminski, Angela; Mühlberger, Nikolai; Schnell-Inderst, Petra; Sroczynski, Gaby; Siebert, Uwe; Thaler, Kylie; Wild, Claudia; Wurm, Johannes; Zechmeister, Ingrid; Zsifkovits, Johannes (2012): Methodenhandbuch für Health Technology Assessment. 1.2012. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH / BIQG, Wien
- G-ZG (2013): Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
- GDA-Portal GDA-Portal [Online]. <http://www.gda-portal.de/de/Startseite.html> [Zugriff am 12.2.2014]
- Gesundheitsförderung Schweiz / persönliche Kommunikation, (2014): Fragebogen an nationale Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Schweiz. An E-Mail an Gesundheit Österreich GmbH am 21.02.2014

Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz – GPG: Bundesgesetz zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention, in der geltenden Fassung

GKV-Spitzenverband (2010): Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010. In:

GKV-Spitzenverband (2013): Präventionsbericht 2013, Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2012.

Gloede, Dieter (2010a): Betriebliche Gesundheitsförderung und wirtschaftliche Effizienz – Entwicklungsstand und Perspektiven der Wirtschaftlichkeitsevaluation in der Präventionsforschung. Bd. 7. Beuth Hochschule für Technik, Fachbereich I Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften, Berlin

Gloede, Dieter (2010b): Wirtschaftlichkeitsevaluation eines Stress- und Ressourcen-Trainings für un- und angelernte Beschäftigte. Bd. 8. Beuth Hochschule für Technik, Fachbereich I Wirtschafts- und Gesellschaftswissenschaften, Berlin

Gloede, Dieter (2011): Betriebswirtschaftliche Evaluationsmethoden. In: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt Ein Handbuch Hg. v. E. Bamberg; A. Ducki; Metz, A.-M., Göttingen: Hogrefe: 235–255

Gloede, Dieter; Ducki, Antje (2011): Die Effizienz betrieblicher Gesundheitsförderung. Ergebnisse der Analyse eines Programms für un- und angelernte Beschäftigte. In: Prävention und Gesundheitsförderung 6/2:131–137

GÖGG: Bundesgesetz, mit dem das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖGG) erlassen wird, das Bundesgesetz über die Errichtung eines Fonds „Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen“ aufgehoben und das Gesundheitsförderungsgesetz geändert werden, BGBl. I Nr. 132/2006, in der geltenden Fassung.

Goldgruber, Judith; Ahrens, Dieter (2009): Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. In: Journal of Public Health, Published online 16 October 2009

Grillich, L.; Hahn, C. (2014): Betriebswirtschaftliche Kennzahlen betrieblicher Gesundheitsförderung –Rapid Review. Donau Universität Krems, Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie. Forschungsbericht, Krems

Guyatt, GH; Oxman, AD; Vist, GE; Kunz, R; Falck-Ytter, Y; Alonso-Coello, P; Schunemann, HJ (2008): GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. In: BMJ 336/7650:924–926

- Habl, Claudia; Schnabel, Eva; Vogler, Sabine; Rosian, Ingrid; Takacs, Adam (2001): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- Halla, Martin; Pruckner, Gerald J.; Schober, Thomas (2013): Programmevaluierung: Selbständig Gesund.
- Hamberg-van Reenen, H. H.; Proper, K. I.; van den Berg, M. (2012): Worksite mental health interventions: a systematic review of economic evaluations. In: Occupational & Environmental Medicine 69/11:837–845
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2012): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien
- Health Policy Monitor (2007): Introduction of partial sickness allowance [Online]. Bertelsmann Stiftung. http://hpm.org/en/Surveys/THL_-_Finland/10/Introduction_of_partial_sickness_allowance.html
- Helmenstein, C; Hofmarcher, M; Kleissner, A; Riedel, M; Röhrling, G; Schnabl, A (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Endbericht, Institut für Höhere Studien (IHS) und ESCE Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Forschung, Wien und Eisenstadt
- Hoe, V. C.; Urquhart, D. M.; Kelsall, H. L.; Sim, M. R. (2012): Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults. In: Cochrane Database Syst Rev 8/CD008570
- Hommes, Monika (2011): Gesetzliche Rahmenbedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) durch die Krankenkassen. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung, St. Gallen, 25. März 2011
- Hupfeld, Jens (2011): Auswirkung der Steuerbefreiung auf die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Projektbericht Hg. v. Iga. BKK Bundesverband, Institut für Arbeit und Gesundheit der DGUV, AOK-Bundesverband, Verband der Ersatzkassen e. V.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl., Hans Huber Verlag, Bern
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (2010): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung
- IFK (2015): Präventionsgesetz 2015 [Online]. Berufsverband selbstständiger Physiotherapeuten – IFK e. V. <http://www.ifk.de/verband/aktuell/archiv-meldungen/3898-praeventionsgesetz-2015> [Zugriff am 16.03.2015]

- Ilklic, I.; Wolf, M.; Paul, N. W. (2007): Schöne neue Welt der Prävention? Zu Voraussetzungen und Reichweite von Public Health Genetics. In: Gesundheitswesen 69/2:53–62
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2013): Anreizsysteme zur Förderung Betrieblicher Gesundheitsförderung. Bezugnahme auf die Steuerbefreiung gemäß § 3 Nr. 34 Einkommenssteuergesetz sowie BGF-Bonusprogramme gemäß § 65 a Fünftes Sozialgesetzbuch in Deutschland. IfGP, Graz
- Jenny, G.; Inauen, A.; Brauchli, R.; Füllemann, D.; Müller, F.; Bauer, G.; Wieser, S.; Plessow, R.; Kauer, L.; Brügger, U. (2011): Projekt SWING – Schlussbericht der Evaluation. Zürich: Universität Zürich & Zentrum für Organisations- und Arbeitswissenschaften, ETH Zürich
- Joyce, K.; Pabayo, R.; Critchley, J. A.; Bambra, C. (2010): Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. In: Cochrane Database Syst Rev2:CD008009
- Jung, J.; Nitzsche, A.; Pfaff, H. (2010): Das Konzept „Gesundheitsförderungsreife“ und dessen Anwendung in wissensbasierten Unternehmen. In: Innovation durch Prävention – Gesundheitsförderliche Gestaltung von Wissensarbeit Hg. v. G. Becke et al., Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.: 251–270
- Kaba-Schönstein, Lotte (2011): Gesundheitsförderung VI: Einordnung und Bewertung der Entwicklung (Terminologie, Verhältnis zur Prävention, Erfolge, Probleme und Perspektiven) [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbe-griffe/?uid=a4d29858875c53c4517ad6c45952cc85&id=angebote&idx=205> [Zugriff am 21.1.2014]
- Kausto, J.; Miranda, H.; Martimo, K. P.; Viikari-Juntura, E. (2008): Partial sick leave—review of its use, effects and feasibility in the Nordic countries. In: Scand J Work Environ Health 34/4:239–249
- Kausto, J.; Virta, L.; Luukkonen, R.; Viikari-Juntura, E. (2010): Associations between partial sickness benefit and disability pensions: initial findings of a Finnish nationwide register study. In: BMC Public Health 10/361
- Kausto, Johanna; Solovieva, Svetlana; Virta, Lauri J.; Viikari-Juntura, Eira (2012): Partial sick leave associated with disability pension: propensity score approach in a register-based cohort study. In: BMJ Open 2/6:1–11
- Krane, L.; Fleten, N.; Stapelfeldt, C. M.; Nielsen, C. V.; Jensen, C.; Johnsen, R.; Braaten, T. (2013): Comparison of sick leave patterns between Norway and Denmark in the health and care sector: A register study. In: Scand J Public Health 41/7:684–691
- Krauth, C.; John, J.; Suhrke, M. (2011): Gesundheitsökonomische Methoden in der Prävention. In: Prävention und Gesundheitsförderung 6/2:85–93

- Kreis, J.; Bödeker, W. (2003): Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3., Essen, Dresden: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit – BGAG
- Langmann, Hubert; Kvas, Andreas (2014): Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Wien
- LBI-HPR (2010): Lernen aus FGÖ-Projekten. Betriebliche Gesundheitsförderung. Ludwig Boltzmann Institute – Health Promotion Research; Fonds Gesundes Österreich
- Leoni, Thomas (2014): Fehlzeitenreport 2014. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Hg. v. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. Wien
- Lidwall, Ulrik; Marklund, Staffan (2011): Trends in long-term sickness absence in Sweden 1992–2008: the role of economic conditions, legislation, demography, work environment and alcohol consumption. In: International Journal of Social Welfare 20/2:167–179
- Löffler, C. (1995): Die Wirkung der strategischen Planung auf den Unternehmenserfolg. Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden
- Lütticke, J. (2004): Befragungsbasierte Managementinformationssysteme im Krankenhaus In: „Weiche“ Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen Hg. v. H. Pfaff et al., Bern: Hans Huber: 149–167
- Luxemburger Deklaration (1997): Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, ENWHP, Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
- Marckmann, G. (2011): Nutzenmaximierung mit gerechtigkeitsethischen Einschränkungen: Perspektiven einer ethisch vertretbaren Kosten–Nutzen–Bewertung In: Das Gesundheitswesen 71/1:S2–S8
- Marine, A.; Ruotsalainen, J.; Serra, C.; Verbeek, J. (2006): Preventing occupational stress in healthcare workers. In: Cochrane Database Syst Rev4:CD002892
- Marmot, M. (2001): Sustainable development and the social gradient in coronary heart disease. In: Eur Heart J 22/9:740–750
- Martin, A.; Sanderson, K.; Cocker, F. (2009): Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms. In: Scand J Work Environ Health 35/1:7–18
- McGinnis, J Michael; Williams–Russo, Pamela; Knickman, James R (2002a): The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. In: Health Aff (Millwood) 22/2:78–93

- McGinnis, J Michael; Williams–Russo;P; Knickman, J (2002b): Was beeinflusst die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung?
- Meggeneder, Oskar; Hirtenlehner, Helmut (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Mabuse–Verlag Frankfurt am Main
- Meggeneder, Oskar (2012): " ... zu teuer und zu aufwendig?" – Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen. In: Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hg. v. Faller, Gudrun, Hans Huber Verlag: 259–267
- Meyer, M. (2004): Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung. CEval Arbeitspapiere. 2. Aufl., Saarbrücken: Centrum für Evaluation
- Michaelis, B.; Sonntag, Kh.; Stegmaier, R. (2010): Studien zum Gesundheitsindex, zur Mitarbeiterleistung und zum ökonomischen Nutzen. In: Arbeit Gesundheit Erfolg Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG. Hg. v. Kh. Sonntag;R. Stegmaier;Spellenberg, Ursula, Kröning: Asanger: 105–127
- Moritz, Michaela (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung – die Rolle des Staates und der Sozialpartner. In: Hg. v. Gesundheitsoeconomica: 93–96
- Mozaffarian, Dariush; Afshin, Ashkan; Benowitz, Neal L.; Bittner, Vera; Daniels, Stephen R.; Franch, Harold A.; Jacobs, David R. Jr.; Kraus, William R.; Kris–Eherton, Penny M.; Krummel, Debra A.; Popkin, Barry M.; Whitsel, Laurie P.; Zakai, Neil A. (2012): Population Approaches to Improve Diet, Physical Activity, and Smoking Habits. A Scientific Statement From the American Heart Association.
- Nadeem, Esmail (2013): Health Care Lessons from Sweden. Lessons from Abroad. A Series on Health Care Reform. Fraser Institute
- Nieuwenhuijsen, K.; Bruinvels, D.; Frings–Dresen, M. (2010): Psychosocial work environment and stress–related disorders, a systematic review. In: Occup Med (Lond) 60/4:277–286
- OECD (2007): Sickness and Disability Schemes in the Netherlands. Country memo as a background paper for the OECD Disability Review.
- OECD (2012): Health at a Glance. Europe 2012. Hg. v. OECD Publishing.
- OECD (2013a): Pensions at a Glance 2013. OECD and G20 Indicators. Hg. v. OECD Publishing.
- OECD (2013b): Mental Health and Work: DENMARK. Hg. v. OECD Publishing.
- OECD (2013c): Ageing and Employment Policies: Norway 2013. Working Better With Age. Hg. v. OECD Publishing.

OECD (2014): Ageing and Employment Policies: Netherlands 2014. Working better with Age. Hg. v. OECD Publishing.

Pappas, G.; Queen, S.; Hadden, W.; Fisher, G. (1993): The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986. In: N Engl J Med 329/2:103–109

Parlament (2014): Vorsorgekonzepte [Online]. Republik Österreich. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/J/J_13732/index.shtml, [Zugriff am 15.5.2014]

Pfaff, H.; Nitzsche, A.; Jung, J. (2008): Handbuch zum „Healthy Organisational Resources and Strategies“. (HORST) Fragebogen. (Forschungsbericht 03–2008). Veröffentlichungsreihe des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln,

Pomorin, N.; Friepörtner, K.; Pfaff, H.; Wasem, J. (2011): Ökonomische Effekte gesundheitsförderlicher Interventionen – Eine Untersuchung in der innovativen ITK-Wissensarbeit. Controlling. In: Zeitschrift für erfolgsorientierte Unternehmenssteuerung 23/3:189–195

Regierungsprogramm (2013): Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 bis 2018 Wien

Reidlinger, Iris (2006): Employer Branding als Chance für die Betriebliche Gesundheitsförderung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Medizinische Uni Graz, Public Health

Richter, Mathias; Hurrelmann, Klaus (2010): Determinanten von Gesundheit [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=188526fdbb3c49d4897db81ed88522b2&id=angebote&idx=147>– [Zugriff am 21.1.2014]

Rongen, A.; Robroek, S. J.; van Lenthe, F. J.; Burdorf, A. (2013): Workplace health promotion: a meta-analysis of effectiveness. In: Am J Prev Med 44/4:406–415

Rosenbrock, Rolf; Hartung, Susanne (2010): Gesundheitsförderung und Betrieb. Leitbegriffe A – Z [Online]. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=309b5ead66ccd26260b23b30cee0e474&id=angebote&idx=145> [Zugriff am 21.1.2014]

Ruotsalainen, J.; Serra, C.; Marine, A.; Verbeek, J. (2008): Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers. In: Scand J Work Environ Health 34/3:169–178

Sas, K.; Suarez, A. (2013): Priorities for occupational safety and health research in Europe: 2013–2020. European Agency for Safety and Health at Work, Hg. v. European Agency for Safety and Health at Work. EU-OSHA, Luxembourg

- Schneider, Friedrich; Dreer, Elisabeth (2013): Volkswirtschaftliche Analyse eines rechtzeitigen Erkennens von Burnout. Johannes Kepler Universität, Institut für Volkswirtschaftslehre und Forschungsinstitut für Bankwesen, Linz
- Schraub, E. M.; Sonntag, Kh.; Büch, V.; Stegmaier, R. (2010): Der Gesundheitsindex. In: Arbeit Gesundheit Erfolg Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG. Hg. v. Kh. Sonntag;R. Stegmaier;Spellenberg, Ursula, Kröning: Asanger: 73–92
- Schulte–Abel, Bettina (2010): Landkarte der betrieblichen Gesundheitsförderung – Schweiz. Dreiländertagung Betriebliche Gesundheitsförderung, St. Gallen
- Seibert, S. (1987): Strategische Erfolgsfaktoren in mittleren Unternehmen, untersucht am Beispiel der Fördertechnikindustrie. Frankfurt am Main: Peter Lang
- Shiri, R.; Kausto, J.; Martimo, K. P.; Kaila–Kangas, L.; Takala, E. P.; Viikari–Juntura, E. (2013): Health–related effects of early part–time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. In: Scand J Work Environ Health 39/1:37–45
- Sockoll, Ina; Kramer, Ina; Bödeker, Wolfgang (2008): iga.Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. . Hg. v. Initiative Gesundheit und Arbeit. BKK Bundesverband / BGAG Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung / AOK – Bundesverband / Verband der Ersatzkassen e. V.,
- Sonntag; Stegmaier; Spellenberg (2010): Arbeit Gesundheit Erfolg. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG. . Kröning: Asanger
- Statistik Austria (2014): Gesundheitsausgaben in Österreich [Online]. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsausgaben und persönliche Mitteilung [Zugriff am 15.5.2014]
- Statistik Austria (2014): Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen [Online]. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheitsliche_beeintraechtigungen/index.html [Zugriff am 10.11.2014]
- Steier, Alice; Kranvogel–Zellermayer, Edith; Pochobradsky, Elisabeth; Rosian, Ingrid (1999): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- Stoltenberg, C. D.; Skov, P. G. (2010): Determinants of return to work after long–term sickness absence in six Danish municipalities. In: Scand J Public Health 38/3:299–308
- Stürzlinger, Heidi (2014): Anreizsysteme in der Gesundheitsförderung: Themenaufriß. Input für die Arbeiten zu den Rahmen–Gesundheitszielen.

- Syme, S. L. (1996): Rethinking disease: where do we go from here? In: *Ann Epidemiol* 6/5:463–468
- TNS Opinion & Social (2012): Special Eurobarometer 378. Active Ageing – Report. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion
- Tompa, E.; Dolinschi, R.; de Oliveira, C.; Amick, B. C., 3rd; Irvin, E. (2010): A systematic review of workplace ergonomic interventions with economic analyses. In: *Journal of Occupational Rehabilitation* 20/2:220–234
- Tones, Keith; Tilford, Sylvia (2001): Effectiveness, efficiency and equity. . Health Promotion. Hg. v. Nelson Thornes Ltd. 3. Aufl., Cheltenham, UK
- Tullar, J. M.; Brewer, S.; Amick, B. C., 3rd; Irvin, E.; Mahood, Q.; Pompeii, L. A.; Wang, A.; Van Eerd, D.; Gimeno, D.; Evanoff, B. (2010): Occupational safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector. In: *J Occup Rehabil* 20/2:199–219
- Van Dongen, J. M.; Proper, K. I.; van Wier, M. F.; van der Beek, A. J.; Bongers, P. M.; van Mechelen, W.; van Tulder, M. W. (2012): A systematic review of the cost-effectiveness of worksite physical activity and/or nutrition programs. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 38/5:393–408
- Vermeulen, S. J.; Heymans, M. W.; Anema, J. R.; Schellart, A. J.; van Mechelen, W.; van der Beek, A. J. (2013): Economic evaluation of a participatory return-to-work intervention for temporary agency and unemployed workers sick-listed due to musculoskeletal disorders. In: *Scand J Work Environ Health* 39/1:46–56
- Viihari-Juntura, E.; Kausto, J.; Shiri, R.; Kaila-Kangas, L.; Takala, E. P.; Karppinen, J.; Miranda, H.; Luukkonen, R.; Martimo, K. P. (2012): Return to work after early part-time sick leave due to musculoskeletal disorders: a randomized controlled trial. In: *Scand J Work Environ Health* 38/2:134–143
- Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. W. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Walter, U.; Plaumann, M.; Dubben, S.; Nöcker, G.; Kliche, T. (2011): Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Prävention und Gesundheitsförderung. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 6/2:94–101
- Walter, U.; Krugmann, C. S.; Plaumann, M. (2012): Burn-out Wirksam Prävenieren?: Ein Systematischer Review zur Effektivität Individuumbezogener und Kombiniertes Ansätze. In: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55/2:172–182

Wellmann, H. (2008): Das 5-Stufen-Modell zur ökonomischen Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Betriebliche Gesundheitsförderung Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung Hg. v. I. Froböse;H. Wellmann;Weber, A.: 65–199

WHO Regional Office for Europe (2012): National Profile of Occupational Health System in Finland. World Health Organization, Copenhagen

WKÖ (2014): Statistisches Jahrbuch 2014. Wirtschaftskammern Österreichs, Wien

Zangemeister, C. (1999): Verfahren der Wirtschaftlichkeitsanalyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz (AuG). In: Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hg. v. BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven: 25–49

Zielsteuerung-Gesundheit (2012): Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, Bundesgesetzblatt

14 Anhang

14.1 Begriffsdefinitionen

Tabelle 14.1:
Begriffe im Kontext Arbeit und Gesundheit

	Erläuterung	Vorteile	Nachteile
Betriebliche Prävention	Identifikation und Abbau von Schadensursachen für die Gesundheit bei der Arbeit. Ansatzpunkte sind Individuen/Verhalten und Kontext/Verhältnisse.	Objektivierung und Messung von Schadenseinflüssen ist möglich. Zuordnung von Verantwortlichkeiten für Maßnahmen ist möglich.	Multikausale Einflüsse auf Gesundheit werden nicht erfasst, die Einflüsse werden nicht subjektiv bewertet.
Betriebliche Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta)	Befähigung zur aktiven Teilhabe der Betroffenen an der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb; Ressourcenorientierung	Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten, Förderung von Fähigkeiten und Potenzialen. Subjektive Bewertungen gewinnen Bedeutung für Veränderungsprozesse.	Heterogene Begriffsverwendung im Hinblick auf den Bezugskontext bzw. auf die Interventionsebene (Individuum, Organisation, Gesellschaft) Widersprüche zur betrieblichen Logik und Verfahrensweise
Betriebliches Gesundheitsmanagement	Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel unter Inanspruchnahme von Managementstrategien	Zielorientierung, strategische Planung, Kennzahlenbasierung, Verantwortungserklärung und Anschlussfähigkeit an andere betriebliche Managementsysteme	Gefahr eines Experten- und Top-down-Überhangs; Illusion der „Machbarkeit“ von Veränderungsprozessen; Vernachlässigung von Subgruppen, die nicht im Fokus betrieblicher Interessen stehen. Paradoxe Effekte (Gesundheitsförderung als Ausbeutungsstrategie)
Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung	Veränderung der Organisation durch Etablierung neuer Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit auf der Basis eines breiten Konsenses und diskursiver Prozesse auf allen Ebenen (Verbindung von Top-down und Bottom-up)	Nachhaltigkeit durch hohen Rückhalt aller betrieblichen Subgruppen (Entscheidungsträgerinnen und -träger, Expertinnen und Experten, Betroffene) Ausgewogenheit von Bedarfsorientierung, Beteiligung und Befähigung sowie Betriebsinteressen	Zeit- und Ressourcenaufwand für Kommunikations- und Abstimmungsprozesse, hohe Anforderungen an Allparteilichkeit und Moderationskompetenz
Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung	Konzertiertes Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Akteure, Sektoren und Ebenen zugunsten der Verwirklichung eines ausgewogenen Verhältnisses von Arbeit und Gesundheit	Beschränkungen einer organisationsimmanenten Logik werden überschritten; Synergien durch die Zusammenarbeit von Betrieben und externen gesellschaftlichen Akteuren werden geschaffen. Soziale Benachteiligung im Sektor Arbeit wird verringert.	Verantwortungsklä rung und Koordination aller beteiligten Institutionen und Organisationen im Sinne eines konzertierten Netzwerkansatzes sind erforderlich.

Quelle: Faller 2010, 25 zit. nach Rosenbrock/Hartung (2010); Darstellung: GÖ FP

14.2 Suchstrategie für Evidenzanalyse

Tabelle 14.2:

Suchstrategie nach Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit in Medline (via Ovid)

Suchzeitraum: 1. 1. 2012 bis 28. 1. 2014, Database: Ovid MEDLINE(R) 1946 to Present with Daily Update

```

1  Meta-Analysis as Topic/ (13132)
2  (metaanaly$ or meta analy$).tw. (51288)
3  Meta-Analysis/ (43413)
4  (systematic adj (review$1 or overview$1)).tw. (41578)
5  exp Review Literature as Topic/ (7162)
6  (cochrane or embase or psyclit or psycinfo or cinahl or science citation index or bids).ab. (39191)
7  (reference list$ or bibliograph$ or hand-search$ or relevant journals or manual search$).ab. (21805)
8  (selection criteria or data extraction).ab. (24180)
9  Review/ (1820290)
10 8 and 9 (17008)
11 Comment/ or Letter/ or Editorial/ (1217100)
12 animal/ not human/ (3777153)
13 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 10 (126638)
14 11 or 12 (4945618)
15 13 not 14 (118076)
16 work/ (8556)
17 workplace.ti,ab. (19643)
18 (worksite or work-site).ti,ab. (2555)
19 employee$.ti,ab. (29401)
20 organi?ational.ti,ab. (30299)
21 health promotion/ (50777)
22 Primary prevention/ (13638)
23 (wellness or wellbeing or well-being).ti,ab. (43269)
24 (health adj5 intervention).ti,ab. (7612)
25 (inequalit$ adj5 reduce).ti,ab. (669)
26 Occupational Health/ (24274)
27 occupational health.ti,ab. (9261)
28 ((improv$ or promot$ or increas$) adj5 health).ti,ab. (92988)
29 occupational.ti,ab. (82081)
30 16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 29 (154885)
31 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 (209437)
32 *Mental Health/ (12226)
33 dietary behavior?.ti,ab. (680)
34 (musculoskeletal or musculo-skeletal).ti. (7265)
35 Physical activity.ti. (16102)
36 (mental health or Burn-out).ti. (30635)
37 (reduc$ or intervention$ or program$ or prevent$).ti. (562047)
38 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (60328)
39 37 and 38 (5235)
40 31 or 39 (212915)
41 30 and 40 (25230)
42 15 and 41 (576)
43 limit 41 to "reviews (maximizes specificity)" (450)
46 42 or 43 (619)
47 limit 46 to (english or german) (562)
48 limit 47 to yr="2012 -Current" (118)

```

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Eine analoge Suche nach Übersichtsarbeiten wurde am 28. 1. 2014 neben Medline auch in den Referenzdatenbanken Embase, Cochrane DSR, DARE, CCTR, HTA, NHSEED, ERIC und PASCAL durchgeführt.

Tabelle 14.3:

Suchstrategie für ökonomische Studien in den Datenbanken Medline und NHSEED (28. 1. 2014)

Database: Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) <1946 to Present>

1	work/ (8549)
2	workplace.ti.ab. (21213)
3	(worksite or work-site).ti.ab. (2722)
4	employee\$.ti.ab. (30908)
5	organizational.ti.ab. (32806)
6	health promotion/ (50685)
7	Primary prevention/ (13623)
8	(wellness or wellbeing or well-being).ti.ab. (47359)
9	(health adj5 intervention).ti.ab. (8477)
10	(inequalit\$ adj5 reduce).ti.ab. (749)
11	Occupational Health/ (24232)
12	occupational health.ti.ab. (9799)
13	((improv\$ or promot\$ or increas\$) adj5 health).ti.ab. (102376)
14	occupational.ti.ab. (86968)
15	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 14 (164282)
16	6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12 or 13 (223422)
17	*Mental Health/ (12209)
18	dietary behavior.ti.ab. (755)
19	(musculoskeletal or musculo-skeletal).ti. (7999)
20	Physical activity.ti. (17891)
21	(mental health or Burn-out).ti. (33160)
22	(reduc\$ or intervention\$ or program\$ or prevent\$).ti. (606274)
23	(alcohol or smok\$ or tobacco).ti. (147856)
24	18 or 19 or 20 or 21 or 23 (206829)
25	22 and 24 (15279)
26	16 or 25 (235310)
27	15 and 26 (26813)
28	Cost-Benefit Analysis/ (57892)
29	"Costs and Cost Analysis"/ (41006)
30	economic evaluation.tw. (4905)
31	return on investment.tw. (856)
32	return on investment.mp. (859)
33	(cost-benefit or cost-utility or budget-impact or cost-effectiveness).mp. (76569)
34	benefit cost ratios.ti.ab. (97)
35	financial incentives.ti.ab. (2180)
36	economic simulation.ti.ab. (28)
37	28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 (118384)
38	27 and 37 (871)
39	limit 38 to (english or german) (814)
40	limit 39 to yr="2004 -Current" (386)

Quelle und Darstellung: GÖ FP

14.3 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit generell

Tabelle 14.4:
Rongen et al. (2013) Primärprävention

Titel	Workplace Health Promotion. A Meta-Analysis of Effectiveness
Journal	American Journal of Preventive Medicine 44/4:406–415
Frage/Ziel	Evidenz zur Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung (Verhaltensbezogene Maßnahmen)
Studiendesign	Meta-Analyse
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	18 RCTs; jeweils 40 bis 860 Teilnehmer/innen, Großteil der Studien aus Nordeuropa Branchen gemischt (Bank, Metallindustrie, Wäscherei, Pflegeheim, Fluglinie, Universität, Wäscherei, Kasino....) Norwegen, Schweden, Niederlande, Finnland, Spanien, Australien, USA, Brasilien
Untersuchte Interventionen	Verschiedenste primärpräventive Programme, alle verhaltensorientiert (Schulung, Beratung, Fitnessangebote etc.) bezogen auf: » Bewegung » Ernährung
Endpunkte	» Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand gemessen mit Standardinstrumenten (z. B. SF-36, SF-8) » Krankenstandstage » Produktivität » Arbeitsfähigkeit
Hauptergebnisse	Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand: ES 0,23 [95 % CI 0,13; 0,33] Krankenstandstage: ES 0,21 [95 % CI 0,03; 0,38] Produktivität: ES 0,29 [95 % CI 0,08; 0,51] Arbeitsfähigkeit: ES 0,23 [95 % CI 0,07; 0,52] Gepoolter Effekt – alle vier Endpunkte – statistisch signifikant: ES 0,24 [95 % CI 0,14; 0,34] Weitere Ergebnisse: Primärstudien mit geringer methodischer Qualität hatten eine 2,9-fach höhere Wirksamkeit als jene mit guter bzw. exzellenter methodischer Qualität; differenziert nach Alter der Studienteilnehmer/innen fand sich ein höherer Effekt bei Personen unter 40 Jahren, differenziert nach Geschlecht der Studienteilnehmer/innen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede im Effekt; bei geringen Teilnehmeraten war die Effektgröße 3,8 x höher als bei hohen Teilnehmeraten; Betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen waren wirksamer, wenn sie zumindest wöchentlich durchgeführt wurden.
Limitationen/Diskussion	Geringe Effekte, möglicherweise weil tatsächliche (weiter in der Zukunft liegende) Endpunkte und nicht sogenannte Surrogat-Endpunkte wie z. B. Gewichtsveränderung verwendet wurden; möglicherweise fehlen noch Publikationen. Publikationsbias wird von den Autoren nicht angenommen, da auch RCTs ohne Effekt inkludiert sind.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	The effectiveness of workplace health promotion programs in intervention studies depends not only on type and content of the intervention implemented but also on study population, study characteristics, and methodologic quality. WHPPs were shown to be more effective among a younger population, which hampers generalizability. Further, interventions with weekly contacts were more effective, emphasizing the need for intensive WHPPs. Researchers performing meta-analysis are advised to get insight into both the effectiveness and factors underlying the effectiveness of WHPPs.

	A striking observation was that RCTs of poor quality reported a statistically higher effectiveness than RCTs of good quality. Therefore, in order to correctly judge the effectiveness of WHPPs, it is important that effectiveness be evaluated only in good-quality RCTs.
Methodik	Meta-Analyse Inkludierte Studiendesigns: 18 RCTs; mit 40 bis 860 Teilnehmer/innen, Mehrheit der Studien aus Nordeuropa Suchzeitraum: bis November 2011 Datenbanken: PubMed, Embase, Web of Science Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur Primärprävention, Primärstudien mussten Endpunkte beinhalten und detaillierte Beschreibung der Charakteristika der Studienteilnehmer/innen und Interventionen, nur RCTs
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Ja
Inkludierte Studien	Atlantis 2004, Block 2008, Brox 2005, Eriksen 2002, Gerdle 1995, Groeneveld 2011, Jeffrey 1993, Kerr 1993, Morgan 2012, Nurminen 2002, Puig-Ribera 2008, Proper 2004, Reijonsaare 2012, Robroek 2012, Terry 2011, Tveito 2009, Von Thiele Schwarz 2008, Zavanela 2012 Gelb: Primärstudien mit mittleren bis hohem Effekt Länder: Norwegen, Schweden, Niederlande, Finnland, Spanien, Australien, USA, Brasilien
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Bias-Risiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja
Weitere Studien	Ein systematischer Review von Malik et al. 2013 mit insgesamt 58 Primärstudien (RCTs und quasi-experimentelle wie prospektive RCTs) kommt hinsichtlich diverser individualsbezogener Maßnahmen zur Förderung von Bewegung auch zu ähnlichen Schlussfolgerungen, keine überwältigend starke Evidenz, Studienqualität teilweise schlecht; und es gibt wenige langfristige Studien (> 6 Monate); Die Meta-Analyse von Verweij et al. 2011 (mit teilweise denselben Studien wie bei Rongen et al. 2013), die auch Maßnahmen zur Förderung von Bewegung und Veränderung des Ernährungsverhaltens – jedoch hinsichtlich Endpunkte Körpergewicht und Fettanteil – untersucht, kommt zum Ergebnis, dass individuelle Maßnahmen die sowohl Bewegung wie Ernährung forcieren, dass Körpergewicht um 1,19 kg reduziert werden kann und, wenn zusätzlich noch weitere „Umweltkomponenten“ (z.B. Teamwettbewerbe, Einbezug der Familie, Unterstützung von der Geschäftsleitung, Wanderwege, -pläne) hinzukommen, sich der Effekt um 0,29 kg erhöht. Der systematische Review von Geaney et al. (2013) , der die Wirksamkeit von Ernährungsinterventionen am Arbeitsplatz alleine oder in Kombination mit Schulung zum Ernährungsverhalten untersucht, schlussfolgert, dass für diese Maßnahmen nur eingeschränkte Evidenz vorliegt, dass dadurch der Obst- oder Gemüsekonsum erhöht wird. Im Rahmen des europäischen Hope-Projektes „Worksite Physical Activity Interventions and Obesity“ (Vuillemin et al. (2011)) werden „aktive Arbeitswege“ und körperliches Training für die Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit identifiziert (moderate Evidenz), für Übergewichtsreduzierung war die Evidenz nicht eindeutig.

¹ ES = Effektstärke, Eine Effektstärke von rund 0,2 repräsentiert einen kleinen, von rund 0,5 einen mittleren und rund 0,8 einen großen Effekt

RCT = randomisierter kontrollierter Trial

Quellen: Rongen et al. (2013); Mailik et al. (2013), Verweij et al. (2011), Geaney et al. (2013), Vuillemin et al. (2011)
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 14.5:
Cancelliere et al. (2011)

Titel	Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of the literature
Journal	BMC Public Health 11/395:1–11
Frage/Ziel	Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung zur Reduzierung von Präsentismus, wenn ja, was sind erfolgreiche Programme und was sind Risikofaktoren für Präsentismus?
Studiendesign	Systematischer Review und "Best evidence synthesis"
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	14 Studien inkludiert, 5 RCTS, 5 Cluster-RCTS, 1 Zeitserie, 1 Cross-over-Design, 1 Vorher-Nachher Studie; Diverse Branchen und Berufsgruppen; Dänemark, USA, Niederlande, Großbritannien, Kanada, Japan
Untersuchte Interventionen	Vielzahl unterschiedlicher Interventionen – von Rückentraining, Fitnessstrainings, komplexen Programmen für Risikogruppen bis Multi-Komponenten-Programme, die Intervention musste am Arbeitsplatz gesetzt werden, aber die entsprechenden Aktivitäten konnte auch außerhalb des Betriebes durchgeführt werden.
Endpunkte	Reduzierung von Präsentismus (gemessen mit unterschiedlichen Instrumenten wie z. B. Work Limitations Questionnaire, Work Productivity and Activity Impairment, Stanford Presenteeism Scale)
Hauptergebnisse	Insgesamt 10 von 14 inkludierten Studien zeigten positive Effekte hinsichtlich Präsentismus. Starke Evidenz in 2 Studien: eine in einer Wäscherei mit wöchentlich einer Stunde Training für 8 Monat, die 2. in einer Bierbrauerei mit Supervisoren-Ausbildung bezüglich psychischer Gesundheit. Moderate Evidenz für 8 Studien mit Lebensstil-Intervention zu Bewegung/Ernährung per e-mail, extra Pausen für AN mit repetitiven Arbeiten, ein multi-disziplinäres Arbeitsgesundheitsprogramm und ein Multikomponenten-Gesundheitsförderungsprogramm, partizipative Prozesse, Blau-Licht, Telefonintervention für depressive AN. Sieben der 10 erfolgreichen Interventionen waren auf die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen zugeschnitten. Eine der 10 erfolgreichen Interventionen benützte ein Anreizsystem (Lotterie-Karten). Die vier nicht erfolgreichen Interventionen waren: Computer-Maus mit Feed-back Signal um „Hovering behaviour“ zu verhindern, ein Rückenpräventionsprogramm, spezielle Resistenz-Trainings und allgemeine körperliche Übungen, Übungen am Arbeitsplatz und reduzierte Arbeitsstunden.
Limitationen/Diskussion	Hauptschwäche der Studien sind Selektionsbias bzw. häufig nicht beschriebene Selektionskriterien. Weitere methodische Schwächen: Response- und Partizipationsraten, Confounder wie Geschlecht, Alter, Ausbildung und Gesundheitszustand. Präsentismus ist schwierig zu messen, das ist in dieser Studie die größte Limitation. Betriebliche Gesundheitsförderung ist wichtige Strategie, um ältere AN im Prozess zu halten, es wird aber mehr empirische Evidenz benötigt. In dieser Studie wurde vorläufige Evidenz gefunden, dass einige Programme einen positiven Effekt auf Präsentismus haben. Risikofaktoren für Präsentismus wurden auch identifiziert: Übergewicht, schlechte Ernährung, Mangel an Bewegung, hoher Stress und schlechte Beziehungen zu Kollegen/Kolleginnen und Management.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	WHP represents one of the most significant strategies for enhancing the productivity of workers at a time when their average age is increasing [93]. Despite longstanding advocacy for comprehensive worksite programs, we need more empirical evidence to link these strategies to improvements in health and productivity [35]. We found preliminary evidence of a positive effect for some programs, identified their components and some contributing risk factors for presenteeism. Caution is needed in interpreting these results due to heterogeneous response/participation rates, interventions, intervention delivery methods, presenteeism measurement tools, employee populations, geographical and workplace settings, and inclusion and exclusion criteria. Interestingly, it has been stated that the most important issue for organizations to address is not whether or not WHP programs should be implemented to reduce risks

	and enhance productivity, but rather how such programs should be designed, implemented, and evaluated to achieve optimal results. Further implementation research is needed in this area.
Methodik	Qualitativer Review Inkludierte Studiendesigns: 14 Studien inkludiert, 5 RCTS, 5 Cluster-RCTS, 1 Zeitserie, 1 Cross-over-design, 1 Vorher-Nachher-Studie Suchzeitraum: 1990 bis 2010 Datenbanken: Cochrane, Medline, Embase, CINAHL Plus, NLM Gateway, PsychINFO, AMED and Trip Database, Handsuche in Journals Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Teilnehmeranzahl musste mindestens 20 sein, alle Interventionen inkludiert, die Intervention musste ausreichend beschrieben sein, Intervention musste am Arbeitsplatz gesetzt werden, die Aktivitäten konnten aber außerhalb durchgeführt werden.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nicht explizit
Inkludierte Studien	Blangsted et al. 2008, Block et al. 2008, Dababneh et al. 2001, De Boer et al. 2004, de Kraker et al. 2008, Mills et al. 2007, Rivilis et al. 2006, Tsutsumi et al. 2009, Viola et al. 2008, Wang et al. 2007, Jzelenberg et al. 2007, Nurminen et al. 2002, Takao et al. 2006, Von Thile Schwarz et al. 2008 Gelb = positive Ergebnisse Dänemark, USA, Niederlande, Großbritannien, Kanada, Japan
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja nach Quality Assessment Tool for Quantitative Studies Bias-Risiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja
Anmerkungen GÖG	Keine

Quelle: Cancelliere et al. (2011) , Darstellung: GÖ FP

Tabelle 14.6:
Cahill/Perera (2011)

Titel	Competitions and incentives for smoking cessation (Review)
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews CD004307, 4. Aufl.
Frage/Ziel	Reduzieren Wettbewerbe und Anreize die Raucherprävalenz und Rückfallquote? Erhöhen Anreize die Teilnahme an Raucherprogrammen? Hat die Höhe bzw. die Art des Anreizes eine Auswirkung?
Studiendesign	Systematischer Review
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	19 Studien inkludiert, 13 RCTs , 2 quasi-experimentelle, 4 Studien ohne Randomisierung; Betriebe/Branchen: Diverse (z. B. Gesundheitswesen, Banken, Universität, diverse Betriebe) USA, Großbritannien, Australien, Kanada
Untersuchte Interventionen	19 inkludierte Studien mit unterschiedlichen Anreizsystemen: 2 Glückslose, 7 finanzielle Belohnung für Abstinenz, 3 Kombination von finanziellen Anreizen und Preisen, 2 finanzielle Belohnung für Teamleistung, 4 finanzielle Leistung nach Abstinenzzeit, Variationen derselben u. a. auch Multi-Komponenten-Programme
Endpunkte	Einstellung des Rauchens und Abstinenz für mindestens 6 Monate ab Beginn der Intervention (biochemisch oder auch nicht festgestellt)
Hauptergebnisse	Biochemische Verifizierung des Raucherstatus wurde in allen Studien vorgenommen. Nur eine qualitativ hochwertige randomisierte klinische Studie mit den größten Teilnehmerzahlen (878 Raucher) in Betrieben von General Electric Energy Company zeigte einen statistisch signifikante Wirkung für Zigarettenabstinenz über den längsten Follow-up-Zeitraum (18 Monate), ohne dass zu diesem Zeitpunkt noch ein Bonus

	ausbezahlt wurde. Insgesamt bekamen die Teilnehmer/innen der Interventionsgruppe 750 USD und zwar 100 USD für die Teilnahme an einem Raucherentwöhnungskurs, 250 USD für erwiesene Abstinenz nach 6 Monaten und 400 USD für erwiesene Abstinenz nach 12 Monaten. Die Aufhorrare nach 15 oder 18 Monaten betrug in der Interventionsgruppe 9,4 % versus 3,6 % in der Kontrollgruppe. Ein weiterer Endpunkt war die Beendigung des Raucherentwöhnungsprogrammes, wofür die Teilnehmer einen Bonus von 100 USD bekamen. Das Raucherentwöhnungsprogramm selbst wurde von der öffentlichen Hand finanziert. 15,4 % der Interventionsgruppe schrieben sich in das Raucherentwöhnungsprogramm ein, in der Kontrollgruppe waren es 5,4 %. 10,8 % der Interventionsgruppe beendeten das Raucherentwöhnungsprogramm im Vergleich zu 2,5 % der Kontrollgruppe. Aufgrund der Heterogenität der Daten konnte keine Meta-Analyse über alle Studien gemacht werden.
Limitationen/Diskussion	Nur eine Studie (Volpp 2009) zeigte, dass Anreize langfristig Raucherentwöhnung fördert. Insgesamt wurden 750 USD für die Absolvierung eines Raucherentwöhnungsprogrammes und anhaltende Abstinenz nach 9 oder 12 Monaten gewährt. Sechs Monate nach der letzten Zahlung hatte die Interventionsgruppe eine höhere Entwöhnungsrate als die Kontrollgruppe. Anmerkung: das Raucherentwöhnungsprogramm wurde mit öffentlichen Mitteln finanziert bzw. die TN an dieses verwiesen. Die weiteren Studien wiesen diverse Schwächen auf (z. B. geringe Teilnehmerzahl) bzw. wirkten nicht über einen längeren Zeitraum. Erfolg des Raucherentwöhnungsprogrammes vermutlich auch darauf zurückzuführen, dass bei General Electrics Teilnehmer vor allem Weiße mit höherer Bildung und Einkommen waren. Anreize: Trade off: Hohe Teilnehmerzahlen und Teilnehmer, die nur wegen finanzieller Boni teilnehmen und nicht wirklich zu Rauchen aufhören wollen.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	Authors' conclusions With the exception of one recent trial, incentives and competitions have not been shown to enhance long-term cessation rates. Early success tended to dissipate when the rewards were no longer offered. Rewarding participation and compliance in contests and cessation programmes may have potential to deliver higher absolute numbers of quitters. The one trial that achieved sustained success rates beyond the reward schedule concentrated its resources into substantial cash payments for abstinence rather than into running its own smoking cessation programme. Such an approach may only be feasible where independently-funded smoking cessation programmes are already available. Future research might explore the scale and longevity of possible cash reward schedules, within a variety of smoking populations. Summary Do competitions and incentives help smokers to quit in the medium to long term? Smokers may quit while they take part in a competition or receive rewards for quitting, but generally do no better than unassisted quitters once the rewards stop. We found 19 studies (more than 4500 smokers) to include in this review. One trial of 878 smokers which achieved high and long-lasting success rates put its resources into a programme of large cash rewards (up to 750 USD), rather than into running its own smoking cessation programme. In the remaining 18 trials, whether or not the smokers put up their own money to take part made little difference to the success of their quit attempt. Paying smokers variable amounts of cash depending on their success in quitting was no more effective than paying them fixed amounts for attending the programme. Competitions and rewards may attract more people to make a quit attempt than might otherwise do so, but cessation rates remain broadly the same as for noncontestants. Future research may wish to explore the most effective size of cash payments, and how long they should be maintained to achieve lasting results. It should also test these findings in a variety of different populations of smokers, from various regions, social and economic groupings and ethnic mixes.
Methodik	Cochrane Review Inkludierte Studiendesigns: 19 Studien, davon 13 RCTs , 2 quasi-experimentelle Studien, 4 Studien ohne Randomisierung; Settings: Community/Betriebe

	Suchzeitraum: Bis 2010 Datenbanken: Cochrane Tobacco Addiction Group Specialized Register, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSYINFO Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien:
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Ja, Empfehlung in den Schlussfolgerungen.
Inkludierte Studien	Crowley 1995, Gallagher 2007, Glasgow 1993, Gomel 1993, Hennrikus 2002, Klesges 1986, Klesges 1987, Koffman 1998, Maheu 1990, Paxton 1980, Paxton 1980, Paxton 1981 Paxton 1983, Shoptaw (A) 2002, Shoptaw (B) 2002, Tevyaw 2009, Volpp 2006, Volpp 2009, Windsor (A) 1988 Gelb = positives Hauptergebnis USA, Großbritannien, Australien, Kanada
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Bias-Risiko bewertet: Ja Extraktionstabellen vorhanden: Ja Einstufung Evidenz: Ja
Anmerkungen GÖG	

Quelle: Cahill/Perera (2011), Darstellung GÖ FP

Tabelle 14.7:
Joyce et al. (2010)

Titel	Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews: CD008009
Frage/Ziel	Evaluierung der Effekte flexibler Arbeitsinterventionen auf den körperlichen, geistigen und allgemeinen Gesundheitszustand von Arbeitnehmern und ihre Familien
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	Insgesamt 10 Studien (kontrollierte Vorher/Nachher-Studien), Anzahl Teilnehmer/innen zwischen 1871 und 58 pro Studie Untersuchte Berufsgruppen: Arbeiter und Angestellte in 45 Firmen in den Niederlanden, Krankenhauspersonal in Dänemark, Polizeiangehörige in Großbritannien, Fluglinien-Angestellte in Finnland, Haushaltspanel in Deutschland und Großbritannien
Untersuchte Interventionen	1. Selbstbestimmter/flexibler Arbeitseinsatz 2. Freie Einteilung der Arbeitszeit (flexible Arbeitszeit, meist mit Kernzeit) 3. Überstunden 4. Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand 5. Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung 6. Befristete Arbeitsverträge
Endpunkte	» Körperliche Gesundheit » Geistige Gesundheit » Gesundheit allgemein Alle gemessen mit validierten Messinstrumenten
Hauptergebnisse	Zu 1: Selbstbestimmte/flexibler Arbeitseinsatz 4 Studien: 3 von 4 Studien zu selbstbestimmtem flexiblerem Schichtsystem berichten Verbesserung bezüglich Gesundheitsoutcomes: Statistisch signifikante waren: Verbesserung Müdigkeit (Kandolin 1996); Verbesserung psychische Gesundheit, Schlafqualität bei Tagesschicht, Schlafdauer bei Nachtschicht, Wachsamkeit während Nachtschicht (Smith 1998); Abnahme systolischen Blutdruckes (Viitasalo) Zu 2: Freie Einteilung der Arbeitszeit: 1 Studie (Dunham 2007), die den Einschlusskriterien entsprach. Keine signifikanten Unterschiede zum Gesundheitszustand zwischen Kontroll- und Interventionsgruppe Zu 3: Überstunden:

	1 Studie (de Raeve 2007), die den Einschlusskriterien entsprach. Diese zeigte keine Auswirkungen auf erhöhten Stress oder Erholungsbedarf. Es ist jedoch zu erwähnen, dass das Ausmaß der Überstunden in dieser Studie nicht beschrieben war. Daher ist es schwierig, Schlussfolgerungen über die Auswirkung derselben auf die Gesundheit und Wohlbefinden der Arbeitnehmer zu ziehen. Zu 4: Stufenweiser Eintritt in den Ruhestand 2 Studien verglichen die Effekte eines stufenweisen Eintritts in den Ruhestand im Vergleich zu einem „abrupten“ Übergang. 1 Studie (de Vaus 2007) zeigte statistisch signifikante Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes, die andere Studie (Calvo 2009) berichtete eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes. Beide Studien zeigten, dass die Wahlmöglichkeit der Betroffenen statistisch signifikant mit der Verbesserung des Gesundheitszustandes einher gingen. Zu 5: Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigung 1 Studie (Dooley 2000), diese fand signifikanten Anstieg von Depression; die Autoren des gegenständlichen Reviews stellen diese Aussage in Frage, da die Teilnehmer der Interventionsgruppe mit jenen der Kategorie unterbeschäftigter Teilnehmer an der Armutsgrenze gepoolt waren. Zu 6: Befristete Arbeitsverträge 1 Studie (Rodriguez 2002): keine signifikanten Effekte auf Gesundheit im Vergleich zu unbefristet beschäftigten Personen. Sonstige Ergebnisse: » Zu den Auswirkungen von Telearbeit/Heimarbeit wurde keine Studie identifiziert; » In den einbezogenen Studien wurden keine Subgruppen-Analysen durchgeführt.
Limitationen/Diskussion	Die Evidenz ist gering, nur 10 kontrollierte Vorher/Nachher-Studien, keine randomisierten Kontrollstudien oder Zeitserienanalysen. Es könnte ein Publikationsbias bestehen (negative Ergebnisse weniger wahrscheinlich publiziert). Da die Studien eher in homogenen Gruppen durchgeführt wurden, ist die Generalisierbarkeit auf die Bevölkerung als gering einzuschätzen.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	The evidence in this review suggests that interventions which increase employee control by offering worker-orientated flexibility (specifically self-scheduling and partial/gradual retirement) are likely to be associated with health improvements including improvements in physical health (reduced systolic blood pressure and heart rate), mental health (e.g. reduced psychological stress) and general health (e.g. tiredness and sleep quality) measures. Importantly, interventions which increased worker flexibility were not associated with any adverse health effects in the short term. Kandolin 1996 reported significant reductions in tiredness during the night shift when comparing intervention and control group participants, although it should be noted that this study reported on the effects of multiple interventions. Smith 1998 demonstrated improvements in mental health, sleep quality on day shift, sleep duration on night shift and alertness during night shift in the intervention group compared with the comparison group. Viitasalo 2008 found statistically significant decreases in systolic blood pressure and heart rate for workers with flexible scheduling compared with those in the control group. Pryce 2006 found no significant changes in primary health outcomes, although improvements in some secondary outcomes were noted when comparing intervention and control groups. The evidence base evaluating the effectiveness of flexible working interventions in the form of well-designed controlled before and after studies is small and methodologically limited. If the benefits and harms of flexible working are to be fully understood, then prospective, well-controlled intervention studies of the health and wellbeing effects of flexible working are urgently required, particularly those that examine differences in health outcomes by socioeconomic status, occupational grade or demographic characteristics However, bearing in mind the limitations of the studies, it is fair to suggest that, given the absence of ill health effects associated with worker-defined flexibility and the evidence of some improvements in a subset of health and wellbeing outcomes, certain types of worker-orientated flexible arrangements (specifically self-scheduling and partial/gradual employment) represent a plausible means through which policymakers and employers can promote healthier workplaces and improve work practices.

Methodik	Systematischer Cochrane Review Inkludierte Studiendesigns: 10 kontrollierte Vorher/Nachher Studien Suchzeitraum: bis 2009 Datenbanken: Cochrane Public Health Group Specialised Register, MEDLINE, CINAHL, , Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRA), Cochrane Library, PSYCInfo, Social Science citation Index, ASSIA, Sociological Abstracts, AB1 /Inform, EPPI und Hand-suche Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen, Follow-up > 6 Monate
Chancengerechtigkeit be-rücksichtigt	Im Review wird kritisiert, dass Sub-Gruppen-Analysen durchgeführt werden sollten, die in den Primärstudien nicht gemacht wurden.
Inkludierte Studien	De Raeve 2007, Dunham 1987, Kandolin 1996 , Pfyce 2006, Smith 1998 , Viitasalo 2008 , Calvo 2009 , de Vaus 2007 , Dooley 2000, Rodriguez 2002 Gelb markiert: jene Studien, die positiven Hauptergebnisse primär erbrachten
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja Bias-Risiko bewertet: ja Einstufung Evidenz: nein

Quelle: Joyce et al. (2010); Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.8:
Bambra et al. (2009)

Titel	Working for health? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment
Journal	Preventive Medicine 48/5:454-461
Frage/Ziel	1. Identifikation, welche organisationsbezogenen Änderungen im psychosozialen Arbeitsumfeld in systematischen Reviews untersucht wurden: Was waren deren Schlussfolgerungen in Bezug auf Gesundheitseffekte, welche Lücken gibt es? 2. Einschätzung, inwieweit in diesen Reviews auch der Einfluss auf sozioökonomische Ungleichheit in Bezug auf Gesundheit angesprochen ist, was deren Ergebnisse sind und ob Lücken bestehen. 3. Erforschung, in welchem Ausmaß in diesen Reviews die unterschiedlichen Einflüsse solcher Interventionen in Bezug auf Alter, Geschlecht oder ethnische Zugehörigkeit betrachtet wurden, was deren Ergebnisse sind und was es für die zukünftige Forschung bedeutet. Theoretischer Hintergrund: a) Demand-(Anforderungs-)Control-(Kontroll-)Modell von Karasek et al., wonach körperliche und physische Gesundheit von AN negativ durch hohe Anforderungen bei der Arbeit (schnelles Arbeiten, großer Einsatz, Zeitdruck und inkonsistente Anforderungen) und positiv durch Kontrollmöglichkeiten der eigenen Arbeit und sozialer Unterstützung beeinflusst wird. b) Modell beruflicher Gratifikationskrisen („effort-reward imbalance model“) nach Siegrist et al., wonach Verausgabung (z. b. Überstunden, Verantwortung, Unterbrechungen, Zeitdruck, körperliche/steigende Anstrengungen) mit einer antizipierten Belohnung (Wertschätzung, soziale Unterstützung, Aufstiegschancen, Einkommen ...) im Gleichgewicht stehen sollte. Beide Theorien sind empirisch gestützt, unterscheiden sich aber in ihrem Fokus.
Studiendesign	Zusammenfassung von systematischen Übersichtsarbeiten (Review of Reviews)
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	7 systematische Reviews, Anzahl Teilnehmer/innen in nicht ausgewiesen; Inkludierte Studien- und Länder siehe Methodik
Endpunkte	» Gesundheit (physische, psychische, Gesundheitsverhalten, Unfälle) » Wohlbefinden (physische und psychisches wie Müdigkeit, work/life balance, Lebensqualität, psychosoziale Endpunkte wie Anforderung-/Kontrolle) » Gesundheitliche Ungleichheiten (Unterschiede in Gesundheits- oder Wohlbefinden, Endpunkte nach sozio-ökonomischem Status oder nach demographischen Charakteristika (Alter, Geschlecht, Ethnie))

Identifizierte Interventionen	1. Gesteigerte Kontrollmöglichkeit der Arbeitnehmer/innen: <i>Partizipation der AN bei Entscheidungsprozessen</i> 1 a) Düsseldorfer Gesundheitszirkel zur Verbesserung potenziell schädlicher Arbeitsbedingungen inkl. psychosoziales Umfeld (Aust and Ducki 2004) 1 b) Reorganisation der Arbeit, partizipative Komitees, Kontrolle über Arbeitsstunden (Egan et al. 2007b) <i>Veränderung der Arbeitsaufgaben</i> 1 c) mehr Abwechslung, Teamarbeit, autonome Gruppen 2. Veränderung in der Organisation der Arbeit: 2 a) Schichtarbeit: Verdichtete Arbeitswoche bei <i>Schichtarbeitern</i>: Wechsel von 5-Tage-Woche mit jeweils 8 Stunden auf 4-Tage-Woche mit jeweils 10 bzw. 12 Stunden (üblicherweise auf 12 Stunden) (Bambra et al. 2008a) 2 b) Schichtarbeit: Änderungen im Rotationswechsel, Änderungen bei der Nachtarbeit, Einführung flexiblerer Schichtarbeit, Änderungen bei den Wochenendarbeiten, verkürzte Schichtdauer, Selbsteinteilung von Schichten (Bambra et al. 2008b) 2 c) Privatisierung von öffentlichen Aufgaben und Industrien (Egan et al. 2007 b) 2 d) Gesetzliche Regelungen, um Stürze aus der Höhe in der Bauindustrie zu verhindern (Rivara and Thompson 2000) 3. Effekte auf Gesundheitliche Ungleichheit
Hauptergebnisse	1 a) Gesundheit und Wohlbefinden: Gemischte Ergebnisse aus den 5 retrospektiven Studien mit/ohne Kontrolle. Krankenstände stiegen in der kontrollierten Studie, wohingegen sie in den vier unkontrollierten Studien abnahmen. Eine Studie zeigte Verbesserungen in einigen psychosozialen Outcomes wie in der Beziehung zu den Kollegen. 1 b) Partizipative Komitees: Interventionen mit gesteigerten Entscheidungsmöglichkeiten der AN hatten einen konsistenten positiven Einfluss auf den selbsteingeschätzten Gesundheitszustand 1 c) Veränderung der Arbeitsaufgaben änderte im Allgemeinen nicht das Niveau der Kontrollmöglichkeit der AN. Allerdings zeigte sich, dass sich bei sinkender Kontrollmöglichkeit und steigenden psychosozialen Anforderungen der selbsteingeschätzte Gesundheitszustand – in einigen Fällen auch die körperliche Gesundheit – verschlechterte. 2 a) Die Ergebnisse zu Gesundheitseffekten waren nicht eindeutig, wenngleich selten ein nachteiliger Effekt konstatiert wurde. Die Work-Life-Balance wurde häufig verbessert. 2 b) Veränderung von langsamem zu schnellem Schichtwechsel, von rückwärts- zu vorwärtsrotierenden Schichten und Selbsteinteilung der Schichten: positive Effekte für Gesundheit und Work-Life-Balance. 2 c) Qualitativ höherwertige Studien legten nahe, dass sich die aus Privatisierung ergebende Arbeitsplatzunsicherheit und Arbeitslosigkeit ungünstig auf psychische und in einigen Fällen auch auf physische Gesundheit auswirkte. 2 d) Verstärkte gesetzliche Regelungen, wenn sie mit Kontrollen durchgesetzt werden, könnten mit einer Abnahme von Verletzungen durch Stürze einhergehen. 3: Gesundheitliche Ungleichheit: 5 der 7 Reviews untersuchten unterschiedliche Gesundheitseffekte nach sozioökonomischen oder demographischen Gruppen. Im Allgemeinen fanden sie einen stärkeren Effekt für Männer als für Frauen, die Interventionen verbesserten wahrscheinlich eher die Gesundheit von ethnischen Minderheiten und älteren Arbeitnehmer/-nehmerinnen. Dieser Effekt ergibt sich vermutlich daraus, dass der Gesundheitszustand dieser Gruppen vor Interventionsbeginn schlechter war, sodass diese Gruppen einen größeren Nutzen daraus zogen. Es kann auch sein, dass die Gesundheitseffekte für einige Gruppen größer sind als bei anderen. Beispielsweise haben Studien gezeigt, dass die Beziehung zwischen Arbeit und Gesundheit bei den Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen.
Limitationen/Diskussion	Es bestand eine große Herausforderung, die relevanten systematischen Reviews zu identifizieren, vor allem da hinsichtlich Studien zur gesundheitlichen Ungleichheit ein größeres Defizit besteht (kein umfassendes Register). Trotz der umfassender Suche können möglicherweise Studien übersehen worden sein. Eine gewichtige Einschränkung bei einem „Review of Reviews“ ist, dass es zwar eine gute Übersicht bietet über

	die Interventionen, aber für die Beantwortung von Detailfragen Primärstudien herangezogen werden müssen.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	In comparison to other public health interventions addressing the social determinants of health, the systematic review evidence base on organisational changes to the work environment is fairly well developed (Millward et al., 2003). Further, the existing reviews are generally well conducted with six meeting all seven of the critical appraisal criteria. However, in terms of gaps in the coverage of the systematic review evidence base, this umbrella review suggests that there is a particular need for future reviews to examine the health impacts of wider organisational changes to the psychosocial work environment such as flexible working, part-time working, or other interventions which may enhance work-life balance. There was a consensus amongst all the reviews on the issue of future primary research, calling for the conduct of prospective (preferably randomised) controlled studies of organisational level workplace interventions. Such studies also need to record the wider organisation and labour market context in which the interventions take place (Egan et al., 2007b). Further, the need for studies which evaluate any differential impacts of interventions by socio-economic status was particularly noted (Bambra et al., 2007; Bambra et al., 2008a; Bambra et al., 2008b; Egan et al., 2007a). In terms of policy and practice, the findings of our umbrella review suggest that the increasing focus on psychosocial conditions in the workplace in national public health strategies is soundly based (Black, 2008; Department for Work and Pensions, 2005; Department of Health, 2004; United States Department of Health and Human Services, 2002). Specifically, the systematic reviews suggest that increasing employee job control (Bambra et al., 2007; Egan et al., 2007a); introducing the compressed working week (Bambra et al., 2008a) or implementing some other structural changes to shift work (Bambra et al., 2008b) could be beneficial to health and wellbeing and may also have the potential to reduce health inequalities.
Methodik	Review of Review Inkludierte Studiendesigns: 1a) 5 retrospektive Studien, eine mit und 4 ohne Kontrollgruppe; Länder: Deutschland, 10 Datenbanken wurden durchsucht 1b) 18 Studien, prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppe, retrospektive und qualitative Studien; Länder: USA, Großbritannien, Norwegen, Kanada, Schweden, Niederlande, Japan 1c) 19 prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Österreich, Japan 2a) 40 prospektive und retrospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: Kanada, USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Australien, Japan, Schweiz 2b) 26 Cross-over-Studien, kontrollierte Studien, prospektive und retrospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen Länder: Deutschland, USA, Großbritannien, Schweden, Niederlande, Australien, Japan, Finnland, Dänemark, Frankreich 2c) 11 prospektive Studien mit/ohne Kontrollgruppen, unkontrollierte, unterbrochene Zeitreihenanalysen; Länder: Großbritannien, Portugal 2d) 1 kontrollierte cross-sektionale ökologische Studie mit administrativen Daten Länder: USA Suchzeitraum und Datenbanken des Reviews of Reviews: Public Health Database 2000–2002, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of abstracts of reviews of effects (DARE), Campbell Collaboration database, evidence for Policy and Practice Information and Coordination Centre (EPPI-Centre) 2002–2007, criminal Justice abstracts database 2000–2007, Handsuche in Referenzlisten und American Journal of Public Health, American Journal of Preventive Medicine, Journal of Epidemiology and Community Health, Social science and Medicine 2002–2007 Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur organisatorische Maßnahmen, die sich auf psychosoziales Arbeitsumfeld auswirken (individuelle Interventionen wurden ausgeschlossen), 7-Punkte-Qualitätscheckliste musste eingehalten werden.

Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Ja
Inkludierte Studien	Aust and Ducki (2004), Egan et al. (2007b), Bambra et al. (2007), Bambra et al. (2008a), Bambra et al. (2008b), Egan et al. (2007), Rivara and Thompson (2000)
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja: 7-Punkte-Checkliste Bias-Risiko bewertet: Nein (im Review of Reviews nicht möglich) Einstufung Evidenz: Nein.
Anmerkungen GÖG	Wenig belastbare Studiendesigns; okay für die Fragestellung; Review Bambra et al. 2007 : The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. Egan et al. 2007 : The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. Beide sind in Literatursuche enthalten und wurden bereits in diesen Review inkludiert, sie werden deshalb nicht extrahiert.

Quelle: Bambra et al. (2009), Darstellung: GÖ FP 2014

14.4 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf Muskel-Skelett-Erkrankungen

Tabelle 14.9:

Hoe et al. (2012) Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärprävention

Titel	Ergonomic design and training for preventing work-related musculoskeletal disorders of the upper limb and neck in adults
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews 8/CD008570
Frage/Ziel	Wirksamkeit ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung oder Schulungen zur Prävention arbeitsbedingter Beschwerden der oberen Extremitäten (Arme, Hals und Schulter) und des Nackens
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	13 inkludierte Primärstudien mit insgesamt 2.397 Teilnehmer/innen, 75 % beschwerdefrei, 25 % hatten Beschwerden am Beginn der Intervention (> 20 Stunden Bildschirmarbeit) Größtenteils USA, auch Kanada, Schweden und Finnland Call-Centers, Universitäten, Gesundheitssektor, Verkehrsbetrieb, Luftfahrtunternehmen (überwiegend Büro-Arbeitsplätze)
Untersuchte Interventionen	alternative Computer-Maus, Armstützen, ergonomisches Arbeitsumfeld, ergonomische Schulungen, ergonomische Schulungen kombiniert mit ergonomischen Hilfsmitteln, Pausen bzw. reduzierte Arbeitszeit versus keine Intervention oder andere Interventionen
Endpunkte	» Inzidenz » Beschwerden (anhand Skalen) » Verlorene Arbeitstage, Arbeitsunfähigkeit
Hauptergebnisse	» Armstützung in Kombination mit alternativer Maus (mit neutraler Unterarmstellung) kann die Inzidenz von Nacken- und Schulterbeschwerden reduzieren, aber nicht jene der rechten oberen Extremität (moderate Evidenz nach Grade) ¹ Relativer Effekt 0,66 bei Follow-up nach 12 Monaten » Reduzierung der Beschwerden im Bereich Nacken/Schulter/obere Extremität wurde nachgewiesen, jedoch mit Evidenzgrad niedrig nach Grade) ¹ » Alternative Maus oder Armstützen alleine sind nicht effektiv. » Für alle weiteren untersuchten Interventionen konnte die Wirksamkeit aufgrund Heterogenität und Mangel an Studien nicht bestimmt werden, ebenso nicht für verlorene Arbeitstage und Arbeitsunfähigkeit. » Zusätzliche Pausen zeigten zwar eine Verringerung bezüglich Beschwerden, waren statistisch aber nicht signifikant, möglicherweise wegen nicht ausreichender Stichprobengröße.
Limitationen/Diskussion	Umfassende Literatursuche durchgeführt, nicht alle Studien beinhalten gewünschte Endpunkte. Die Gründe, warum für die weiteren Interventionen kein Nutzen nachgewiesen werden konnte, könnten fehlende statistische Power sein, um relevante Veränderungen zu entdecken.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	The current available evidence demonstrates moderate-quality evidence to suggest that the use of an arm support together with an alternative mouse may reduce the incidence of neck or shoulder MSDs (musculoskeletal disorders), but not right upper limb MSDs among VDU (Bildschirm) users. Moreover, there is moderate-quality evidence to suggest that the incidence of neck or shoulder and right upper limb MSDs is not reduced by using an alternative mouse as compared to a conventional mouse, with and without arm support. However, given that we made multiple comparisons involving a number of interventions and outcomes, high-quality evidence is needed to clearly determine the effectiveness of these interventions. While there was very-low- to low-quality evidence to suggest that other ergonomic interventions do not prevent WRULDs (work-related upper limb musculoskeletal disorders, including shoulders, upper arms, elbows, forearms, wrists and hands), this was limited by the

	number and heterogeneity of available studies. Implications for research: Given this review identified only a small number of studies with low risk of bias and significant heterogeneity between the studies, there is a need for high-quality RCTs examining ergonomic interventions for upper limb and neck disorders. Future studies also need to consider including independent medical examinations for diagnosis or using injury records, workers' compensation records or other injury reporting systems to obtain more objective outcome measures to minimise detection bias. Studies used a number of different outcomes to measure discomfort and disability. The lack of standardisation in the methods used to assess these outcomes is obvious. Future research should therefore use standardised methods or validated instruments especially when assessing discomfort and disability. The 13 identified studies consisted of only workers who used a computer or conducted data processing and worked in healthcare settings. Future research should include workers with other exposures or other industries where the risks for work-related MSDs are different.
Methodik	Systematischer Review, Meta-Analyse Inkludierte Studiendesigns: RCTs , quasi-randomisierte Studien, Cluster-RCTs Suchzeitraum: bis Juli bzw. November 2010 Datenbanken: Cochrane bone, Cochrane Occupational Safety and Health review group database, Cochrane Central Register of Controlled Trials, MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, Physiotherapy Evidence Database, US Centers for Disease Control and Prevention, the National Institute for Occupational Safety and Health, International Occupational Safety and Health Information Centre, World Health Organization, International Clinical Trials Registry Platform, Centre Watch, Trials Central, UK National Research Register, Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen inkludiert!
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nein
Inkludierte Studien	Bohr 2000, Brisson 1999, Conlon 2008, Galinsky 2000, Galinsky 2007, Gatty 2004, Gerr 2005, Greene 2005, Lintula 2001, McLean 2001, Rempel 2006, von Thiele 2008 Länder: USA (Mehrzahl), Kanada, Schweden, Finnland
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Bias-Risiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, GRADE ¹
Anmerkungen GÖG	Gelb markiert: jene Studien, die positiven Hauptergebnisse primär erbrachten

MSD = musculoskeletal disorders, RCTs = randomised controlled trials, VDU = visual display units

¹ GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

Quelle:Hoe et al. (2012), Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.10:

Aas et al. (2011) Muskel-Skelett-Erkrankungen, Sekundärprävention)

Titel	Workplace interventions for neck pain in workers
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews 4:CD008160
Frage/Ziel	Wirksamkeit arbeitsbezogener Maßnahmen bei erwachsenen Arbeitnehmern/Arbeitnehmerinnen mit Nackenbeschwerden
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit, Meta-Analyse von 2 Primärstudien
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	10 Primärstudien mit insgesamt 2.745 Teilnehmern/-nehmerinnen in Arbeit, in Krankenstand, Früh- oder Invaliditätspension, aber noch mit dem Arbeitsplatz durch Beschäftigungsvereinbarungen verbunden; Prävalenz Nackenbeschwerden variierte zwischen 54 % und 90 %

	Überwiegend Computerarbeiter in verschiedenen Branchen und Berufsgruppen (z. B. Sekretariat, Techniker, Architekten, Sozialarbeiter ...) 2 Niederlande, 2 Norwegen, 2 Finnland, 1 USA, 3 Schweden
Endpunkte	Vorgesehene Endpunkte: Schwere der Beschwerden (selbstberichtet mit standardisierten Untersuchungsinstrumenten), Abwesenheit (Krankenstände), Anteil Personen return to work, Änderung des Erwerbsstatus (Frühpension/Invalidität, Teilzeit)
Untersuchte Interventionen	1. Vier-Komponenten-Intervention mit Partizipation zusammengesetzt aus: a) Schulungen psychische Gesundheit, b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen, c) Änderung Arbeitsumfeld/Gestaltung/Abläufe. Kontrollgruppe: keine Intervention 2. Drei-Komponenten-Intervention zusammengesetzt aus: a) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung, Pausen, b) Änderung der Aktivitäten c) Änderung Arbeitsumfeld/Gestaltung. Kontrollgruppe: keine Intervention 3. Zwei-Komponenten-Intervention: 3 unterschiedliche Studien: 3a) Schulungen psychische Gesundheit und Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen; 3b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen und Änderung Arbeitsumfeld 3c) Schulungen psychische Gesundheit und Änderung Arbeitsumfeld Kontrollgruppe: keine Intervention 4. Ein-Komponenten-Interventionen: 2 unterschiedliche Studien: 4a) Schulungen psychische Gesundheit 4b) Schulungen körperliche Gesundheit, Entspannung und Pausen Kontrollgruppe: keine Intervention 5. Vergleich arbeitsplatzbezogene Interventionen versus Usual Care
Endpunkte	» Schmerzprävalenz » Krankenstände » Wiederaufnahme Tätigkeit » Änderung Erwerbsstatus (Frühpension, Teilzeit ...)
Hauptergebnisse	Zu 1: Vier-Komponenten-Intervention (Untersuchung in Finnland in städtischen Küchen): » Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Schmerzprävalenz, weder kurz- noch mittel- oder langfristig. » Signifikanter Unterschied bei Krankenständen mittelfristig (6 Monate Follow-up), nicht aber kurz- oder langfristig (Follow-up > 1 Jahr). Gemessen mit der Prävalenz von Krankenständen der letzten 3 Monate in 28 Fälle in der Interventions- versus 41 in der Kontrollgruppe. (moderate Evidenz) Zu 2: Drei-Komponenten-Interventionen: » Kein signifikanter Unterschied Schmerzprävalenz, keine Evidenz zu Krankenständen (geringe Evidenz) Zu 3: Zwei-Komponenten-Interventionen: » 3a): kein signifikanter Unterschied aktueller Schmerzprävalenz bei mittel- und langfristigem Follow-up, widersprüchliche Evidenz hinsichtlich Schmerzfürsorge (nie, 1 bis 2 Monate, 3 bis 6 Monate). Keine Evidenz zu Krankenständen » 3b): Signifikante Unterschiede Schwere der Beschwerden kurzfristig, aber nicht mittel- und langfristig, keine Evidenz zu Krankenständen » 3c): Keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Beschwerden und Krankenständen » Meta-Analyse von 2 Studien mit vergleichbaren Teilnehmern (Bildschirmarbeiter/innen) erbrachte einen statistisch kleinen bis keinen Unterschied (0,12 Standardabweichung) hinsichtlich Schmerzen im langfristigen Follow-up (Qualität niedrig). Zu 4: Ein Komponenten Interventionen:

	» Keine signifikanten Unterschiede langfristig 4a) und 4 b)
Limitationen/Diskussion	Es fanden sich eine Vielzahl von Ein- bis Vier-Komponenten-Interventionen. Die Analysen für einen bestimmten Endpunkt basierten aber meist nur auf einer Studie. Es konnte kein systematisches Muster gefunden werden (z. B. signifikanter Effekt nur zu einem Zeitpunkt gefunden im weiteren Follow-up nicht mehr). Gründe dafür könnten vielfältig sein (u. a., dass vielleicht entsprechende Studien dazu noch nicht durchgeführt wurden oder dass die Interventionen nicht angemessen sind, da Beschwerden nicht immer mit dem Arbeitsumfeld zusammenhängen und psychosoziale Ursachen haben können. Einige Studien hatten diese Aspekte zwar berücksichtigt, aber diese sind weniger dominant als körperliche Beanspruchungen. Es könnte auch mit den Zeitpunkten der Follow-up-Erhebungen zusammenhängen – bei einem frühen Follow-up können ev. Effekte noch nicht wirken, bei einem zu langen Follow-up können zahlreiche andere Einflussfaktoren auftreten. Die Messung der Endpunkte variiert beträchtlich, es scheint so, dass kein standardisiertes Messinstrument verwendet wurde. Weiters scheinen die Follow-up-Zeitpunkte sich nicht nach einem Krankheitsverlauf zu orientieren sondern an Forschungsterminen.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	This review neither supports nor refutes any specific workplace intervention. Therefore, whether a specific workplace intervention is likely to reduce pain or not is still unknown. Based on the current literature, there is low quality evidence that there is little or no difference in pain relief for workers with neck pain who do or do not receive workplace interventions and moderate evidence from only one trial that multi-component workplace interventions might be effective in reducing sick leave in the intermediate-term, although the effect is not sustained over time. Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect, and is likely to change the estimate. The large variations in target groups, interventions, follow-ups and outcome measurements restricted pooling of data across studies. Hence, there is an urgent need for randomised controlled trials with well-designed multi-dimensional interventions, tailored to wards neck pain and conducted at the workplace. We recommend that researchers use the ICF terminology to ensure that all relevant dimensions of health and functioning are addressed in further trials. In addition, the two main outcomes, pain relief and reduced sickness absence/return-to-work, would benefit from standardisation, and should always be included in these types of study.
Methodik	Systematischer Review, Meta-Analyse nur für 2 Studien möglich gewesen Inkludierte Studiendesigns: RCTs Suchzeitraum: bis 2009 Datenbanken: CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, ISIWeb of Science, OTseeker (Occupational Therapy Systematic review of Evidence), PEDro (The Physiotherapy Evidence database) Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: alle Sprachen inkludiert, Trainingsprogramme (Gruppengymnastik, Fitness, Aerobic, da schon in Cochrane Review (Kay 2005) untersucht.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Keine Subgruppenanalysen durchgeführt
Inkludierte Studien	Bernaards et al. 2007, Fostervold et al. 2006, Haukka et al. 2008 , Hedge et al. 1999, Horneij et al. 2001, Kamwendo 1991, Ketola et al. 2002, Morken et al. 2002a, van den Heuvel et al. 2003, Voerman et al. 2007
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Bias-Risiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, nach GRADE ¹
Anmerkungen GÖG	Gelb markiert: jene Studien, die positives Hauptergebnis primär erbrachten

RCTs = randomised controlled trials

Quelle: Aas et al. (2011), Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.11:

Tullar et al. (2010), Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär- und Sekundärintervention

Titel	Occupational safety and health interventions to reduce musculoskeletal symptoms in the health care sector
Journal	Journal of Occupational Rehabilitation 20/2:199-219
Frage/Ziel	Wirksamkeit diverser Arbeitsschutzmaßnahmen und Gesundheitsinterventionen im Gesundheitswesen auf den Bewegungsapparat
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	16 inkludierte Studien, Anzahl Teilnehmer/innen nicht verfügbar Personen nur aus dem Gesundheitswesen: Krankenschwestern/Pfleger in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Rehabilitationszentren Länder: Schweden (4), USA (2), Norwegen (2), Finnland (2), Großbritannien, Frankreich, Kanada, Israel und Australien (1)
Endpunkte	Beschwerden im Bewegungsapparat
Untersuchte Interventionen	4. Multi-Komponenten-Programme: Selbstverpflichtung der Organisation Maßnahmen zu forcieren, Einsatz mechanischer Hebegeräte/Hilfen und ergonomische Schulungen 5. Training: z. B. Krafttraining, Ausdauertraining, Rückenschule 6. Ergonomische Schulungen: „Patient handling“
Hauptergebnisse	1. Moderate Evidenz für die Wirksamkeit von Multi-Komponenten-Programme hinsichtlich Beeinträchtigungen am Bewegungsapparat, welche davon die Hauptfaktoren sind, kann nicht identifiziert werden 2. Moderate Evidenz für Training/Körperliche Bewegung 3. Ergonomische Schulungen hinsichtlich „patient handling“ als isolierte Maßnahme kein Effekt auf Beschwerden im Bewegungsapparat
Limitationen/Diskussion	Bezüglich Training besteht große Heterogenität (Krafttraining bis Ausdauertraining), dies könnte auch daran liegen, dass die Fachgesellschaften für Physiotherapie in den letzten 27 Jahren immer wieder geänderte Empfehlungen herausgaben. Für viele Interventionen wurde „insufficient“ Evidenz gefunden, dies meint, dass nicht die Qualität der Interventionen schlecht sei, sondern dass es eine geringe Anzahl von Studien gibt.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	The findings here echo previous systematic reviews supporting exercise as providing positive health benefits and training alone as not being effective. Given the moderate level of evidence, exercise interventions and multi-component patient handling interventions (McPHI) were recommended as practices to consider. A multi-component intervention includes a policy that defines an organizational commitment to reducing injuries associated with patient handling, purchases of appropriate lift or transfer equipment to reduce biomedical hazards and a broad-based ergonomics training program that includes safe patient handling and/or equipment usage. The review demonstrates MCPHI can be evaluated if the term multi-component is clearly defined and consistently applied.
Methodik	Systematischer Review Inkludierte Studiendesigns: RCTs, nicht-randomisierte Studien Suchzeitraum: ? Datenbanken: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, Academic Source Premier, PsycINFO and Business Source Premier Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Englisch, Französisch, Spanisch, Schwedisch
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Nein, kein Thema
Inkludierte Studien	Bru 1994, Carrivick 2001, Collins 2004, Dehlin et al. 1981, Dehlin et al. 1978, Donchin et al. 1990, Gundewall 1993, Harma et al. 1988, Leclerc 1997, Li 2004, Linton 1989, Maul et al. 2005, Oldervoll et al. 2001, Smedley 2003, Videman 1989, Yassi et al. 2001 Gelb markiert: Studien mit positivem Hauptergebnis Länder: Schweden (4), USA (2), Norwegen (2), Finnland (2), Großbritannien, Frankreich, Kanada, Israel und Australien (1)

Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: teilweise Bias-Risiko bewertet: Nein Einstufung Evidenz: Ja ¹ .
Anmerkungen GÖG	Zu Primärstudie Donchin 1990: In Cochrane Review (Choi et al. 2010), wo diese Studie ebenfalls eingeschlossen ist, findet sich zusätzlich zu den oben genannten Ergebnissen eine Auswertung hinsichtlich des Effektes von „Trainingsmaßnahmen“ nach einer Behandlung von Rückenbeschwerden (post-treatment exercise versus no intervention) in der die Interventionsgruppe eine Rückfallquote im Follow-up (Zeitraum 0,5 bis 2 Jahre) von 33 %, die Kontrollgruppe (ohne Training) eine Rückfallquote von 75 % hatte. Weiters schlossen die Cochrane-Autoren – basierend auf 2 weiteren Studien (davon eine im betrieblichen Setting (Kellet 1991), eine wurde in professionellen Settings (Physiotherapiezentren, Chiropraktiker) durchgeführt) – dass die Anzahl der Personen, die sich aufgrund eines Wiederauftretts von Rückenbeschwerden im Krankenstand befindet, im mittel- und langfristigen Follow-up nicht beeinflusst wird, aber dass die Anzahl der Krankenstandstage kurzfristig sank – rund 4 Tage weniger. (Einstufung des Evidenzgrades: moderat)

Quelle: Tullar et al. (2010), Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.12:
Bell/Burnett (2009) Muskel-Skelett-Erkrankungen, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Titel	Exercise for the Primary, Secondary and Tertiary Prevention of Low Back Pain in the Workplace: A systematic Review
Journal	Journal of Occupational Rehabilitation 20/2:199–219
Frage/Ziel	Wirksamkeit von Trainingsmaßnahmen am Arbeitsplatz (als Einzel- oder Mehrkomponenten-Maßnahme) hinsichtlich Reduzierung der Inzidenz und Intensität von Rückenbeschwerden und deren Einfluss auf Arbeitsfähigkeit
Studien/Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	15 kontrollierte Interventionsstudien, Anzahl und Art der Teilnehmer/innen nicht dargestellt; Untersuchte Berufsgruppen: Militärpersonal, Pflegepersonal, Krankenhausangestellte, Luftverkehrsangestellte, Büroangestellte, Postangestellte, Fabriks- und Eisenbahnarbeiter, Metallindustrie Länder: nicht beschrieben
Endpunkte	» Anzahl Neuerkrankungen » Schmerzintensität » Krankenstände » Arbeitsfähigkeit » Kosten für Rückenbeschwerden
Untersuchte Interventionen/Outcomes	Alle Arten von Training (Kraft-, Dehnungs- und Ausdauer)
Hauptergebnisse	Reduktion Anzahl Neuerkrankungen » 7 Studien berichten positive und signifikante Effekte, jedoch mangelhafte methodischer Qualität, teilweise geringe Teilnehmerzahl, Co-Interventionen, daher insgesamt beschränkte Evidenz (limited Evidence = nur eine qualitativ hochwertige Studie) für die Wirksamkeit Reduktion Schmerzintensität » 6 Studien, 2 qualitativ gute RCTs und ein weniger hochwertige RCT zeigen signifikante Verbesserungen der Schmerzintensität (Einzelmaßnahmen), zwei davon bezogen sich auf Trainingsprogramme während der Arbeitszeit (strong evidence = konsistente Evidenz in 2 oder mehr qualitativ hochwertigen RCTs) Arbeitsfähigkeitsparameter: » Krankenstände: 4 Studien berichteten positiven Effekt, davon 2 RCTs mit signifikanten Wirkungen (eine im Bereich der Pflege, eine bei Fabrikarbeitern, keine Angabe zum Ausmaß der Reduzierung), jedoch Qualität der Studien schwach (limited evidence)

	» Arbeitsfähigkeit: 3 Studien zeigten statistisch signifikante Verbesserung (strong evidence) » Kosten: keine Evidenz dazu gefunden
Limitationen/Diskussion	Keine Konsistenz hinsichtlich Definition und berichteter Compliance in den untersuchten Studien, mehr als die Hälfte der Studien berichteten keine Compliance-Raten. Wenngleich es unklar bleibt, welche Art von Training effektiv ist, zeigte sich durchschnittlich, dass täglich 10 Minuten Training eine signifikante Verbesserung erbrachten.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	Fifteen RCTs and NCTs were identified that investigated the use of exercise to prevent first episode or recurrent LBP in the workplace. With the exception of four RCTs, two of which showed no significant effects, the studies included in this review were of low methodological quality. These limitations, in addition to; diverse combinations of exercise, different study populations, differing participant presentation with respect to a biopsychosocial framework, varying workloads, heterogeneity of outcome measures and varying levels of exercise compliance make it difficult to draw definitive conclusions on the efficacy of exercise in preventing LBP in the workplace. Furthermore, it must be acknowledged that it is difficult to control for confounding factors such as pre-existing physical conditioning levels. This systematic review has demonstrated a clear need for more specific RCTs and NCTs that adequately report on items related to the applicability and clinical relevance of results to identify specific types and doses of exercise.
Methodik	Systematischer Review Inkludierte Studiendesigns: 10 RCTs und 5 nicht randomisierte kontrollierte Studien Suchzeitraum: bis 2007 Datenbanken: MEDLINE, CINAHL, AMED, SPORTDiscus, Cochrane Central Register of controlled trials, PEDro (The Physiotherapy Evidence database) Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: nur englischsprachige Studien
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Im Review wird angesprochen, dass Sub-Gruppen-Analysen, die in 6 Primärstudien durchgeführt wurden, hier nicht ausgewertet werden konnten.
Inkludierte Studien	RCTs : Daltroy et al. 1997, Donchin et al. 1990, Gundewall et al. 1993, Helmhout et al. 2004, Hlobit et al. 2005, Horneij et al. 2001, Kellett et al. 1991, Larsen et al. 2002, Sjögren et al. 2006, Suni et al. 2006 NCT's: Amako et al. 2003, Dehlin et al. 1981, Dehlin et al. 1978, Oldervoll et al. 2001, Shinozaki et al. 2001 Gelb markiert: jene Studien, die positives Hauptergebnis primär erbrachten
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: teilweise Bias-Risiko bewertet: teilweise Einstufung Evidenz: Ja, nach Cochrane Back Review Group
Anmerkungen GÖG	

Quelle: Bell/Burnett (2009), Darstellung: GÖ FP 2014

14.5 Evidenz-Tabellen – Wirksamkeit auf psychische Gesundheit

Tabelle 14.13:
Walter et al. (2012), Schwerpunkt Burn-out

Titel	Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierter Ansätze
Journal	Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 55/2:172–182
Autor/Autoren	Walter et al. 2012
Fragestellung	Wirksamkeit personen- und arbeitsorganisationsbezogener Interventionen
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit
Inkludierte Studien/ Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	33 inkludierte Primärstudien (RCTs und QRT); Teilnehmer/innen: überwiegend Angestellte; potenziell gefährdete Personen, Personen mit erhöhten Risikofaktoren und Personen mit Burn-out Erlebnis, Personen aus Gesundheits- und interdisziplinären Betreuungsberufen, Sozialarbeit, Technik/Ingenieurwesens, Feuerwehr, Angestellte in öffentlichen Einrichtungen Länder: Niederlande (15), USA (4), Großbritannien (3), Australien (2), Schweden (2), Israel (2), Finnland (1), Polen (1), Belgien (1), Norwegen (1), Kanada (1), Türkei (1)
Untersuchte Interventionen	Personenbezogene Interventionen, Kombinierte Interventionen (personen- und arbeitsbezogen)
Endpunkte	» Burn-out » Psychologische Effekte » Allgemeine Gesundheit » Soziale Unterstützung » Arbeitsbezogene Faktoren (Stressoren)
Hauptergebnisse	» Personenbezogene Interventionen: In 18 von 24 Studien signifikante Verbesserung einer/einiger Burn-out-Dimensionen, in 6 Studien keine signifikante Verbesserung. Eine Studie zeigt lediglich in der Nacherhebung (2 Wochen nach Intervention) positive Veränderung. Es handelt sich eher um unspezifische Interventionen. Positive Veränderungen der Burn-out-Komponenten Depersonalisierung und persönliche Leistungsfähigkeit hielten gewöhnlich – mit einer Ausnahme, die auch Auffrischungsangebote beinhaltete – nicht länger als 6 Monate an. » Kombinierte Interventionen: In 7 von 10 Studien signifikante Reduktion Burn-out. 8 Studien hatten Follow-up von mind. 6 Monaten, davon in 5 längerfristige positive Effekte, eine Studie mit partizipativem Ansatz (Bourbonnais 2006, 2010) zeigte 3 Jahre nach Intervention noch positive Effekte. » Weitere Ergebnisse: » Psychologische Effekte: Ängstlichkeit, psych. Belastung, negative Emotionen ...) in der Hälfte der Studien gemessen, überwiegend positiv, aber keine Ergebnisse > 6 Monate vorliegend. » Allgemeine Gesundheit: körperliche Beschwerden, Schlafprobleme, Blutdruck, Ermüdung: In 7 Studien gemessen, positive Veränderung vor allem Blutdruck und allgemeiner Gesundheitszustand » Soziale Unterstützung (soziales Netz, Kollegen/Kolleginnen): in 7 Studien erfasst, keine einheitlichen Ergebnisse, in einer Studie sogar Rückgang » Arbeitsbezogene Faktoren (Stressoren, hohe Arbeitsbelastung, geringe Einflussmöglichkeit, Fehlen von Fähigkeiten und Anstrengungs-/Belohnungsungleichgewicht): In ¼ der Studien betrachtet; bei individuumsbezogenen Studien nur 2 Studien als Outcome erfasst, wobei bei einer davon 12 Monate nach Intervention gestiegene Partizipation und verminderte quantitative Arbeitsbelastung verzeichnet (Peterson et al. 2008, beinhaltete Reflexion Arbeitssituation). Bei fast allen kombinierten Studien arbeitsbezo-

	gene Faktoren inkludiert, allerdings nur in wenigen Studien eindeutig positive Ergebnisse (Bourbonnais et al. 2006, 2010), die auch 3 Jahre nach Intervention eine Verringerung des Anforderungs-/Belohnungs-Ungleichgewichts sowie eine Zunahme des Entscheidungsspielraums nachweist. Eine Studie (Duijts et al. 2008) weist einen Rückgang der Krankenstandstage ein Jahr nach Intervention nach, bei gleichzeitiger Zunahme Arbeitsplatzunsicherheit. Inwieweit dieses Ergebnis mit der Intervention, die Coaching – Einzel und unter Einbeziehung Vorgesetzte und Mitarbeiter – war, bleibt unklar.
Limitationen/Diskussion	Lt. Autoren keine ausreichende Beschreibung der Primärstudien, insbesondere zu der Art der Intervention, der Dauer, der Follow-up-Zeiten, der Endpunkte; Nur drei Datenbanken, daher ev. relevante Studien übersehen; Auswahlkriterien: alle Zielgruppen, Interventionsarten, Studiendesigns, Messinstrumente: gibt breiten Überblick, schränkt Vergleichbarkeit aber ein.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	Tendenziell weisen die 33 Studien zur Prävention von Burn-out – unabhängig von ihrem Studiendesign – auf die Wirksamkeit von Interventionen hin. In drei Viertel (76 %) der Studien lassen sich positive Effekte nachweisen. Bei 24 % von ihnen zeigen sich keine positiven Effekte. Die Mehrzahl der Studienteilnehmer/innen kommt aus dem Gesundheitsbereich. Interventionen und Studiendesigns sind sehr heterogen und direkte Vergleiche kaum möglich. Verhaltensbezogene Maßnahmen überwiegen, aktuelle Studien zu ausschließlich verhältnisbezogenen Maßnahmen konnten nicht identifiziert werden. 75 % der ausschließlich individuumsbezogenen Interventionen reduzierten Burn-out oder zumindest eine seiner Teildimensionen, 55 % wirkten sich bis zu sechs Monate nach der Intervention positiv aus, zwei Studien konnten längerfristige Effekte nachweisen. Über zwei Drittel der Studien zu individuellen Interventionen weisen den höchsten Evidenzgrad (I) auf, auch bei den Studien zu den kombinierten Interventionen ist der Anteil mit Evidenzgrad I (60 %) sehr hoch. Studien zu individuumsbezogenen Maßnahmen beziehen selten unmittelbar arbeitsbezogene Endpunkte ein, dies ist vor dem Hintergrund des Einflusses arbeitsbezogener Faktoren für die Entwicklung von Burn-out überraschend. Ob Interventionen bei Personen mit unterschiedlichem Ausbildungsgrad innerhalb einer Profession unterschiedlich wirksam sind – wie eine Studie andeutet – bedarf weiterer Überprüfung. 70 % der kombinierten Interventionen zeigen positive präventive Effekte bei Burn-out und teilweise positive Veränderungen bei arbeitsbezogenen Faktoren. Mit einer Nachbeobachtungszeit von drei Jahren nach einer 16-wöchigen Intervention weist eine Studie zu kombinierten Maßnahmen nicht nur den längsten Follow-up aller eingeschlossenen Studien auf, sondern auch vielfältige Effekte (wie z. b. personelle Managementveränderungen, Verbesserungen im Anforderungs-/Belohnungsungleichgewicht, Entscheidungsspielräume). Es kann nicht herausgearbeitet werden, welche spezifischen Elemente für eine wirksame Prävention von Burn-out zentral sind. Interventionen, die ein kognitives Verhaltenstraining umfassen, zeigen sämtlich positive Effekte. Zudem sind auch andere Interventionsansätze effektiv. Interventionen, die vorwiegend Entspannungstraining einsetzen, zeigen oft nur kurzfristige Effekte. Hervorzuheben ist eine Studie von Bourbonnais et al. 2006 und 2010 zu einer kombinierten Intervention, die auch noch nach drei Jahren zu einer Reduktion von Burn-out führte; partizipative Ansätze in einem Krankenhaus reduzieren negative psychosoziale Faktoren. Dabei erarbeitete ein Interventionsteam (bestehend aus Gesundheitspersonal und weiteren Akteuren des Krankenhauses) in regelmäßigen Sitzungen über vier Monate hinweg Vorschläge für Veränderungen und deren Implementierung. Im Mittelpunkt standen hier die aus der Literatur bekannten negativen Faktoren, das heißt hohe psychologische Anforderungen, geringer Entscheidungsspielraum, geringe soziale Unterstützung und geringe Honorierung (theoretisches Modell). Die vorliegende Übersicht verdeutlicht damit die Notwendigkeit einer weiteren Erforschung insbesondere komplexer Interventionen und die Identifikation wirksamer Interventionselemente. Verstärkt werden können positive Effekte einer Intervention über Auffrischungsangebote. Es gibt Hinweise, dass Risikogruppen – über einschlägige Berufsgruppen hinaus – von Burn-out-Interventionen profitieren. Zukünftige Forschungen – insbesondere längerfristigen Studien – sollten weitere Differenzierungen vornehmen.

Methodik	Systematischer Review Inkludierte Studiendesigns: 23 RCTs , 11 quasi-randomisierte Studien Suchzeitraum: 1995 bis September 2011 Datenbanken: MEDLINE, PSYCINFO, PSYINDEX Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: deutsch, englisch, alle Interventionen, alle Studiendesigns, alle Zielgruppen
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Im systematischen Review kein explizites Thema, eine Primärstudie hatte als Outcome „Equity“ inkludiert (Van Dieren-Donck et al. 1998)
Inkludierte Studien	Personenbezogene Studien: Ewers 2002, Bittman et al. 2003, Lange et al. 2004, Salmela-Aro et al. 2004, Cohen-Katz 2005, van Dieren-donck et al. 2005, van Rehmen et al. 2005, Zolnierzyk-Zreda 2005, Blonk et al. 2005, Kanji et al. 2006, Butow et al. 2008, de Vente et al. 2008, Peterson et al. 2008, van Straten et al. 2008, Redhead et al. 2010, Bragard et al. 2010, Günösen et al. 2010, Rowe 2000, Palsson et al. 1996, van Dieren-Donck et al. 1998, Ossebaard 2000, Te Brake et al. 2001, Gorter et al. 2001, Cohen et al. 2005 Kombinierte Studien: Bourmans et al. 1996, Melchoir et al. 1996, Le Blanc et al. 2007, Dujits et al. 2008, Visser et al. 2008, Chen et al. 2009, Innstrand et al. 2004, Bourbonnais et al. 2006 und 2010, Sluiter et al. 2005, Halbesleben et al. 2006 Gelb: Studien mit positiven Hauptergebnissen und längerfristigen Wirkung > 6 Monate
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: ja/nein Bias-Risiko bewertet: nein Einstufung Evidenz: Ja/Studientypen
Weitere Übersichtsarbeiten zum Thema:	Weitere Übersichtsarbeiten mit Schwerpunkt Burn-out: 1. Awa L. Wendy, Plaumann, Martina, Walter Ulla 2010: Burn-out prevention: A review of interventions programs“ ist eine Vorgängerstudie, hier sind alle Studiendesigns inkludiert. Da aktuellere Studie mit besseren Studiendesigns vorliegt, wurde diese Studie nicht betrachtet. 2. Marine, A; Ruotsalainen JH, Serra C; Verbeek, JH 2006: „Preventing occupational stress in healthcare workers“ (Cochrane Review) beschreibt teilweise die gleichen Primärstudien wie Walter et al., jedoch eingeschränkt auf Personen im Gesundheitswesen. Für personenbezogene Interventionen zur Stressreduktion wurden nur RCTs eingeschlossen, für arbeits- bzw. umweltbezogene Interventionen auch kontrollierte Vorher/Nachher-Studien bzw. quasi-experimental Studien; insgesamt sind es 14 RCTs. Ergebnisse des Cochrane Reviews: a) personenbezogene Interventionen: Stress-Symptome: 2 Studien mit quantitativen Angaben (Jones 2000, Lee 1994) zeigen statistisch signifikante Verbesserung – gemessen auf Stressskalen – auch mittelfristig. Weitere 4 Studien, die nicht zu einer Meta-Analyse zusammengefasst werden konnten, zeigten dies auch. Burn-out-Symptome: 3 Studien für Meta-Analyse: Cohen-Katz 2005, Ewers 2002, Rowe 1999 mit positivem Effekt für die Interventionsgruppe; positiv wirkten sich in einer Studie auch die Refresher-Angebote der Verhaltenstherapie nach 5, 11 und 17 Monaten aus (mit statistisch besseren Werten nach 2 Jahren). b) arbeits-/umweltbezogene Interventionen: 3 von 5 Studien berichten quantifizierbare Ergebnisse. Stress-Symptome: Studie Delaux 2004: psychologisches Training zu Einstellungen, Kommunikationsfertigkeiten und berufsbezogenem Stress habe positive Wirkung; dies bestätigt eine zweite Studie (Proctor 1998). Burn-out-Symptome: Nach Studie Melchior 1996 reduziert Unterstützung und Beratung die Symptome. Schlussfolgerung der Autoren/Autorinnen: „Person-directed interventions that include a cognitive-behavioural approach (e.g. coping skills training), combined with relaxation techniques or not, can be effective in reducing Burn-out, anxiety, stress

	and general symptoms in healthcare workers when compared to no intervention. Work-directed interventions that include communication or nursing delivery change can also be effective in reducing Burn-out, stress and general symptoms in healthcare workers when compared to no intervention. At best, the results of stress or Burn-out reducing interventions may still be apparent from six months to two years after the end of the interventions. Most of the studies are small and of poor quality, and it is not clear how large a change in a stress or burn-out score is meaningful". 3. Ruotsalainen, J.Serra, C. Marine, A.Verbeek, J.2008: „Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers“ (Überschneidungen von eingeschlossenen Studien mit Walter et al. 2010, deshalb ausgeschlossen) „Limited evidence is available for a small, but probably relevant reduction in stress levels from person-directed, person-work interface, and organizational interventions among health care workers. This finding should lead to a more-active stress management policy in health care institutions. Before large-scale implementation can be advised, larger and better quality trials are needed“.
--	--

RCT = randomisierter kontrollierter Trial, QRT = quasi-randomisierter Trial

Quellen:Awa et al. (2010); (Marine et al. 2006); Ruotsalainen et al. (2008); Walter et al. (2012), Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.14:

Martin et al. (2009), Depression und Angstsymptome, Primär- und Sekundärprävention)

Titel	Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms
Journal	Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 2009; 35(1):7-18
Autor/Autoren	Martin et al
Fragestellung	Wirksamkeit von Gesundheitsförderungsinterventionen am Arbeitsplatz zur Reduktion von Depression und Angstsymptomen
Studiendesign	Meta-Analyse
Inkludierte Studien/ Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	17 Primärstudien mit insgesamt 2.640 Teilnehmern/Teilnehmerinnen, 9 Studien hatten ein Follow-up nach 1 bis 14 Monaten, 2 Studien längeres Follow-up. Teilnehmer/innen kamen überwiegend aus den USA und Europa aus den Bereichen Gesundheitswesen, öffentliche Verwaltung oder Gemeindebedienstete (Dienstleistungs- und Bürotätigkeit) Betriebe: unterschiedlich(z. B. Kasino, Informationstechnologie, Fabrik, Gesundheitswesen, Energiewesen...) Länder nicht erwähnt
Untersuchte Interventionen	6. Individuelle Interventionen: Beispielsweise Aerobic, Stressmanagement, Problemlösungsstrategien, Beratungsprogramme Rauchen, Alkohol...: 14 Studien 7. Organisationsbezogene Interventionen: Arbeitsumfeld, Stressreduktionsprogramm, Analyse Arbeitsstressoren und Problemlösungsprozesse: 1 Studie 8. Kombinierte Interventionen: arbeitsbezogene und individuelle (Stressmanagement, kognitive Verhaltenstherapie): 2 Studien
Endpunkte	» Depressionsskalen » Angstskalen » Psychische Gesundheit (komb. Maßzahl z. b. SF 36)
Hauptergebnisse	In der Meta-Analyse wurde nicht nach Interventionsarten unterschieden, sondern die Effekte gepoolt nach Outcome ermittelt. » Depression: SMD 0,28, 95 % CI 0,12-0,44 (=kleiner statistischer Effekt) ¹. Größere Variation innerhalb der Studien. Großer Effekt in (Studie Grime 2004 mit 0,8 (=individuelle Intervention, brit. Gesundheitswesen, indizierte Prävention) » Angst: SMD 0,29; 95 % CI 0,06-0,53) (=kleiner statistischer Effekt)

	weniger starke Variationen innerhalb der Studien, keine Studie mit großem oder mittlerem Effekt » Kombinierte Maßzahlen zur psychischen Gesundheit SMD 0,05; 95 % CI -0,03–0,13) (statistisch nicht signifikant) große Variation innerhalb der Studien von 0,71 (Studie Bond & Bunce 2000) bis zu negativen Ergebnissen von -0,21 (Kontrollgruppe besser, Studie Gardner et al. 2006) » Follow-up-Ergebnisse : Follow-up nach 10 Monaten bis zu 3 Jahren: bestätigen Ergebnisse der Verbesserung bei Depression und Angst, d. h. Effekte können beibehalten werden. Ergebnis ist aber mit Vorsicht zu interpretieren, da nur 9 Studien Follow-up berichteten und deren Zeiträume stark variierten.
Limitationen/Diskussion	Gegenständliche Ergebnisse stehen in Einklang mit anderen Untersuchungen. Von den erfassten Teilnehmern/Teilnehmerinnen in den in die Meta-Analyse einbezogenen Studien gab es hohe Heterogenität hinsichtlich der Schwere der Symptome. Ansätze von kombinierten Interventionen sind noch selten, in der Meta-Analyse waren nur 5 von 17 Studien (organisations- oder kombinierte Interventionen) inkludiert. Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen ist die Evaluierung aufgrund der Komplexität schwierig. Organisationsbezogene Interventionen brauchen ein längeres Follow-up (3 bis 12 Monate), Prozessevaluierung wird nicht regelmäßig gemacht, daher gibt es auch große Variation bei den Outcomes. Einige Forscher sagen, dass RCTs für diese Maßnahmen nicht geeignet sind.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	If the aim is to reduce depression and anxiety symptoms in employee population, a broad range of interventions using health promoting in the workplace appears to be effective in that those focused directly on symptoms show results similar to those that reduced symptoms indirectly by focusing on risk factors.
Methodik	Systematischer Review, Meta-Analyse Inkludierte Studiendesigns: RCTs, quasi-experimentelle Studiendesigns Suchzeitraum: 1997–2007 Datenbanken: MEDLINE, PsycINFO, ProQuest Sonstige wesentliche Ein-/Ausschlusskriterien: Inkludierte Studien mussten ein standardisiertes Messinstrument für Depression, Angst, Stress oder kombinierte Maßzahlen für psychische Gesundheit verwenden, Interventionen mussten am Arbeitsplatz oder über den Arbeitsplatz der Teilnehmer/innen durchgeführt werden.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Keine Subgruppenanalysen durchgeführt
Inkludierte Studien	Atlantis et al. 2004, Blonk et al. 2006, Bond & Bunce 2000, Browsers et al. 2006, Butterworth et al. 2006, Feurstein et al. 2004, Gardner et al. 2006, Godart et al. 2006, Grime 2004 (indizierte Prävention), McCraty 2003 (selektive Prävention)
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: in Artikel nicht ersichtlich Bias-Risiko bewertet: nicht ersichtlich Einstufung der Evidenz: nein
Anmerkungen GÖG	Gelb markiert: jene Studien, die mittlere bis große Effekte aufwiesen Systematischer Review mit ähnlicher Fragestellung: Dietrich S. et al. 2012: „Depression in the workplace: a systematic review of evidence based prevention strategies“: Suchstrategie erbrachte 9.173 Treffer, eingeschlossen wurde nur eine Studie, da Ein-/Ausschlusskriterien u. a. selektive und indizierte Prävention waren und validierte Messinstrumente in Primärstudien vorhanden sein mussten. Die inkludiert Studie war Godard et al. 2006, die auch bei Martin et al. 2009 enthalten war, daher Ausschluss von Dietrich et al. 2012.

RCTs = randomised controlled trials, SMD = Standardized Mean Difference (=Unterschied der Mittelwerte der Vergleichsgruppen dividiert durch die Standardabweichung, erlaubt Vergleich unterschiedlicher Skalen in Meta-Analysen),
¹Interpretation Größe des Effekts nach Cohen: klein = 0,2; mittel = 0,5, groß = 0,8)

Quelle: Martin et al. (2009), Dietrich et al. (2012); Darstellung: GÖ FP 2014

Tabelle 14.15:
Arends et al. (2012), Tertiärprävention

Titel	Interventions to facilitate return to work in adults with adjustment disorders
Journal	Cochrane Database of Systematic Reviews, CD006389
Autor/Autoren	Arends et al. 2012
Fragestellung	Wirksamkeit von Interventionen für eine Rückkehr zum Arbeitsplatz für Personen mit akuten oder chronischen Verhaltensstörungen (Stress, Burn-out, Ängste, leichte psychische Beeinträchtigung)
Studiendesign	Systematische Übersichtsarbeit, Meta-Analyse
Inkludierte Studien/ Teilnehmer/innen Betriebe/Länder	9 Primärstudien (RCTs incl. Cluster-RCT) mit insgesamt 1.546 Teilnehmer/innen in Krankenstand wegen „Adjustment Disorders“, Alter zwischen 39 und 49 Jahren. 7 Niederlande (Bakker 2007, Blonk labour expert 2006, Blonk psychologist 2006, Brouwers 2006, de Vente 2008, Rebergen 2009, van der Klink 2003, van Oostrom 2010), 1 Schweden (Stenlund 2009), 1 Dänemark (Willert 2011)
Untersuchte Interventionen	Breite Palette an Interventionen grundsätzlich verfügbar: pharmakologische Therapie, psychologische Interventionen, Entspannungstherapien, Bewegungsprogramme, Unterstützungsprogramme für AN (employee assistance programme) oder eine Kombination von Programmen. Häufig sind psychologische Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie (CBT) oder Problemlösungstherapie (PST). Es wurden keine Studien zu pharmakologischer Therapie, Entspannungstherapien oder Employee Assistance Programmen gefunden. Die 9 inkludierten Studien untersuchten 10 psychologische Interventionen (5 CBT und 5 PST) sowie eine kombinierte Intervention (CBT und Entspannungsübungen).
Endpunkte	» Anzahl Krankenstandstage – partielle Rückkehr an den Arbeitsplatz » Anzahl Krankenstandstage – vollständige Rückkehr an den Arbeitsplatz
Hauptergebnisse	CBT im Vergleich zu keiner Intervention: - RTW – Teilzeit, Follow-up 1 Jahr: 2 Studien (Blonk 2006, Willert 2011) mit guter Qualität zeigten, dass die Anzahl der Tage um rund 9 Tage reduziert wird - RTW – Vollzeit: Follow-up 1 Jahr: 1 Studie (Blonk 2006), Reduktion der Tage, aber nicht statistisch signifikant - Depression, Ängste, Stress, Follow-up 1 Jahr: (Blonk 2006), ähnliche Ergebnisse für CBT wie keine Intervention CBT versus care as usual (Arbeitsmediziner/Allgemeinarzt) - RTW – Vollzeit: kein statistisch signifikanter Unterschied - RTW – Teilzeit: kein statistisch signifikanter Unterschied - Depression, Ängste, Stress, Follow-up 3 und 12 Monate: keine statistisch signifikanten Unterschiede PST versus care as usual - RTW – Teilzeit, Follow-up 1 Jahr: 1 Studie (van der Klink 2003) statistisch signifikante Reduktion des Krankenstandes um 17 Tage im Vergleich zu care as usual - RTW – Vollzeit, Follow-up 1 Jahr: 2 Studien (van der Klink 2003, Bakker 2007), keine statistisch relevante Reduktion der Krankenstandstage. Sensitivitätsanalysen zeigten jedoch einen potenziell relevanten Effekt an 4DSQ Distress score, Follow-up bis 3 Monate: signifikante Reduktion, jedoch nicht für Follow-up nach 12 Monaten und 2 Jahren. PST versus CBT: - keine statistisch signifikanten Unterschiede, weder für RTW Teilzeit noch für Vollzeit CBT + Entspannungsübungen versus Entspannungsübungen allein - weder für RTW Teilzeit noch für Vollzeit statistisch signifikante Unterschiede
Limitationen/Diskussion	Dieser Meta-Analyse lagen 9 Studien mit 10 psychologischen Interventionen zugrunde, insgesamt waren es 1.546 Teilnehmern/Teilnehmerinnen. In 3 Studien wurden die Teilnehmer/innen von einer arbeitsmedizinischen Einrichtung beim Arbeitgeber behandelt, ansonsten war ein anderes Setting (z. B. Allgemeinarzt) gegeben. Für

	pharmakologische Therapie, Entspannungstherapien oder Employee Assistance Programmen wurden keine Studien in Zusammenhang mit Return to work gefunden. Ein möglicher Bias ist, dass 7 von 9 inkludierten Studien in den Niederlanden durchgeführt wurde. Weiters wird der Begriff „adjustment disorders“ in den Niederlanden für Personen verwendet, die an Stressbeschwerden leiden, in der internationalen Terminologie sind die Begriffe Burn-out, Stress, leichte psychische Beeinträchtigung gebräuchlich. Dies machte es schwierig, die Diagnose zu operationalisieren, für die Zukunft wäre es wichtig, eine gemeinsame Definition für Personen mit „adjustment disorders“ und die validierten Messinstrumente dafür zu finden. Weiters könnte es sein, dass die in den Niederlanden evaluierten Interventionen in anderen Ländern effektiver sind als in den Niederlanden, weil in den Niederlanden seit dem Jahr 2000 die Arbeitsmediziner eine Richtlinie für das Management von Krankenständen aufgrund psychischer Beschwerden zur Verfügung haben, außerdem wurde seit dem Jahr 2002 in den Niederlanden mit dem „Gatekeeper Improvement Act“ mehr Investitionen in Return to work durch Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Arbeitsmedizinischen Dienst getätigt, was bedeutet, dass die Interventionsgruppe mit usual care vermutlich auch eine relativ gute Versorgung hatte. Zukünftig sollten bei Studien nicht nur Krankenstandstage, sondern auch Arbeitsfähigkeit und Arbeitsproduktivität als Outcome herangezogen werden und Studien in bestimmten Berufsgruppen mit hohem Potential für Stress und Burn-out (wie Krankenpflege und Lehrerschaft) durchgeführt werden. Studien sollten zumindest 300 Teilnehmer/innen einschließen.
Schlussfolgerungen der Autoren/Autorinnen (Original bzw. gekürzt)	Adjustment disorders, characterised by distress symptoms and emotional disturbance as a reaction to a significant life change or stressful life event, are a frequent cause of sick leave among workers. Apart from the negative consequences for the worker, sick leave poses a heavy burden on society due to the loss of productivity of the worker and work disability claims. Different treatments have been developed to help such workers return to work. Our study assessed how effective these treatments are at enabling the sick-listed worker to return to partial or full-time work. We searched databases containing articles from different scientific journals and looked for studies that tested whether a certain type of treatment helped the worker to return to work when on sick leave because of an adjustment disorder. We found nine relevant studies. In total, 10 psychological treatments were evaluated and one combined treatment consisting of a psychological treatment and relaxation techniques. We found no studies on pharmacological interventions, exercise programmes or employee assistance programmes. The nine studies included in this review reported in total on 1546 participants. Of the 10 psychological treatments, five consisted of cognitive behavioural therapy and five of problem solving therapy, which are commonly used types of treatment for patients with mental health problems. Our results showed that workers on sick leave because of an adjustment disorder can be helped with making their first step back to work (i.e. partial return to work) by treating them with problem solving therapy. On average, workers who are offered problem solving therapy start 17 days earlier with partial return to work compared to workers who receive no treatment or the usual treatment from their occupational physician or general practitioner. However, we also found that cognitive behavioural therapy or problem solving therapy does not help the worker return to work with full-time hours any quicker than workers who receive no treatment or the usual treatment from their occupational physicians or general practitioners. These results are based on moderate-quality evidence, which implies that further research is likely to have an important impact on our confidence in the results and may change the results.

Methodik	Systematischer Review, Meta-Analyse Inkludierte Studiendesigns: 7 RCTs mit Randomisierung auf Teilnehmer-Ebene und 2 Cluster-RCTs mit Randomisierung auf Ebene der Ärzteschaft oder Arbeitsmediziner. Suchzeitraum: bis 2011 Datenbanken: Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Group Specialised Register (CCDANCTR), Cochrane CENTRAL, MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, ISI Web of Science, WHO trials portal Sonstige wesentliche Einschlusskriterien: alle Sprachen inkludiert, Teilnehmer/innen waren in Krankenstand.
Chancengerechtigkeit berücksichtigt	Angesprochen und empfohlen, dass Studien für Berufsgruppen mit hoher Prävalenz für Burn-out/Stress durchgeführt werden sollten.
Inkludierte Studien	Bakker 2007, Blonk labour expert 2006, Blonk psychologist 2006 , Brouwers 2006, de Vente group 2008, de Vente individual 2008, Rebergen 2009, Stenlund 2009, van der Klink 2003 , van Oostrom 2010, Willert 2011
Qualitätsbewertung	Durchgeführt/Nachvollziehbar: Ja Bias-Risiko bewertet: Ja Einstufung Evidenz: Ja, nach GRADE ¹
Anmerkungen GÖG	Studien Gelb markiert , die positive Hauptergebnisse primär erbrachten

RTW = Return to work, PST = Problem solving therapy, CBT = cognitive behaviour therapy,

¹ GRADE Working Group grades of evidence

High quality: Further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect.

Moderate quality: Further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate

Low quality: Further research is very likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate

Very low quality: We are very uncertain about the estimate

Quelle: Arends et al. (2012) , Darstellung: GÖ FP 2014

14.6 Theoretischer Hintergrund zu Kapitel 5

Betriebliche Gesundheitsförderung darf mittlerweile als etabliert gelten, muss sich aber auch immer häufiger der Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsdebatte stellen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hat auch in der Gesundheitsförderung Einzug gehalten. So wies der *Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen* „darauf hin, dass die zu prävenierende Erkrankung nicht nur eine hohe volkswirtschaftliche Bedeutung haben soll, sondern die Maßnahmen auch in einem akzeptablen Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis zu erbringen sind“ (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2002, zitiert nach Walter et al. 2011).

Vor mittlerweile zehn Jahren wurde der Endbericht der vom Bundeskanzleramt, Sektion Sport beauftragten Studie „Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung“ vom IHS vorgelegt (Helmenstein et al. 2004), der sich auch mit den ökonomischen Effekten Betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich beschäftigt. Die Autoren fassen die Ergebnisse wie folgt zusammen: „Unter der Annahme, dass alle Erwerbstätigen durch betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme erreicht werden können und alle erwerbstätigen Personen den auf sie individuell zugeschnittenen Empfehlungen Folge leisten und versuchen, ein gesundes und sportlich aktives Leben zu führen, sind möglicherweise volkswirtschaftliche Einspareffekte von bis zu 3,64 Milliarden Euro erzielbar. Das sind 1,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts“ (Helmenstein et al. 2004). Es wird von

Betrieblicher Gesundheitsförderung erwartet, dass durch sie die Anzahl an Neuzugängen zur Erwerbsunfähigkeitspension sinkt (1,4 Milliarden Euro an vermiedenem Produktionsausfall) und dass die Krankenstände zurückgehen (vermiedene Krankenstandskosten auf volkswirtschaftlicher Ebene im Ausmaß von 345 Millionen bis 1,04 Milliarden Euro). „Dabei kommen die Kostensenkungen aufgrund von Krankenständen den Unternehmen (241 Millionen Euro) mehr zugute als den Sozialversicherungen (38 Millionen Euro). Die Sozialversicherung profitiert jedoch auch von Kostenreduktionen im Bereich Krankenbehandlung“ (Helmenstein et al. 2004). Dies jedoch nur unter der Annahme einer Beteiligungsquote von 100 Prozent (geringere Beteiligung, geringere Effekte) und dem Hinweis, dass die genannten monetären Effekte „eher tentativen Charakter haben, zumal die zur Anwendung gebrachten Effektstärken für Österreich noch nicht bzw. nicht hinreichend untersucht wurden“ (Helmenstein et al. 2004).

Spätestens seit Badura/Hehlmann (2003) ist bekannt, dass Fehlzeiten ein „kostentreibender Faktor“ sind (S. 4). Der Gewinn, den Unternehmen durch Fehlzeitenreduzierung erwirtschaften, liegt „in der Regel weit über den Investitionen eines systematisch betriebenen Gesundheitsmanagements“ (Badura/Hehlmann 2003, S. 4).

In der Luxemburger Deklaration wird neben einer Definition – „BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ – auch eine wirkungsorientierte Botschaft gegeben, die da lautet: „Unternehmen, die Gesundheit an ihren Arbeitsplätzen fördern, senken damit krankheitsbedingte Kosten und steigern ihre Produktivität. Dies ist das Ergebnis einer gesünderen Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima.“ (Luxemburger Deklaration 1997)

Am 27. Juni 2008 wurde die Charta von Tallinn „Gesundheitssysteme für Gesundheit und Wohlstand“ unterzeichnet. In deren Präambel steht: „Neben ihrem Wert an sich trägt bessere Gesundheit durch ihre Auswirkungen auf wirtschaftliche Entwicklung, Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität auch zum sozialen Wohlergehen bei“ (WHO Europa). Mit der Charta von Tallinn nahm die WHO in ihrer Gesundheitskonzeption nicht zum ersten Mal Bezug auf eine ökonomische Perspektive.

Während die Wirkung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention als relativ gesichert gelten darf (z. B. Goldgruber/Ahrens (2009); (Kreis/Bödeker 2003; Sockoll et al. 2008), stellt sich die Situation für die ökonomische Evaluation gänzlich anders dar. Auch wenn seit etwa 1990 vermehrt ökonomische Studien im Bereich Prävention publiziert werden, stammt die Mehrzahl dieser Studien aus den USA (49 %). Eine Überprüfung der Übertragbarkeit auf Österreich und der Effekte bei ihrer Umsetzung in anderen Lebens- und Arbeitswelten und für andere Zielgruppen ist erforderlich. „Studien zur ökonomischen Bewertung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen aus Deutschland sind immer noch vergleichsweise selten“ (Walter et al. 2011). Die recherchierten Evaluationsstudien, die dieses Thema bearbeiten, fokussieren bislang schwerpunktmäßig auf „nicht-ökonomische Nutzeneffekte“ (Pomorin et al. 2011).

Unternehmenserfolg, Indikatoren und Kennzahlen

Unternehmenserfolg

Mit Seibert (1987) kann Erfolg definiert werden als das „positive Ergebnis zweckvollen Handelns“. Erfolg in diesem Sinne kann sich dementsprechend in der Erfahrung der eigenen Leistungsfähigkeit, in der Anerkennung durch andere, als materieller Gewinn oder dgl. mehr manifestieren. Seibert selbst unterscheidet daher zwischen ökonomischem und nichtökonomischem Erfolg. Nach Preis (1994, zitiert nach Degener (2004)) beruht Erfolg auf Maßnahmen wie dem Setzen eines Zieles, der Entwicklung einer Strategie, der Planung der Zielerreichung, dem Starten eines Veränderungsprozesses und der Kontrolle der Zielerreichung. Entsprechend definiert Löffler (1995) den Unternehmenserfolg als das „Ausmaß, in dem Unternehmensziele erreicht werden“ (Löffler 1995). Schenk (1998, zitiert nach Degener (2004)) liefert eine Übersicht von Erfolgskriterien verschiedener Interessengruppen: finanzielle Aspekte, Marktposition, Leistungserstellung, Person des Unternehmers, Mitarbeiterindikatoren, Fremdkapitalgeber, kundenbezogene Indikatoren und lieferantenbezogene Indikatoren.

Was ist ein Indikator?

Indikatoren kann man allgemein als Kenngrößen definieren, die zur Abbildung eines bestimmten, nicht direkt messbaren und oftmals komplexen Sachverhalts (Indikandum) ausgewählt werden (SRU 1998, zitiert nach Pfaff et al. 2008). Ein Indikator dient also zum Nachweis einer Größe, die nicht oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand direkt zu messen ist (Bundesamt für Gesundheit 2005, zitiert nach Pfaff et al. 2008)). Er stellt nach Bortz/Döring (2002) ein Instrument zur Messung eines theoretischen Konstrukts dar und hilft bei der Beurteilung einer Maßnahme als Erfolg oder Misserfolg.

„Diese qualitativen Aspekte, die nicht direkt messbar sind, werden, im Gegensatz zu den direkt erfassbaren Kennzahlen, häufig auch als Indikatoren bezeichnet. In Abgrenzung zu den direkt erfassbaren Kennzahlen, bei denen ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zum Zielwert besteht, sind viele Aspekte im Personalbereich qualitativer Natur und Sachverhalte können als Indikatoren nur mittelbar abgebildet werden. Diese Indikatoren können wiederum keine monokausalen Zusammenhänge widerspiegeln. Eine Fluktuationsquote kann beispielsweise eine indirekte Messgröße für Betriebsklima oder Arbeitszufriedenheit sein.“ (Baumanns 2009)

Aufgrund der Bedeutung von „weichen“ Kennzahlen in der Nutzenbewertung des Gesundheitsmanagements soll auch auf die sogenannten „Intangibles“ hingewiesen werden. „Intangibles“ werden definiert als nichtphysische Quellen zukünftiger Erträge (Labhart 1999), z. B. Forschung und Entwicklung, Markenwerte, Mitarbeiter-Know-how, Kundenorientierung Gesundheit, Befinden, Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem Unternehmen, mit anderen Worten das Humankapital“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004). Was die Messung betrifft, werden intangible Werte mit Hilfe „nichtfinanzieller Messgrößen (Non financials) erfasst und als Kennzahlen zur Einschätzung der Entwicklungspotenziale eines Unternehmens definiert“ (Labhart 1999, zitiert nach Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004). Der große Vorteil von

„weichen“ Kennzahlen liegt darin, dass sie im Gegensatz zu den finanziellen Kennzahlen zukünftige Prognosen ermöglichen (Badura/Hehlmann 2003; vgl. Unternehmensmodell mit Früh- und Spätindikatoren von Badura et al. 2008).

Was ist eine Kennzahl?

Betrachtet man die folgenden Definitionen des Begriffs ‚Kennzahl‘ aus der Betriebswirtschaftslehre, wird deutlich, dass keine eindeutige Abgrenzung zum Begriff Indikator gegeben ist. Nach Weber (1999) sind Kennzahlen Informationen in komprimierter Form über quantitativ gemessene betriebswirtschaftliche („harte“) und soziale („weiche“) Sachverhalte. Für Horvath (2001) geben Kennzahlen „relevante Zusammenhänge in verdichteter, quantitativ messbarer Form wieder und dienen der expliziten Quantifizierung qualitativer Phänomene“ (zitiert nach Lütticke 2004).

Baumanns (2009) schlägt daher vor, auf die trennscharfe Abgrenzung der Begriffe ‚Kennzahl‘ und ‚Indikator‘ zu verzichten, „da im Bereich des Personalmanagements und dann insbesondere im BGM sowohl quantitative Größen (Kennzahlen) wie auch qualitative Aspekte (Indikatoren) gemeinsam in einem [sic] zu generierenden Bezugsrahmen Eingang finden sollen und eine derartige Trennung nur zu unnötiger Begriffskomplexität führen würde“ (Baumanns 2009).

Anforderungen an Indikatoren und Kennzahlen

Die Entwicklung von Indikatoren stellt innerhalb des „Logical Frameworks“ (Meyer 2004) lediglich einen – wenngleich für ein späteres Monitoring- und Evaluationssystem entscheidenden – Baustein dar. Nach Meyer (2004) muss ein Indikator „gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen“ (S. 24), um entscheidungsrelevante Informationen liefern zu können, die dann auch in tatsächliche Entscheidungsprozesse einfließen. Zur Unterstützung und Versachlichung der Auswahl potenzieller Indikatorenkandidaten schlägt Meyer (2004) den Einsatz einer Indikatoren-Checkliste vor, die eine Bewertung dieser Anforderungen durch Expertinnen und Experten ermöglicht.

Nach Wellmann (2008) „sollten Kennzahlen valide (die Kennzahl misst genau das, was sie vorgibt zu messen), vollständig (die Kennzahl informiert umfassend über Aspekt), zuverlässig (das Messresultat ist unabhängig vom Zeitpunkt, Ort und Beobachter) und zeitgerecht (Resultate sind dann erhältlich, wenn gewünscht) sein“ (S. 92f). Weitere Anforderungen beziehen sich laut Wellmann (2008) auf:

- » Nutzen: „Kennzahlen sollen in kompakter Form die betriebliche Realität und dementsprechend auch die Aktivitäten und ökonomischen Auswirkungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung abbilden. Dabei kommt es weniger auf die Quantität an. Wichtiger ist es, dass die Kennzahlen die mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung verfolgten strategischen Ziele wiedergeben. Ein betrieblicher Nutzen ist dann gegeben, wenn sich die Kennzahlen von diesen Zielen und den damit verbundenen Aufgaben und Meilensteinen ableiten lassen. Wenige und prägnante Kennzahlen sind grundsätzlich besser und werden eher akzeptiert als viele unwichtige und umständlich zu erhebende Kennzahlen.“ (S. 93)

- » Erfassungsaufwand: Der Erfassungsaufwand sollte in einem angemessenen Verhältnis zu dem aus der Kennzahl resultierenden Nutzen stehen.
- » Verfolgbarkeit: Im günstigsten Fall wurden die Kennzahlen bereits in der Vergangenheit erhoben. Bei „neu geschaffenen Kennzahlen ist die Verfolgbarkeit über die Zeit nicht zu vernachlässigen“. „Des Weiteren sollte der Zeitbezug der Kennziffern festgelegt werden, der im engen Zusammenhang mit dem Erfassungsaufwand steht“ (jahresweise, quartalsweise). Anpassungen bei Kennzahlen im Zeitverlauf wird es geben.
- » Darstellbarkeit: „Kennzahlen sind durch ihre mathematische Darstellbarkeit geprägt.“ (S. 94) Dies stellt bei den quantitativ verfügbaren Informationen (z. B. Arbeitsunfähigkeitstage) kein Problem dar. „Die Erfassung von sog. weichen Faktoren (z. B. Betriebsklima) ist damit nicht ausgeschlossen. Sie müssen lediglich in eine messbare Form operationalisiert werden. Es gilt der Grundsatz, dass das, was nicht gemessen werden kann, auch nicht gemanagt werden kann.“ (S. 94)
- » Datenquellen: Bei der Kennzahlengenerierung kann auf verschiedenste interne und externe Datenquellen zurückgegriffen werden, die aber auf ihre Verlässlichkeit hin zu überprüfen sind.
- » Definitionen: „Ein wichtiger Erfolgsfaktor für Kennzahlen ist ein gemeinsames Verständnis.“ (S. 94) Jede Kennzahl sollte daher eindeutig definiert sein. Dies sollte auch für de facto selbsterklärende Kennzahlen gelten. Beispielsweise muss bei der Anzahl der Beschäftigten geklärt werden, ob nur vorübergehend eingestellte Personen, Praktikantinnen/Praktikanten oder geringfügig Beschäftigte mitgezählt werden sollen.
- » Beeinflussbarkeit: Die gewählten Kennzahlen sollen BGF-Aktivitäten in einem Unternehmen abbilden und auch primär durch die Betriebliche Gesundheitsförderung beeinflusst werden, also robust gegenüber anderen Kontextbedingungen sein. „Krankheitsbedingte Fehlzeiten werden zum Beispiel durch die wirtschaftliche Konjunkturlage beeinflusst, das heißt, in wirtschaftlich schlechten Zeiten ist tendenziell mit einem niedrigeren Krankenstand zu rechnen. Bei der Interpretation von Kennzahlen sollte demnach hinterfragt werden, ob neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch weitere Faktoren zu der jeweiligen Ergebnisausprägung beigetragen haben könnten.“ (S. 95)
- » Messverantwortung: „Es sollte klar geregelt werden, wer für die Erhebung der Kennzahlen zuständig ist.“ (S. 96) Dies kann durch externe Institutionen erfolgen (z. B. Krankenkassen). Gleichfalls muss intern geregelt werden, wer mit der regelmäßigen Kennzahlenerhebung beauftragt wird. (Wellmann 2008)

Ökonomische Evaluation

Die Effektivität von Maßnahmen und Programmen ist ein Maß für den Grad der Zielerreichung bzw. der Wirksamkeit. Im Rahmen einer betriebswirtschaftlichen bzw. ökonomischen Evaluation wird der Aufwand (Kosten, Input) dem Ertrag (Nutzen, Output) gegenübergestellt, um die Effizienz zu berechnen. Die Effizienz bezieht sich auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis und stellt ein Maß für die Wirtschaftlichkeit dar. „Im Gegensatz zur Effektivität einer Handlung ist die Effizienz ein relatives Merkmal, dessen Ausprägung nur durch den Vergleich mit anderen Alternativen beurteilt werden

kann. Da die Beurteilung der Qualität des Mitteleinsatzes und des Erfolgs von subjektiven Präferenzen abhängt, beschränkt sich die ökonomische Betrachtung auf quantifizierbare Input- und Outputgrößen“ (Gloede 2010a).

Tabelle 14.16 stellt Beispiele dar, welche Arten von Kosten und Nutzen aus der Perspektive des Betriebs im Rahmen einer ökonomischen Evaluation relevant sein könnten.

Tabelle 14.16:

Vergleichende Darstellung von Kosten und Nutzen aus der Perspektive des Betriebs

KOSTEN NUTZEN Effizienz	
direkt	
Ausgaben für die Maßnahme, z. B.: » Kapitalkosten » Personalkosten » Bereitstellung von Sachmitteln » Fremdleistungen (z. B. Trainer/in) Evaluationskosten	Ersparnisse infolge verbesserter Gesundheit und des Rückgangs von z. B. » Arbeitsunfähigkeitsraten » Individuellen Risikofaktoren » Arbeitsunfällen/Berufskrankheiten » Absentismus
indirekt	
Negative Nebeneffekte, wie z. T. steigende Arbeitsunfähigkeit aufgrund von » Krankheitsfrüherkennung » Unfällen beim Fitnesssport Steigende Gesundheits- und Krankheitskosten aufgrund erhöhter Lebenserwartung	Sinkende Gesundheitsvorsorge- und Krankenversicherungskosten Erhöhte Produktivität Erhöhte Lebenswartung
nicht monetarisierbar	
(zeitweise) Befindensbeeinträchtigung z. B. im Rahmen von » Raucherentwöhnungsprogrammen » Ernährungsumstellung Stress des für die Programmeinführung verantwortlichen Personals	Verbesserte/s » Wohlbefinden » Betriebsklima » Firmenimage • Arbeitsmoral • Arbeitszufriedenheit • Kommunikation • Kompetenzen zur Stressbewältigung

Quelle: Demmer (1992); Zangemeister (1999); Darstellung: IfGP

Welche Möglichkeiten der Effizienzmessung stehen zur Verfügung?

Nach Drummond et al. (1997) werden vier Arten der Effizienzmessung unterschieden: Kostenvergleichsanalysen, Kosten-Wirksamkeitsanalysen, Kosten-Nutzwert-Analysen und Kosten-Nutzen-Analysen. Diese vier Studienformen können nach Gloede (2010a); Gloede (2011) sowie Krauth et al. (2011) wie in Tabelle 14.17 dargestellt werden:

Tabelle 14.17:
Studienformen und Evaluationskriterien

Bewertungsformen für den Nutzen in ökonomischen Studien	Studienform	Evaluationskriterium
Keine Bewertung von Nutzen, nur Kostenvergleich	Kosten(vergleichs)analysen / Kosten-Minimierungsstudien (Cost Analysis, CA)	$\min[C1, C2]$
Physikalische Messgrößen (medizinische, psychologische oder produktivitätsbezogene Wirksamkeit)	Kosten-Effektivitäts-Analyse / Kosten-Wirksamkeits-Analysen (Cost Effectiveness Analysis, CEA)	$\frac{C1 - C2}{E1 - E2}$
Nutzwert	Kosten-Nutzwert-Analysen (Cost Utility Analysis, CUA)	$\frac{C1 - C2}{U1 - U2}$
Geldwert und Nutzenwerte	Kosten-Nutzen-Analysen (Cost Benefit Analysis, CBA)	$(B1 - C1) - (B2 - C2)$

Quelle: (Gloede 2010a; Gloede 2011; Krauth et al. 2011); Darstellung: IfGP

Im Vorfeld der Durchführung einer Effizienzanalyse empfiehlt es sich, die folgenden vier Punkte zu klären:

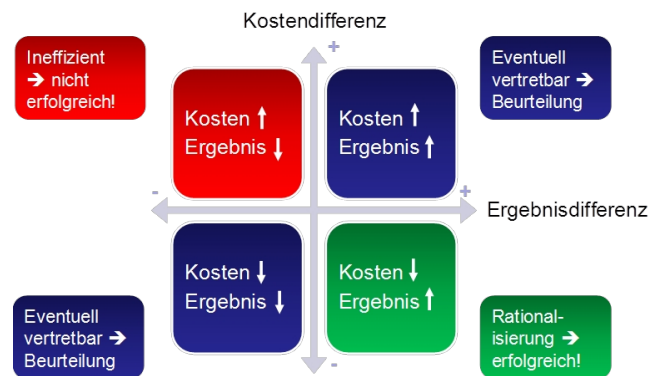
Effektivität. Per definitionem können nur jene Maßnahmen ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen, also effizient sein, deren Effektivität nachgewiesen ist. In diesem Zusammenhang sei auch auf Bamberg/Busch (2006) verwiesen, die die Frage aufwerfen, ob die Effektivität Betrieblicher Gesundheitsförderung eine Frage der Untersuchungsmethode sei.

Aufwand für die Evaluation. Die Durchführung einer Evaluation ist immer auch mit Kosten verbunden. In Abhängigkeit von der Anzahl und der Schwierigkeit der zu beantwortenden Evaluationsfragen kann der Kostenaufwand erheblich sein.

Perspektive. Bei der Betrachtung und Analyse von Wirkungen und ökonomischem Erfolg von Betrieblicher Gesundheitsförderung können verschiedene Perspektiven unterschieden werden, wie die der Volkswirtschaft, der Sozialversicherung, der Unternehmen oder einzelner betrieblicher Shareholder wie z. B. die der Beschäftigten (vgl. Krauth et al. (2011)). Da die monetären und nicht-monetären Aufwendungen im Zusammenhang mit BGF und BGM in erster Linie von den Unternehmen getragen werden müssen, haben diese verständlicherweise ein großes Interesse an einem damit im Zusammenhang stehenden (ökonomischen) Unternehmenserfolg. Diesem Beitrag ist daher die Perspektive des Betriebes zugrunde gelegt.

Wann ist eine Maßnahme als erfolgreich einzuschätzen? Zur Beantwortung aus betrieblicher Perspektive kann das jeweilige Kosten-Nutzen-Verhältnis bemüht werden. Ineffektive und kostspielige Maßnahmen werden demnach wenig erfolgreich, effektive und kostengünstige Maßnahmen erfolgreich sein. Schwieriger wird die Entscheidung bei den beiden anderen Alternativen (siehe Abbildung 14.1).

Abbildung 14.1:
Kosteneffektivitäts-Diagramm



Quelle: Drummond et al. (1997); Marckmann (2011); Darstellung: IfGP

Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Unternehmenserfolg

Dass Faktoren wie Belastungen und Ressourcen, einen Einfluss auf die Gesundheit haben, darf als akzeptiert gelten (u. a. Ulich & Wülser, 2009, Bedaura & Hehlmann, 2003). Über das Ausmaß der wechselseitigen Beeinflussung dieser Faktoren sowie über das Ausmaß statistischer Zusammenhänge dieser mit dem Unternehmenserfolg ist jedoch wenig bekannt. Erste Hinweise lieferte die Studie von Degener (2004) in der erfolgsrelevante Merkmale der Unternehmenskultur und des Human Resource Management untersucht wurden.

28 Unternehmen der Software- und IT-Branche mit 54 bis 185 Beschäftigten (Stand 2001), die seit mindestens drei Jahren existierten, wurden anhand der ökonomischen Erfolgsmaße Gewinn, Umsatz, Wertschöpfung, Eigenkapitalrentabilität (in %), Krankenstand (in %) und Fluktuation (in %) in erfolgreiche (n = 14) und weniger erfolgreiche (n = 14) Unternehmen unterteilt. „Die ökonomischen Erfolgsmaße Gewinn, Umsatz, Wertschöpfung und Eigenkapitalrentabilität wurden in die Berechnungen der nachfolgenden Ergebnisse in der Form einbezogen, dass pro Unternehmen und Jahr (jeweils für die Jahre 1998, 1999 und 2000) die Kennzahlen an der jeweiligen Mitarbeiteranzahl gewichtet wurden und in die Analysen der Drei-Jahres-Durchschnitt eingegangen ist. Die Erfolgsmaße Krankenstand und Fluktuation beziehen sich auf das Kalenderjahr 2000“ ((Degener 2004, S 76f). Die Gruppe der erfolgreichen Unternehmen unterscheidet sich von der Gruppe der weniger erfolgreichen Unternehmen durch höhere Gewinne, höhere Umsätze, eine höhere Eigenkapitalrentabilität, eine höhere Wertschöpfung, geringeren Krankenstand und geringere Fluktuation, wobei die Erfolgsmaße Eigenkapitalrentabilität, Umsatz, Gewinn und Krankenstand am stärksten zur Differenzierung zwischen den Gruppen beitragen.

Alle 28 Unternehmen lassen sich „auf der Grundlage von Rangplätzen (RP) für die ökonomischen und sozialen Erfolgsmaße am Beispiel der Skalen zum subjektiven Erleben der Beschäftigten in ähnlicher Weise den beiden ökonomischen Erfolgsgruppen zuordnen. Allerdings zeigt sich ebenfalls, dass die Verteilung der Rangplätze innerhalb der beiden Erfolgsgruppen in Abhängigkeit der betrachteten ökonomischen und sozialen Erfolgsmaße variieren“ (Degener 2004, S 113).

Der Ist-Stand des Gesundheitsmanagements in den Unternehmen wurde für die Bereiche Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik, Personalwesen und Arbeitsorganisation, Planung betrieblicher Gesundheitsförderung, soziale Verantwortung, Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung und Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung erhoben. Für alle sechs Bereiche des Gesundheitsmanagements und für den Gesamtindex ‚Erfolg der Organisation‘ lassen sich signifikante Unterschiede zwischen ökonomisch erfolgreichen und weniger erfolgreichen Unternehmen aufzeigen (Degener 2004). Das Vorhandensein eines an Zielen orientierten qualifizierten Gesundheitsmanagements darf somit als ein Merkmal erfolgreicher Unternehmen (zumindest bezogen auf die Software- und IT-Branche) gelten.

Für alle 28 Unternehmen konnte bei einer Nacherhebung der ökonomischen Erfolgsmaße für das Geschäftsjahr 2002 die Zuordnung zur Erfolgsgruppe, die auf der Grundlage der Analyse des Drei-Jahres-Durchschnitts für die Jahre 1998, 1999 und 2000 ermittelt wurde, bestätigt werden. Drei der Unternehmen, die bei der Ersterhebung zur Gruppe der ökonomisch weniger erfolgreichen Unternehmen zugeordnet wurden, existierten am Ende des Geschäftsjahres 2002 nicht mehr.

Es konnte gezeigt werden, dass subjektive Bewertungen von Arbeitsbedingungen mit ökonomischen Erfolgsmaßen korrelieren und Arbeitsgestaltungsmaßnahmen bzw. betriebliche Gesundheitsförderung ökonomische Folgewirkungen haben könnten. Für die Forschung ergeben sich dadurch entsprechende Handlungsfelder.

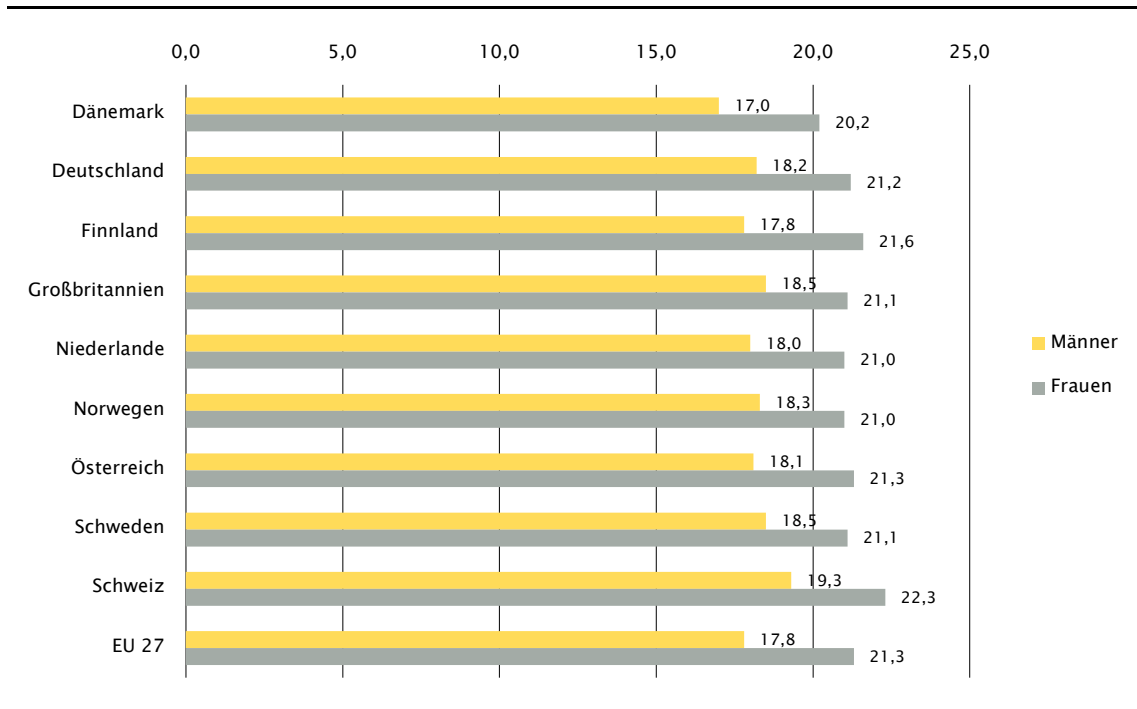
14.7 Daten – Österreich im Vergleich

Lebenserwartung

Die Altersstruktur der europäischen Bevölkerung ist einem grundlegenden und schnellen Wandel unterzogen: Sowohl die allgemeine Lebenserwartung als auch die Anzahl gesunder Lebensjahre steigt. Während in Europa im Jahr 2000 die durchschnittliche Lebenserwartung bei 76,4 Jahren liegt, beträgt sie im Jahr 2012 79 Jahre (Eurostat 2014a). Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen europäischen Ländern.

Die **Lebenserwartung ab 65 Jahren** im Jahr 2012 liegt in Europa im Durchschnitt bei 17,8 Jahren für Männer und bei 21,3 Jahren für Frauen, das Land mit der höchsten Lebenserwartung im Jahr 2011 ist die Schweiz mit 22,3 Jahren bei Frauen und 19,3 Jahren bei Männern (Eurostat 2014a) (s. Abbildung 14.2).

Abbildung 14.2:
Lebenserwartung im Jahr 2012 ab 65 Jahren



Quelle: Eurostat (2014a); Darstellung: GÖ FP

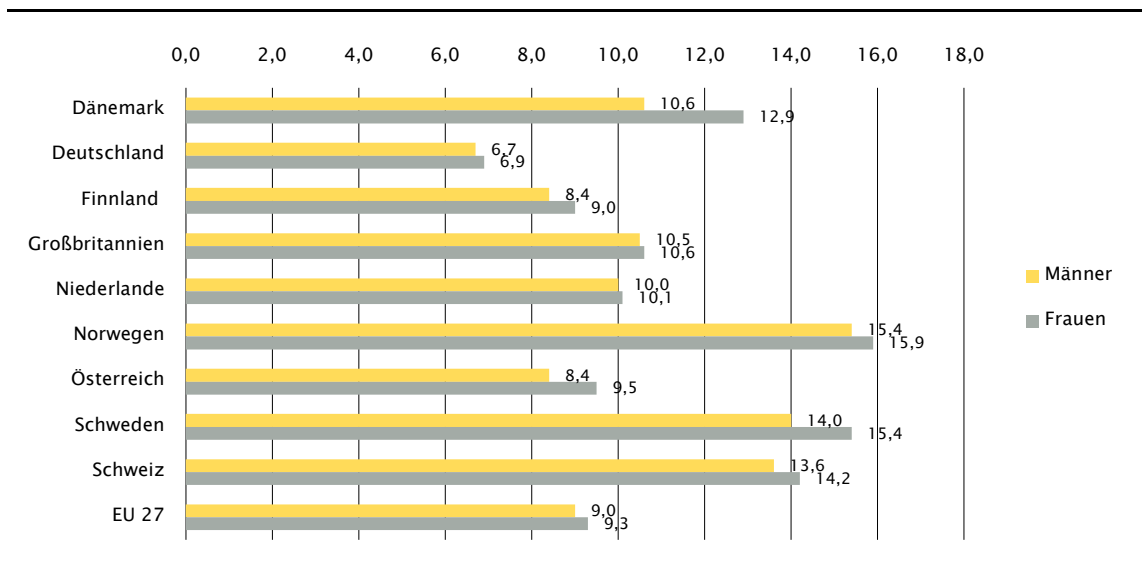
Österreich liegt bei der Lebenserwartung ab 65 Jahren mit einer Lebenserwartung von 21,3 Jahren bei Frauen und von 18,1 Jahren bei Männern über dem europäischen Durchschnitt, nahezu gleich mit der Mehrzahl der angeführten Länder.

Größere Unterschiede zeigen sich allerdings, wenn man die **Erwartung der gesunden Lebensjahre** ab 65 Jahren betrachtet (vgl. Abbildung 14.3).

Zu jene Ländern, in denen die erwarteten gesunden Lebensjahre bei Menschen im Alter von 65 Jahren im Jahr 2012 am höchsten liegen, gehören Norwegen mit 15,9 gesunden Lebensjahren bei Frauen und 15,4 Jahren bei Männern, Schweden mit 15,4 Jahren bei Frauen und 14 Jahren bei Männern bzw. die Schweiz mit 14,2 Jahren bei Frauen und 13,6 Jahren bei Männern. Österreich liegt hier mit 9,5 Jahren bei Frauen und 8,4 Jahren bei Männern unter dem europäischen Durchschnitt. Am niedrigsten ist die Erwartung gesunder Lebensjahre in Deutschland und Finnland (vgl. Abbildung 14.3).

Abbildung 14.3

Gesunde Lebensjahre ab 65 Jahren im Jahr 2012



Quelle: Eurostat (2014a); Darstellung: GÖ FP

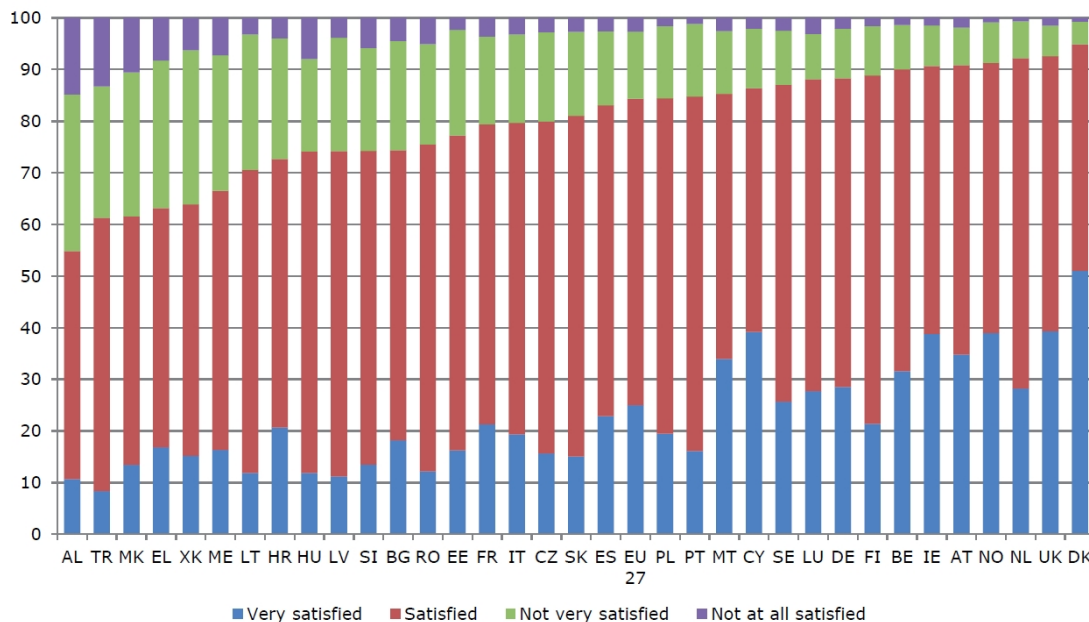
Arbeitszufriedenheit

Um die Arbeitsbedingungen in Europa im Zeitverlauf zu untersuchen, führt die Europäische Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen (Eurofound) seit 1990 alle fünf Jahre eine europaweite Erhebung über die Arbeitsbedingungen durch, den European Working Conditions Survey (EWCS). Der jüngste und fünfte EWCS fand im Jahr 2010 statt, und die Ergebnisse werden seit 2012 in Teilberichten publiziert. In der Folge wird auf Ergebnisse dieses EWCS aus dem Jahr 2010 zurückgegriffen, aber auch – um die Entwicklung seit 1991 darstellen zu können – auf frühere EWCS. Verstärkt werden auch die Ergebnisse des vierten EWCS aus dem Jahr 2005 dargestellt, da hier die Schweiz in die Befragung mit einbezogen wurde.

Die Arbeitszufriedenheit der europäischen Arbeitnehmer/innen wurde im EWCS anhand unterschiedlicher Fragestellungen erhoben. Die nachfolgende Abbildung zeigt, dass diese in den nördlichen Ländern am höchsten ist, wobei Großbritannien und Dänemark das höchste Niveau an Arbeitszufriedenheit aufweisen. Österreich liegt nach den Niederlanden und Norwegen an fünftester Stelle (s. Abbildung 14.4).

Abbildung 14.4:

Arbeitszufriedenheit (Selbsteinschätzung) nach Ländern in Prozent, 2010



AL = Albanien, TR = Türkei, MK = Mazedonien, EL = Griechenland, XK = Kosovo, ME = Montenegro, LT = Litauen, HR = Kroatien, HU = Ungarn, LV = Lettland, SI = Slowenien, BG = Bulgarien, RO = Rumänien, EE = Estland, FR = Frankreich, IT = Italien, CZ = Tschechien, SK = Slowakei, ES = Spanien, PL = Polen, PT = Portugal, MT = Malta, CY = Zypern, SE = Schweden, LU = Luxemburg, DE = Deutschland, FI = Finnland, BE = Belgien, IE = Irland, AT = Österreich, NO = Norwegen, NL = Niederlande, UK = Großbritannien, DK = Dänemark

Quelle und Darstellung: EUROFOUND (Eurofound 2012a)

Die Länder mit den höchsten Anteilen an Arbeitszufriedenheit (Anteil der Befragten, die sehr zu-
frieden bzw. zufrieden mit ihrer Arbeit sind) sind Dänemark, Großbritannien, die Niederlande und
Norwegen mit über 90 Prozent aller Befragten. Auch Österreich weist mit einem Anteil von rund
90 Prozent einen hohen Grad an Arbeitszufriedenheit aus.

Wohlbefinden

Im fünften EWCS wurde auch die Möglichkeit genutzt, einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbe-
dingungen und individuellem Wohlbefinden zu untersuchen. Hierfür wurde ein multidimensionaler
Indikator herangezogen, nämlich der WHO-5-Index für psychologisches Wohlbefinden (Eurofound
2012a). Das Messinstrument ist ein kurzer Fragebogen mit fünf Fragen, die das Wohlbefinden in
den letzten zwei Wochen messen („in den letzten zwei Wochen war ich froh und guter Laune“, „...
habe ich mich entspannt und ruhig gefühlt“, „... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt“, „...
habe ich mich beim Aufwachen frische und ausgeruht gefühlt“, „... war mein Alltag voller Dinge,
die mich interessieren“), wobei jede Frage mit einem Wert von 0 bis 5 bewertet werden kann.
Daraus wird für jede/n Befragte/n ein Rohwert durch einfaches Addieren der Antworten gebildet,
danach wird ein Punktwert für jeden Befragten ermittelt, wobei ein Punktwert 0 das schlechteste
Befinden (bei allen 5 Fragen wird ein Wert von 0 angegeben) und ein Punktwert von 100 das beste

Befinden (bei allen 5 Fragen wird ein Wert von 5 angegeben) bezeichnet. Die Säulen in Abbildung 14.5 zeigen den durchschnittlichen Punktwert, also den Gesamtindex der Befragten verschiedener europäischer Länder. Das Ergebnis der Befragung spiegelt auch die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit wider: Die nordischen Staaten zeigen das höchste Wohlbefinden.

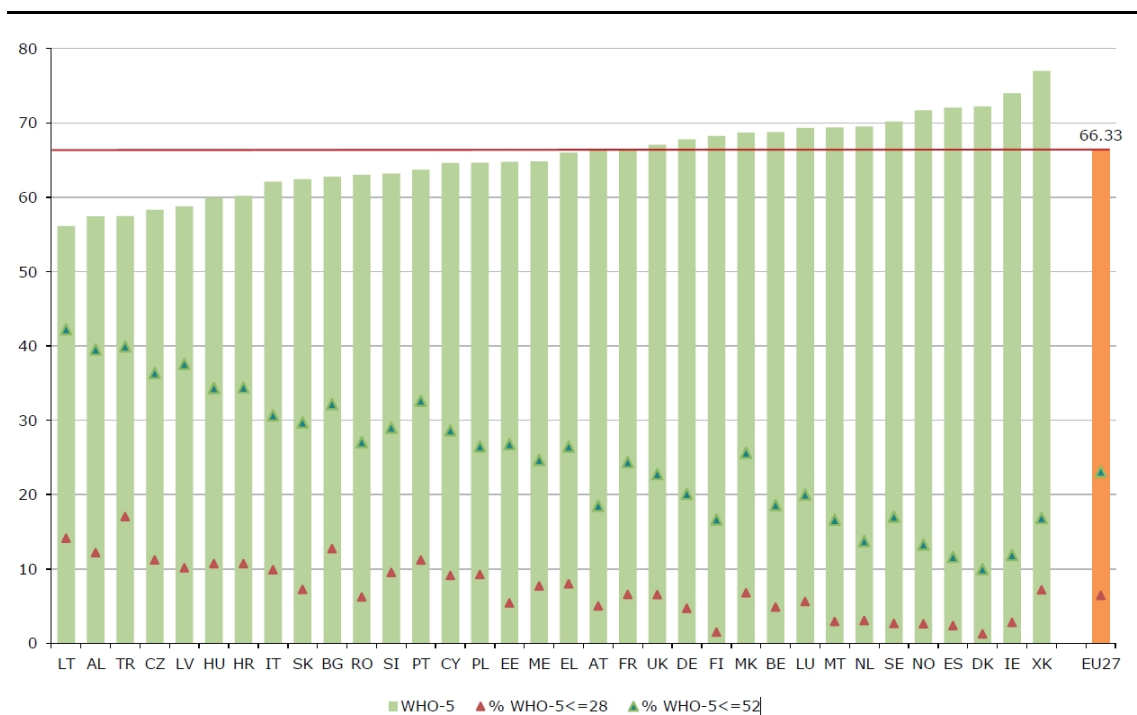
In Abbildung 14.5 finden sich zusätzlich zum Gesamtindex noch jene Prozentanteile der befragten Personen, die einen Punktwert unter 28 (entspricht einem Rohwert von 7) bzw. 52 (entspricht einem Rohwert von 13) haben.

Liegt dieser Punktwert unter 52, weist das auf ein deutlich reduziertes Wohlbefinden hin, bei einem Punktwert unter 28 besteht die Gefahr von Depressionen und Beeinträchtigungen.

Mit den Daten des WHO-5-Index werden die Ergebnisse zur Arbeitszufriedenheit weitgehend bestätigt: Österreich liegt nicht über dem EU-Durchschnitt und hinter den Ländern Dänemark, Norwegen, Schweden, Finnland, Deutschland und Großbritannien (Eurofound 2012a).

Abbildung 14.5:

Subjektives psychisches Wohlbefinden und kritische Werte (Angaben in Prozent), 2010



LT= Litauen, AL = Albanien, TR = Türkei, CZ = Tschechien, LV = Lettland, HU = Ungarn, HR = Kroatien, IT = Italien, SK = Slowakei, BG = Bulgarien, RO = Rumänien, SI = Slowenien, PT = Portugal, CY = Zypern, PL = Polen, EE = Estland, ME = Montenegro, EL = Griechenland, AT = Österreich, FR = Frankreich, UK = Großbritannien, DE = Deutschland, FI = Finnland, MK = Mazedonien, BE = Belgien, LU = Luxemburg, MT = Malta, NL = Niederlande, SE = Schweden, NO = Norwegen, ES = Spanien, DK = Dänemark, IE = Irland, XK = Kosovo

Quelle und Darstellung: Eurofound (2012a)

Arbeitsbedingungen

Die Arbeitszufriedenheit, das Wohlbefinden und die Gesundheit am Arbeitsplatz werden unter anderem auch von unterschiedlichen Arbeitsbedingungen beeinflusst. Auf die wichtigsten der im EWCS untersuchten Einflussfaktoren wird in der Folge näher eingegangen.

Physische Risiken

Die physischen Risiken, denen man am Arbeitsplatz ausgesetzt ist, sind in Europa in den letzten 20 Jahren nahezu unverändert geblieben. Dies lässt darauf schließen, dass nach wie vor ein konstanter Anteil von Arbeitsplätzen mit annähernd gleichbleibender körperlicher Arbeit verbunden ist (Eurofound 2012b).

Allerdings ist die Häufigkeit von Arbeitsunfällen zwischen 1974 und 2013 um 50 Prozent gesunken, das spricht für einen Rückgang der physischen Risiken an den Arbeitsplätzen. „Die Entwicklung im Arbeitsunfallgeschehen kann auf das Zusammenspiel mehrerer unterschiedlicher Faktoren zurückgeführt werden. Einerseits lässt sich der Unfallrückgang durch den strukturellen Wandel in der Wirtschaft, der den Anteil an Arbeitsplätzen mit hohem Unfallrisiko reduziert hat, erklären.... Die allgemeine Berufsstruktur verschob sich kontinuierlich in Richtung Angestelltenberufe mit höheren Qualifikationsanforderungen und hohem Technologieeinsatz, während arbeitsintensive und somit gefährlichere Produktionsprozesse in Drittländer verlagert wurden. Die Arbeitsplatzbedingungen wurden durch die Veränderung der Arbeitsabläufe und vor allem durch technologische Neuerungen in vielerlei Hinsicht gebessert, wodurch in weiterer Folge die Unfallbelastung von bestehenden Arbeitsplätzen verringert werden konnte. Die Reduktion der Arbeitsunfälle wurde überdies durch gezielte Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit am Arbeitsplatz gefördert. Das Inkrafttreten des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes und der dazu gehörenden Verordnungen im Zuge des EU-Beitritts Österreichs hat in dieser Hinsicht eine wichtige Rolle gespielt. Verbesserte ArbeitnehmerInnenschutzbestimmungen, der technologische Wandel sowie Präventivmaßnahmen der Unternehmen dürften gemeinsam dazu beigetragen haben, das Unfallrisiko der bestehenden Arbeitsplätze zu senken.“ (Leoni 2014, S. 53 ff)

Arbeitszeit

Die Zahl der Wochenarbeitsstunden geht im europäischen Durchschnitt zurück, zwischen 1991 und 2010 sanken sie von 40,5 Stunden im EG-12-Durchschnitt auf 37,5 Stunden im EU-27-Durchschnitt (Eurofound 2012b). Hauptursachen für einen Rückgang der Arbeitszeiten sind folgende (Eurofound 2012b):

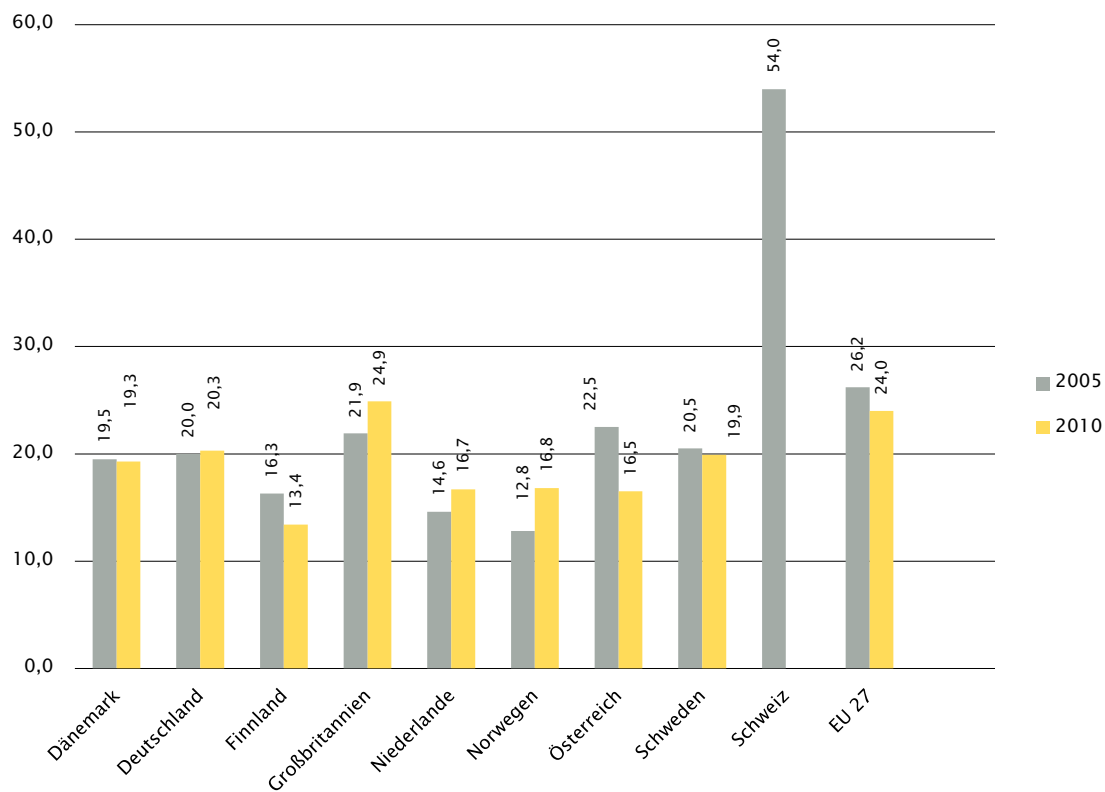
- » Der Anteil von Arbeitskräften mit langen Arbeitszeiten von mehr als 48 Wochenstunden ist in EU-27 von 15 Prozent im Jahr 2000 auf 12 Prozent im Jahr 2010 gesunken.
- » Der Anteil von Arbeitskräften mit Arbeitszeiten von weniger als 20 Wochenstunden ist von 1991 mit 8 Prozent der Erwerbstätigen auf 12 Prozent im Jahr 2000 stark angestiegen. Seitdem bleibt dieser Anteil relativ stabil und liegt im Jahr 2010 bei 13 Prozent.
- » Die tariflich vereinbarte Arbeitszeit ist in vielen EU-Ländern zurückgegangen.
- » Seit 2005 haben (auch als Reaktion auf die Rezession) Arbeitszeitverkürzungen stattgefunden.

Ein Zusammenhang zwischen langen Arbeitszeiten und massiven Gesundheitsproblemen kann zwar anhand der vorhandenen Zahlen nicht eindeutig festgestellt werden, allerdings geben jene Personen, die mehr als 48 Stunden arbeiten, auch in höherem Ausmaß an, dass ihre Gesundheit und Sicherheit durch die Arbeit zumindest beeinträchtigt wird und dass sie daran zweifeln, ihre Arbeit mit 60 Jahren auch noch ausüben zu können (Eurofound 2012b).

In Österreich gaben im Jahr 2005 rund 22,5 Prozent an, üblicherweise **mehr als 40 Stunden** pro Woche zu arbeiten. Damit wies Österreich den höchsten Anteil der untersuchten Länder auf. Allerdings ist dieser Anteil im Jahr 2010 mit rund 16,5 Prozent niedriger.

Abbildung 14.6:

Anteil an Befragten, die normalerweise mehr als 40 Stunden pro Woche arbeiten
(Angaben in Prozent)



Quelle: Eurofound (2012b); Darstellung: GÖ FP

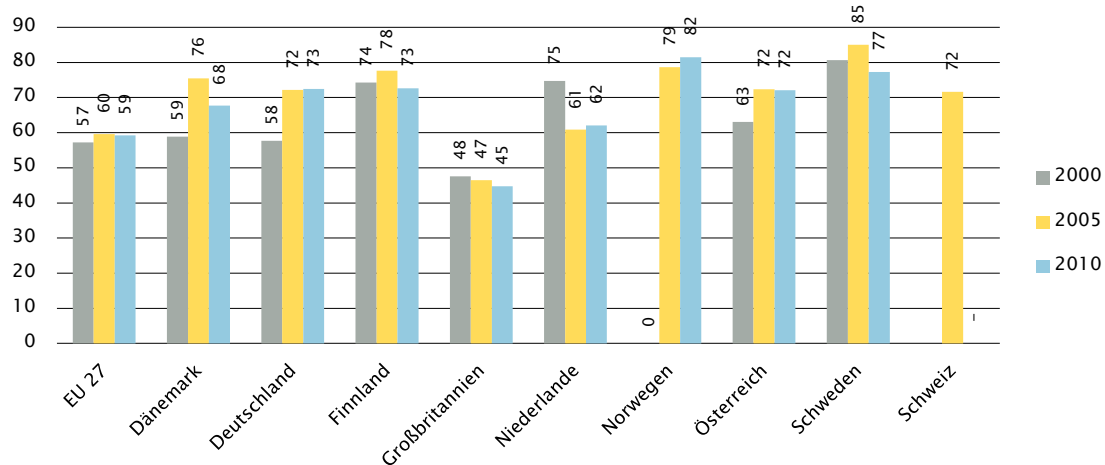
Arbeitsintensität

Eine höhere Arbeitsintensität (definiert durch hohes Arbeitstempo und das Arbeiten unter Termindruck) zeigt negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Erwerbstätigen (Eurofound 2012b).

Beim EWCS wurde erhoben, wie hoch der Anteil der Personen ist, die mindestens während eines Viertels ihrer Arbeitszeit in hohem Tempo arbeiten müssen. In den meisten Ländern ist der Anteil dieser Arbeiten von 2000 auf 2005 erheblich gestiegen, ab 2005 hat sich dieser Indikator teilweise auf ein gleichbleibendes Niveau eingependelt. In Dänemark, Finnland, Schweden und Großbritannien ist 2010 im Vergleich zu 2005 die Anzahl jener Personen gesunken, die bei der Befragung ein hohes Arbeitstempo anführen (s. Abbildung 4.6). (Eurofound 2012b)

Abbildung 14.7:

Anteil von Befragten, die mindestens ein Viertel ihrer Arbeitszeit mit hohem Arbeitstempo arbeiten (Angaben in Prozent), 2010

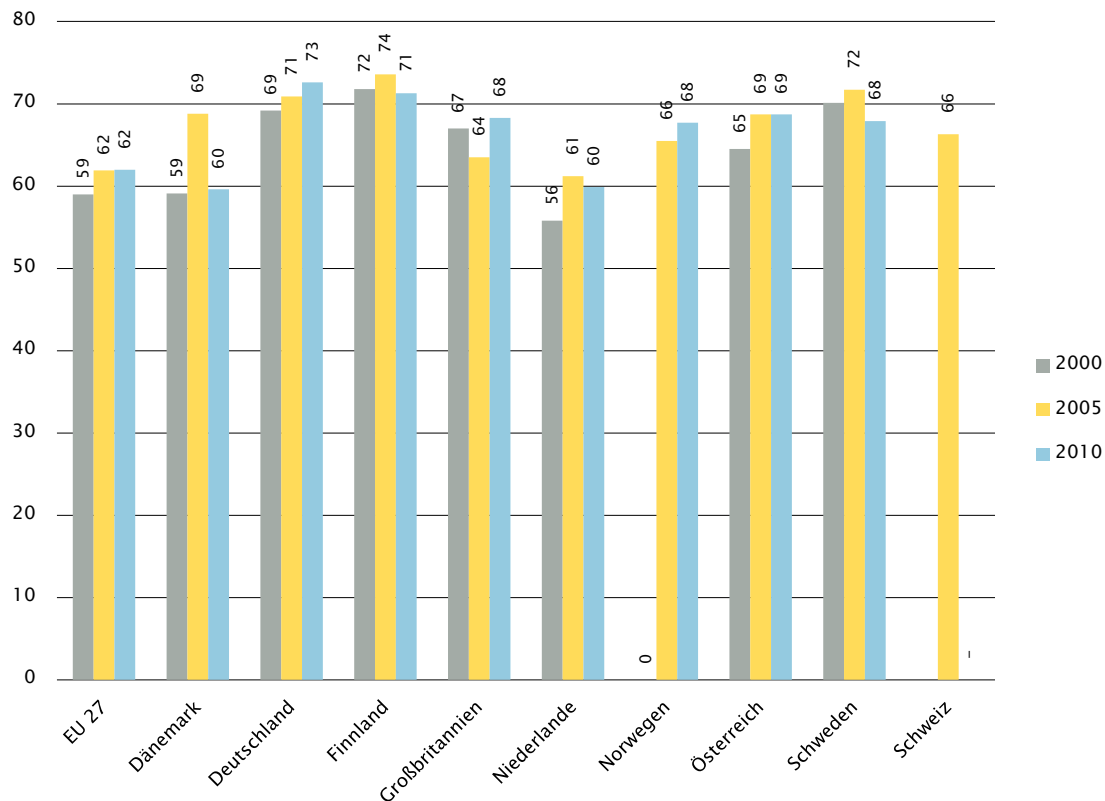


Quelle: Eurofound (2012b); Darstellung GÖ FP

Für die meisten Erwerbstätigen (67 % im EU-Durchschnitt) wird das Arbeitstempo durch direkte Forderungen anderer Personen, wie Kunden oder Patienten, vorgegeben. In Österreich liegt dieser Anteil im Jahr 2010 bei 60,9 Prozent (Eurofound 2012b).

Ein weiterer Indikator für hohe Arbeitsintensität ist das Arbeiten unter Termindruck. Abbildung 14.8 zeigt den Prozentanteil all jener Befragten, die angeben, zumindest ein Viertel ihrer Arbeitszeit unter Termindruck zu stehen. Das Bild ist nahezu ident mit der Situation jener, die angeben, mit hohem Arbeitstempo arbeiten zu müssen. Zwischen 2000 und 2005 ist in fast allen angeführten Ländern eine Steigerung des Arbeitstempos zu verzeichnen, ab 2005 verringert sich in einigen Ländern der Anteil jener Personen, die angeben, unter Termindruck zu arbeiten (Dänemark, Niederlande, Finnland, Schweden).

Abbildung 14.8:
Arbeiten unter Termindruck (Angaben in Prozent), 2010



Quelle: Eurofound (2012b); Darstellung GÖ FP

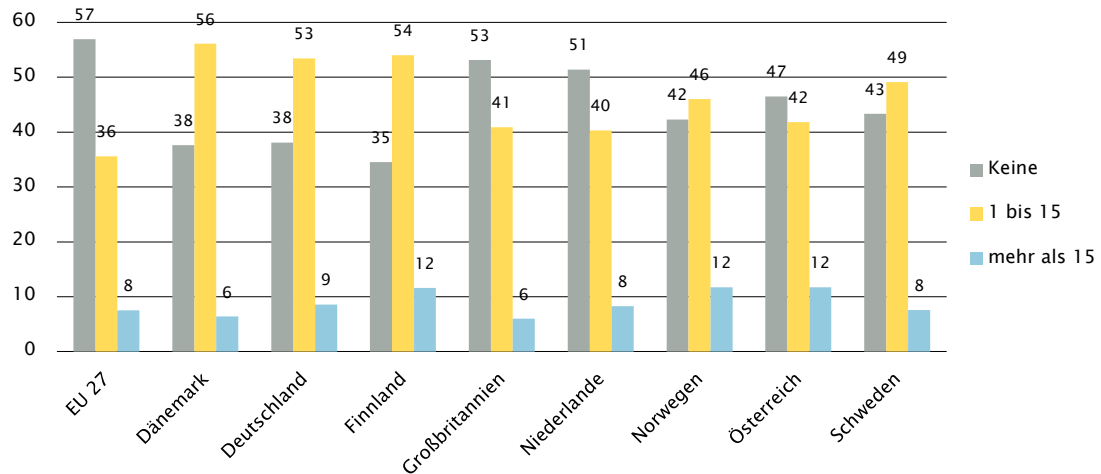
Insgesamt kann festgestellt werden, dass in den meisten europäischen Ländern die Arbeitsintensität in den letzten 20 Jahren deutlich zugenommen hat (Eurofound 2012b), diese sich jedoch seit 2005 auf einem hohen Niveau (bei über 60 Prozent aller befragten Personen im EU-Durchschnitt) stabilisiert hat.

Fehltage und Krankheit

Bei der Analyse der Fehltage aufgrund von Gesundheitsproblemen zeigt sich, dass die untersuchten Länder bei der Anzahl der Fehltage über dem EU-27-Durchschnitt liegen. Während 57 Prozent aller befragten EU-Bürger/innen keine Fehltage innerhalb des letzten Jahres angeben, liegt dieser Wert in Österreich nur bei 47 Prozent. Finnland, Dänemark und Deutschland liegen mit 35 bzw. 38 Prozent noch darunter. Bei den langen Krankenständen mit mehr als 15 Tagen sind die Unterschiede weitaus geringer (vgl. Abbildung 14.9).

Abbildung 14.9:

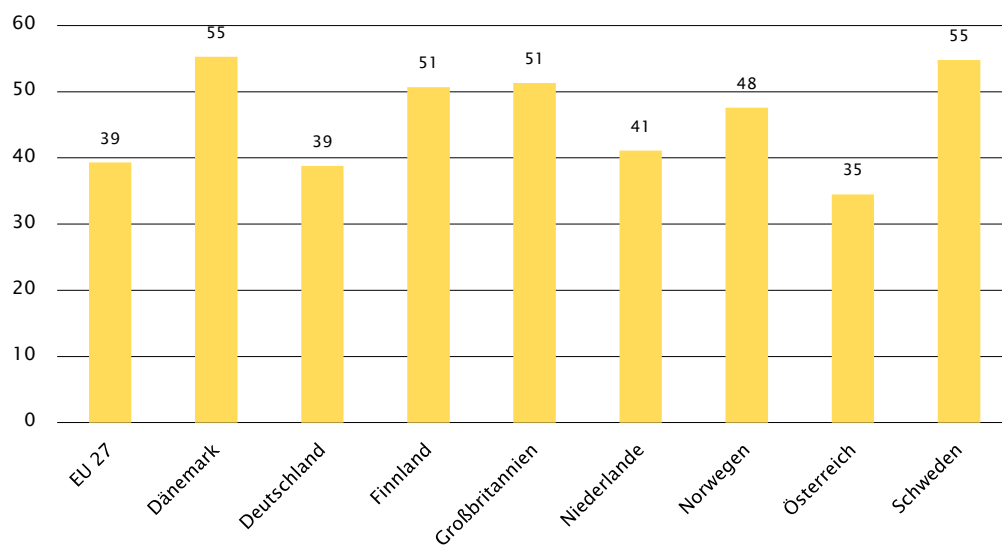
Fehltag aufgrund von Gesundheitsproblemen innerhalb der letzten 12 Monate
(Angaben in Prozent), 2010



Quelle: Eurofound (2010); Darstellung: GÖ FP

Erstmals wurde im Rahmen des EWCS auch erhoben, ob in den vergangenen 12 Monaten trotz Krankheit gearbeitet wurde. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede im Ländervergleich. Im EU-27-Durchschnitt geben 39 Prozent der Arbeitnehmer/innen an, krank gearbeitet zu haben. In Österreich liegt dieser Anteil mit 35 Prozent leicht darunter. Deutlich über dem EU-Durchschnitt liegen mit einem Wert von 50 Prozent Dänemark, Schweden, Finnland und Großbritannien (s. Abbildung 14.10).

Abbildung 14.10:
Anteile jener Befragten, die in den vergangenen 12 Monaten
trotz Krankheit gearbeitet haben, 2010



Quelle: Eurofound (2010); Darstellung: GÖ FP

14.8 Interviewpartner/innen der Österreich–Erhebung

Tabelle 14.18:

Interviewte Personen in alphabetischer Reihenfolge

Mag. Beate Atzler, MPH	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB)
Mag. Dr. Thomas Diller	AVOS – Prävention und Gesundheitsförderung, Salzburg
Dipl.–Ing. Georg Effenberger	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)
Dr. Martin Gleitsmann	Wirtschaftskammer Österreich (WKÖ)
Alexander Heider	Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK)
Mag. Christoph Heigl	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)
Dr. Elsbeth Huber	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Sozialministerium)
Claudia Knierer	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK)
Dr. Thomas Neumann	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
Mag. Sandra Neundlinger, Bakk.	Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK)
Dr. Ingrid Reifinger	Österreichischer Gewerkschaftsbund (ÖGB)
Dr. Klaus Ropin	Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)
Mag. Stefan Spitzbart, MPH	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB)
Leopold Steinbauer	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA)
Claudia Stumpfl	Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK)
Mag. Gabriela Wamprechtsamer	Bundesministerium für Gesundheit (BMGF)
Hildegard Weinke, BA	Kammer für Arbeiter und Angestellte (AK)

Quelle und Darstellung: GÖ FP

Tabelle 14.19

Ausgaben der Krankenversicherungsträger in der Budgetposition „Gesundheitsförderung und sonstige Maßnahmen zur Volksgesundheit“

Versicherungsanstalten	2003 in Euro (absolut)	2012 in Euro (absolut)	Veränderung 2003 – 2012 in %	in % der Vers.-Leistun- gen 2012	Erläuterungen in den Jahresberichten 2012 (keine taxative Auflistung)
GKK Wien	1.561.791	3.801.589	+143,4	0,14	Kostenzuschuss für FSME-Impfungen, Tumurvorsorge, GF-Aufklärungsarbeit Umsetzung von GF-Aktivitäten im Setting Gemeinde, Schule und Betrieb
GKK Niederösterreich	2.541.535	9.000.333	+254,1	0,49	Maßnahmen wie Darmkrebsvorsorge, „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“, diverse BGF-Aktivitäten, fit2work
GKK Burgenland	450.000	1.024.986	+127,8	0,34	keine
GKK Oberösterreich	3.054.255	5.345.452	+75,0	0,29	Maßnahmen/Projekte wie „... von Anfang an“ (Workshops: „Babys erstes Löffel- chen“, „Gesund essen von Anfang an“ usw.), „KiloCoach™“ (Online-Abnehmpro- gramm), Betreuung diverser Betriebe für BGF, Zahngesundheitsförderungsprojekt (Zahnputztrainings, Zahnarztgutscheine, Tag der Zahngesundheit)
GKK Steiermark	3.215.157	4.875.792	+51,6	0,35	Maßnahmen/Projekte wie „Endabrechnung Pandemieimpfaktion“, „Endlich Aufatmen – rauchfrei mit der STGKK“ (Tabakentwöhnungsprojekt), „Richtig essen von Anfang an – Steiermark“, Langer Tag der Bewegung 2012, Unterstützung diverser BGF- Maßnahmen (Erstberatung, anonymisierte Krankenstandsauswertung, Unterstüt- zung bei Förderansuchen usw.), „Gesunde Schule“, Netzwerk „Gesunde Schule – be- wegtes Leben“, Service Stelle Schule Steiermark [sic]
GKK Kärnten	966.000	2.034.275	+110,6	0,30	Maßnahmen/Projekte wie „Richtig essen von Anfang an – Kärnten (REVAN)“, „Kärn- gesund“ (Netzwerk über Angebote bzgl. Gesundheitsförderung), „Kinder- und Ju- gendgesundheit“, Kostenzuschuss für FSME-Impfungen, Ernährungsberatung- und Zahnprophylaxe-Stellen, Diabetes-Beratung, Neurodermitis-Aufklärung, Haut- schutzvorsorge, Unterstützung diverser BGF-Maßnahmen (BGF-Gütesiegel), hu- mangenetische Vorsorgemaßnahmen
GKK Salzburg	1.575.000	2.260.156	+43,5	0,34	humangenetische Untersuchungen, Zeckenschutzimpfungen, Ernährungsberatung, Gesundheitsinformationszentrum (GIZ), „Richtig essen von Anfang an“
GKK Tirol	1.539.500	2.165.241	+40,7	0,26	humangenetische Untersuchungen, Kostenzuschuss für FSME-Impfungen, Propy- laxe (Zahngesundheitsprogramm an Tiroler Kindergärten/Schulen, sportmed. Vor- sorgeuntersuchungen, PSA-Befundungen, Versichertenklärung, Kinder-Impf- konzept)
GKK Vorarlberg	558.000	591.730	+6,0	0,13	Servicestelle Schule Vorarlberg (Versand von Newslettern, die über GF-Projekte in- formieren), BGF für Kleinbetriebe (Begleitung/Unterstützungsangebot, Gesund- heits-Coaching), Gesundheitsgütesiegel „salvus“ (Gesundheitspreis), „Initiative si- chere Gemeinden“, Gesundheitsmagazin „Forum Gesundheit“, Rauchertelefon, „Richtig essen von Anfang an“, humangenetische Untersuchungen, Kostenzuschuss für FSME-Impfungen

Versicherungsanstalten	2003 in Euro (absolut)	2012 in Euro (absolut)	Veränderung 2003 – 2012 in %	in % der Vers.–Leistun- gen 2012	Erläuterungen in den Jahresberichten 2012 (keine taxative Auflistung)
VA d. österr. Bergbaues ¹	292.827				
VA d. österr. Eisenbahnen und Bergbau Abt A	45.781	3.155.327	+6.792,2 ²	1,60	Maßnahmen/Projekte wie Konzept für Betriebliches Wiedereingliederungsmanage- ment, Projekt „Gesund: Warum?“ (Gesundheitskompetenztraining für Frauen und Männer 50+), regionales Vernetzungstreffen der BGF-Betriebe
VA d. österr. Eisenbahnen und Bergbau Abt B	165.436	4.828.101	+2.818,4 ²	1,45	
VA öffentlich Bediensteter	984.004	2.678.877	+172,2	0,18	keine
SVA d. gewerblichen Wirt- schaft	755.600	2.264.223	+199,7	0,27	Maßnahmen/Projekte wie Gesundheitswochen, Herbst- und Winteraktivcamps, No-Smoking-Camps, Burn-out-Präventionsprogramm, BGF in Klein(st)-Unterneh- men usw.
SVA d. Bauern	938.600	1.622.953	+72,9	0,33	humangenetische Vorsorgemaßnahmen, Zeckenschutzimpfung, Aufklärungs- und Beratungsleistungen
Alle Betriebskranken-kas- sen	174.920	n. v.	n. v.	n. v.	
Alle KV-Träger	18.818.406	45.649.034	+142,6³	0,32³	
<i>Alle GKK</i>	<i>15.461.238</i>	<i>31.099.553</i>	<i>+101,2</i>	<i>0,29</i>	

¹ Fusion zur VAEB 2005

² inkl. vorm. VA Bergbau (Fusion 2005)

³ ohne Betriebskrankenkas-
sen

GKK = Gebietskrankenkasse, n. v. = ist nicht verfügbar, KV = Krankenversicherungsträger, SVA = Sozialversicherungsanstalt, VA = Versicherungsanstalt

Quellen: Daten für 2003: Arbeiterkammer Wien, Voranschläge der KV-Träger 2003; Daten für 2012: veröffentlichte Jahresberichte der Krankenversicherungsträger;
Darstellung: GÖ FP

Tabelle 14.20:

Ausgaben der Unfallversicherungsträger für Unfallverhütung und Prävention

	2003 in Euro (absolut)	2012 in Euro (absolut)	Veränderung 2003–2012 in %	in % der Vers.–Leistungen 2012	Erläuterungen in den Jahresberichten
AUVA					<i>Unfallverhütung: diverse Druckwerke, Subvention ÖSBS/sonstige Subventionen, Veranstaltungen, Reisegebühren, Kurse/Schulungen, Medienaufwendungen, Hepatitis-B-Impfung, ASchG-Untersuchungen</i>
<i>Unfallverhütung</i>	32.560.934	41.409.249	+27,2	+3,75	<i>Präventionsberatung: kostenlose Betreuung für KMU in arbeitsmedizinische bzw. sicherheitstechnischen Angelegenheiten in Präventionszentren (AUVAsicher)</i>
<i>Präventionsberatung</i>	15.469.211	20.244.470	+30,9	+1,83	
SVA der Bauern					
<i>Unfallverhütung</i>	3.401.800	4.391.482	+29,1	+4,44	<i>Impfungen (z. B. FSME-Impfaktion), Untersuchungen/Forschung, Studie Fuchsbandwurm, Ausstellungen/Messen, Sonderaktionen, Werbe- und Aufklärungsschriften, Arbeitsmedizinische Woche</i>
<i>Präventionsberatung</i>	–	–	–		
VA d. österr. Eisenbahnen und Bergbau					
<i>Unfallverhütung</i>	581.060 ¹	854.309	+47,0	+3,05	<i>keine Erläuterung Budgetposition, zahlreiche Maßnahmen/Projekte im Jahresbericht wie „Ja! Jetzt Aktiv“, präventivdienstliche Betreuung von Kleinbetrieben, sicherheitstechnische bzw. arbeitsmedizinische Betreuung von Klein- und Mittelbetrieben, 24 Ausbildungs- und Auffrischkurse für Sicherheitsvertrauenspersonen, 2 Fortbildungsseminare für Präventivdienste (Schienenbahnen- bzw. Seilbahnbereich), Mitteilungsblatt „Sicherheit zuerst“, Erstellung bzw. Überarbeitung von Merkheften, Unterstützung von Ersthelfer-Kursen (Arbeiter-Samariter-Bund, Österr. Rotes Kreuz), T-Shirts als Werbemaßnahmen (Aufdruck: „Nimm dir Zeit für Sicherheit“)</i>
<i>Präventionsberatung</i>	240.000 ¹	235.425	–2	+0,84	
VA öffentlich Bediensteter					
<i>Unfallverhütung</i>	585.000	1.068.979	+82,7	+2,48	<i>keine</i>
<i>Präventionsberatung</i>	–	–	–		
Alle UV-Träger					
<i>Unfallverhütung</i>	37.128.794	68.203.915	+83,7	5,35	
<i>Präventionsberatung</i>	15.709.211	20.479.895	+30,4	1,61	

¹ excl. Bergbau

AUVA = Allgemeine Unfallversicherung, SVA = Sozialversicherung, VA = Versicherungsanstalt

Quellen: Daten für 2003: Arbeiterkammer Wien, Voranschläge der UV-Träger 2003; Daten für 2012: Jahresberichte der UV-Träger; Darstellung: GÖ FP