

Universität Osnabrück
Fachbereich Psychologie

**Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit –
Implikationen des Präsentismus für das betriebliche
Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement**

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades
Doktor der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
MIRIAM HÄGERBÄUMER
aus Bielefeld

August 2011

Gutachter:

Prof. Dr. Thomas Staufenbiel (Betreuer der Dissertation)

Apl. Prof. Dr. Kai-Christoph Hamborg

Danksagung

Zum Gelingen meines Promotionsprojekts haben verschiedene Personen beigetragen, bei denen ich mich an dieser Stelle herzlich bedanken möchte.

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Thomas Staufenbiel danken, der mit wertvollen fachlichen Anregungen erheblich zur Qualität meiner Arbeit beitrug und mir jederzeit als unterstützender Ansprechpartner zur Verfügung stand. Auch bei meinem Zweitgutachter Apl. Prof. Dr. Kai-Christoph Hamborg bedanke ich mich für bereichernde Ideen und hilfreiche Tipps. Ein besonderer Dank geht darüber hinaus an Dr. Heidrun Elfering vom Zentrum für Promovierende an der Universität Osnabrück, die mich während meiner Promotion außerfachlich begleitete.

Ohne die Unterstützung der Unternehmen, bei denen ich meine Daten erheben durfte, wäre diese Arbeit niemals in der vorliegenden Form zu Stande gekommen. Diesen möchte ich deshalb herzlich für Ihre Kooperation und engagierte Begleitung meiner Untersuchungen danken. Ein großer Dank geht auch an jeden einzelnen Mitarbeiter, der meine Fragebogen ausgefüllt und sich somit intensiv mit seinem Verhalten am Arbeitsplatz auseinandergesetzt hat.

Von Herzen danke ich meinem Mann, Lars Hägerbäumer, sowie meinen Eltern, Horst und Martina Kesting, für ihre Ermutigung, ihre Geduld und ihren unerschütterlichen Beistand. Ihr wart immer für mich da und habt die Promotion erst möglich gemacht. Mein Dank gilt auch meiner restlichen Familie sowie meinen Freunden und Kollegen, deren Zuspruch mir durch manches Tal hindurch geholfen hat.

Für die vielfältige Begleitung während der Promotion bedanke ich mich herzlich!

Hinweis: Sofern nicht anders angemerkt, beziehen sich die Ausführungen in dieser Arbeit immer auf Personen weiblichen und männlichen Geschlechts. Um die Lesbarkeit nicht zu beeinträchtigen, wird auf den Gebrauch gendergerechter Formulierungen verzichtet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	10
2	Theoretische Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit im beruflichen Kontext	14
2.1	Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit	14
2.1.1	Gesundheit.....	14
2.1.2	Krankheit.....	17
2.1.3	Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhalten.....	18
2.2	Der individuelle Umgang mit Krankheit im Arbeitskontext.....	24
2.2.1	Handlungstheoretischer Ansatz.....	25
2.2.2	Modell der Leistungsaufrechterhaltung im Arbeitskontext.....	26
2.2.3	Theorie der Ressourcenerhaltung (Conservation of Resources Theory, COR).....	27
3	Betrieblicher Umgang mit Krankheit und krankheitsbedingter Abwesenheit	32
3.1	Gesundheitsbezogene Kennzahlen.....	32
3.1.1	Überblick über gesundheitsbezogene Kennzahlen.....	32
3.1.2	Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit.....	34
3.1.3	Zur Aussagekraft krankheitsbedingter Fehlzeiten	44
3.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	47
3.2.1	Fehlzeitenmanagement	49
3.2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	58
3.2.3	Ein Fazit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement	62
4	Präsentismus.....	63
4.1	Definition und Messung.....	64
4.1.1	Probleme bestehender Operationalisierungen des Präsentismus	70
4.1.2	Ableitung einer eigenen Definition	76

4.2	Prävalenz.....	76
4.3	Modelle zum Präsentismus	78
4.4	Empirische Befundlage zu den Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus	81
	4.4.1 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren	82
	4.4.2 Personenbezogene Einflussfaktoren.....	90
	4.4.3 Auswirkungen von Präsentismus.....	94
4.5	Resümee.....	96
5	Entwicklung einer Präsentismus-Skala.....	98
6	Krankenhaus-Studie.....	101
6.1	Fragestellung und Hypothesen.....	101
	6.1.1 Psychometrische Qualität und Konstruktvalidität der Präsentismus-Skala.....	101
	6.1.2 Präsentismus und qualitative Arbeitsbelastungen.....	104
	6.1.3 Präsentismus und Arbeitsverhalten: Die Neigung zu Überstunden und ein exzessiv-zwanghafter Arbeitsstil.....	106
	6.1.4 Präsentismus und psychisches Befinden.....	108
6.2	Methoden.....	111
	6.2.1 Durchführung.....	111
	6.2.2 Stichprobe.....	112
	6.2.3 Instrumente.....	115
6.3	Ergebnisse.....	120
	6.3.1 Deskriptive Statistiken.....	120
	6.3.2 Psychometrische Qualität der Skala	122
	6.3.3 Konstruktvalidität der Präsentismus-Skala	126
	6.3.4 Prüfung der inhaltlichen Hypothesen.....	132
	6.3.5 Gründe für Präsentismus.....	137
	6.3.6 Prädiktoren von Präsentismus	138
6.4	Diskussion.....	140
	6.4.1 Güte der Präsentismus-Skala	140

6.4.2	Antezedenzen des Präsentismus	143
6.4.3	Konsequenzen des Präsentismus	147
6.4.4	Präsentismus als Frühwarnzeichen.....	148
6.4.5	Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung.....	149
7	Energieversorger-Studie.....	152
7.1	Fragestellung und Hypothesen.....	152
7.1.1	Präsentismus und Arbeitsbedingungen: Stressoren und Ressourcen	152
7.1.2	Antezedenzen des Präsentismus bei Führungskräften und Mitarbeitern.....	159
7.1.3	Präsentismus und Befinden.....	159
7.2	Methoden.....	164
7.2.1	Durchführung.....	164
7.2.2	Stichprobe.....	165
7.2.3	Instrumente.....	166
7.3	Ergebnisse.....	171
7.3.1	Deskriptive Statistiken.....	171
7.3.2	Psychometrische Qualität der Skala	173
7.3.3	Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit den Arbeitsbedingungen.....	175
7.3.4	Befunde zu den Antezedenzen des Präsentismus bei Führungskräften und Mitarbeitern.....	176
7.3.5	Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit dem Befinden.....	179
7.4	Diskussion.....	184
7.4.1	Psychometrische Qualität der Präsentismus-Skala.....	184
7.4.2	Befunde zum Präsentismus	184
7.4.3	Relevanz, Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung	190

8	Panel-Studie.....	192
8.1	Fragestellung	192
8.1.1	Stabilität der Präsentismus-Skala	192
8.1.2	Antezedenzen des Präsentismus	193
8.1.3	Die Auswirkungen des Präsentismus auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten..	197
8.2	Methoden.....	199
8.2.1	Durchführung.....	199
8.2.2	Stichprobe.....	200
8.2.3	Instrumente.....	202
8.3	Ergebnisse.....	205
8.3.1	Deskriptive Statistiken.....	205
8.3.2	Retest-Reliabilität der Präsentismus-Skala	209
8.3.3	Struktur der Präsentismus-Skala.....	209
8.3.4	Befunde zum Zusammenhang des Präsentismus mit sozialen Aspekten bei der Arbeit.....	210
8.3.5	Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit den Bedingungen bei der Arbeit und im Unternehmen	213
8.3.6	Befunde zu den Auswirkungen des Präsentismus auf den Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten..	216
8.3.7	Prädiktoren des Präsentismus.....	219
8.4	Diskussion.....	222
8.4.1	Psychometrische Qualität der Präsentismus-Skala.....	222
8.4.2	Antezedenzen des Präsentismus	223
8.4.3	Auswirkungen des Präsentismus auf den Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten.....	227
8.4.4	Relevanz, Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung	228

9	Abschlussdiskussion	231
9.1	Messung von Präsentismus	231
9.2	Wirkmodell: Ansatzpunkte für das betriebliche Gesundheitsmanagements zur Senkung des Präsentismus	232
9.2.1	Symptomwahrnehmung und Abwägungsprozess	235
9.2.2	Personenbezogene Einflussfaktoren.....	235
9.2.3	Arbeitsbezogene Einflussfaktoren	237
9.2.4	Antizipation der persönlichen und beruflichen Konsequenzen des Krankheitsverhaltens.....	242
9.2.5	Konsequenzen des Krankheitsverhaltens.....	243
9.3	Ausblick.....	246
9.4	Fazit.....	249
10	Zusammenfassung.....	251
	Literaturverzeichnis.....	255
	Anhang	279

Die „Nicht-Sichtbarkeit“ von Gesundheit ist ein grundsätzliches Dilemma des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Weshalb soll man knappe Ressourcen für etwas investieren, das offensichtlich dem Normalfall entspricht; vielversprechender ist es doch, sich auf die Abweichung von der Norm, also die Abwesenheit vom Arbeitsplatz zu konzentrieren. Tatsächlich sind aber Personen mit hohen Anwesenheitsrate keineswegs immer auch leistungsfähig, motiviert, physisch und psychisch unversehrt und damit gesund oder dem Unternehmen psychologisch verbunden.

(Ulich & Wülser, 2008, S. 133)

1 Einleitung

Trotz der schon lange existierenden Erkenntnis, dass Gesundheit mehr ist als das Fehlen von Krankheit und Gebrechen (Weltgesundheitsorganisation, 1946) messen die meisten Unternehmen den Erfolg personalpolitischer und gesundheitsförderlicher Maßnahmen immer noch am Kriterium der krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Betrachtet man die bundesweiten Krankenstandsstatistiken so zeigt sich, dass die krankheitsbedingten Fehlzeiten in Deutschland in den letzten Jahren Rekordtiefstände verzeichneten (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Dies ist jedoch nicht allein darauf zurückzuführen, dass Mitarbeiter insgesamt gesünder geworden sind, sondern wird auch durch gesellschaftlich-wirtschaftliche Faktoren und die Anforderungen der neuen Arbeitswelt bedingt (Westermayer, Stein & Sonntag, 2006). Neben gestiegener Arbeitsplatzunsicherheit durch Arbeitsmarktkrisen und laufende Umstrukturierungen in den Unternehmen haben sich auch Veränderungen der unmittelbaren Tätigkeitsstrukturen ergeben. Die erhöhte Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung, Vernetzung, Eigen- und Ergebnisverantwortung stellt neue Herausforderungen an die Beschäftigten und beeinflusst deren Verhalten im Krankheitsfall. Zu beobachten ist nämlich zunehmend, dass Berufstätige trotz Vorliegen von Krankheitssymptomen weiter ihrer Arbeitstätigkeit nachgehen. Dieses als „Präsentismus“ bezeichnete Phänomen, erfährt national und international

wachsende Aufmerksamkeit und hat zahlreiche praktische Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Die Veränderungen der Arbeitswelt und der demografische Wandel stellen die betriebliche Personalpolitik und das Gesundheitsmanagement im Unternehmen vor neue Herausforderungen. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird der Anteil älterer Erwerbstätiger in den nächsten Jahrzehnten drastisch zunehmen: bis zum Jahr 2020 ist zu erwarten, dass die derzeit stärkste Gruppe der Erwerbstätigen im Alter von 35 bis 49 Jahren von den 50-63 Jährigen abgelöst wird (Allmendinger & Ebner, 2006; Badura, Walter & Hehlmann, 2010). Krankheitsstatistiken zeigen, dass ältere Arbeitnehmer zwar weniger häufig, dafür aber länger fehlen als jüngere Beschäftigte. Mit höherem Alter steigt neben der Anzahl der Fehltag auch die Wahrscheinlichkeit einer Langzeiterkrankung (BKK Bundesverband, 2010), die häufig mit besonders negativen Auswirkungen für den Mitarbeiter, das Unternehmen und die Sozialversicherungsträger verbunden ist (Bödeker & Zelen, 2006). Derzeit geht jeder fünfte vorzeitige Renteneintritt in Deutschland auf gesundheitliche Beeinträchtigungen zurück – in Berufen mit hoher körperlicher Belastung ist dies sogar der häufigste Renteneintrittsgrund (Morschhäuser & Schmidt, 2002). Die langfristige Gesunderhaltung der älter werdenden Belegschaft und die Prävention von Langzeiterkrankungen sind damit wichtige Handlungsfelder für das betriebliche Gesundheitsmanagement, um die Wettbewerbsfähigkeit auch in Zukunft zu erhalten. Ein weiteres Handlungsfeld für die betriebliche Gesundheitspolitik zeigt sich in Bezug auf die psychischen Befindensbeeinträchtigungen. In den letzten Jahren ist ein starker Anstieg der Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen zu verzeichnen, der deutlich macht, dass der Prävention psychischer Störungen auch im organisationalen Kontext eine immer größere Bedeutung zukommen muss.

Walter und Münch (2009, S. 140) weisen darauf hin, dass Fehlzeiten Spätindikatoren sind, „die eine nachträgliche ‚Reparatur‘ gesundheitsrelevanter Probleme erfordern statt sie vorausschauend zu verhüten“. Betriebliche Akteure können sich angesichts des demografischen Wandels und des beobachtbaren Anstiegs psychischer Erkrankungen nicht mehr nur auf kurative Maßnahmen zur Fehlzeitensen-

kung beschränken, sondern müssen zunehmend Frühwarnindikatoren heranziehen, um geeignete Handlungsfelder einer nachhaltigen Prävention und eines salutogenen Gesundheitsmanagements zu identifizieren. Inwiefern die Präsentismusquote im Unternehmen dazu von Nutzen sein kann, soll in der folgenden Arbeit untersucht werden.

Die Erforschung des Präsentismus steht noch ganz am Anfang und ist durch einige Schwierigkeiten gekennzeichnet. Zum einen wird Präsentismus sehr unterschiedlich definiert und operationalisiert (Steinke & Badura, 2011). Überwiegend US-amerikanische Forscher setzen den Präsentismus mit den gesundheitlich bedingten Produktivitätsverlusten gleich und beschäftigten sich hauptsächlich mit den zu Grunde liegenden Krankheiten und den Kosten dieser Produktivitätsausfälle. In psychologisch und soziologisch ausgerichteten Studien wird Präsentismus hingegen auf Verhaltensebene erfasst und dessen Antezedenzen und Konsequenzen erforscht. Während für die produktivitätsorientierte Präsentismusmessung bereits gut evaluierte Skalen vorliegen, wird in den verhaltensorientierten Untersuchungen lediglich auf eine Single Item-Messung zurückgegriffen, die das Arbeiten trotz Krankheit in absoluten Häufigkeiten abbildet. Die aus dieser Form der Messung resultierenden Probleme sollen im Rahmen der vorliegenden Studie thematisiert werden, um ihnen anschließend mit Hilfe einer neuen Skala zu entgegnen.

Ein weiteres Manko der bisherigen Präsentismusforschung ist die weitgehend atheoretische Herangehensweise (Johns, 2010) und die mangelnde Überführung der Forschungsbefunde in ein integratives Handlungsmodell. Ansätze einer Modellbildung basieren hauptsächlich auf explorativen empirischen Befunden (Aronsson & Gustafsson, 2005; Johns, 2010), beziehen aber nur selten psychologische Theorien mit ein. Johns fordert in einem Review, dass eine Theorie zum Präsentismus die Subjektivität des Gesundheitszustandes, die Beziehung zwischen Absentismus und Präsentismus, die Rolle der Arbeitsplatzunsicherheit, der Arbeitseinstellungen und -erfahrungen sowie die Einflüsse der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds berücksichtigen müsse. Zur Entwicklung einer solchen umfassenden Theorie soll mit der hier vorgelegten Arbeit ein theoretischer und empirischer Beitrag geleistet werden.

Die Arbeit gliedert sich in drei Hauptteile: Zunächst wird ein zusammenfassender Überblick zum Thema Gesundheit und Krankheit im beruflichen Kontext geschaffen, der neben theoretischen Grundlagen (Kapitel 2) auch die derzeitige betriebliche Praxis im Umgang mit diesen Themen darstellt (Kapitel 3) und auf Definitionen, Operationalisierungen, Modelle und Befunde zum Präsentismus eingeht (Kapitel 4). Anschließend wird eine eigene, verhaltensbezogene Definition des Präsentismus entwickelt, auf Grundlage dessen in Kapitel 5 eine Skala konstruiert wird.

Im zweiten, empirischen Teil der Arbeit wird die neue entwickelte Präsentismus-Skala in drei Feldstudien eingesetzt und validiert. Die erste Studie mit 268 Mitarbeitern eines Krankenhauses bezieht neben Arbeitsbelastungen auch den individuellen Arbeitsstil in die Analysen zu den Antezedenzen des Präsentismus mit ein (Kapitel 6). Untersucht werden darüber hinaus potentielle Konsequenzen des Präsentismus in Bezug auf die körperliche und psychische Gesundheit der Probanden. In der zweiten Studie werden 722 Beschäftigte eines Energieversorgungsunternehmens zu Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz befragt und die Einflüsse dieser Variablen auf den Präsentismus untersucht (Kapitel 7). Darüber hinaus werden unterschiedliche Indikatoren des Befindens (zu Burnout, Stresssymptomen, psycho-vegetativen Beschwerden, Arbeitszufriedenheit) herangezogen und mit dem Präsentismus in Beziehung gesetzt. Die letzte Studie prüft die Zusammenhänge des Arbeitens trotz Krankheit mit Arbeitsbedingungen und Gesundheitsindikatoren im Längsschnitt anhand einer Stichprobe von 265 berufstätigen Teilnehmern eines Online-Panels (Kapitel 8). Im Fokus dieser Studie stehen soziale und unternehmensspezifische Einflussfaktoren auf den Präsentismus sowie dessen Auswirkungen auf die Gesundheit und Fehlzeiten der Mitarbeiter.

Im dritten Teil der Arbeit werden auf Grundlage der empirischen Daten die Befunde zur psychometrischen Qualität der neu entwickelten Skala zusammenfassend diskutiert und ein Wirkmodell des Präsentismus mit Handlungsempfehlungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement abgeleitet (Kapitel 9).

2 Theoretische Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit im beruflichen Kontext

In bisherigen Studien wurden psychologische Theorien zur Erklärung des Präsentismus als Krankheitsverhalten gar nicht oder nur am Rande aufgegriffen (Demerouti, Blanc, Bakker, Schaufeli & Hox, 2009). Die weitgehend atheoretische Herangehensweise spiegelt sich auch in den bisherigen Operationalisierungen des Präsentismus wider (siehe Kapitel 4.1). Um eine fundierte Ausgangsbasis für die weitere Forschung zu schaffen, werden in den folgenden Kapiteln zunächst Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit sowie Theorien zum individuellen Umgang mit Krankheit dargestellt, die auf den Arbeitskontext und das Phänomen des Präsentismus übertragen werden.

2.1 Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit

Im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Auseinandersetzung mit Konzepten von Gesundheit und Krankheit Grundlage für die Ableitung von gesundheitsbezogenen Kennzahlen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen. Theorien und Modelle zum Thema Gesundheit sollen deshalb im Folgenden dargestellt und in Bezug auf ihre Implikationen diskutiert werden.

2.1.1 Gesundheit

Ein einheitliches Verständnis und eine allgemein gültige Definition von Gesundheit existiert derzeit nicht. Noack (1987) greift jedoch auf, welche Elemente den Gesundheitsdefinitionen verschiedener theoretischer Modelle gemeinsam sind. Gesundheit wird verstanden als...

- Abwesenheit von Symptomen
- Positiv bewertete psychologische Erfahrung
- Balance oder Gleichgewicht innerhalb der Person und mit der Umwelt
- Kapazität oder Potenzial, persönliche Ziele zu verfolgen sowie Umwelt und soziale Anforderungen zu bewältigen
- Prozess zielgerichteter Handlung bzw. erfolgreicher Bewältigung.

Konsens besteht darüber, dass Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von Krankheit aufzufassen ist, sondern auch Aspekte des Wohlbefindens umfasst

(Ulich & Wülser, 2008). Faltermaier (1994) weist darauf hin, dass Gesundheit ein subjektives Erleben einschließt, nämlich die sog. „Befindlichkeit“ des Körpers und der Psyche. Gesundheit setzt also eine relative Freiheit von Beschwerden, Beeinträchtigungen und Krankheit voraus, aber beschränkt sich nicht darauf.

Die wohl einflussreichste und am häufigsten zitierte Gesundheitsdefinition hat die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) im Jahr 1946 formuliert:

„Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.“

Trotz Kritik an dieser absolutistischen Definition, hat diese Konzeption von Gesundheit dazu beigetragen, den Gesundheitsbegriff aus seinem engen medizinischen Verständnis herauszulösen und das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden einzubeziehen. In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (1986) erweitert die WHO den Gesundheitsbegriff, indem sie den prozessualen Charakter von Gesundheit hervorhebt. Menschen sollen befähigt werden, ihr „größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“ und „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Berücksichtigt wird dabei, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern immer wieder aktiv hergestellt werden muss. Darüber hinaus wird der Zusammenhang der Gesundheit mit Umweltbedingungen thematisiert. Der Mensch wird ganzheitlich in dem System betrachtet, in dem er lebt und in dem er seine Gesundheit „ausbalancieren“ muss. Dabei spielen soziale, persönliche und ökologische Faktoren eine Rolle, die sich in Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen widerspiegeln (vgl. World Health Organization, 1986). Diesem Ansatz folgen auch Udris et al. (1992, S. 13), für die Gesundheit ein „transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts (Balance) zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potential zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt“ ist.

Zahlreiche Gesundheitskonzepte berücksichtigen den Prozesscharakter von Gesundheit und deren Wechselwirkung mit Bedingungen der Umwelt sowie Personenfaktoren (Ducki, 2000). Deutlich wird dabei einerseits, dass Menschen sich

immer auf einem *Kontinuum* mit den Endpolen „krank“ und „gesund“ befinden und dass es andererseits nun gilt, gesundheitsförderliche Faktoren zu identifizieren und zu stärken. Diese Ansatzpunkte finden sich auch beim Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1979) wieder. Hier steht – im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz – die Frage im Vordergrund, welche Wirkfaktoren Menschen gesund erhalten. Zentral ist die Identifizierung gesundheitsförderlicher Ressourcen, die zum Schutz und zur Verbesserung von Gesundheit beitragen. Fragen nach Ursachen und Risikofaktoren treten demgegenüber in den Hintergrund. Auch Antonovsky kritisiert die übliche Trennung in „gesund“ und „krank“ und setzt dieser Dichotomisierung die Vorstellung eines Kontinuums entgegen. Die Position einer Person auf dem so genannten Health Ease/Disease-Kontinuum hängt unter anderem davon ab, wie effizient sie Spannungszustände aufgrund von Belastungen bzw. Stressoren bewältigen kann. Ein Stressor wird dabei definiert als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979, S. 72, zitiert nach Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001). Im Falle einer erfolgreichen Spannungsbewältigung können Stressoren auch gesundheitsförderlich wirken (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

Eine Konkretisierung von Gesundheit und ihren Bestimmungsmerkmalen bietet die Handlungsregulationstheorie, die zum Verständnis des Präsentismus besonders hilfreich ist und im Laufe dieser Arbeit immer wieder aufgegriffen wird. Aus Sicht der Handlungsregulationstheorie lässt sich Gesundheit als Fähigkeit zum dauerhaften Erhalt und zur Weiterentwicklung der individuellen Handlungsstruktur auffassen (Ducki & Greiner, 1992). Es wird angenommen, dass jeder Mensch über ein Gesundheitspotential verfügt, das aus einer dauerhaften Lernfähigkeit und einer aktiven Auseinandersetzung mit der Umwelt resultiert. Kennzeichen einer in diesem Sinne entwickelten Handlungsstruktur ist die Fähigkeit, langfristige Ziele zu verfolgen, dabei stabil-flexibel mit Umweltbedingungen umzugehen sowie körperliche Prozesse und Handlungen aufeinander abzustimmen (Ducki & Greiner, 1992). Hintergrund der Notwendigkeit, körperliche Prozesse und Handlungen zu integrieren, ist die Veränderung der persönlichen Leistungsvoraussetzungen

durch Verausgabung von Energiereserven im Tagesverlauf oder durch Krankheit. Die angemessene Berücksichtigung dieser Leistungsschwankungen zeichnet gesundheitsbewusstes Handeln aus. Voraussetzung dafür ist auf Personenebene die Realisierung körperlicher Symptome (z.B. Müdigkeit, Krankheitssymptome) und deren Integration in die Handlungsplanung (z.B. Schonverhalten, z.B. Pausen). Wird die arbeitsbezogene Leistung „um jeden Preis“ aufrecht erhalten, auch wenn die körperlichen oder mentalen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, ist dies gemäß der Handlungsregulationstheorie als ein „ungesundes“ Verhaltensmuster zu interpretieren. Als Folge der fehlenden Berücksichtigung von Körpersignalen können Leistungsreserven aufgebraucht oder überbeansprucht werden, was in einer Chronifizierung oder Exazerbation von Symptomen münden kann (Ducki, 2000).

2.1.2 Krankheit

Bei der Definition des Krankheitsbegriffes sind zunächst medizinische und rechtliche Ansätze zu unterscheiden. In der *Medizin* werden verschiedene allgemeine Definitionsversuche gemacht, die zwei Gruppen zugeordnet werden können (Gerok, Huber, Meinertz & Zeidler, 2007, S. 4f). In der ersten Gruppe finden sich Krankheitsdefinitionen, die eine Abweichung von einer statistischen Norm bezüglich biologischer Strukturen und Funktionen, ihrer Regulation und ihrer Anpassung postulieren. Diese Abweichungen stellen für die Lebensqualität der Betroffenen eine Gefährdung oder Beeinträchtigung dar. Die zweite Gruppe definiert Krankheit als einen beeinträchtigenden (und damit unerwünschten) Prozess, der den Betroffenen daran hindert aktiv zu sein und Ziele zu verfolgen, die er für sein Leben als wertvoll, wichtig oder sogar unverzichtbar hält.

Es gibt keine gesetzliche Definition von Krankheit, aber ein durch die Rechtsprechung herausgearbeitetes Verständnis im Rahmen des *Sozialversicherungsrechts*. Im Kommentar zum Sozialgesetzbuch V § 27 heißt es: „Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“. Demzufolge bedeutet Krankheit die Abweichung von einer gesundheitlichen Norm und muss mit einer Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit ein-

hergehen. Bei der Beurteilung, ob eine Krankheit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht vorliegt, müssen folglich diese Kriterien herangezogen werden. Auf den Zusammenhang zwischen Krankheit und (attestierter) Arbeitsunfähigkeit wird in Abschnitt 3.1.2 näher eingegangen.

Schmidt und Unsicker (2003) stellen heraus, dass insbesondere die Abweichungen von einem physiologischen Gleichgewicht, einer Regelgröße, einer Organfunktion oder -struktur schwer zu beurteilen sind, da diese eine große Streuung aufweisen. Dieses Problem ist sowohl bei der rechtlichen als auch bei der Gruppe der medizinischen Krankheitsdefinitionen von Bedeutung und steht im Einklang mit der Kontinuumskonzeption von Gesundheit und Krankheit.

Von Krankheit zu unterscheiden ist das *Kranksein* (Schumacher & Brähler, 2004). Dies umfasst das individuelle Erleben von Krankheit, zu dem ein subjektives Krankheitsgefühl sowie entsprechende Verhaltensänderungen gehören (Brandenburg & Nieder, 2009). Insofern muss der „objektive“ Gesundheitszustand nicht mit dem subjektiven übereinstimmen. Das Konzept des Krankseins wird in der oben zitierten Gesundheitsdefinition der WHO aufgegriffen, in der explizit das Wohlbefinden als Aspekt der Gesundheit thematisiert wird. Auch Mohr (1991) weist darauf hin, dass ein beeinträchtigtes Befinden nicht notwendigerweise an eine normative Setzung von Krankheit (z.B. als Arbeitsunfähigkeit) gebunden ist, sondern das subjektive Erleben widerspiegelt.

2.1.3 Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhalten

Die obigen Ausführungen zeigen, dass eine allgemeingültige Definition von Gesundheit und Krankheit nicht vorliegt, sondern dass sich die Begriffe je nach Bezugssystem und Perspektive (medizinisch, psychologisch, soziologisch, juristisch etc.) unterscheiden. Im Allgemeinen lassen sich drei Richtungen von Gesundheitstheorien finden (Lippke & Renneberg, 2006; Ulich & Wülser, 2005), die einen Einfluss auf den individuellen und organisationalen Umgang mit Krankheit haben. Dies sind einerseits subjektive Gesundheitskonzepte und andererseits medizinische sowie sozialwissenschaftliche Gesundheitstheorien. Diese sollen im Folgenden vorgestellt und ihr Nutzen bei der Erforschung und Definition des Präsentismus erläutert werden. Darüber hinaus werden die Implikationen der medizini-

schen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitskonzepte für den betrieblichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufgegriffen.

Subjektive Gesundheitstheorien. Hierunter sind alltagspsychologische Konzepte zu verstehen, die auch als „Laienvorstellungen“ bezeichnet werden. Laienkonzepte von Gesundheit beinhalten Vorstellungen über „Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit“ (Waller, 2002, S. 15). Die subjektiven Theorien beeinflussen die Verarbeitung gesundheitsrelevanter Informationen sowie die Steuerung gesundheitsrelevanter Handlungen (Ziegelmann, 2002).

Die Laienkonzepte von Gesundheit beinhalten unterschiedliche Facetten. Blaxter (1990) führte eine repräsentative Studie mit 9000 Personen in Großbritannien durch und fand heraus, dass 35.5% der Befragten Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden verstanden, 28% als körperliche Energie und Stärke, 25% als funktionale Leistungsfähigkeit sowie 11.5% als Abwesenheit von Krankheit. Eine weitere Studie von Faltermaier (1994) macht ersichtlich, dass Laien unterschiedlich differenzierte Gesundheitskonzepte haben, bei denen nicht nur körperliche, sondern auch psychologische Faktoren eine große Rolle spielen.

Tabelle 2.1.1 gibt einen Überblick über die dabei unterschiedenen Kerntypen von Laienkonzepten. Betrachtet man die Laienkonzepte, wird schnell deutlich, dass die Vorstellungen über Gesundheit und die mit ihr assoziierten Faktoren, einen unmittelbaren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben müssen. Faltermaier ging auch dieser Frage in seiner Studie nach und fand entsprechend vier Typen des Gesundheitshandelns. Die erste Gruppe ist dadurch charakterisiert, dass Beschwerden ignoriert, normalisiert und bagatellisiert werden. Krankheitssymptome führen zu keiner Verhaltensveränderung in Bezug auf die Arbeits- und Lebensweise, nur im Notfall werden eine ärztliche Behandlung und Medikamente in Anspruch genommen. In der zweiten Gruppe werden Beschwerden als mögliche Symptome einer Krankheit interpretiert und führen nach einer diagnostischen Abklärung entweder zur Selbstbehandlung (mit Medikamenten/Hausmitteln) oder zur medizinischen Behandlung.

Tabelle 2.1.1 *Laienkonzepte von Gesundheit (nach: Faltermaier, 1994).*

	Organisch-medizinisch geprägtes Gesundheitsbewusstsein	Handlungs- und leistungsorientiertes Gesundheitsbewusstsein	Psychologisch geprägtes Gesundheitsbewusstsein	Mehrdimensionales Gesundheitsbewusstsein
Gesundheit =	Abwesenheit von Krankheit	Handlungs- und Leistungsfähigkeit	Wohlbefinden, Ruhe, Ausgeglichenheit, dabei Fehlen von Schmerzen und Beschwerden	Körperliche und psychische Gesundheit in Form von Handlungsfähigkeit und Energiepotential
Bestimmungsfaktoren von Gesundheit und Krankheit	V.a. Schicksal oder biologische Prozesse	Risikofaktoren, Verschleiß durch Arbeit, psychische Belastungen, Lebensweise	Psychische Faktoren, Umwelt, Genetische Disposition, Risikoverhaltensweisen; Krankheit als Ausdruck eines fehlenden Gleichgewichts in der eigenen Person	Ökologische, psychologische, soziale Faktoren; Arbeits- und Lebensweise; Umgang mit Belastungen, Persönlichkeit; Disposition
Körperbewusstsein	Keine Beachtung des Körpers, außer bei körperlichen Beschwerden und Krankheitssymptomen	Ignorieren körperlicher Beschwerden, bis Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist und „Instrument“ versagt	Bewusst, hoher Stellenwert von Pflege, Beschwerden als Signale für Überlastungen und psychische Konflikte	Positiv und bewusst; Beschwerden als Signale körperlicher Überbelastung oder psychischer Konflikte
Stellenwert von Gesundheit und Gesunderhaltung	gering	gering, Arbeit hat Priorität	hoch	sehr hoch
Vertreter	Fast ausschließlich Männer, oft Ärzte	Arbeiter	V.a. Frauen in der Krankenpflege	unterschiedlich

Die dritte Gruppe integriert alltägliche Beschwerden und behandelt diese mit natürlichen Mittel, wie Ruhe, Regeneration und Pflege des Körpers. In der vierten Gruppe werden Beschwerden als Warnsignale des Körpers interpretiert. Sie führen zur Suche nach Ursachen (z.B. Überbelastung, psychische Konflikte) und werden mit natürlichen Mitteln behandelt. Interessant ist, dass sich bestimmte Gesundheitsvorstellungen gehäuft bei spezifischen Berufsgruppen finden. Besonders herausstechend ist dabei der Befund, dass oftmals Ärzte ein organisch-medizinisches Krankheitsverständnis aufweisen, welches im Vergleich zu anderen Konzepten recht undifferenziert erscheint und mit einer Tendenz zur Krankheitsverleugnung einhergeht. Bei Arbeitern steht die Handlungs- und Leistungsfähigkeit im Vordergrund – für sie ist der Körper ein Instrument, das allenfalls kurativ versorgt wird. Mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein gehen hingegen psychologisch geprägte Gesundheitsvorstellungen einher, die v.a. bei weiblichen Beschäftigten in der Krankenpflege zu finden sind.

Medizinische Gesundheitstheorien. Hierunter werden Theorien gesellschaftlich legitimerter Gesundheitsexperten verstanden, in deren Mittelpunkt der Wirkungszusammenhang pathogener Prozesse im Körper als biologischem Organismus steht (Faltermaier, 1994). Wie oben beschrieben, werden Krankheiten als Abweichungen von einer biologischen Norm verstanden. Das biomedizinische Modell definiert Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bzw. „Fehlen von Normabweichungen“ (Erhart, Wille & Ravens-Sieberer, 2006). Soziale und psychologische Einflüsse auf das Gesundheitsgeschehen werden nur in geringem Umfang berücksichtigt, der Fokus liegt deutlich auf körperlichen Krankheitssymptomen.

Sozialwissenschaftliche Gesundheitstheorien. Diese Theorien verstehen die Gesundheit als ganzheitliches Konzept entsprechend des biopsychosozialen Modells. Neben biologischen werden auch psychische und soziale Faktoren einbezogen. Im Fokus des biopsychosozialen Modells stehen Bedingungen, die zur Gesunderhaltung, also zur Salutogenese (Antonovsky, 1979), beitragen und von besonderem Interesse für die Gesundheitsförderung sind. Das biopsychosoziale Modell ermöglicht durch Einbezug psychologischer Variablen darüber hinaus die Erklärung auch derjenigen Erkrankungen, die in den letzten Jahren einen zunehmenden Stellen-

wert in den Krankenstandsstatistiken haben, nämlich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

Implikationen der Gesundheitstheorien für den betrieblichen Kontext. Ob in einem Unternehmen ein eher medizinisches oder aber ein biopsychosoziales Verständnis von Krankheit vorherrscht, lässt sich gut an den bestehenden Maßnahmen und Kennzahlen im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung ablesen. Ein kategoriales, medizinisches Verständnis von Gesundheit i.S.v. „entweder krank oder gesund“ zeigt sich insbesondere dann, wenn allein der Krankenstand als Kriterium für die Gesundheit der Mitarbeiterschaft herangezogen wird (Meifert & Kesting, 2004). Aktivitäten zum Thema Gesundheit beschränken sich in diesem Stadium auf traditionelle Maßnahmen des Arbeitsschutzes, bei denen die Vermeidung körperlicher Schädigung durch Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Vordergrund steht (Kentner, 2003). Weitergehende Angebote in Bezug auf die *Förderung* der Gesundheit bestehen noch nicht oder zunächst nur in Bezug auf körperliche Aspekte (z.B. Betriebssportangebote). Erst ein weiterentwickeltes Gesundheitsverständnis im Sinne des biopsychosozialen Modells mündet in einem umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagement, in dessen Rahmen sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit der Mitarbeiter aktiv gefördert werden (vgl. Badura, 2006). Das betriebliche Gesundheitsmanagement ergänzt den klassischen Arbeitsschutz um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und umfasst auch eine zielgerichtete Steuerung durch das Management (siehe Kapitel 3.2). Gesundheit wird nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit oder Verletzung aufgefasst, sondern als ein Zustand des Wohlbefindens, der neben körperlichen (Schmerz- und Beschwerdefreiheit), auch psychologische (Zufriedenheit, Motivation) und soziale Aspekte (Rollenerfüllung, Einbindung in das Arbeitsteam, Bindung an das Unternehmen) umfasst und immer wieder aktiv herzustellen ist. Ziel der betrieblichen Gesundheitspolitik ist die Schaffung einer „gesunden“ Organisation, deren Kultur, Klima und Prozesse der Gesundheit ihrer Mitglieder ebenso dienen, wie dem Unternehmenserfolg. Symptome wie Mobbing, Burnout oder innere Kündigung sind Warnzeichen dafür, dass die Organisation in Bezug auf diese gesundheitsförderlichen Strukturen krank (Badura, 2006). Gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell schlägt sich eine mangelnde Gesundheit der Mitarbeiter also

nicht nur in Fehlzeitenstatistiken nieder, sondern äußert sich bereits früher anhand niederschwelliger Indikatoren. Damit geht einher, dass differenzierte Kennzahlen herangezogen werden müssen, um den tatsächlichen Gesundheitszustand im Unternehmen abzubilden (siehe Kapitel 3.1).

Der salutogene Ansatz Antonovskys sowie die Ottawa-Charta der WHO haben zu einem Paradigmenwechsel in Bezug auf das Gesundheitsverständnis geführt und prägen moderne Konzepte des betrieblichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit. Dies spiegelt sich in der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung nieder, die 1997 von der Europäischen Union verfasst wurde und der sich bis heute zahlreiche Unternehmen angeschlossen haben (siehe Abschnitt 3.2.2). Trotz aller Fortschritte dominiert in vielen Unternehmen aber immer noch ein eher fragmentarisches Gesundheitsverständnis, das mit suboptimalen Bedingungen in Bezug auf den Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten einhergeht. Die Weiterentwicklung des betrieblichen Umgangs mit Gesundheit und Krankheit ist deshalb eine wichtige Aufgabe zur Schaffung von „gesunden“ und zukunftsfähigen Unternehmen.

Implikationen der Gesundheitstheorien für das Verständnis des Präsentismus.

Bei Betrachtung der Laienkonzepte von Gesundheit zeigt sich, dass bei Personen und Berufsgruppen, die der Gesundheit eher einen geringen Stellenwert zuschreiben, Krankheitssymptome ignoriert oder bagatellisiert werden. Aus diesem Umgang mit Krankheit resultiert möglicherweise ein hohes Maß an Präsentismus. Berufsspezifische und personenbezogene Einflüsse auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, sollten deshalb in empirischen Studien Berücksichtigung finden.

In Bezug auf das Thema Präsentismus ist hinsichtlich des medizinischen Krankheitsverständnisses einerseits festzuhalten, dass die dichotome Sichtweise krank vs. gesund der Komplexität des Phänomens nicht gerecht wird. Dennoch ist natürlich das Vorhandensein bzw. das Ausmaß von Krankheitssymptomen zentral, um zu definieren, ob Präsentismus vorliegt oder nicht. Nicht immer hat ein Betroffener eine ausreichende Krankheitswahrnehmung oder -einsicht, um zu beurteilen, ob

eine behandlungsbedürftige Symptomatik vorliegt. Neben dem subjektiven Befinden sind deshalb Beurteilungen des Gesundheitszustandes durch einen Arzt als legitimierten Gesundheitsexperten ein relevantes Kriterium, um festzustellen, ob beeinträchtigter Gesundheitszustand vorliegt, der arbeitsrechtlich eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz rechtfertigen würde.

Für ein umfassendes Verständnis der Präsentismus greift die organisch geprägte Sicht von Gesundheit aber zu kurz, denn insbesondere das subjektive, psychische Befinden ist bei der Analyse der Ursachen und Konsequenzen dieses Krankheitsverhaltens von Bedeutung.

2.2 Der individuelle Umgang mit Krankheit im Arbeitskontext

Die Erforschung des Absentismus von Mitarbeitern hat eine lange Tradition. Dabei wurde das Fernbleiben vom Arbeitsplatz meist als ein unerwünschter Zustand definiert, den es zu verhindern gilt. Dass das Fehlen eines Mitarbeiters nicht immer den Interessen des Unternehmens entgegensteht, erläutern z.B. Staw und Oldham (1978) sowie Kristensen (1991). Sie weisen darauf hin, dass die Abwesenheit vom Arbeitsplatz zum Auffüllen erschöpfter Ressourcen dienen und somit als Coping-Mechanismus (siehe Kapitel 2.2.2) eingesetzt werden kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn am Arbeitsplatz Stressoren hoch ausgeprägt sind. In einer längsschnittlichen Studie von Hackett und Bycio (1996) ergab sich zudem der Befund, dass das Befinden während einer Absenzperiode signifikant schlechter, an den Arbeitstagen vor und nach der Abwesenheit jedoch gleich gut war. Dies deutet darauf hin, dass eine „Auszeit“ zwar nicht zu einer Verbesserung des allgemeinen Zustands führt, dennoch aber eine Aufrechterhaltung des Befindens gewährleistet. Eine adäquate Erholung und Genesung verhindert damit die Chronifizierung und Exazerbation von Symptomen.

Betrachtet man eine Erkrankung allgemein als Störung eines Equilibriums, so kann man den Umgang mit Krankheit als ein Bewältigungsverhalten (Coping), im Sinne einer Reaktion auf die veränderten Ausgangsbedingungen verstehen. Eine Störung liegt insofern vor, als dass die übliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und die äußeren Anforderungen nicht ohne weiteres bewältigt werden können. Als alternative Verhaltensmöglichkeiten stehen sich hier das Fernbleiben von der Arbeit

zur Wiederherstellung der Gesundheit und das Weiterarbeiten trotz Krankheit zur Erfüllung der Leistungsanforderungen gegenüber. Ausgehend von der handlungsregulatorischen Perspektive soll im Folgenden anhand verschiedener Modelle erläutert werden, warum Beschäftigte im Krankheitsfall den Präsentismus als Verhaltensalternative wählen und sich nicht krankmelden. Darüber hinaus wird kurz thematisiert, welche Folgen die Wahl dieser Copingstrategie haben kann.

2.2.1 Handlungstheoretischer Ansatz

Die *Handlungsregulationstheorie* hat das Ziel, den Prozess und die Struktur menschlichen Handelns zu erklären. Eine Handlung ist dabei definiert als „kleinste psychologisch relevante Einheit willentlich gesteuerter Tätigkeiten von Individuen, Gruppen und Organisationen“ (Hacker, 1994, S. 275). Der Mensch handelt aktiv und zielgerichtet und versucht durch sein Handeln bewusst auf seine Umwelt Einfluss zu nehmen und diese nach eigenen Vorstellungen zu beeinflussen (Ducki & Greiner, 1992). Menschliches Handeln ist in gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden – im Arbeitskontext ist es auf die Erbringung von Leistung ausgerichtet. Dabei lässt sich konsistent der Befund finden, dass die Leistung von Menschen nur geringen Schwankungen unterliegt. Kahnemann (1970) führte diese Stabilität auf die Tatsache zurück, dass dominante Handlungspläne durch einen Kontrollmechanismus aufrecht erhalten werden, der sie von äußeren Einflüssen abschirmt. Dieser Schutzmechanismus kostet jedoch Energie aus anderen Systemen und kann langfristig zu überdauernden negativen affektiven Zuständen und biologischen Schäden führen. Notwendig wird ein erhöhter Energieeinsatz zum Beispiel, wenn Regulationsbehinderungen auftreten, die überwunden werden müssen. Diese liegen vor, wenn „bestimmte äußere Arbeitsbedingungen [...] die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern, ohne dass der Arbeitende dieser Behinderung effizient begegnen könnte“ (Greiner, Leitner, Weber, Hennes & Volpert, 1987, S. 151). Regulationsbehinderungen können in Form von Regulationsüberforderungen oder Regulationshindernissen auftreten. Letztere beeinträchtigen die Aufgabenerledigung und das Arbeitshandeln, sodass ein Mehraufwand oder die Inkaufnahme eines Risikos notwendig sind, um das gewünschte Arbeitsergebnis zu erzielen (Ducki, 2000, S. 66). Regulationsüberforderungen „entstehen dadurch, dass be-

stimmte Arbeitsbedingungen die Regulationsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten im Verlauf der Arbeitstages bzw. der Arbeitsschicht vermindern“ (Ulich & Wülser, 2008, S. 69). Die Überforderungen resultieren beispielsweise aus Zeitdruck oder Monotonie bei der Arbeitsausführung, können aber auch durch Umgebungsbedingungen (Kälte, Hitze, Lärm) verursacht werden. Aus handlungstheoretischer Perspektive sind Regulationsbehinderungen als Belastungen (oder auch „Stressoren“) zu verstehen, die auf den Berufstätigen einwirken und zu einer Beanspruchung führen können (vgl. Ducki, 2000, S. 28 und S. 73 sowie Ulich und Wülser, 2008, S. 54). Beanspruchungsfolgen äußern sich wiederum in kurz- bis langfristigen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens.

Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, definiert Ducki (2000) Gesundheit aus handlungstheoretischer Sicht als die Fähigkeit, sich langfristig Ziele zu setzen, das eigene Handeln anzupassen und körperliche Prozesse in die Handlungsstruktur zu integrieren. Im beruflichen Kontext sind die Ressourcen (= Bewältigungsmöglichkeiten) und Belastungen bei der Arbeit ein zentraler Faktor für die Berücksichtigung der individuellen Leistungsvoraussetzungen. Die Ausbalancierung der eigenen Gesundheit ist dementsprechend nur dann langfristig erfolgreich, wenn ein adäquater Umgang mit Krankheit für den Beschäftigten möglich ist. Präsentismus resultiert diesem Denkansatz zu Folge aus einem Ungleichgewicht von Belastungen und Ressourcen, welches verhindert, dass Leistungsvoraussetzungen (wie z.B. das Befinden) in die Handlungsplanung integriert werden können. Als Folge der resultierenden Beanspruchung können dann weitere physische und psychische Befindensbeeinträchtigungen resultieren.

2.2.2 Modell der Leistungsaufrechterhaltung im Arbeitskontext

Hockey (1993) stellt ein – an die Handlungsregulationstheorie angelehntes – *Modell der Leistungsaufrechterhaltung im Arbeitskontext unter Stress* vor, das zur vertieften Analyse des Präsentismus einige fruchtbare Ansatzpunkte bietet, da es sich detailliert mit dem zu Grunde liegenden Coping-Mechanismen beschäftigt.

Stress entsteht gemäß diesem Modell, wenn das Gleichgewicht von Anforderungen und Ressourcen gestört wird (Hockey, 1993; Hockey, 1997). Dieses Ungleichgewicht kann aus dem Anstieg äußerer Anforderungen oder dem Schwund interner

Ressourcen (z.B. aufgrund von Krankheit oder Ermüdung) resultieren. Bei Arbeitsanforderungen, denen eine Person aufgrund von Krankheit nicht mehr voll gerecht werden kann, resultiert also ein Stresszustand, auf den es zu reagieren gilt. Die Bewältigung von Stress (d.h. Coping) „stellt den Versuch eines Menschen dar, sich den inneren oder äußeren Anforderungen, die als Belastung oder Überforderung empfunden werden, zu stellen, ohne dass daraus negative Auswirkungen erwachsen“ (Wolf & Meins, 2003, S. 12). Die Wahl der Copingstrategie im Umgang mit der Stresssituation erfolgt in Abhängigkeit von situationalen Merkmalen, energetischen Zuständen und dispositionalen Einflüssen. Die Copingstrategie wird hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz beurteilt, indem Kosten-Nutzen-Aspekte abgewogen werden und die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung abgeschätzt wird. Ziele können biologischer (Anpassung, Überleben), persönlicher (z.B. Karriere) und beruflicher (z.B. Arbeitsziele) Natur sein. Oftmals sind die Zielkategorien aber auch miteinander verquickt.

Allgemeines Ziel des Copings ist die Angleichung von Ist- und Soll-Zustand. Dies kann einerseits erreicht werden, indem zur Zielerreichung erhöhte Ressourcen investiert werden. Diese müssen allerdings aus anderen Systemen abgezogen werden. Eine solche Copingstrategie kann maladaptiv sein, wenn sie über einen langen Zeitraum eingesetzt wird oder habituiert (z.B. beim Typ A-Verhalten). Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Ziele herunterzusetzen, oder die Zielerreichung zu vertagen, bis man sich wieder in einem dafür geeigneten Zustand befindet (Hockey, 1997). Lässt sich der Spannungszustand nicht dauerhaft auflösen, befindet sich der Mensch unter chronischem Stress, der mit einer reduzierten Effektivität bei der Leistungserbringung trotz hohen Kraftaufwandes, Ängsten betreffend der Zielerreichung sowie dem Gefühl des Kontrollverlusts einhergeht (Hockey, 1993).

2.2.3 Theorie der Ressourcenerhaltung (Conservation of Resources Theory, COR)

Genauere Ausführungen zu den Inhalten des Abwägungsprozesses bei der Wahl der Copingstrategie bietet Hobfolls *Theorie der Ressourcenerhaltung* (Conservation of Resources, COR, 1989).

Zentrale Annahme des Modells ist es, dass Menschen danach streben Ressourcen zu erhalten, zu schützen und zu erweitern. Stress wird definiert als eine Reaktion auf die Umwelt in der (a) der Verlust von Ressourcen droht, (b) der Verlust von Ressourcen eintritt, oder (c) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt. Ressourcen sind dabei diejenigen Objekte, persönlichen Merkmale, Bedingungen oder Energien, die vom Individuum wertgeschätzt werden bzw. die als Mittel dienen, wertgeschätzte Dinge oder Bedingungen zu erhalten. Hobfoll (1989) unterscheidet vier Arten von Ressourcen: *Objekte* werden aufgrund eines Aspekts ihrer physikalischen Natur (z.B. Auto als Fortbewegungsmittel), als auch aufgrund ihrer statusverleihenden Funktion wertgeschätzt (Porsche als Statussymbol). Objektressourcen sind eng mit dem sozioökonomischen Status assoziiert. *Persönliche Merkmale* können als Ressource dienen, in dem sie zur Stressresistenz beitragen. Dazu gehören z.B. Persönlichkeitszüge, Fähigkeiten oder Einstellungen (z.B. Hardiness, Kohärenzgefühl). *Äußere Umstände* sind dann Ressourcen, wenn ihre Existenz vom Individuum wertgeschätzt wird und sie die Stressresistenz erhöhen. Wertgeschätzte Zustände können etwa das Zusammenleben in einer Ehe, eine Arbeitsanstellung oder die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Unternehmen sein. *Energien* wie Zeit, Geld und Wissen gelten ebenfalls als Ressourcen. Energetische Ressourcen wirken weniger durch ihren inhärenten Wert, sondern dienen als Mittel zum Erwerb anderer Ressourcen. Auch *soziale Unterstützung* kann als Ressource wirken, wenn sie dazu beiträgt, andere Ressourcen zu schützen oder zu erweitern.

Umweltbedingungen können Ressourcen bedrohen bzw. erschöpfen, sodass Stressempfindungen ausgelöst werden. Der Ressourcenverlust ist dabei auf zwei Ebenen relevant: Einerseits kann ein Verlust den instrumentellen Wert einer Ressource betreffen, andererseits den symbolischen Wert, der für das Selbstbild einer Person entscheidend ist. Greift man den Verlust des Arbeitsplatzes beispielhaft auf, so würde einerseits der Bezug von Einkommen wegfallen (instrumenteller Wert), andererseits aber auch der Sinn, der Status und das Selbstwertgefühl, die aus einer Arbeitstätigkeit erwachsen (symbolischer Wert). In Bezug auf das Selbstbild und den Selbstwert eines Menschen zeigt sich für westliche Kulturen, dass die Arbeitstätigkeit einen hohen Stellenwert einnimmt. So betont Porter (2004, S. 427) die

subjektive Bedeutung der Arbeit als Grundlage von Selbstbewertungen: „While work outcomes supply a scorecard to compare with others, they also serve as basis for self-judgement. Work has become such an integral part of personal identity that loss of work becomes loss of personhood.“

Hobfoll (1989) geht davon aus, dass das Bemühen, mit Stress umzugehen (Coping), Ressourcen verbrauchen und zu einer Erschöpfung von Ressourcen führen kann (siehe auch Schönflug, 1985). Die notwendige Ressourceninvestition beim Coping unterliegt deshalb einem Abwägungsprozess, bei dem der antizipierte Nutzen den Kosten gegenübergestellt wird. Wenn die Investition der Ressourcen den Nutzen – der ja in der Wahrung anderer Ressourcen besteht – übersteigt, fällt das Ergebnis des Copingprozesses negativ aus. Je effizienter und erfolgreicher nun also der Abwägungsprozess vor der Ressourceninvestition ausfällt, desto eher können Ressourcen gewahrt oder sogar ausgebaut werden (Hobfoll, 1989). Abgesehen von der Güte des Abwägungsprozesses ist der Ressourcenpool einer Person auch davon abhängig, welches Ausgangsrepertoire an Ressourcen sie hat. Bei einer schlechten Ausgangslage sind Personen besonders anfällig dafür, weitere Ressourcenverluste hinnehmen zu müssen und dadurch in eine „Verlustspirale“ (loss spiral) zu gelangen. Bezieht man diese Dynamik auf den Präsentismus als Copingmechanismus, so ist die Kombination hoher Arbeitsanforderungen und geringer Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit als schlechte Ausgangslage zu werten. Ein Mitarbeiter, der dann keine Möglichkeit hat, auf Ressourcen in Form von Vertretung, Verschiebung von Arbeitsaufgaben o.ä. zurückzugreifen, wird mit einer hohen Wahrscheinlichkeit trotz Krankheit weiterarbeiten. Dies ist v.a. dann wahrscheinlich, wenn starke negative Konsequenzen bei Nichterfüllung der Arbeitsaufgaben antizipiert werden. Präsentismus kann in Folge dessen zu einer weiteren Erschöpfung der eigenen Energien führen, nämlich in Form von Gesundheits- und Effektivitätseinbußen (Demerouti et al., 2009). Darüber hinaus kann die Ansteckung von Kollegen zu einer weiteren Verknappung von potentiellen Vertretern beitragen. Diese Konsequenzen des Präsentismus erhöhen den Druck, trotz Krankheit zu arbeiten, sodass weitere Ressourceneinbußen folgen und die Verlustspirale ihren Lauf nimmt. Befunde, die den theoretischen Wirkmechanismus der Verlustspirale stützen, werden in Kapitel 4.4.3.1 aufgegriffen.

Eine Besonderheit der COR-Theorie ist die Annahme, dass Coping in einem *sozialen Kontext* stattfindet (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson, 1998; Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer & Johnson, 1998). In den Abwägungsprozess, bei Krankheit der Arbeit fernzubleiben oder aber zu arbeiten, gehen demzufolge nicht nur die unmittelbaren Konsequenzen für die eigene Person ein, sondern auch die sozialen Auswirkungen des Absentismus bzw. Präsentismus. Hobfoll (2001) betont, dass das Individuum immer in einem sozialen und kulturellen Kontext agiert und in den Abwägungsprozess Überlegungen einfließen, die von diesen Kontexten geprägt sind. Hierbei muss unterschieden werden zwischen den sozialen Reaktionen auf das individuelle Verhalten und den Auswirkungen auf andere Personen innerhalb des sozialen Bezugssystems. Im Folgenden soll exemplarisch dargestellt werden, wie sich dies theoretisch für den Präsentismus darstellen könnte. Bezüglich der *Reaktionen durch das soziale Umfeld* sind im Arbeitskontext das Verhalten von Kollegen, Vorgesetzten und Klienten bzw. Kunden auf die An- oder Abwesenheit bei Krankheit relevant. Hobfoll (1998) erstellte aufgrund einer Studie eine Liste mit 74 zentralen Ressourcen für den westlichen Kulturkreis. Bei Betrachtung der genannten Ressourcen fällt auf, dass häufig Aspekte thematisiert wurden, die eine soziale Dimension aufweisen, wie etwa Zuneigung von und Wertschätzung durch andere Personen, ein Zugehörigkeitsgefühl oder auch die instrumentelle und moralische Unterstützung durch Arbeitskollegen. Soziale Sanktionen oder Belohnungen können somit möglicherweise entscheidend dazu beitragen, dass ein Beschäftigter bei Krankheit der Arbeit fernbleibt oder weiterarbeitet (Oppolzer, 2010).

Die *Auswirkungen von Präsentismus bzw. Absentismus im Krankheitsfall auf das soziale Umfeld* bilden eine weitere Dimension der sozialen Komponente im Copingprozess ab. Ist die Arbeitsbelastung und -qualität der Kollegen von der eigenen Leistung abhängig, kann dies beim Abwägungsprozess eine entscheidende Rolle spielen. Insofern werden nicht nur die Konsequenzen des Fernbleibens für die eigene Person antizipiert, sondern auch die Folgen für die Arbeitsgruppe oder sogar für das Unternehmen in Betracht gezogen. Beispielsweise würde Präsentismus dann zu einer wahrscheinlichen Verhaltensalternative werden, wenn die Zielvorgaben des Teams gefährdet wären oder etwa eine Rufschädigung für das Un-

ternehmen entstehen würde, wenn der Mitarbeiter krankheitsbedingt wichtige Aufgaben und Termine nicht wahrnehmen würde. In Bezug auf Tätigkeiten mit Klienten- oder Kundenkontakt könnte v.a. der antizipierte Schaden für die Rezipientenseite in den Abwägungsprozess einfließen (z.B. wenn ein pflegebedürftiger Mensch aufgrund von Personalmangel nicht versorgt werden könnte). Eine Voraussetzung dafür, dass soziale Konsequenzen des eigenen Handelns berücksichtigt werden, ist die persönliche Einstellung und Bindung der Person zu ihrem Arbeitsteam, dem Unternehmen oder den Klienten.

Insgesamt lässt sich Präsentismus gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung als Copingverhalten zur Vermeidung von Ressourcenverlusten aufgrund eines Fernbleibens vom Arbeitsplatz aus Krankheitsgründen verstehen. Es findet ein Abwägungsprozess statt, in den einerseits die antizipierten Kosten und Nutzen des Präsentismus, andererseits die antizipierten Kosten und Nutzen des krankheitsbedingten Fehlens eingehen. Dabei werden nicht nur die individuellen Bedürfnisse als Kriterium herangezogen, sondern auch die Bedürfnisse anderer Menschen.

Die aufgeführten Modelle bieten Ansatzpunkte für ein besseres Verständnis der Mechanismen, die den Präsentismus bedingen könnten. Deutlich wird, dass Präsentismus möglicherweise das Resultat eines komplexen Abwägungsprozesses ist, auf den zahlreiche Faktoren Einfluss nehmen. Faltermaier (1994, S. 146) formuliert es für das allgemeine Krankheitsverhalten folgendermaßen:

„Auf jeden Fall kann der Umgang mit Beschwerden als komplexe Interaktion zwischen der subjektiven Wahrnehmung und Deutung von Körperzuständen und der sozialen Situation, ihren Anforderungen und Hilfsmöglichkeiten gesehen werden. Persönlichkeitsunterschiede im Umgang mit Beschwerden sind ebenso zu berücksichtigen wie kulturelle Interpretations- und Handlungsmuster oder soziale Unterstützungssysteme, ohne dass die diversen Einflüsse in ihren Zusammenhängen schon geklärt wären.“

Die Identifizierung der ausschlaggebenden Faktoren, die zu Präsentismus führen, ist dementsprechend eine wichtige Aufgabe, um Ansatzpunkte für die individuelle und organisationale Gesundheitsförderung abzuleiten.

3 Betrieblicher Umgang mit Krankheit und krankheitsbedingter Abwesenheit

In diesem Kapitel werden zunächst gesundheitsbezogene Kennzahlen erläutert, die im betrieblichen Kontext Anwendung finden. Ein besonderer Schwerpunkt wird dabei auf Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit (Abschnitt 3.1.2) sowie die krankheitsbedingten Fehlzeiten (Abschnitt 3.1.3) gelegt, da diese als häufigste Kennzahlen herangezogen werden. Anschließend wird auf Ziele und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingegangen. Unter dem Aspekt des Fehlzeitenmanagements (Abschnitt 3.2.1) werden Rückkehrgespräche und das Eingliederungsmanagement thematisiert. In Bezug auf die Betriebliche Gesundheitsförderung (Abschnitt 3.2.2) werden als Instrumente die Mitarbeiterbefragung mit Datenrückkopplung und die Gesundheitszirkel vorgestellt.

3.1 Gesundheitsbezogene Kennzahlen

3.1.1 Überblick über gesundheitsbezogene Kennzahlen

Im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes können in Unternehmen unterschiedliche Quellen zur Erhebung gesundheitsbezogener Kennzahlen herangezogen werden (Günther, Albers & Hamann, 2009; Walter & Münch, 2009), die im Folgenden kurz erläutert werden:

Beobachtungsdaten. Diese Daten liegen z.B. durch Betriebsbegehungen oder Arbeitsplatzanalysen durch Experten vor, die anhand eines Kriterienkataloges die Bedingungen bei der Arbeit bewerten.

Routinedaten der Sozialversicherungsträger. Hierzu zählen Daten, die von Krankenkassen oder Rentenversicherung an die Unternehmen weitergeleitet werden. Dies sind Arbeitsunfähigkeitsanalysen und Auszahlungen der Arbeitsunfälle (siehe Abschnitt 3.1.2) sowie Angaben über die Anzahl der Mitarbeiter mit chronischen Krankheiten und Frühverrentungsanträgen.

Daten aus der Personalabteilung bzw. dem Gesundheitscontrolling. Diese Daten werden direkt im Unternehmen erhoben. Hierzu gehören krankheitsbedingte Fehlzeiten (siehe Abschnitt 3.1.2) und darauf basierende Kostenberechnungen,

Unfallkennzahlen (Schwere, Häufigkeit, Kosten), Fluktuationsdaten, Versetzungsanträge, Beteiligungsquoten bei gesundheitsförderlichen Maßnahmen, Fortbildungsentgelt, gesundheitsrelevante Verbesserungsvorschläge, Informationen zur Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Return on Investment, Zielerreichungsgrad), die Kosten der Gesundheitsförderung je Mitarbeiter sowie die Überstundenquote.

Daten aus medizinischen Untersuchungen. Untersuchungsergebnisse können im Rahmen der betriebsärztlichen Untersuchung oder bei freiwilligen Gesundheitschecks (z.B. durch die Krankenkasse) zustande kommen. Diese Daten werden meist über verschiedene Mitarbeitergruppen aggregiert oder anonym zurückgemeldet.

Daten, die im Dialog mit Mitarbeitern gewonnen wurden. Hierzu gehören gesundheitsrelevante Informationen, die z.B. bei Workshops, Fokusgruppen oder Gesundheitszirkeln erarbeitet werden.

Daten aus Mitarbeiterbefragungen. Mitarbeiterbefragungen können gesundheitsrelevante Themen aufgreifen, wie die Arbeitszufriedenheit, das Organisationsklima, gesundheitsgerechte Führung, Sicherheits- und Gesundheitskultur oder zur Bedarfsanalyse in Bezug auf gesundheitsförderliche Maßnahmen eingesetzt werden.

Sinnvoll erscheint eine kombinierte Auswertung gesundheitsrelevanter Kennzahlen, um die jeweiligen Schwächen der anderen Kriterien auszugleichen. Insbesondere sollten „harte“ (Krankenstand, Unfallquote) und „weiche“ (Ergebnisse aus Mitarbeiterbefragungen und Gesundheitszirkeln) Kennzahlen gemeinsam betrachtet werden, um auf ursächliche Bedingungen für bestimmte Zustände (z.B. Fehlzeiten) rückschließen zu können (Zok, 2008b). Letztendlich ist die effektive Steuerung der Gesundheit der Beschäftigten nur mit einem ganzheitlichen Gesundheitscontrolling zu erreichen, das einschlägige Kennzahlen aus unterschiedlichen Bereichen heranzieht (Günther et al., 2009). Dass eine alleinige Fokussierung auf krankheitsbedingte Fehlzeiten zu kurz greift, soll in den folgenden Abschnitten näher erläutert werden.

3.1.2 Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit

Fehlzeiten wird im unternehmerischen Kontext ein hoher Wert beigemessen. Folgende Gründe sind dafür anzuführen (vgl. Ulich & Wülser, 2008):

1. Aufgrund von Fehlzeiten entsteht häufig ein erhöhter Aufwand für Kollegen und Vorgesetzte, Aufgaben trotz personeller Ausfälle zu erledigen und zu koordinieren.
2. Der Wegfall eines Mitarbeiters kann dazu führen, dass wichtige Liefer- oder Geschäftstermine nicht eingehalten werden, und verärgerte Kunden zurückbleiben oder ganze Projekte nicht zum Abschluss gebracht werden können. Hat der Mitarbeiter Engpassfunktion kann z.B. sogar der Produktionsbetrieb erliegen.
3. Fehlzeiten resultieren in unterschiedlichen Kosten (Grünefeld, 1981; Johnson, Croghan & Crawford, 2003; Taubert & Piorr, 1997), die teils mit den oben genannten Gründen zusammenhängen. Zunächst fallen unmittelbare Personalkosten für bezahlte Krankheitstage und Zuschüsse zum Krankengeld oder zu Kuren bzw. Heilverfahren an. Darüber hinaus können mittelbare Personalkosten in Form von Arbeitgeberbeiträgen zur Kranken- oder gesetzlichen Unfallversicherung, zu Krankenkassen oder betrieblichen Gesundheitsdiensten entstehen. Zentral sind Kosten, die für Mehrarbeit anfallen, etwa wenn Leiharbeiter beschäftigt werden oder Kollegen bezahlte Überstunden machen müssen. Weitere bedeutsame Kosten betreffen aus ungenutzten Kapazitäten oder Terminüberschreitungen resultierende Kapital- und Sachaufwendungen.
4. Die Fehlzeitenquote erscheint als greifbare Kennzahl zur Quantifizierung von gesundheitlich bedingten Produktivitätsausfällen. Häufig wird deshalb auch versucht, die Effektivität gesundheitsförderlicher Maßnahmen an ihr zu belegen.

Aus den dargestellten Gründen werden Fehlzeitenstatistiken in vielen Unternehmen als beliebtes Kriterium regelmäßig herangezogen und analysiert (von Rabenau, 2008). Zum Teil werden unternehmensspezifische Kennzahlen i.S. eines Benchmarkings mit denen weiterer Unternehmen verglichen (Reichling, Bietke & Henne, 2007). Um die Aussagekraft der Fehlzeitenstatistiken differenzierter beur-

teilen zu können, soll in den folgenden Abschnitten deren Berechnungsweise dargestellt werden.

Im betrieblichen (sowie auch im wissenschaftlichen) Kontext wird häufig der so genannte „Krankenstand“ als Indikator herangezogen. Der Krankenstand wird nach Westermayer, Stein und Sonntag (2006, S. 110) folgendermaßen definiert:

„Krankenstand bezeichnet den Anteil (an) der (für einen bestimmten Zeitraum tariflich und arbeitsvertraglich vereinbarten) Arbeitszeit, in dem Mitarbeiter, bei gleichzeitiger Anzeige einer auf Krankheit beruhenden Arbeitsunfähigkeit, ihrer vertraglich geschuldeten Arbeitsleistung nicht nachgekommen sind und der Arbeitgeber dieser Anzeige gegenüber keine berechtigten Zweifel formulieren und durchsetzen konnte.“

Es entstehen also Fehlzeiten, die vom Arbeitnehmer mit krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Der Krankenstand umfasst also nicht die gesamten Fehlzeiten im Unternehmen (die dort – abweichend von der wissenschaftlichen Notation – mit dem Begriff des „Absentismus“ umschrieben werden), denn „diese Quote bezeichnet den Anteil (in %) aller Beschäftigten, der wegen Krankheit und aus anderen Gründen (Urlaub etc.) abwesend ist“ (Hauß, Schröder & Witt, 1991).

Zu beachten ist, dass unter dem Begriff „Krankenstand“ oftmals verschiedene Kennzahlen verstanden werden. Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit werden von drei verschiedenen Gruppen berechnet: (1) dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), (2) den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sowie (3) den Arbeitgebern.

Das Bundesministerium für Gesundheit erstellt zwei Statistiken. Der stets zeitnah berechnete *Krankenstand* bezieht die zu einem Stichtag (den 1. des Monats) arbeitsunfähig kranken Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen mit Krankengeldanspruch ein, für die vom Arzt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wurde. Vom BMG (2010) heißt es:

„Der Krankenstand ist der Verhältniswert dieser arbeitsunfähig kranken Mitglieder zu den Mitgliedern mit einem Krankengeldanspruch insgesamt in Prozent. Berücksichtigt wird der Arbeitsunfähigkeitsfall auch schon in der Phase

der Entgeltfortzahlung, also vor dem eigentlichen Krankengeldbezug. [...] Aus den 12 Stichtagswerten des Jahres wird als arithmetisches Mittel ein Jahresdurchschnittswert errechnet.“

Da der Krankenstand eine Stichtagserhebung ist, können Verzerrungen hervorgerufen werden, wenn Stichtage in der Ferienzeit bzw. an Feiertagen liegen oder wenn diese auf einen Wochenendtag fallen. Darüber hinaus ist der Krankenstand jahreszeitenabhängig und von eventuellen Krankheitswellen beeinflusst (Bundesministerium für Gesundheit, 2010). Als weitere Kennzahl erstellt das BMG eine *Totalauszählung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage* nach Abschluss des Geschäftsjahres und stellt diese in Fällen und Tagen je 100 Versicherter dar.

Die Gesetzlichen Krankenversicherungen erfassen den Krankenstand ebenfalls als Totalerhebung, indem die Arbeitsunfähigkeitstage zu den Kalendertagen eines Monats (inkl. Wochenend- und Feiertagen) in Bezug gesetzt werden. Der Krankenstand wird dann als Prozentzahl angegeben.

Folgende Aspekte sind bei der Interpretation der Statistiken des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zu beachten:

(1) Es werden nur Mitglieder der GKV berücksichtigt, die einen generell einen Krankengeldanspruch haben. Unberücksichtigt bleiben Rentner, Studenten, Jugendliche, Behinderte, Wehr-, Zivil- und Ersatzdienstleistende, Dienstleistende bei der Bundespolizei, landwirtschaftliche Unternehmen und Vorruhestandsempfänger, da für diese in der Regel keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden muss (Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE)). Darüber hinaus ist zu beachten, dass mit Einführung des ALG-II am 1.1.2005 auch ALG-II-Empfänger von der Pflicht zur Meldung von Arbeitsunfähigkeitszeiten bei ihrer Krankenkasse entbunden wurden und somit nicht mehr in die Berechnungen mit einfließen (Techniker Krankenkasse, 2008). Fehlzeiten am Arbeitsplatz während der Mutterschutzfristen gehen ebenfalls nicht in die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken ein (Bundesministerium für Gesundheit, 2010).

(2) Es muss eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen. Diese ergibt sich nicht aus der Krankheit an sich, sondern aus der Beurteilung, „ob es dem Arbeitnehmer unmöglich bzw. unzumutbar ist, seine vertraglich geschuldete Arbeitsleistung zu erbringen

(Westermayer et al., 2006). Folgende Definition von Arbeitsunfähigkeit wird dem BSGE 19, §179 nach zu Grunde gelegt: „Arbeitsunfähigkeit ist ein durch Krankheit oder Unfall hervorgerufener Körper- und Geisteszustand, aufgrund dessen der Versicherte seine bisherige Erwerbstätigkeit überhaupt nicht oder nur unter der absehbar nächster Zeit zu erwartenden Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes weiter ausüben kann“ (Gabler Verlag, 2010).

(3) Die Arbeitsunfähigkeit muss durch einen Arzt attestiert werden (§5 EntgFG). Krankheit an arbeitsfreien Tagen sowie Kurzeiterkrankungen von bis zu drei Tagen gehen nur dann in die Statistiken ein, wenn für diese eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt wird. Dies ist jedoch häufig nicht der Fall, da viele Unternehmen ein bis drei Karenztage gewähren, bevor eine ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung vorgelegt werden muss.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken, die auf den Daten der GKV basieren, tendenziell eine Unterschätzung der tatsächlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten darstellen und somit nicht als Benchmark für Unternehmen eingesetzt werden sollten.

Marr (1996) beschreibt darüber hinaus, dass auf den Prozess der Krankschreibung diverse Faktoren Einfluss nehmen, wie die Voraussetzung, dass der Arbeitnehmer einen Arzt aufsucht, die Verständigung zwischen Arzt und Patient sowie die Entscheidung des Arztes eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Diese ärztliche Entscheidung ist sowohl abhängig von den Befindlichkeiten und Bewertungen der Patienten, der medizinischen Voreingenommenheit des Arztes als auch kulturellen Normen über Krankheit und Gesundheit (K. H. Schmidt, 2004). Marr (1996, S. 96) resümiert: „Letztendlich ist die Attestierung der Arbeitsunfähigkeit das Ergebnis eines Verständigungsprozesses zwischen Arzt und Patient innerhalb eines Ermessensspielraums.“

Die Arbeitgeber berechnen ihre Krankenstandsstatistiken auf einer anderen Grundlage. Sie setzen die krankheitsbedingten Fehlzeiten zur Soll-Arbeitszeit ins Verhältnis und beziehen dabei – im Gegensatz zu BMG und den GKV – auch Kurzeiterkrankungen mit ein. Nicht berücksichtigt werden hingegen arbeitsfreie Wo-

chenenden, Feier- und Urlaubstage sowie krankheitsbedingte Fehlzeiten, die während einer Freistellung o.ä. entstehen. Die Berechnungsweise des Krankenstandes ist von Unternehmen zu Unternehmen unterschiedlich. So beziehen einige Unternehmen in ihre Berechnung auch unbezahlte Krankentage, Mutterschutz oder Kuren ein, andere klammern Auszubildende oder leitende Angestellte aus usw. (Brandenburg & Nieder, 2009). Mitbedingt durch die teils sehr verschiedenen Berechnungsweisen fällt der Krankenstand entsprechend unterschiedlich aus.

In Tabelle 3.1.1 wird aufgeführt, welche weiteren Indikatoren in den Gesundheitsberichten der GKV (Heyde, Macco & Vetter, 2008; Macco & Schmidt, 2009) berücksichtigt werden, die jährlich für die Gesamtheit der jeweiligen Versicherten einer Krankenkasse herausgegeben werden. Diese Gesundheitsberichte der GKV können auch unternehmensspezifisch erstellt werden und werden in dieser Form oftmals für das Betriebliche Gesundheits- und Personalmanagement herangezogen.

Die jährlichen unternehmensübergreifenden Gesundheitsberichte der Krankenkassen geben besonders differenziert Aufschluss darüber, welche Faktoren das Krankheitsgeschehen maßgeblich beeinflussen. An dieser Stelle soll die Verteilung von Kurz- und Langzeiterkrankungen sowie die Verteilung der Krankheitsarten auf die AU-Fälle und AU-Tage näher betrachtet werden, denn diese Statistiken haben praktische Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Bei der Analyse der Kurz- und Langzeiterkrankungen (am Beispiel der AOK, siehe Abbildung 3.1.1) fällt auf, dass Kurzzeiterkrankungen zwischen ein bis drei Tagen ca. 36% der AU-Fälle, aber nur 6% der AU-Tage ausmachen. Zwar erfassen die Krankenkassen lediglich die vom Arzt attestierten Kurzzeiterkrankungen, jedes zweite Unternehmen hat aber schon die Attestpflicht ab dem ersten Krankheitstag eingeführt (Schnabel, 1997), sodass hier nur eine moderate Unterschätzung des Anteils der Kurzzeiterkrankungen gegeben ist. Alles in allem machen Kurzzeiterkrankungen nur einen kleinen Teil der AU-Tage aus. Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten über sechs Wochen verursachen hingegen nur ca. 4% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle, auf sie entfallen aber etwa 40% der Arbeitsunfähigkeitstage (Bödeker & Zelen, 2006; Heyde et al., 2008).

Tabelle 3.1.1 *Indikatoren in den Gesundheitsberichten der GKV.*

Indikator	Beschreibung
<i>Arbeitsunfähigkeitsfälle</i>	Die Anzahl der gemeldeten Fälle von Arbeitsunfähigkeit wird meist als Prozentzahl in Bezug auf die Gesamtstichprobe (z.B. alle Beschäftigten im Unternehmen, alle Versicherten mit Krankengeldanspruch) wiedergegeben. Als ein Fall wird jede Arbeitsunfähigkeitsmeldung gezählt, die nicht nur die Verlängerung einer vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit ist.
<i>Arbeitsunfähigkeitstage</i>	Die Anzahl der Fehltage aufgrund von Krankheit im Auswertungsjahr wird ebenfalls in Prozent angegeben. Bei jahresübergreifenden Fällen werden nur die AU-Tage gezählt, die im Auswertungsjahr anfielen.
<i>AU-Tage je Fall</i>	Die mittlere Dauer eines AU-Falls wird oftmals als Indikator für die Schwere einer Erkrankung herangezogen.
<i>AU-Quote</i>	Dies ist der prozentuale Anteil derjenigen Arbeitnehmer, die im Auswertungsjahr mindestens einen AU-Fall aufweisen.
<i>Kurzzeiterkrankungen</i>	Hierunter fallen Arbeitsunfähigkeitsfälle, die eine Dauer von ein bis drei Tagen haben. Diese werden meist in Prozent zu allen Fällen bzw. Tagen angegeben. Die GKV berücksichtigen nur diejenigen Kurzzeitfälle, für die eine AU-Bescheinigung eingereicht wurde.
<i>Langzeiterkrankungen</i>	AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als sechs Wochen werden in Beziehung zu allen Fällen bzw. Tagen gesetzt und in Prozent umgerechnet. Mit Ablauf der sechsten Woche endet die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber, sodass danach von der Krankenkasse Krankengeld gezahlt wird.
<i>Arbeitsunfälle</i>	Zu den Arbeitsunfällen zählen für die GKV alle AU-Fälle, bei denen auf der Krankmeldung als Grund „Arbeitsunfall“ angegeben wurde. Meldepflichtig sind nach § 193 SGB VII Unfälle, die mehr als 3 Tage Arbeitsunfähigkeit oder den Tod zu Folge haben. Unternehmen ziehen auch krankheitsbedingte Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfällen mit ein, die nicht meldepflichtig sind.
<i>AU-Fälle/-Tage nach Krankheitsarten</i>	Diese Statistiken werden von den GKV aufgrund der AU-Fälle oder AU-Tage nach ärztlichen Diagnosen, verschlüsselt nach der Internationalen Klassifikation der Krankheitsarten (ICD-10), erstellt.

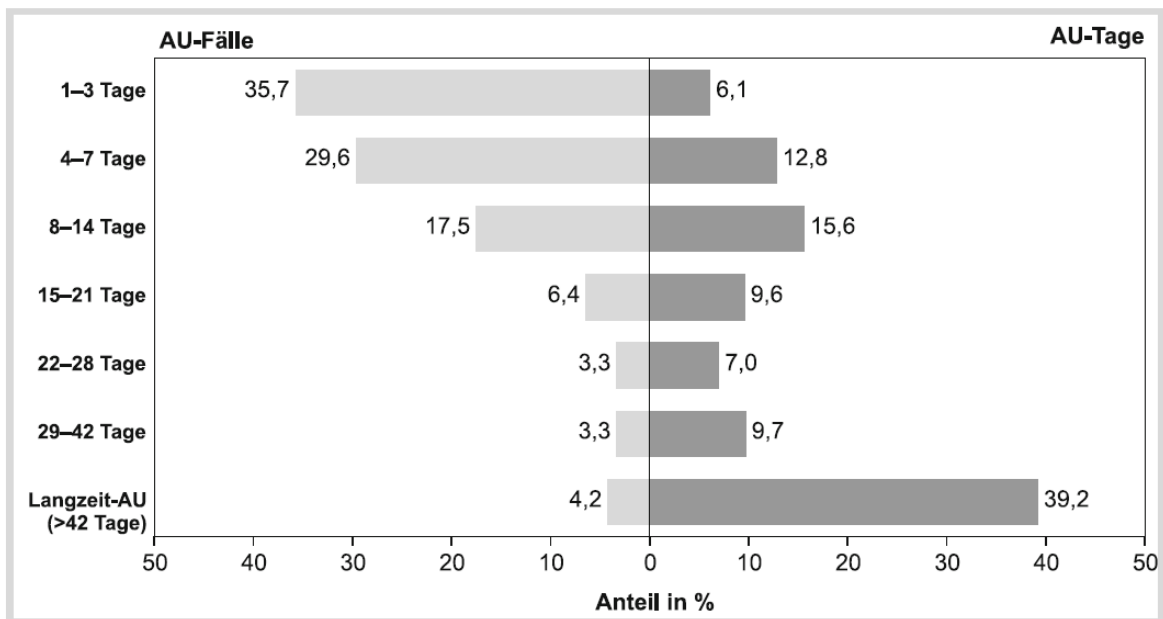


Abbildung 3.1.1 *Arbeitsunfähigkeitstage und -fälle der AOK-Mitglieder im Jahr 2007 nach Dauer (aus Heyde et al., 2008).*

Wirtschaftlich problematisch sind Langzeiterkrankungen aufgrund der mit ihnen einhergehenden Kosten und arbeitsorganisatorischen Probleme. Häufig ist nicht kalkulierbar, wann der betroffene Mitarbeiter wieder arbeitsfähig ist, sodass eine verlässliche Personalplanung erschwert wird (Bödeker & Zelen, 2006). Darüber hinaus geht Langzeit-Arbeitsunfähigkeit mit hohen Kosten für den Arbeitgeber sowie für die Sozialversicherungsträger einher. Für den Beschäftigten ist die Langzeiterkrankung gravierend, da er meist unter einer schwerwiegenden Erkrankung leidet und sich ungewiss ist, ob eine vollständige Heilung und die Reintegration in das Arbeitsleben möglich sind (Bödeker & Zelen, 2006). In einer Untersuchung von Bödeker und Zelen (2006) zur Langzeit-Arbeitsunfähigkeit wurde gefunden, dass diese vor allem durch Erkrankungen des Muskel-Skelettsystems (33%), Verletzungen/Vergiftungen (18%) und psychiatrische Erkrankungen (13%) verursacht wird. Hauptrisikofaktoren einer Langzeit-Arbeitsunfähigkeit sind das Lebensalter, der Sozialstatus und die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle der Vorjahre. Die Autoren raten, vor allem präventiv eine Chronifizierung von Erkrankungen und das Ausscheiden aus dem Berufsleben zu verhindern, indem Beschäftigte mit Risikokonstellationen identifiziert und gefördert werden. Im Fokus betrieblicher Interventionen liegen häufig Kurzeiterkrankungen. Da aber Langzeiterkrankungen einen wesentlichen Einfluss auf die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (und die

Produktivität) haben, ist es wichtig, diese bei der Interventionsplanung nicht zu vernachlässigen.

Ein weiterer zentraler Befund der Analyse der Krankendaten ist, dass psychische Störungen in den letzten Jahren stark zugenommen haben und einen großen Teil der Arbeitsunfähigkeitstage ausmachen. Berücksichtigt man die durch verschiedene Erkrankungen (diagnostiziert nach ICD-10) angefallenen AU-Tage, so zeigt sich beispielhaft für Versicherte der BKK (Abbildung 3.1.2), dass im Jahr 2009 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems 25.4%, Krankheiten des Atmungssystems 17.2%, Verletzungen 13.5% und Psychische Störungen 10.7% ausmachten. Psychiatrische Erkrankungen waren damit bei Männern die vierthäufigste und bei Frauen sogar die dritthäufigste Krankheitsursache. Dieses Muster findet sich in vergleichbarer Form auch in den Gesundheitsberichten anderer gesetzlicher Krankenkassen (BKK Bundesverband, 2009; Macco & Schmidt, 2009; Techniker Krankenkasse, 2010).

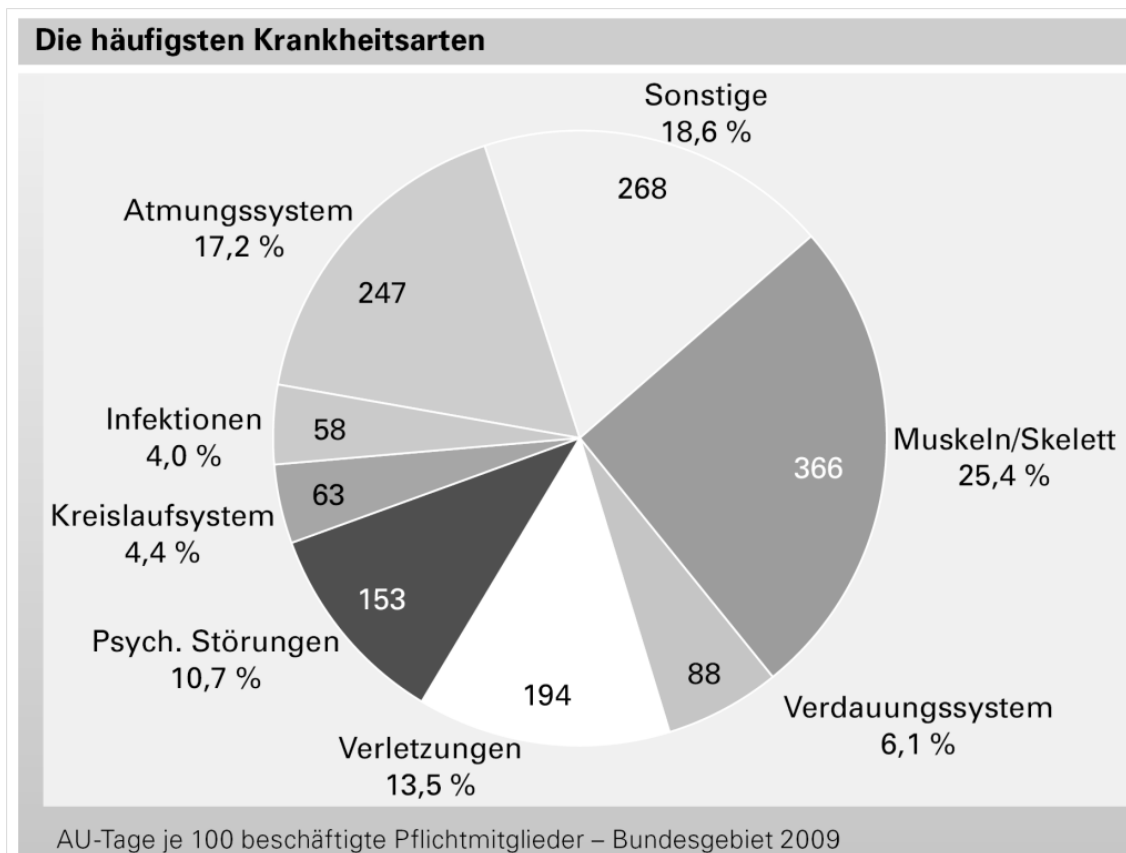


Abbildung 3.1.2 Verteilung der Krankheitsarten auf die AU-Tage bei Versicherten der BKK (BKK Bundesverband, 2010).

Darüber hinaus sind Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen absolut und prozentual gestiegen. So zeigt die Statistik der AOK (Abbildung 3.1.3), dass seit dem Jahr 1997 die AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen um 83,3% gestiegen sind, während das Niveau anderer Krankheitsarten etwa gleich blieb (Atemwege, Herz-Kreislauf) oder sogar sank (Verletzungen). Ein vergleichbares Bild ergibt sich für die AU-Tage (Macco & Schmidt, 2009). Auch absolut gesehen stieg die Zahl der AU-Tage und AU-Fälle massiv an (Abbildung 3.1.4).

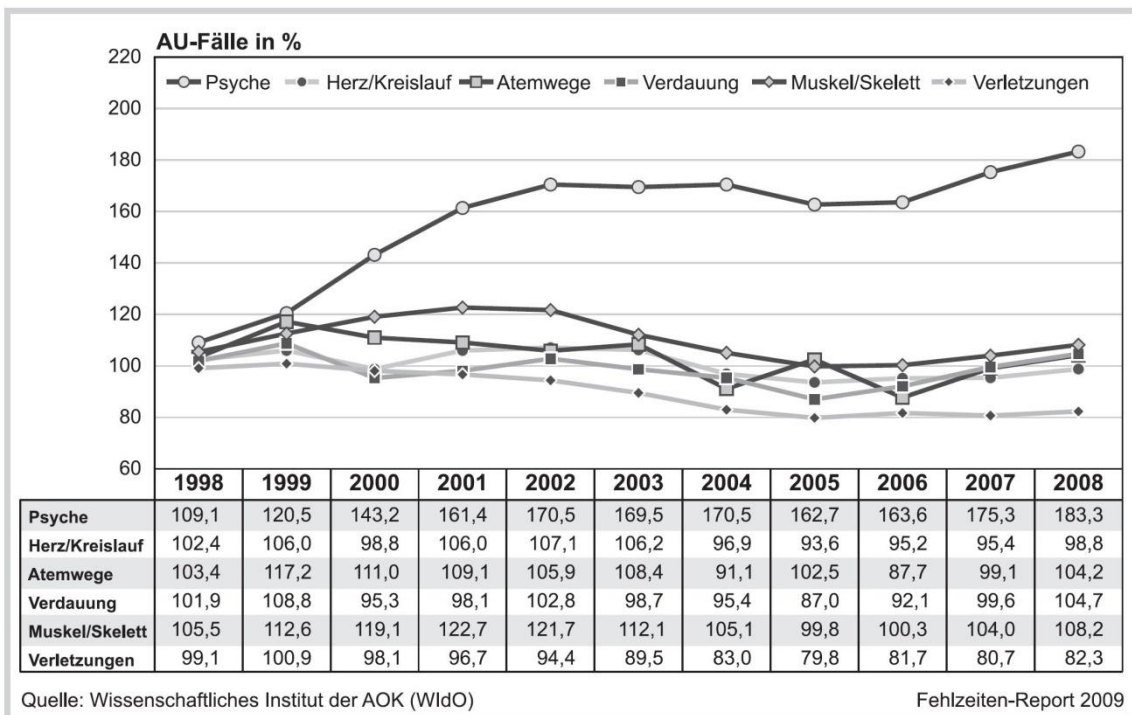


Abbildung 3.1.3 *Relative Veränderungen der AU-Fälle AOK-Versicherter in relevanten ICD10-Diagnosekapiteln, Werte im Jahr 1997 entsprechen 100% (Macco & Schmidt, 2009).*

Für die Zunahme des Anteils psychischer Störungen an den Fehlzeiten werden verschiedene Faktoren verantwortlich gemacht (DAK Versorgungsmanagement, 2005; Lademann, Mertesacker & Gebhardt, 2006). Eine Häufung psychischer Diagnosen wird einerseits einem in den letzten Jahren veränderten Umgang mit diesen Erkrankungen zugeschrieben. So gibt es eine höhere Entdeckungsrate psychischer Störungen aufgrund verbesserter diagnostischer Kompetenzen der Hausärzte. Auch sind Betroffene stärker über die Symptome aufgeklärt und äußern diese entsprechend im Gespräch mit dem Arzt. Darüber hinaus besteht eher die Bereit-

schaft, eine psychiatrische Diagnose zu akzeptieren. Der neuen Sensibilität psychischen Erkrankungen gegenüber steht ein tatsächlicher Anstieg von Neuerkrankungen, deren Ursachen Experten in erhöhten Belastungen durch den Wegfall sozialer Strukturen, Bedrohung durch Arbeitslosigkeit und unsichere Arbeitsverhältnisse sowie gestiegene Arbeitsbelastungen (z.B. Arbeitsverdichtung, mangelnde Anerkennung) sehen (DAK Versorgungsmanagement, 2005).

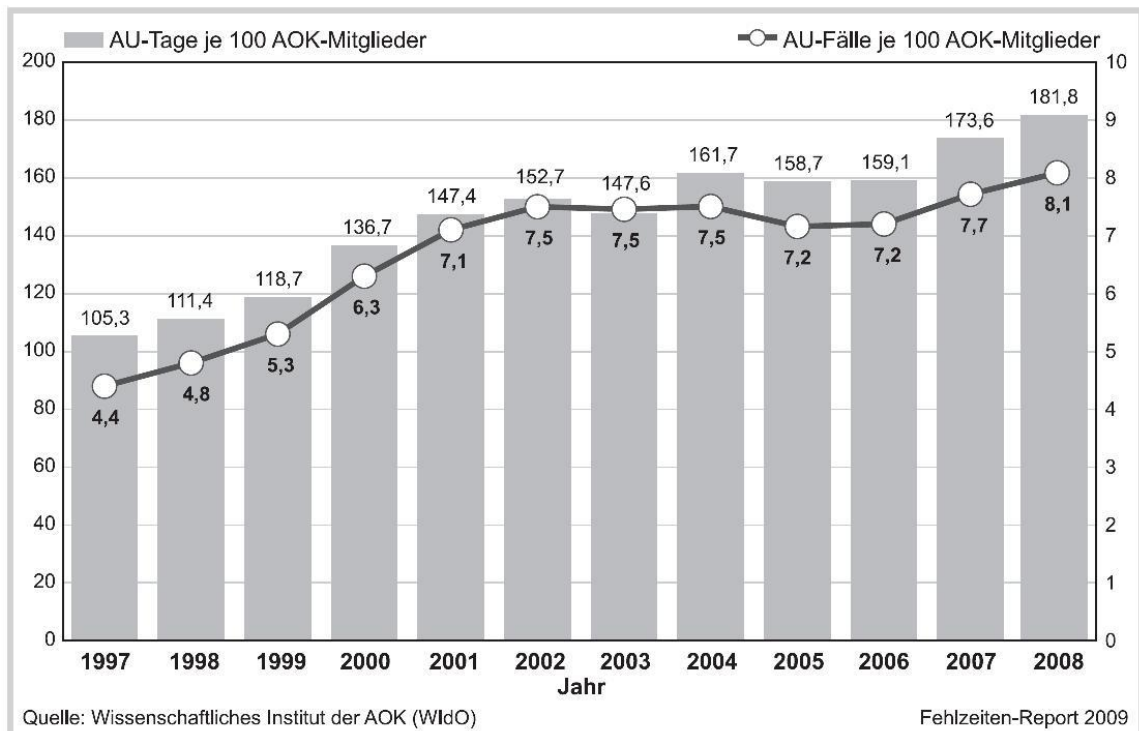


Abbildung 3.1.4 Entwicklung der AU-Tage und AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen je 100 AOK-Versicherter von 1997 bis 2008 (Heyde et al., 2008).

Es wird deutlich, dass insbesondere in Bezug auf die psychischen Krankheiten besonderer Handlungsbedarf besteht, denn diese Erkrankungen münden häufig in Langzeit-Arbeitsunfähigkeiten und Frühberentungen (Bödeker, 2008; A. Weber, Hormann & Kollner, 2006). Diese gehen nicht nur mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen, sondern auch mit erheblichen Kosten für Unternehmen und Sozialversicherungsträger einher.

3.1.3 Zur Aussagekraft krankheitsbedingter Fehlzeiten

Das Fehlzeitgeschehen genießt beim Management besondere Aufmerksamkeit, und zwar insbesondere dann, wenn es darum geht Personalkosten zu vermeiden (Walter & Münch, 2009). Dies resultiert aus der Annahme, dass niedrige Fehlzeitenquoten ein valides Maß für die Produktivität der Mitarbeiter seien. Dass Fehlzeitenquoten von diversen Faktoren abhängig sind (siehe auch Kapitel 3.1.2) und damit ein sehr unzulängliches Kriterium darstellen, soll im Folgenden näher erläutert werden.

Seit Einführung der Lohnfortzahlung im Jahr 1969 lässt sich die Tendenz beobachten, dass der von den GKV berichtete Krankenstand langfristig immer weiter absinkt. Insbesondere mit Beginn des neuen Jahrtausends hat der Krankenstand seinen Tiefststand erreicht (Abbildung 3.1.5). Im Jahr 2007 wurde der bisher niedrigste Wert von 3.22% gemessen, seitdem ist der Krankenstand nur in geringem Ausmaß auf den Wert von 3.40% (2009) wieder angestiegen. Bei der Interpretation des Verlaufs ist zu beachten, dass seit 2005 Arbeitslose, die ALG-II erhalten, nicht mehr bei der Berechnung des Krankenstandes berücksichtigt werden. Auswertungen der Vorjahre zeigen, dass diese Personengruppe stets ein höheres Ausmaß an Krankheit zeigte (Kohler, 2002), sodass ihr Wegfall vermutlich zu einer artifiziellen Senkung des Krankenstandes in der BRD geführt hat. Da die Statistiken der GKV – wie in Kapitel 3.1.2 beschrieben – lediglich diejenigen krankheitsbedingten Fehlzeiten berücksichtigen, die zu einer Krankschreibung führen, lassen sich aus der Betrachtung der Arbeitsunfähigkeitsdaten auch keine direkten Informationen über die Entwicklung von Kurzzeiterkrankungen ableiten. Es ist aber wahrscheinlich, dass sich der Trend sinkender Krankenstände auch auf die Kurzfehlzeiten übertragen lässt, da Unternehmen vermehrt von ihren Beschäftigten schon am ersten Tag eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erwarten (Kocyba & Voswinkel, 2007b).

Wie bereits verschiedentlich dargestellt (BKK Bundesverband, 2008; Kocyba & Voswinkel, 2007b; Kohler, 2002; Walter & Münch, 2009; Zok, 2008a; Zok, 2008b), kann der auffällige Trend rückläufiger Krankenstände in unterschiedlichen Ursachen begründet sein. In den letzten Jahren veränderte sich zum einen die Beschäf-

tigtenstruktur durch das Ausscheiden älterer Beschäftigter, die z.B. Angebote in Form von Altersteilzeit und Vorruhestand in Anspruch nahmen. Nachgerückt sind gesündere Arbeitskräfte, die aus einem Überangebot an Bewerbern ausgewählt werden konnten. Verbesserungen im Bereich der Gesundheitsversorgung könnten dazu geführt haben, dass die Mitarbeiter mit präventiven Maßnahmen gesund erhalten wurden und im Krankheitsfall auf bessere Behandlungs- und Heilmethoden zurückgreifen konnten. Hier hat möglicherweise auch die betriebliche Gesundheitsförderung maßgeblich ihren Teil dazu beigetragen, die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern und zu erhalten.

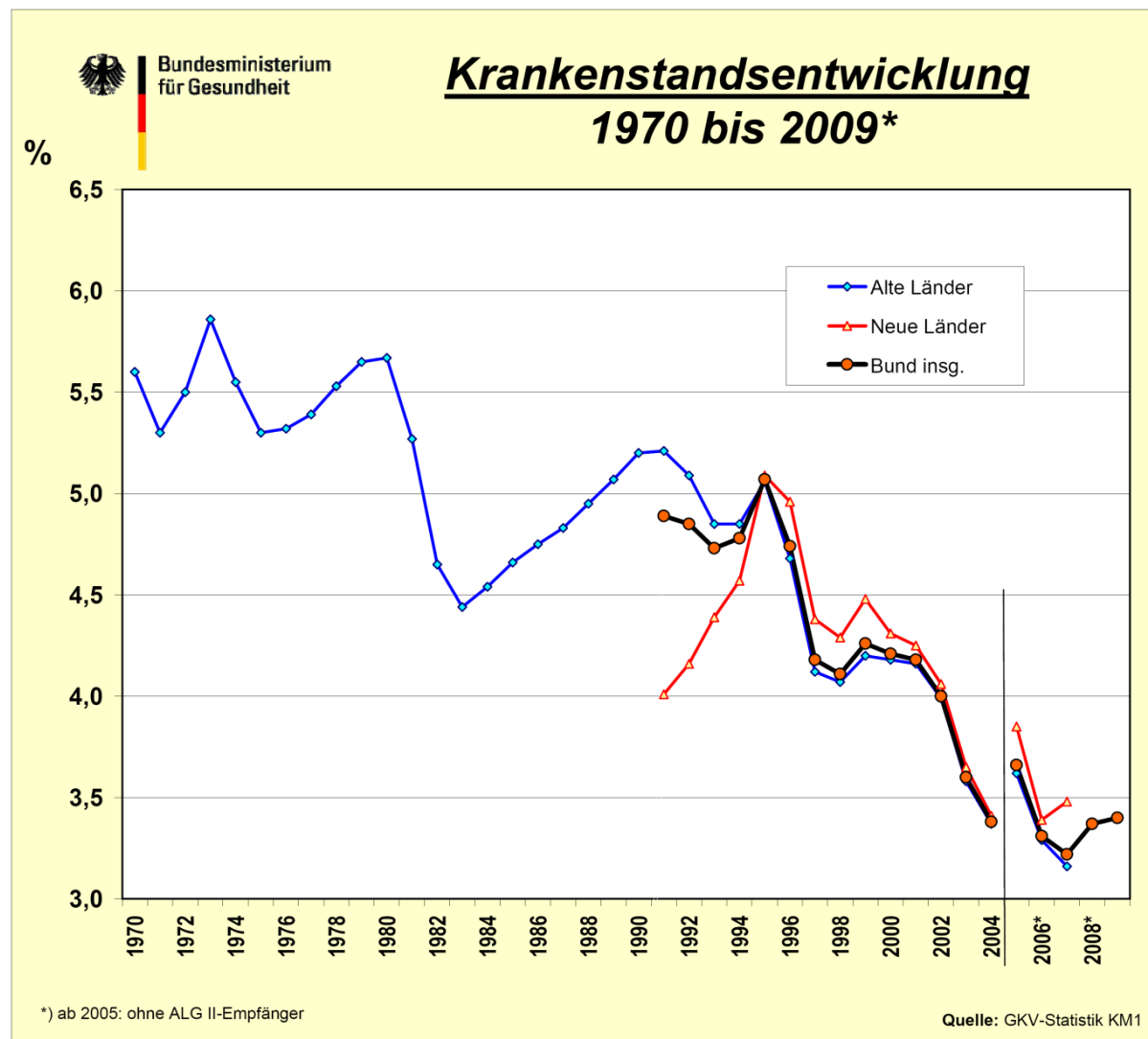
Reintegrationsmaßnahmen ermöglichen es darüber hinaus, dass Mitarbeiter schon früher aus der Arbeitsunfähigkeit entlassen werden, in dem sie stufenweise wieder an ihrem oder einem alternativen Arbeitsplatz eingegliedert werden. Häufig wird zudem angemerkt, dass sich die Wirtschaft sektoral verschoben hat, hin zu wissensintensiver Dienstleistungsarbeit. Als Folge dessen gehen körperliche Belastungen und resultierende Erkrankungen am Arbeitsplatz zurück. Veränderte Arbeitsbedingungen durch Arbeitsverdichtung sowie höhere Ergebnisverantwortung, Interdependenzen, Flexibilisierung und Unsicherheit könnten aber auch dazu beigetragen haben, dass Arbeitnehmer im Krankheitsfall ein verändertes Verhalten zeigen (Kocyba & Voswinkel, 2007b; Westermayer et al., 2006).

Deutlich wird, dass nicht nur das Vorkommen der Krankheit an sich darüber entscheidet, ob ein Arbeitnehmer am Arbeitsplatz fehlt oder nicht, sondern auch gesellschaftlich-wirtschaftliche und unternehmensimmanente Faktoren die Entscheidung beeinflussen bei Krankheit zu Hause zu bleiben oder aber zu arbeiten. Westermayer et al. (2006, S. 11) verstehen unter gesellschaftlich-wirtschaftlichen Faktoren „die allgemeine Situation am Arbeitsmarkt sowie die gesetzlichen Regelungen zu Krankheit und allem, was damit zusammenhängt“. Zu beobachten ist beispielsweise, dass der Krankenstand prozyklisch zur aktuellen Wirtschaftssituation verläuft: bei einer schwachen Konjunktur und Arbeitsmarktlage sinken die krankheitsbedingten Fehlzeiten merklich (Kohler, 2002). Unter unternehmensimmanenten Einflussfaktoren auf das Verhalten im Krankheitsfall sind laut Westermayer et al. (2006, S. 11) „all jene Aspekte zu fassen, die in der Arbeit des

Krankenstände (Jahresdurchschnitte)

Jahr	Alte Länder	Neue Länder	Bund insg.
1970	5,6	-	-
1971	5,3	-	-
1972	5,5	-	-
1973	5,86	-	-
1974	5,55	-	-
1975	5,30	-	-
1976	5,32	-	-
1977	5,39	-	-
1978	5,53	-	-
1979	5,65	-	-
1980	5,67	-	-
1981	5,27	-	-
1982	4,65	-	-
1983	4,44	-	-
1984	4,54	-	-
1985	4,66	-	-
1986	4,75	-	-
1987	4,83	-	-
1988	4,95	-	-
1989	5,07	-	-
1990	5,20	-	-
1991	5,21	4,01	4,89
1992	5,09	4,16	4,85
1993	4,85	4,39	4,73
1994	4,85	4,57	4,78
1995	5,06	5,09	5,07
1996	4,68	4,96	4,74
1997	4,12	4,38	4,18
1998	4,07	4,29	4,11
1999	4,20	4,48	4,26
2000	4,18	4,31	4,21
2001	4,16	4,25	4,18
2002	3,99	4,06	4,00
2003	3,58	3,65	3,60
2004	3,37	3,41	3,38
2005*	3,62	3,85	3,66
2006*	3,29	3,39	3,31
2007*	3,16	3,48	3,22
2008*	---	---	3,37
2009*	---	---	3,40

*) ab 2005: ohne ALG II-Empfänger



*) ab 2005: ohne ALG II-Empfänger

Abbildung 3.1.5 Krankenstandentwicklung von 1970 bis 2009.

betreffenden Unternehmens liegen oder in der Art der Führung und der Organisation des Betriebes“. Krankenstände spiegeln demzufolge nicht objektiv die Gesundheit der Beschäftigten wider, sondern messen lediglich die „körperliche Anwesenheit von Mitarbeitern im Betrieb“ (Westermayer et al., 2006, S. 11). Aufgrund dessen ist der Krankenstand zum Rückschluss auf die Produktivität der Mitarbeiter eine sehr unzulängliche Kennzahl, denn die physische Anwesenheit garantiert keineswegs die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Er lässt also weder Rückschlüsse auf den entgangenen Nutzen, noch auf die tatsächlich entstehenden Kosten auf Grund von Krankheit zu (Walter & Münch, 2009). Darüber hinaus geben die reinen Fehlzeitenquoten keinerlei Auskunft über die ihnen zu Grunde liegenden Ursachen. Hierzu ist zumindest die differenzierte Analyse der Verteilung der Krankheitsarten und -zeiten anhand von Gesundheitsberichten ein erster Schritt (siehe Abschnitt 3.1.2).

Das häufig abgeleitete Ziel – nämlich die Senkung des Krankenstands – ist auf Grund der oben dargelegten Schwächen dieser Statistik nicht unbedingt zielführend, wenn es darum geht, die Produktivität der Beschäftigten zu steigern. Der Versuch, Fehlzeiten zu reduzieren, ist insbesondere dann kontraproduktiv, wenn mit Druck und Kontrolle gearbeitet wird, denn dies wird lediglich zum Anstieg von Präsentismus führen. Welche Nachteile dieser für die Gesundheit und Produktivität der Mitarbeiter wird in Kapitel 4 ausgeführt. Darüber hinaus sind Fehlzeiten „Spätindikatoren, die eine nachträgliche `Reparatur` gesundheitsrelevanter Probleme erfordern statt sie vorausschauend zu verhüten“ (Walter & Münch, 2009, S. 140). Es muss also im Unternehmenskontext darum gehen, frühzeitig gesundheitsrelevante Probleme zu erkennen und ihnen präventiv entgegenzuwirken. Dazu greifen immer mehr Unternehmen auf ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zurück. Dies soll im folgenden Abschnitt näher erläutert werden.

3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Überzeugung, dass die Gesundheit der Mitarbeiter ein zentraler Erfolgsfaktor für das Unternehmen ist, erfährt zunehmende Verbreitung. Immer mehr Unternehmen implementieren ein betriebliches Gesundheitsmanagement, um die Gesundheit und Motivation ihrer Beschäftigten zu fördern, aber auch um Fehlzeiten

zu senken. Pfaff (2001) weist darauf hin, dass sich das betriebliche Gesundheitsmanagement aus drei Komponenten zusammensetzt: Betrieblicher Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutz und Managementaktivitäten. Er formuliert folgende Definition, die auch dieser Arbeit zu Grunde gelegt werden soll:

„Betriebliches Gesundheitsmanagement bezeichnet alle Tätigkeiten des Managements, die darauf abzielen, die betriebliche Gesundheitspolitik festzulegen und diese durch Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle von strukturellen und prozessbezogenen Gesundheitsmaßnahmen und -programmen zu verwirklichen. Zu den strukturellen und prozessbezogenen Gesundheitsmaßnahmen und -programmen zählen Interventionen zum Zwecke der Gesundheitsförderung und des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.“

(Pfaff, 2001, S. 34)

Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es einerseits die Zahl der arbeitsbedingten Erkrankungen zu reduzieren, und andererseits die Gesundheit der Mitarbeiter zu stärken. Es geht dabei also nicht um die alleinige Steigerung der Anwesenheitsquoten, sondern um die Erhöhung der *Gesundheitsquoten*, denn nur mit der Gesundheit der Belegschaft gehen auch Leistungsfreude und Produktivität einher (Piorr & Taubert, 2000). Ziel ist es „Mitarbeiter zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und den Dialog und die Kooperation zwischen Fachleuten, Interessenvertretern, Entscheidungskräften und Mitarbeitern im Betrieb zu fördern“ (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 36)

Die „Nicht-Sichtbarkeit“ von Gesundheit (Ulich & Wülser, 2008) führt dennoch häufig dazu, dass Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements anhand ihres Einflusses auf die Fehlzeiten bewertet werden. Im Folgenden sollen zwei Ansatzpunkte des betrieblichen Gesundheitsmanagements aufgegriffen und diskutiert werden: die betriebliche Gesundheitsförderung einerseits und das Fehlzeitenmanagement andererseits. Im Rahmen des Fehlzeitenmanagements werden Rückkehrgespräche und das Betriebliche Eingliederungsmanagement näher beleuchtet. Als zwei Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden die Mitarbeiterbefragung mit Datenrückkopplung und das Konzept der Gesund-

heitszirkel erläutert. Ein Fazit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement rundet dieses Kapitel ab.

3.2.1 Fehlzeitenmanagement

Da Fehlzeiten mit negativen Konsequenzen assoziiert sind (siehe Abschnitt 3.1.2), werden unterschiedliche Instrumente eingesetzt, um diese zu senken. Dazu gehören zum einen Maßnahmen, die auf die Optimierung der organisationalen Rahmenbedingungen abzielen. Diese umfassen die Einführung flexibler Arbeitszeitregelungen, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsgestaltung, Weiterbildungsangebote, Schaffung größerer Handlungs- und Verantwortungsspielräume und motivierende Personalführung (Salowsky, 1996). Darüber hinaus wird zur Fehlzeitenreduzierung bereits mit einer eignungsgerechten Personalauswahl angesetzt, um Unter- und Überforderung des Arbeitnehmers zu vermeiden. Zum Teil finden auch Versetzungen statt, um eine bessere Passung zu erreichen. Einer Studie von Salowsky (1996) zu Folge, greifen jedoch nur ca. 7% der Unternehmen auf Maßnahmen zurück, die auf die Veränderung organisationaler Bedingungen abzielen.

Demgegenüber stehen Instrumente, die Fehlzeiten eher beim Mitarbeiter verorten und tendenziell sanktionierenden Charakter haben. Hierzu zählen personelle Konsequenzen, wie Krankenbesuche bzw. -anrufe, Vorladungen beim Vertrauensarzt, Gesundheitskontrollen durch den Betriebsarzt, verschärfte Attestpflicht oder sogar disziplinarische Maßnahmen in Form von Abmahnungen und Kündigungen (Salowsky, 1996; Zok, 2008b). Des Weiteren zahlt ein kleiner Teil der Unternehmen Prämien bei geringen Fehlzeiten (Salowsky, 1996; Zok, 2008b).

Ein großer Teil der Bemühungen, die Fehlzeiten zu senken, entfällt auf Fehlzeitengespräche. In unterschiedlichen Studien findet sich, dass etwa 30% der Unternehmen auf diese Gespräche zurückgreifen (Kuhn, 1996; Salowsky, 1996; Zok, 2008b). Im Folgenden sollen zwei gängige Instrumente zur Fehlzeitenreduktion beschrieben und ihre Implikationen für den Präsentismus diskutiert werden, nämlich die so genannten „Rückkehrgespräche“ und das betriebliche Eingliederungsmanagement.

3.2.1.1 Rückkehrgespräche

Rückkehrgespräche werden - in ihrer allgemeinen Form - mit Beschäftigten nach jeglicher Abwesenheit geführt (Kocyba, Urlaub, Fortbildung etc.), dennoch steht bei ihnen meist der Aspekt der Arbeitsunfähigkeit im Vordergrund (Kocyba & Voswinkel, 2007b). Meist handelt sich dabei um ein teilstandardisiertes Gespräch, das der Vorgesetzte mit seinem Mitarbeiter führt.

Zwei verschiedene Ausrichtungen des Rückkehrgesprächs sind zu unterscheiden: Einerseits kann das Rückkehrgespräch der Beginn eines disziplinarischen Prozesses sein, in dem jede Stufe mit zunehmenden personal- und arbeitsrechtlichen Konsequenzen verbunden ist (Pfaff, 2002; Piorr, Heller & Taubert, 2000). Dem gegenüber steht das Konzept des Rückkehrgesprächs als Führungsinstrument, das die Kommunikation und Kooperation verbessern soll (Bitzer, 1999). Erfolgt das Gespräch nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit, wird es als „Krankenrückkehrgespräch“ bezeichnet. Dieses hat zum Ziel, die Ursachen für angefallene Fehlzeiten zu thematisieren, um weitere Krankmeldungen des Mitarbeiters zu vermeiden (Zok, 2008b).

Hinsichtlich des Sinns und Unsinn von Krankenrückkehrgesprächen wird eine bewegte Diskussion geführt. Einige Autoren befürchten eine „Jagd auf Kranke“ (Wompel, 2000), oder empfinden die Rückkehrgespräche als Kontroll- und Druckmittel (Kocyba & Voswinkel, 2007a; Vieth, 1996). Andere schätzen das Rückkehrgespräch als konstruktives Führungsinstrument und Integrationshilfe (Bitzer, 1999; Meier, 1996). Insgesamt lässt sich feststellen, dass viele Autoren sowohl die Probleme als auch den potentiellen Nutzen der Krankenrückkehrgespräche sehen (Heckhausen, 2000; Pfaff, 2002; Piorr et al., 2000; Weiß, 2000). Im Folgenden sollen die zentralen Bedenken in Bezug auf die Rückkehrgespräche geschildert werden.

Methodische Einschränkungen. Dem Krankenrückkehrgespräch liegt die Annahme zu Grunde, dass die Identifizierung der Ursache krankheitsbedingter Fehlzeiten möglich ist und sich diese Ursache modifizieren lässt (Piorr et al., 2000). Problematisch ist, dass viele zentrale Informationen zur Klärung der Fehlzeitenursache bei einem Rückkehrgespräch nicht herangezogen werden (Piorr et al., 2000; Weiß,

2000). Zunächst bleibt es dem Mitarbeiter vorbehalten, seine Krankheitsdiagnose offen zu legen. Des Weiteren wird er im Gespräch mit seinem Vorgesetzten selten auf private Ursachen der Krankheit eingehen. Ebenso unwahrscheinlich ist es, dass er motivationale Gründe, das Führungsverhalten oder ein belastendes Betriebs- oder Teamklima für seine Fehlzeiten verantwortlich macht. Auch das Eingeständnis von körperlicher oder gar psychischer Überforderung wird – insbesondere in höheren Hierarchieebenen – selten erfolgen. Da gerade diese Aspekte häufig krankheitsbedingte Fehlzeiten (mit-)verursachen (Bitzer, 2008; Orthmann, Gunkel, Schwab & Grofmeyer, 2009) ist der gesundheitsförderliche Wert des Krankenrückkehrgesprächs eher in Frage zu stellen. Dies bestätigt auch die empirische Studie von Pfaff (2002). Nach Pfaff (2002) gibt es drei Funktionen des Krankenrückkehrgesprächs: 1. Soziale Kontrolle zur Reduzierung motivationsbedingter Fehlzeiten, 2. Gesundheitsförderung und Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten, sowie 3. Menschenführung mit dem Ziel der sozio-emotionalen Unterstützung des Mitarbeiters unabhängig von der Arbeitsaufgabe. Die Unternehmensbefragung im Rahmen der Kölner Rückkehrgesprächsstudie in der Automobilindustrie (KUGA-Studie) ergab, „dass der durchschnittliche Typ des Rückkehrgesprächs eine hohe Kontrollfunktion, eine gewisse Menschenführungsfunktion und eine begrenzte Gesundheitsförderungsfunktion erfüllt“ (Pfaff, 2002, S. 5). Dass Rückkehrgespräche oft als kontrollierend wahrgenommen wird, resultiert vielfach aus der Gestaltung und den Rahmenbedingungen der Krankenrückkehrgespräche.

Ungünstige Rahmenbedingungen und Ausgestaltung der Gespräche. Fehlzeitengespräche werden häufig dann implementiert, wenn Probleme mit Fehlzeiten und/oder der vertrauensvollen Kommunikation entstanden sind (Weiß, 2000), Vertrauen ist aber Voraussetzung für erfolgreiche Rückkehrgespräche (Piorr et al., 2000; Weiß, 2000). Rückkehrgespräche stellen deshalb hohe Anforderungen an die Gesprächsführungsfähigkeiten der Führungskräfte, denn sie sollen möglichst einen „repressionsfreien Gesprächsrahmen“ und ein „dialogisches Klima“ herstellen (Borowiak & Taubert, 1997; Piorr et al., 2000). Das bedeutet, dass der Mitarbeiter in dem Gespräch keinem Druck ausgesetzt und als gleichberechtigter Gesprächspartner behandelt wird. Erfolgt statt dessen ein direktives, repressives Vorgehen durch die Führungskraft wird das Rückkehrgespräch schnell zu einem für beide

Seiten unangenehmen „Rollenspiel“, in dem der Vorgesetzte das Verhalten des Mitarbeiters anprangert und der Mitarbeiter dazu gedrängt wird diesem seine Krankheit zu „verkaufen“. Borowiak und Taubert charakterisieren solche Rückkehrgespräche als „System ritueller Selbsttäuschung“ (1997, S. 1091).

Ein direktives, repressives Vorgehen ist insbesondere dann wahrscheinlich, wenn inhaltlich gestufte Rückkehrgespräche vorgesehen sind. Während in der ersten Gesprächsstufe noch die Motivierung des Mitarbeiters im Vordergrund steht, sind bei erneuten Krankmeldungen Konsequenzen bis hin zur Kündigung vorgesehen (Borowiak & Taubert, 1997). Dies macht die Rolle der Führungskraft konfliktträchtig: sie soll zunächst Vertrauen aufbauen und integrativ wirken, im Laufe des Gesprächszyklus aber zunehmend restriktiver agieren (Borowiak & Taubert, 1997; Piorr et al., 2000; Ulich & Wülser, 2008). Die (in diesem Fall berechnete) Befürchtung der Mitarbeiter, dass Gesprächsinhalte gegen sie verwendet werden (Weiß, 2000) tut ihr Übriges, um jegliche gesundheitsförderliche Wirkung dieser Rückkehrgesprächen zu unterminieren. Bei repressiven Gesprächen ist eine Verunsicherung des Mitarbeiters und die damit einhergehende Gesundheitsgefährdung sehr wahrscheinlich.

Verunsicherung des Mitarbeiters. Unabhängig davon, ob das Rückkehrgespräch in fürsorglicher oder repressiver Absicht geführt wurde, kann es laut Weiß (2000) beim Mitarbeiter zu Schuldgefühlen und Ängsten führen, die dafür sorgen, dass er bei zukünftigen Erkrankungen in Frage stellt, ob eine Krankmeldung gerechtfertigt ist. Präsentismus ist wahrscheinlich, wenn die „externale Kontrolle durch den Vorgesetzten“ in eine „internale Kontrolle“ überführt wurde (Weiß, 2000) oder Ängste vor Sanktionen oder weiteren Rückkehrgesprächen entstanden sind (Borowiak & Taubert, 1997; Piorr et al., 2000; Weiß, 2000). Unterstützung findet diese Annahme durch die KUGA-Studie: Hier vermuteten 55% der Befragten, dass sich Mitarbeiter krank zur Arbeit „schleppen“, um nicht an einem Krankenrückkehrgespräch teilnehmen zu müssen (Pfaff, 2002).

Umsetzungsprobleme. Eine schwer aufzulösende Schwierigkeit von Krankenrückkehrgesprächen betrifft ihre Systematisierung bzw. Standardisierung mit Hilfe klar definierter Durchführungsregeln. So sollen Rückkehrgespräche z.B. immer und mit

allen Mitarbeitern durchgeführt werden, die gefehlt haben. Diese Systematisierung hat zum Ziel, Willkür zu vermeiden und das Rückkehrgespräch als Normalität im betrieblichen Alltag zu etablieren. Oftmals wird dies aber als Zwang und Einengung erlebt. Qualitative Untersuchungen von Pfaff (2002) und von Weiß (2000) zeigen, dass Abweichungen vom Leitfaden häufig sind und die Führungskräfte – geschuldet der betrieblichen Realität – auf eine „einzelfall- und kontextbezogene Umsetzung des Konzepts“ (Pfaff, 2002, S. 3) zurückgreifen.

Die Studie von Pfaff (2002) thematisiert zudem die konkrete Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen: Bei 50% der Befragungsteilnehmern wurde im Rahmen der Krankenrückkehrgespräche mindestens eine gesundheitsförderliche Maßnahmen vereinbart, davon wurde diese aber nur in 17% der Fälle vollständig, in 53% zum Teil und bei 30% gar nicht umgesetzt. Der Autor resümiert (S. 5): „Häufig sind die Mitarbeiter mit dem Ergebnis in Bezug auf die eigene Gesundheit unzufrieden, auch wenn das Gespräch als solches als nette Geste empfunden wurde“.

Individualisierung von Krankheit. Krankenrückkehrgespräche stehen in der Kritik, die Verantwortung für die Fehlzeiten beim Mitarbeiter zu suchen (Borowiak & Taubert, 1997; Vieth, 1996; Weiß, 2000). Weiß (2000, S. 122) formuliert es so: „Wenn die Verantwortung für betriebliche Gesundheitsgefährdung und hohe Krankenstandsquoten nicht bei den Arbeitsbedingungen bzw. beim Führungsverhalten gesehen werden will, ist es naheliegend, die Ursachen beim Verhalten der Arbeitnehmer/innen zu suchen“. Verschiedene Autoren regen deshalb an, dass Rückkehrgespräche stets von weiteren Maßnahmen wie Arbeitsplatzbegehungen, Gefährdungsanalysen und Eingliederungsmanagement begleitet sein müssen (z.B. Kocyba & Voswinkel, 2007a) bzw. im „Idealfall durch eine systemische Gesundheitspolitik mit gesundheitsorientierter Führung und praktikablen Führungsbedingungen ersetzt werden“ sollten (Pfaff, 2002, S. 22).

Vernachlässigung der Anwesenden. Rückkehrgespräche konzentrieren sich oftmals auf eine Minderheit der Beschäftigten, nämlich diejenigen, die auffällige Fehlzeiten haben. Dies kann dazu führen, dass sich die Anwesenden vernachlässigt fühlen (i.S.v. „man bekommt nur ein längeres Gespräch mit dem Chef, wenn man fehlt“,

Bitzer, 1999). Krankenrückkehrgespräche sollten deshalb mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung und regelmäßigen Gesprächsangeboten durch den Vorgesetzten für *alle* Mitarbeiter einhergehen.

Wirksamkeit. Zur Wirksamkeit von Rückkehrgesprächen gibt es kaum empirische Studien (vgl. Ulich & Wülser, 2008). Während in einer Längsschnittstudie von Backes-Gellner, Schorn und Krings (2001) Hinweise auf einen fehlzeitenreduzierenden Effekt gefunden wurden, konnte im Rahmen der Kölner Rückkehrgesprächstudien kein Unterschied zwischen Betrieben mit und ohne Krankenrückkehrgesprächen bei den Fehlzeiten nachgewiesen werden. Vielmehr deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass nicht die Durchführung dieser Gespräche an sich, sondern die Art und Weise ihrer Durchführung zentral ist (Pfaff, 2002). Qualitative Studien von Piorr et al. (2000) und von Weiß (2000) zeigen, dass die Einführung von Krankenrückkehrgesprächen ambivalent ist und positive Resultate nur dann zu erwarten sind, wenn die Gespräche umsichtig konzipiert und professionell implementiert werden. Zu beachten ist, dass nicht-repressive Rückkehrgespräche einen eher langfristigen Wirkungsrahmen haben: „Kurzfristige Effekte schlagen sich lediglich aus ‚Angst‘ vor Sanktionen in reduzierten Fehlzeiten nieder und verlagern die Probleme einerseits auf das Feld der ‚inneren Kündigung‘ und andererseits auf die Verschlimmerung von akuten Beschwerden. Denn wenn die Hemmschwelle durch Androhung von Sanktionen heraufgesetzt wird, körperliche Beschwerden als Warnsignals eines schlimmeren Übels anzusehen und gründlich auszukurieren, schlagen die Effekte zeitlich versetzt und massiv zurück.“ (Piorr et al., 2000, S. 5). Betrachtet man die aufgeführten Problempunkte und Befunde zu Krankenrückkehrgesprächen lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sie als Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements einer sehr umsichtigen Gestaltung und Einführung bedürfen, um gesundheitsförderlich wirken zu können (vgl. Heckhausen, 2000). Handlungs- und Gestaltungsempfehlungen finden sich bei Pfaff (2002), Weiß (2000) und Bitzer (1999). Einen positiven Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten kann das Rückkehrgespräch nur haben, wenn es im Sinne der Organisationsentwicklung eingesetzt wird (Taubert & Piorr, 1997). Dazu muss es auf die Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen ausgerichtet sein. Piorr und Taubert (2000) schlagen vor, Rückkehrgespräche durch „Integrationsge-

sprache“ zu ersetzen, die bei jedweder Rückkehr aus einer Abwesenheit (auch externen Termine, Urlaub) durchgeführt werden. Diese Gespräche haben das Ziel, den Mitarbeiter in den Arbeitsprozess zu integrieren und dabei grundsätzliche gesundheitliche Aspekte zu beachten, wie z.B. die Passung von Anforderungen und Kompetenzen des Mitarbeiters bei der Vergabe von Arbeitsaufträgen. Ursachenforschung und Sanktionierungen haben in diesen Gesprächen keinen Platz. Diese werden ggf. an anderer Stelle betrieben (Gesundheitszirkel, Personalabteilung).

Eher abzuraten ist von gestuften Rückkehrgesprächen, die in allen Stufen von der Führungskraft durchgeführt werden, da sich diese leicht als Sanktionsinstrument missbrauchen lassen (Piorr & Taubert, 2000) und niedrige Krankenstände in diesem Fall künstlich erzwingen. Zudem ist eine Verschlechterung der Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeiter nicht unwahrscheinlich, wenn das Gespräch in einer direktiven Art der Gesprächsführung mündet. Ein kurzfristiger Rückgang des Krankenstands zu Ungunsten der Gesundheit und der Motivation der Beschäftigten ist nicht das Ziel eines Unternehmens. Trotz der Problematik dieses Modells machen gestufte Krankenrückkehrgesprächen aber einen erheblichen Teil an den Rückkehrgesprächen aus (Brandenburg & Nieder, 2009; Pfaff, 2002). Die Gefahr, dass damit Präsentismus induziert wird, liegt auf der Hand.

3.2.1.2 Eingliederungsmanagement

Langzeit-Arbeitsunfähigkeit gilt als besonderes gesundheitspolitisches und wirtschaftliches Problem, da sie einen großen Teil der Arbeitsunfähigkeitstage verursacht und mit hohen Kosten für den Arbeitnehmer, Arbeitgeber und die Sozialversicherungsträger einhergeht (Bödeker & Zelen, 2006). Obwohl Langzeit-Arbeitsunfähigkeit über sechs Wochen nur ca. 4 bis 5% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle ausmacht, entfallen hierauf etwa 40% der Arbeitsunfähigkeitstage (Bödeker & Zelen, 2006; Heyde et al., 2008). Der Prävention und Überwindung von Langzeit-Arbeitsunfähigkeit kommt aus diesem Grund ein hoher Stellenwert zu. Mit der Einführung gesetzlicher Neuerungen im Sozialgesetzbuch IX werden dem Arbeitgeber besondere Pflichten im Umgang mit Langzeit-Arbeitsunfähigkeit zugewiesen. Ist ein Beschäftigter innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, ist der Arbeitgeber laut SGB IX § 84 dazu verpflich-

tet, ein betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) durchzuführen. Hierzu „klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessenvertretung im Sinne des § 93, bei schwerbehinderten Menschen außerdem mit der Schwerbehindertenvertretung, mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeiten, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden werden und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann“ (SGB IX, 2004). Das BEM muss sowohl mit behinderten als auch nicht-behinderten Beschäftigten durchgeführt und vom Arbeitgeber initiiert werden (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2008). Ziel des BEMs ist die Überwindung und Verhinderung von Arbeitsunfähigkeit. Dabei gilt das Prinzip „Rehabilitation statt Entlassung“.

Es gibt kein gesetzlich vorgeschriebenes Konzept für die Einführung eines BEM als System, aber Regelungen zu dessen Ablauf (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2008). Die genaue Vorgehensweise ergibt sich aus den Gegebenheiten des Betriebes. Brandenburg und Nieder (2009) betonen, dass es wichtig sei, dass die jeweilige betriebliche Vorgehensweise in jedem Einzelfall angewendet wird und dass dieses Vorgehen bekannt ist und transparent gemacht wird. Die Ablaufregeln der Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) (2008) sehen vor, dass der Arbeitgeber zunächst den Kontakt mit dem erkrankten Mitarbeiter aufnimmt. In diesem Zuge legt er die Ziele und den Ablauf des BEM dar und holt die Zustimmung des Beschäftigten zur Durchführung des BEM ein. Ohne Zustimmung des betroffenen Mitarbeiters findet keine BEM statt, seine Mitwirkungsbereitschaft ist also für den weiteren Prozess erforderlich. Mit Zustimmung des Betroffenen wird der Betriebs- bzw. Personalrat eingeschaltet und bei Bedarf auch der Betriebsarzt sowie externe Partner des Betriebes (z.B. Rehabilitationseinrichtungen, Rentenversicherungsträger, Arbeitsagentur, Berufsgenossenschaft). Bei behinderten Arbeitnehmern wird darüber hinaus die Schwerbehindertenvertretung einbezogen sowie ggf. das Integrationsamt oder der Integrationsfachdienst (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2010). Gemeinsam mit einem Arbeitgebervertreter wird dann ein sog. BEM-Team gebildet. Genauere Vorschläge zur Durchführung macht die Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und

Hauptfürsorgestellen (2008; 2010). Sie greifen auch die Implikationen einer Nichtdurchführung des BEM auf. Zwar gibt es keine unmittelbaren Sanktionen, wenn der Arbeitgeber kein BEM durchführt, allerdings wurden durch die Gesetzgebung die Anforderungen an eine krankheitsbedingte Kündigung verschärft. Im Fall einer rechtlichen Auseinandersetzung erhöht sich nämlich die „Darlegungs- und Beweislast des Arbeitgebers bezüglich einer Weiterbeschäftigungsmöglichkeit des Arbeitnehmers“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen, 2010).

Die gesetzliche Einführung des BEM stellt einen positiven Schritt im Bereich der Wiedereingliederung und Rehabilitation dar. Dem Arbeitnehmer wird es ermöglicht, seine Arbeitsunfähigkeit zu überwinden und an einen, seinem Gesundheitszustand angepassten, Arbeitsplatz zurückzukehren. Kehrt er frühzeitig in den Betrieb zurück, erhält er anstelle des Krankengelds den vollen Lohn. Für den Arbeitgeber reduzieren sich durch das BEM Entgeltfortzahlungen und Kosten, die durch die Einstellung einer Ersatzkraft anfallen würden.

Mit dem BEM sind jedoch auch einige Schwierigkeiten verbunden. Beim BEM wird häufig die direkte Führungskraft dazu angehalten das Gespräch zu führen. Hier greifen die schon bei den Rückkehrgesprächen erläuterten Probleme, wenn der Vorgesetzte möglicherweise ein Mitverursacher der krankheitsbedingten Langzeitabsenz ist oder sich mit der Durchführung des BEM überfordert fühlt. Dennoch kann gerade die direkte Führungskraft für den Wiedereingliederungsprozess eine zentrale Rolle spielen und sollte deshalb grundsätzlich mit eingebunden werden. Eine gangbare Möglichkeit ist es, dem Mitarbeiter frei zu stellen, mit wem er das BEM-Erstgespräch führen möchte (Vorgesetzter, Personalabteilung, Gesundheitsmanagement), wie dies z.B. beim Kommunalen Arbeitgeberverband Berlin gehandhabt wird.

Eine weitere Problematik ergibt sich durch das Fehlen von Schonarbeitsplätzen, die Beschäftigten mit Leistungseinschränkungen die Möglichkeit bieten, ihre Arbeit (frühzeitig) wieder aufzunehmen. Bedingt durch schlanke Unternehmensstrukturen sind diese häufig nicht mehr vorhanden (Kocyba & Voswinkel, 2007b). Eine adäquate Eingliederung ist jedoch nur möglich, wenn Arbeitsplätze vorhanden sind, die leistungseingeschränkten Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, einer

leichteren Tätigkeit nachzugehen. Die BIH (2008) schlägt deshalb vor, fremdvergebene Arbeitsaufträge in den Betrieb zurückzuholen oder bereits bei der Einrichtung von Arbeitsplätzen zu berücksichtigen, dass es immer Mitarbeiter gibt, die in ihrer Leistungsfähigkeit aufgrund von Alter oder Krankheit gemindert sind.

Deutlich wird, dass im Rahmen eines Wiedereingliederungsprozesses Präsentismus in gewissem Ausmaß zwingend ist. In den sog. „Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen heißt es in § 2: „Arbeitsunfähigkeit besteht auch während einer stufenweisen Wiedereingliederung der Arbeit fort, durch die dem Versicherten die dauerhafte Wiedereingliederung in das Erwerbsleben durch eine schrittweise Heranführung an die volle Arbeitsbelastung ermöglicht werden soll“. Hier ist zu beachten, dass Präsentismus in diesem Fall nicht aus Anwesenheitszwängen resultiert, sondern im Rahmen kurativer Maßnahmen auftritt. Insbesondere bei spezifischen Symptomen und Krankheiten kann Präsentismus sogar als gesundheitsförderlich angesehen werden. Dies betrifft v.a. psychische Erkrankungen, sowie leichtere Einschränkungen durch Rückenschmerzen (Bödeker & Hüsing, 2008).

Insgesamt gilt auch für das BEM, dass es eine reaktive Strategie in Bezug auf bereits entstandene Fehlzeiten in Folge von Krankheit darstellt (Kocyba & Voswinkel, 2007b). Die präventive Verhinderung von Krankheit und Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter ist die zentrale Aufgabe der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

3.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Pfaff (2001, S. 34) definiert die betriebliche Gesundheitsförderung als

„alle Maßnahmen eines Betriebes, die 1. der Bekämpfung krankheitsrelevanter privater Risikoverhaltensweisen dienen, die 2. auf die Erhöhung unspezifischer Gesundheitspotentiale (Ressourcen) zielen und/oder die 3. der spezifischen oder unspezifischen Förderung des sozialen, psychischen und physischen Wohlbefindens der Mitarbeiter dienen.“

Das heutige Verständnis einer betrieblichen Gesundheitsförderung lehnt sich im Kern an zwei zentrale Gestaltungskonzepte an. Dies ist einerseits die Ottawa-Charta der WHO (siehe Conrad & Kickbusch, 1988; World Health Organization, 1986) und andererseits die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997).

Gemäß der Ottawa-Charta zielt Gesundheitsförderung „...auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Conrad & Kickbusch, 1988, S. 145). In der Charta wird aufgegriffen, dass die Arbeit ein zentraler Lebensbereich ist und eine Quelle der Gesundheit, nicht der Krankheit, sein soll. In diesem Sinne geht es bei der *betrieblichen* Gesundheitsförderung darum den Beschäftigten zu befähigen, im betrieblichen Kontext seine Gesundheit aktiv herzustellen (Ducki, 2000; Hauß & Laußer, 1988).

In der Luxemburger Deklaration verpflichten sich die Mitglieder des europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen im Sinne der Deklaration durchzuführen. Die Luxemburger Deklaration hat mittlerweile breite Akzeptanz gefunden und ist für zahlreiche Unternehmen Grundlage ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung, da sie konkrete Leitlinien und Handlungsempfehlungen beinhaltet. Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst laut Luxemburger Deklaration „alle Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Die Gesundheitsförderung geht dabei über präventive Maßnahmen hinaus – sie strebt aktiv eine Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten an. Ansatzpunkte sind Verbesserungen der Arbeitsorganisation und -bedingungen, Mitarbeiterbeteiligung und die Stärkung persönlicher Kompetenzen. Die betriebliche Gesundheitsförderung soll die Beschäftigten auf die Herausforderungen der Arbeitswelt im 21. Jahrhundert (Globalisierung, Personalabbau, älter werdende Belegschaften, veränderte Beschäftigungsverhältnisse) vorbereiten und ihre Gesundheitspotentiale stärken (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Im Mittelpunkt steht dabei die gesundheitsgerechte Gestal-

tung von Arbeitsbedingungen, insbesondere der Ausbau von positiven Merkmalen der Arbeit (Ressourcen), die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten erhöhen (Ducki, 2000). In diesem Sinne ist die Betriebliche Gesundheitsförderung als ganzheitlicher Ansatz zu betrachten, in dessen Rahmen sowohl verhaltens- als auch verhältnisändernde Maßnahmen Berücksichtigung finden. Als verhaltensorientiert sind Interventionen zu verstehen, die ein gesundheitsgerechtes Verhalten bei den Mitarbeitern fördern (z.B. Stressmanagement, Rückenurse, Sportangebot). Verhältnisorientierte Maßnahmen betreffen die Zustände und Strukturen in der Organisation, wie etwa die Unternehmenskultur, das Führungsverhalten, die Arbeitsbedingungen oder die Personalpolitik.

Grundprinzipien der BGF sind der Einbezug der gesamten Belegschaft (Partizipation) und die Berücksichtigung der BGF bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen (Integration). Alle Maßnahmen und Projekte sollen dabei systematisch nach den Regeln des Projektmanagements durchgeführt werden. Dies beinhaltet eine Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, sowie eine kontinuierliche Evaluation.

Wichtig ist es zu beachten, dass BGF nur langfristig angelegt sinnvoll ist (Ducki, 2000; Hauß & Laußer, 1988), denn es geht vorrangig um die Veränderung von Strukturen und die Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur (Ducki, 2000; Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997; Westermayer et al., 2006). Zwei zentrale Methoden, die die Prinzipien der BGF berücksichtigen, sollen im Folgenden erläutert werden, nämlich die Mitarbeiterbefragung mit Datenrückkopplung und der Gesundheitszirkel.

3.2.2.1 Mitarbeiterbefragung mit Datenrückkopplung

Mitarbeiterbefragungen sind systematische Erhebungen der Meinungen und Einstellungen von Mitarbeitern einer Organisation zu arbeitsbezogenen Themen (Borg, 1995). Eine Mitarbeiterbefragung (MAB) im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung dokumentiert die aktuelle gesundheitsbezogene Situation im Unternehmen und legt Potenziale für Veränderungen und Interventionen frei. Auf Basis der anonymen Befragung der Beschäftigten kann eine repräsentative Entscheidungsgrundlage für zukünftige Maßnahmen geschaffen werden oder be-

stehende Maßnahmen einer Evaluation unterzogen werden (Ducki, 2000). Darüber hinaus ermöglicht eine MAB die Einbeziehung der Mitarbeiter in den Prozess der Gesundheitsförderung und folgt damit dem Prinzip der Organisationsentwicklung, Betroffene zu Beteiligten zu machen (Brandenburg & Nieder, 2009). Dies trägt zur Akzeptanz gesundheitsförderlicher Maßnahmen und organisationaler Veränderungen bei. Aufgrund dieser aktivierenden und motivierenden Funktion, kann die MAB selbst bereits als Intervention wirken (Ducki, 2000).

Befragungsinhalte der MAB können den Gesundheitszustand der Beschäftigten betreffen, aber auch die Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz und durch die Arbeitstätigkeit, die Einstellung der Mitarbeiter zum Gesundheitsmanagement sowie zur Gesundheitsförderung, das Interesse und die Teilnahmebereitschaft an gesundheitsförderlichen Aktivitäten und die Motivation zum gesundheitsbewussten Verhalten (Brandenburg & Nieder, 2009).

Wichtig ist es, die Ergebnisse der MAB und die daraus abgeleiteten Konsequenzen den Mitarbeitern zurückzumelden (Datenrückkopplung bzw. survey feedback), um diesen die Ernsthaftigkeit und Wirksamkeit einer solchen Befragung zu vermitteln (Borg, 2003). Dies fördert nicht nur die Motivation der Mitarbeiter, gesundheitsförderliche Maßnahmen mitzutragen, sondern trägt auch zur Verbesserung des Betriebsklimas bei und stärkt die Verbundenheit mit dem Unternehmen (Brandenburg & Nieder, 2009). Besonders effektiv ist die gemeinsame Diskussion der Befragungsergebnisse gemeinsam mit den Mitarbeitern anhand von Gruppendiskussionsverfahren oder in so genannten „Gesundheitszirkeln“ (Ducki, 2000; Sochert & Schröer, 1996). Die Befragungsergebnisse können dort als Ausgangspunkt für die Ableitung konkreter gesundheitsförderlicher Maßnahmen dienen.

3.2.2.2 Gesundheitszirkel

Grundlegender Gedanke der Arbeit mit Gesundheitszirkeln ist die Zusammenführung des Wissens aller betrieblich relevanten Gruppen und Personen über Gesundheit und Krankheit (Sochert & Schröer, 1996). Dazu wird ein moderierter Gesprächskreis einberufen, in dem gesundheitliche Themen besprochen werden. Zentral ist der Einbezug von Mitarbeitern als Experten in eigener Sache. Gesundheitszirkel folgen also dem Motto: „Gesundheitsförderung mit den Beschäftigten

anstatt Gesundheitsvorsorge für die Beschäftigten“ (Sochert & Schröer, 1996). Darüber hinaus nehmen meist auch professionelle Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten an den Zirkeln teil, wie z.B. Betriebsärzte, Gesundheitsmanager, Arbeitssicherheitsfachkräfte oder Krankenkassenvertreter.

In den Gesundheitszirkeln werden arbeitsbezogene Belastungen thematisiert und Gegenmaßnahmen entwickelt, um diese Belastungen zu minimieren. Neben dem Ziel, Maßnahmen abzuleiten, wirken Gesundheitszirkel bereits an sich gesundheitsförderlich, denn sie „verfolgen dabei auch die Perspektive des Knüpfens sozialer Unterstützungsnetzwerke und stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit“ (Piorr & Taubert, 2000).

Um Ansatzpunkte für die Diskussion in Gesundheitszirkeln zu finden, ist der Einsatz einer vorgeschalteten MAB sinnvoll. Aus einer vertieften Analyse der Befragungsergebnisse können dann bedarfsgerecht bestimmte Maßnahmen abgeleitet werden (vgl. Brandenburg & Nieder, 2009).

3.2.3 Ein Fazit zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die Wirkperspektive des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine mittel- bis langfristige (Piorr & Taubert, 2000). Dies sollte bei der Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements berücksichtigt werden. Eine Fokussierung auf die kurzfristige Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten greift aus diesem Grund zu kurz. Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements kann es nur sein, die Gesundheit der Beschäftigten langfristig und nachhaltig zu fördern. Durch die Vermeidung von Chronifizierung und Exazerbation von Krankheitssymptomen, sowie den Aufbau einer Gesundheitskultur – die auch soziale Unterstützungsnetzwerke und gesundheitsförderliche Führung beinhaltet – kann dieses Ziel erreicht werden. Die verbesserte physische und psychische Gesundheit der Beschäftigten wird sich dann in einem „gesunden“ Krankenstand niederschlagen.

4 Präsentismus

Die Beobachtung, dass Mitarbeiter trotz Krankheit ihrer Arbeitstätigkeit nachgehen wurde schon vor mehreren Jahrzehnten gemacht (Steers & Rhodes, 1978; Taylor, 1968), doch die wissenschaftliche Untersuchung dieses Verhaltens hat eine weitaus kürzere Tradition. Die Benennung dieses Phänomens als Präsentismus (engl.: presenteeism, oder auch sickness presence bzw. sickness presenteeism) entstand als Neologismus in Anlehnung an sein Gegenteil, den Absentismus (engl. absenteeism). Mit dem Begriff „Absentismus“ wird das Fernbleiben von der Arbeit umschrieben. Zu differenzieren ist hier zwischen einem rechtmäßigen Fehlen aufgrund von Krankheit, Fortbildungen oder Beurlaubung und einem ungerechtfertigtem Fernbleiben von der Arbeit. Wenn im Folgenden von Absenzen gesprochen wird, sind – sofern nicht anders erwähnt – krankheitsbedingte Fehlzeiten gemeint. Der Arbeitswissenschaftler Uris (1955) entwickelte den Begriff „presenteeism“ ausgehend von der Frage, wie man die Anwesenheit am Arbeitsplatz steigern könne, verstand darunter also nicht spezifisch das Weiterarbeiten trotz Krankheit. Diese Wortbedeutung entwickelte sich erst im Nachhinein.

Innerhalb der Präsentismusforschung sind zwei Ansätze zu unterscheiden (vgl. Johns, 2010). Vor allem Studien aus den USA fokussieren auf Produktivitätsverluste durch Präsentismus und versuchen, die ökonomischen Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit abzuschätzen. Neben einer Bezifferung des wirtschaftlichen Verlustes von sog. „unproduktiver Anwesenheitszeit“ geht es auch um die Identifizierung derjenigen Krankheiten und Symptomen, die die meisten Produktivitätsverluste verursachen. Europäische Untersuchungen konzentrieren sich auf die soziologischen, organisationalen und personalen Ursachen des Präsentismus. Auswirkungen für den Mitarbeiter als auch für das Unternehmen werden zwar thematisiert, eine monetäre Quantifizierung ist jedoch nicht zentraler Bestandteil dieser Studien. Vor allem die Untersuchungen von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) führten zum Anstoß verschiedentlichter Forschungsbemühungen und haben das heutige europäische Verständnis von Präsentismus maßgeblich geprägt. Da die Begleitumstände des Präsentismus, wie etwa die Regelungen zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, in anderen Ländern (z.B. Skandinavien, USA) von den

deutschen Bedingungen abweichen, ist die Übertragung von Studienergebnissen aus anderen Ländern nur eingeschränkt möglich. Für Deutschland sind jedoch bisher nur vereinzelte Studien zum Präsentismus zu finden (z.B. Emmermacher, 2008; Zok, 2008b).

4.1 Definition und Messung

Aus den unterschiedlichen Forschungssträngen resultierten verschiedene Definitionen und Messungen des Präsentismus. In produktivitätsorientierten Studien, die vor allem aus dem pharmazeutisch-medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kontext stammen, wird Präsentismus als verringerte Arbeitsleistung aufgrund gesundheitlicher Probleme definiert. Diese Herangehensweise spiegelt sich in den Publikationen Nr. 1 bis Nr. 6 in Tabelle 4.1.1 wieder. Häufig wird versucht, die Ausfälle durch Präsentismus in monetäre Verluste umzurechnen sowie Risikopersonen zu identifizieren, um deren Produktivitätseinschränkungen mit medikamentöser bzw. medizinischer Hilfe zu verhindern (für einen Überblick siehe Schultz und Edington, 2007). Es liegt auf der Hand, dass immer nur eine Annäherung an die wahren finanziellen Einbußen durch Präsentismus erfolgen kann, da die Zusammensetzung der Kosten durch Krankheit und Produktivitätsausfälle sehr komplex ist (Evans, 2004; Mattke, Balakrishnan, Bergamo & Newberry, 2007; Pauly, Nicholson, Polsky, Berger & Sharda, 2008). Weiterhin ist zu beachten, dass beispielsweise amerikanische Firmen z.T. maßgeblich an den Krankheitskosten ihrer Mitarbeiter beteiligt werden, sodass eine Generalisierung der dort publizierten Kostenschätzungen auf andere Gesundheitssysteme nicht möglich ist.

Es gibt zahlreiche (v.a. US-amerikanische) Fragebögen zur Messung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste, von denen einige auch in Deutschland Anwendung finden. Eine Übersicht der gebräuchlichsten krankheitsunspezifischen Instrumente findet sich in Tabelle 4.1.2. Diese und weitere Instrumente werden in Übersichtsartikeln bei Lofland et al. (2004), bei Loeppke et al. (2003) sowie in einem neuen deutschen Review von Steinke und Badura (2011) ausführlich beschrieben und diskutiert, sodass hier auf eine vertiefte Darstellung verzichtet wird.

Tabelle 4.1.1 *Definitionen und Messung von Präsentismus.*

Nr.	Definition	Seite	Messung	Quelle	Fokus
1.	"...the decrement in performance associated with remaining at work while impaired by health problems"	864	Verlorene wöchentliche Arbeitsstunden durch Nichterreichung des Produktivitätsstandards ("lost hours per week due to failure to meet the productivity standard")	(Burton, Conti, Chen, Schultz & Edington, 1999)	Produktivitätseinschränkungen aufgrund eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes
2.	"...the problem of workers' being on the job but, because of illness or other medical conditions not fully functioning"	49	-	(Hemp, 2004)	
3.	"Presenteeism is defined as the percentage of time impaired while on the job (e.g., decreased productivity and below normal work quality)"	748	WPAI-GH: Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (General Health)	(Pelletier, Boles & Lynch, 2004)	
4.	"...even when employees are physically present in their jobs, they may experience decreased productivity and below-normal work quality - a concept known as decreased presenteeism."	14	SPS-6: Stanford Presenteeism Scale, 6-Item-Version	(Koopman et al., 2002)	
5.	"Impaired presenteeism occurs when workers are physically present but function at less than full productivity because of illness or other health conditions."	1123	SPS-13: Stanford Presenteeism Scale, 13-Item-Version	(Turpin et al., 2004)	
6.	"The term "sickness presence" is used to describe situations where the ability to work is impaired due to disease, but yet the person goes to work."	216	-	(Vingård, Alexanderson & Norlund, 2004)	

Fortsetzung Tabelle 4.1.1

Nr.	Definition	Seite	Messung	Quelle	Fokus
7.	„Präsentismus beschreibt das Problem der Präsenz am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Beschwerden, inklusive der damit verbundenen negativen Folgen für die Produktivität im Arbeitsprozess.“	33	<p>Präsentismusquote = „Anzahl der Personen, die an mindestens einem Tag [bezogen auf die letzten 14 Tage] mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Beschwerden auf Arbeit waren und dadurch Leistungseinbußen von mindestens 15% hatten – geteilt durch die Anzahl aller Personen.“</p> <p>Zudem Erhebung der Präsentismusneigung: „Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich nicht vollkommen wohl gefühlt haben?“ „Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten mit einer Genesung bis zum Wochenende gewartet?“ „Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten zur Arbeit gegangen obwohl Sie sich krank gefühlt haben?“ „Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten bis zum Feierabend bei der Arbeit geblieben, obwohl Sie sich krank fühlten?“ (nie/selten/gelegentlich/häufig/immer)</p>	(Emmermacher, 2008)	Produktivitätseinschränkungen aufgrund eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes
8.	“Presenteeism is a concept used to describe the phenomenon of working through illness and injury”	2273	Qualitativ: Interviews und Fokus-Gruppen	(Dew, Keefe & Small, 2005)	Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit
9.	„Phänomen, dass ‚Kranke‘ zur Arbeit gehen“	121	<p>“Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben?“ • zur Genesung bis zum Wochenende gewartet haben? • Ihrer Arbeit nachgegangen sind, obwohl Ihnen der Arzt davon abgeraten hat? • Zur Genesung Urlaub genommen haben? • Auf eine Kur verzichtet haben, obwohl der Arzt Ihnen dazu geraten hat?“ (Ja/Nein) 	(Zok, 2008b)	Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit

Fortsetzung Tabelle 4.1.1

Nr.	Definition	Seite	Messung	Quelle	Fokus
10.	“Sickness presence, that is, going to work despite judging one’s current state of health as such that sick leave should be taken.”	958	“Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave because of your state of health?” (No, never/Yes, once/Yes, 2-5 times/Yes, more than 5 times)	(Aronsson, Gustafsson & Dallner, 2000; Aronsson & Gustafsson, 2005)	Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz eines so beeinträchtigten Gesundheitszustandes, dass ein Fehlen gerechtfertigt wäre (subjektiv/objektiv)
11.	“...we define SP [sickness presence] as the situation in which an employee goes to work despite perceiving herself to be sufficiently ill to have legitimately called in sick.”	957	“How many times during the last 12 months have you gone to work even though it would have been reasonable to take sick leave?” (none/once/2-3 times/4-5 times/6-10 times/ more than 10 times)	(Hansen & Andersen, 2008)	
12.	“[...] presenteeism is the phenomenon of employees staying at work when they should be off sick.”	50	“Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave because of your state of health?”(Yes/No)	(Demerouti et al., 2009)	
13.	“...the phenomenon of staff staying at work when they should be off sick”	8	Qualitativ: Interviews und Fokus-Gruppen	(Grinyer & Singleton, 2000)	
14.	“...phenomenon of presenteeism, where employees attend work at times when a sickness absence is justified and perform their work under sub-optimal conditions.”	607	“During the past 12 months, how many days did you work despite an illness or injury because you felt you had to?” (nach Lowe, 2002)	(MacGregor, Cunningham & Caverley, 2008)	Anwesenheitsdruck

Tabelle 4.1.2 Überblick über Instrumente zur Messung von Präsentismus.

Nr.	Name	Kürzel	Autor	Kurzbeschreibung	Kurzform vorhanden?	Monetäre Quantifizierung möglich?
1	Health and Performance Questionnaire	HPQ	(Kessler et al., 2003)	Messung des Einflusses des Gesundheitszustandes auf Fehlzeiten, Leistung, Fluktuation sowie Unfälle und Erkrankungen während der Arbeit	Ja	Ja
2	Stanford Presenteeism Scale	SPS	(Koopman et al., 2002)	Messung von Produktivitätsminderungen durch gesundheitliche Probleme	Ja	Nein
3	Work Limitations Questionnaire	WLQ	(Lerner et al., 2001)	Erfassung der Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen (durch chronische Krankheiten und medikamentöse Behandlung) auf zeitliche, physische, mental-interpersonale und ergebnisbezogene Arbeitsanforderungen	Ja	Ja
4	Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (General Health)	WPAI-GH	(Reilly, Zbrozek & Dukes, 1993)	Quantifizierung der gesundheitlich bedingten Leistungseinschränkungen und Abwesenheitszeiten in Stunden	Ja	Ja

Erschwert wird die Erhebung gesundheitlich bedingter Leistungseinbußen im Selbstbericht durch Antwortverzerrungen und ungenaue retrospektive Schätzungen (Johns, 2010). Bei einigen Instrumenten wird versucht, diese Fehlereinflüsse gering zu halten, indem die Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen anhand differenzierter Kriterien und für einen kurzen Zeitraum (z.B. die vergangenen zwei Wochen) abgefragt werden. So werden etwa beim Work Limitations Questionnaire (WLQ; Lerner, 2001) Produktivitätseinschränkungen in Bezug auf mental-interpersonale, körperliche, outputbezogene und zeitliche Aspekte erfasst. Objektivere Daten über die Produktivität bei Krankheit (z.B. in Form von Stückzahlen, Bearbeitungszeiten oder Vorgesetztenbeurteilungen) sind nur selten verfügbar. Einige Studien, die objektive Produktivitätsmaße einsetzen konnten, zeigten jedoch, dass Präsentismus signifikant mit Leistungseinbußen assoziiert ist (Burton et al., 1999; Burton, Conti, Chen, Schultz & Edington, 2001; Cockburn, Bailit, Berndt & Finkelstein, 1999). So fand sich etwa bei Burton et al. (1999), dass vor allem Call Center-Agents mit psychischen, muskuloskelettalen oder mit Magen-Darm-Erkrankungen weniger effizient telefonierten. Vergleicht man die objektiven Produktivitätsdaten mit den selbstberichteten Produktivitätsverlusten, so wird deutlich, dass die Selbstberichtsmaße mit objektiven Maßen signifikant korrelieren, ihnen aber nicht deckungsgleich entsprechen (Evans, 2004). Abschätzungen zu Produktivitätsverlusten durch Präsentismus können immer nur als eine Approximation der tatsächlichen Produktivitätseinbußen verstanden werden. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die monetären Auswirkungen von Präsentismus substantiell sind (Goetzel et al., 2004). In einer US-amerikanischen Studie von Pauly et al. (2008) wurden 790 Manager unterschiedlicher Unternehmen befragt, wie hoch sie die Produktivitätsverluste und Kosten einer Präsentismusepisode einschätzten. Wurde der Präsentismus auf eine akute Erkrankung zurückgeführt, wurden Produktivitätseinbußen von 29% angenommen, bei chronischen Erkrankungen von 27%. Die Kostenschätzungen lagen bei jeweils etwa 61% des Arbeitslohnes des betroffenen Mitarbeiters. In einer deutschen Metaanalyse (Iverson & Krause, 2007) ergab sich der Befund, dass sich die jährlichen Produktivitätsausfälle aufgrund von Gesundheitsproblemen pro Mitarbeiter auf 27 Tage belaufen. Dabei entfallen ein Drittel der Tage auf krankheitsbedingte Abwesenheit und zwei Drittel

auf gesundheitsbedingt unproduktive Anwesenheit. Multipliziert man dies mit den entsprechenden Lohnkosten zeigt sich, dass der Präsentismus einen bedeutsamen ökonomischen Faktor im Unternehmen darstellt.

Psychologisch, soziologisch oder gesundheitswissenschaftlich ausgerichtete Studien beschreiben Präsentismus als das Verhalten, trotz eines beeinträchtigten Gesundheitszustandes der Arbeitstätigkeit nachzugehen (siehe Tabelle 4.1.1, Nr. 8 bis 14) und setzen dessen Auftretenshäufigkeit mit anderen Variablen in Zusammenhang. Präsentismus wird dabei einerseits, wie in den Publikationen Nr. 8 und Nr. 9 (Tabelle 4.1.1), lediglich auf Verhaltensebene definiert (als das Arbeiten trotz Krankheit oder Verletzung). Auf der anderen Seite wird in den Definitionen der Publikationen Nr. 10 bis Nr. 13 eine wertende Formulierung benutzt: Jemand „sollte“ besser auf Grund seines Gesundheitszustandes zu Hause bleiben oder ist so beeinträchtigt, dass ein Fehlen „legitim“ wäre. In der Präsentismus-Operationalisierung von MacGregor, Cunningham und Caverley (2008, Publikation Nr. 14) wird sogar nahegelegt, dass der Mitarbeiter den Druck verspürt hat, trotz Krankheit arbeiten zu müssen.

In den meisten nicht-produktivitätsorientierten Studien wird Präsentismus anhand eines Einzelitems gemessen. Eine Ausnahme bilden lediglich die deutschen Untersuchungen von Zok (2008b) und Emmermacher (2008). In beiden Studien wurden verschiedene Aspekte in Zusammenhang mit Präsentismus erhoben. Zu beachten ist jedoch, dass lediglich Emmermacher die Items zu einem Skalenwert („Präsentismusneigung“) zusammenführt, bei Zok finden die Analysen weiterhin auf Ebene der Einzelitems statt.

4.1.1 Probleme bestehender Operationalisierungen des Präsentismus

Bei der Operationalisierung von Präsentismus ist darauf zu achten, dass die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit zunächst möglichst so gemessen und definiert wird, dass der Einfluss anderer Variablen gering gehalten wird und Antezedenzen und Konsequenzen ausgeklammert werden (Johns, 2010). Inwiefern dieses Verhalten als funktional oder dysfunktional zu bewerten ist und welche Ursachen und Folgen es hat, sollten empirische Fragestellungen sein. Viele der in Tabel-

le 4.1.1 vorgestellten Operationalisierungen verletzen diese grundlegende Regel, indem sie – wie bei den produktivitätsorientierten Ansätzen – das Verhalten und dessen Folgen vermengen, oder – wie z.B. in der Studie von MacGregor, Cunningham und Caverley (2008) – Verhaltensmotive nahelegen.

Ein weiteres Problem, das sich bei der Erhebung von Präsentismus ergibt, betrifft die Legitimität des krankheitsbedingten Fehlens. Definiert man Präsentismus als das Verhalten, der Arbeitstätigkeit nachzugehen, obwohl es aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen „gerechtfertigt“ oder „besser“ wäre, wird sofort die Frage aufgeworfen, wann dies der Fall ist. Oppolzer (2010) greift diese Problematik vor dem Hintergrund der Kontinuumskonzeption von Gesundheit und Krankheit (vgl. Kapitel 2.1.1) auf und leitet drei Stufen der Arbeitsfähigkeit ab. Die erste Stufe umfasst Personen, die „aufgrund objektiver und subjektiver Kriterien zweifellos als ‚gesund‘ zu betrachten und in ihrer Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt sind“ (S. 176), sodass eine krankheitsbedingte Abwesenheit illegitim ist. Die zweite Stufe „erstreckt sich auf die Grauzone relativer Krankheit bzw. bedingter Gesundheit, die ein breites Spektrum von Befindlichkeitsstörungen sowie Krankheitsvor- und Frühstadien einschließlich Erschöpfungszuständen oder chronischen Krankheitsbeschwerden umfassen kann“ (S. 177). Laut Oppolzer ist eine krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit in dieser Stufe „bedingt legitim“, denn die Befindensbeeinträchtigungen rechtfertigen das Fehlen zwar, sind aber „kein zwingender Grund für Abwesenheit“ (S. 177). In der dritten Stufe befinden sich schließlich die „legitimen Kranken“, die „schwerwiegendere, manifeste Erkrankungen aufweisen und unter massiven Leistungsminderungen leiden“ (S. 177), sodass eine Abwesenheit zur Wiederherstellung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit indiziert ist. Im Sinne der Definition des BSGE liegt eine Arbeitsunfähigkeit dann vor, wenn der Mitarbeiter seine Erwerbstätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes weiter ausüben kann (siehe Kapitel 3.1.2). Die Verhinderung einer Exazerbation oder Chronifizierung von Krankheitssymptomen ist damit eindeutig auch ein legitimer Grund, der Arbeit fernzubleiben. Ob das Fernbleiben von der Arbeit für die Erhaltung der Gesundheit „sinnvoll“ ist, hängt offenbar von der spezifischen Hintergrundsituation ab.

Die Komplexität der Beurteilung, wann ein Mitarbeiter so krank ist, dass er besser der Arbeit fernbleibt, erhöht sich nämlich, wenn neben der Schwere und der Art der Erkrankungen auch arbeitsplatzbezogene Kenngrößen, wie Handlungsspielräume und Regulationsmöglichkeiten im Umgang mit Krankheit in die Überlegungen einbezogen werden. Während für einen Büromitarbeiter eine Verletzung, die mit einer Gehbehinderung einhergeht, möglicherweise kein Hinderungsgrund zu arbeiten darstellt, ist dies bei einem Postzusteller durchaus ein berechtigter Grund, der Arbeit fernzubleiben, da er im Sinne des BSGE seine Tätigkeit „nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes weiter ausüben kann“.

Als weitere Variablen im Beurteilungsprozess sind das Gesundheitskonzept und das Gesundheitswissen der Befragten (siehe Abschnitt 2.1.3) zu berücksichtigen. Inwiefern sich Beschäftigte einer der drei Stufen nach Oppolzer zuordnen bzw. sich als „arbeitsunfähig krank“ empfinden, wird vermutlich stark vom subjektiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit beeinflusst. So ist es im Extremfall denkbar, dass ein Mitarbeiter objektiv gesehen arbeitsunfähig wäre, aber aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht bzw. Symptomaufmerksamkeit weiterarbeitet. Insbesondere bei Menschen mit einem mechanistischen Körperverständnis, könnte dies der Fall sein, denn sie tendieren dazu, solange weiterzuarbeiten, bis ihr „Arbeitsinstrument Körper“ nicht mehr „funktioniert“ (Faltermaier, 1994). Eventuelle Folgeschäden des Präsentismus sind den Betroffenen entweder nicht bewusst oder werden in Kauf genommen.

Insgesamt zeigt sich, dass eine objektive Beurteilung, wann Präsentismus vorliegt, der so schwerwiegend ist, dass er Beachtung finden sollte, problembehaftet ist. Um Determinanten des Präsentismus zu untersuchen sollte deshalb versucht werden, subjektive Beurteilungsprozesse zu minimieren und allein die Verhaltensebene zu betrachten.

Ein weiterer Kritikpunkt, der v.a. produktivitätsorientierte Präsentismusdefinitionen und -operationalisierungen betrifft, bezieht sich auf den angenommenen negativen Charakter dieses Phänomens. Zu beachten ist, dass Präsentismus in Hinblick auf bestimmte Krankheiten und Mitarbeitergruppen nicht als ausschließlich dysfunktionales Verhalten konzipiert werden kann. Bei einigen Krankheitsbildern kann Präsentismus auch entstehen, wenn der Mitarbeiter versucht, seine Arbeits-

fähigkeit zu erhalten oder wiederherzustellen. Insbesondere bei milden Krankheitsverläufen kann das Arbeiten trotz vorliegender Beschwerden gesundheitsförderlich wirken, so etwa bei psychischen Krankheiten oder muskuloskelettalen Beschwerden (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 92). Bei der Messung von Präsentismus ist weiterhin zu beachten, dass Personen, die nach längerer Krankheit wiedereingegliedert werden, oftmals zwingend Präsentismus zeigen müssen (vgl. Kapitel 3.2.1.2). Hier wird die relative Produktivitätseinschränkung einem hundertprozentigen Produktivitätsverlust durch die Abwesenheit von der Arbeit vorgezogen. Auch Personen mit einer chronischen Erkrankung nehmen eine Sonderstellung ein, da sie vor der Herausforderung stehen, ihre Krankheit in den beruflichen Alltag so gut wie möglich zu integrieren. Bisherige Studien haben erwartungsgemäß gezeigt, dass chronisch Kranke erhöhte Präsentismuswerte aufweisen (MacGregor et al., 2008; Schultz & Edington, 2007; Zok, 2008a; Zok, 2008b). Auch die implizite Annahme, dass Präsentismus stets negative Ursachen (z.B. Anwesenheitsdruck) hat, erscheint voreilig, wenn man bedenkt, dass dieses Verhalten ebenso eine enge Bindung an das Unternehmen und ein hohes Engagement widerspiegeln kann. Eine Klärung der Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit sollte deshalb empirisch erfolgen und nicht bereits Teil der Präsentismusdefinition und -operationalisierung sein.

In nicht-produktivitätsorientierten Studien wird am häufigsten das Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000, 2005) eingesetzt: "Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave because of your state of health?" Das vierstufige Antwortformat (No, never/Yes, once/Yes, 2-5 times/Yes, more than 5 times) wird meist dichotomisiert und dann berechnet, wie viele Personen mehr als ein Mal im vergangenen Jahr Präsentismus gezeigt haben (siehe Tabelle 4.1.3). Johns (2010) weist darauf hin, dass bei der niedrigen Basisrate dieses Verhaltens die Antwortskala eine zu starke Vergrößerung darstellt. Ein größeres Problem dieses Messinstruments betrifft jedoch die Konfundierung des Verhaltens, trotz Krankheit zu arbeiten, mit dem Gesundheitszustand. Diese resultiert aus der Erfassung des Präsentismus anhand *absoluter* Häufigkeiten. Die Möglichkeit, Präsentismus zu zeigen, steigt mit der Anzahl der Krankheitsfälle im Referenzzeitraum. Wird das Verhalten,

trotz Krankheit zu arbeiten, nicht relational zur Krankheitshäufigkeit erhoben, geht in hohem Maße der allgemeine Gesundheitszustand in die Präsentismusaussprägung ein. Zwar wird durch die häufig erfolgende Dichotomisierung des Items die Konfundierung relativiert, dennoch bleibt das Grundproblem, dass die Basisrate der Erkrankungshäufigkeit das Antwortverhalten beeinflusst. Setzt man den so erhobenen Präsentismus mit Arbeitsbedingungen, Fehlzeiten oder anderen gesundheitlichen Variablen in Beziehung, ist diese gemeinsame Varianz zu berücksichtigen.

Möchte man die Neigung, Präsentismus zu zeigen, als Frühwarnzeichen oder als Indikatorvariable für die Organisationsgestaltung nutzen, ist eine derartige Präsentismusmessung nur dann zielführend, wenn explizit auch der Gesundheitszustand der Mitarbeiter mit einbezogen werden soll. Für die Forschung zu Ursachen und Auswirkungen des Präsentismus ist die hohe Konfundierung mit dem Gesundheitszustand jedoch problematisch.

Tabelle 4.1.3 *Präsentismus-Jahresprävalenzen.*

Studie	Land	Stichprobe	N	Präsentismus-Häufigkeit				Ja (>1) ^a
				Nie	ein Mal	2-5 Mal	> 5 Mal	
Aronsson et al. (2000)	Schweden	unterschiedliche Berufstätige, repräsentativ	3372	51.0%	13.0%	29.0%	7.0%	37.0%
Aronsson et al. (2005)	Schweden	unterschiedliche Berufstätige, repräsentativ	3096	30.0%	17.0%	38.0%	15.0%	53.0%
Bergström et al. (2009)	Schweden	Berufstätige a.d. Privatwirtschaft	2682	40%	14%	33%	13%	46.0%
		Berufstätige a.d. Öffentlichen Dienst	6091	24%	20%	40%	17%	57.0%
Demerouti et al. (2009)	Dänemark	Krankenpflegerinnen	258	23%	29% über alle drei Messzp.			k.A.
Hansen & Andersen (2009)	Schweden	unterschiedliche Berufstätige, Zufallsstichprobe	11838	42.3%	49.5%	8%		57.5%
Elstad & Vabo (2008)	Dänemark	AltenpflegerInnen	704	20.2%	32.4%	38.9%	8.0%	46.9%
	Finnland	AltenpflegerInnen	597	23.6%	32.2%	38.9%	4.9%	43.8%
	Norwegen	AltenpflegerInnen	663	17.3%	32.4%	41.9%	7.7%	49.6%
	Schweden	AltenpflegerInnen	483	23.4%	34.2%	34.2%	7.0%	41.2%

Anmerkung. ^aPersonen, die mehr als ein Mal im Bezugsjahr angaben, trotz Krankheit gearbeitet zu haben, wurden als Präsentismusfall gezählt.

4.1.2 Ableitung einer eigenen Definition

Die bisherige Messung von Präsentismus teilt sich in einen produktivitätsorientierten Strang, bei dem Präsentismus mit den gesundheitlich bedingten *Produktivitätsverlusten* bei der Arbeit gleichgesetzt wird und einen sozialwissenschaftlichen Strang, bei dem das Arbeiten trotz Krankheit als *Verhalten* mit seinen Antezedenzen und Konsequenzen im Mittelpunkt steht. Aufgrund der in Kapitel 4.1.1 erläuterten Gründe, soll der Präsentismus im Rahmen der vorliegenden Arbeit verhaltensbezogen, differenziert, sowie möglichst unkonfundiert operationalisiert und erfasst werden. Folgende Definition von Präsentismus wird der Operationalisierung zu Grunde gelegt:

Präsentismus ist das Verhalten von Berufstätigen, trotz Vorliegen von Krankheitssymptomen weiter ihrer Arbeitstätigkeit nachzugehen.

Dieses beobachtbare Krankheitsverhalten wird als Resultat eines komplexen Entscheidungsprozesses verstanden, in Rahmen dessen Vor- und Nachteile der An- bzw. Abwesenheit von Krankheit – abhängig von der gesundheitlichen, privaten und beruflichen Hintergrundsituation – gegeneinander abgewogen werden. Konsequenzen dieses Krankheitsverhaltens, wie z.B. Produktivitätsverluste, sind explizit *nicht* Bestandteil der Präsentismuskonzeption, sondern Gegenstand empirischer Untersuchungen.

4.2 Prävalenz

Im Folgenden soll ein Überblick über die Präsentismus-Prävalenzen aus bisherigen europäischen Studien gegeben werden. Untersuchungsergebnisse von anderen Kontinenten werden aufgrund der nicht vergleichbaren Arbeitsbedingungen (insbesondere der Regelungen zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall) ausgeschlossen.

Je nach Messung schwanken die Angaben, wie viele Beschäftigte Präsentismus zeigen. Tabelle 4.1.3 zeigt Befunde aus Skandinavien und Dänemark, die auf die Messung von Präsentismus mit dem Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000, 2005) zurückgehen. In einer groß angelegten schwedischen Studie von Aronsson et al. (2000) waren 37% der Befragten im Vorjahr mindestens zwei Mal bei der Arbeit

„obwohl es besser gewesen wäre, sich krank zu melden“, in der zweiten Studie von 2005 sogar 53%. Auch in den weiteren Studien (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson & Josephson, 2009; Demerouti et al., 2009; Elstad & Vabo, 2008) zeigte sich, dass zwischen 41.2% und 57.5% der Befragten mehr als ein Mal im Vorjahr trotz Krankheit arbeiteten. Ein nicht unwesentlicher Prozentsatz der Erwerbstätigen (5-15%) kam sogar mehr als 5 Mal pro Jahr krank zur Arbeit.

Zok (2008a, 2008b) führte im Jahr 2007 in Deutschland eine bundesweite, repräsentative Studie mit 2000 Beschäftigten aus unterschiedlichen Unternehmen und Branchen durch, in der die Prävalenzrate und die Gründe des Präsentismus erhoben wurden. Diese kam zu vergleichbaren Ergebnissen – dort bejahten im Jahr 2003 knapp 71% der Befragten, in den vergangenen zwölf Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich „richtig krank“ gefühlt hätten. Im Jahr 2007 fiel dieser Prozentsatz leicht ab, und zwar auf 61.8%. Zu beachten ist, dass die Befragten lediglich mit „ja“ und „nein“ antworten konnten. In den in Tabelle 4.1.3 aufgeführten Studien zeigt sich in Einklang mit den deutschen Zahlen, dass zwischen 17.3% und 40% angaben, nie Präsentismus gezeigt zu haben. Bei der Antwortkategorie „nie“ ist zu beachten, dass keine Trennung zwischen Personen, die nie krank waren und Personen, die im Krankheitsfall nicht gearbeitet haben, vorgenommen wurde. Um darauf schließen zu können, inwiefern der gezeigte Präsentismus „schwerwiegend“ war, erhob Zok (2008a) in seiner Untersuchung zusätzlich, ob die Beschäftigten entgegen des ärztlichen Rates weitergearbeitet hatten. Es zeigte sich, dass etwa ein Drittel der Befragten dies bejahten.

Auch zur Messung von Produktivitätsverlusten aufgrund von Präsentismus liegen deutsche Zahlen vor. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von 2000 Erwerbstätigen (Bödeker & Hüsing, 2008) wurde mit dem Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire (WPAI) für die vergangenen 7 Tage gemessen, inwiefern sich gesundheitliche Probleme auf die Arbeit ausgewirkt hatten. Von den Befragten mit aktuellen gesundheitlichen Problemen (dies waren 27% der Gesamtstichprobe) sahen sich 59% aus gesundheitlichen Gründen in der Produktivität behindert, während 15% aufgrund von Krankheit bei der Arbeit gefehlt hatten. Die betroffenen Mitarbeiter schätzen das Ausmaß an Produktivitätseinschränkungen durch ihre Krankheit auf durchschnittlich 20%.

Insgesamt zeigt sich sowohl für die produktivitätsorientierten, als auch für die verhaltensorientierten Maße, dass Präsentismus weit verbreitet ist und ein substantieller Anteil Erwerbstätiger mehrmals jährlich oder sogar entgegen des ärztlichen Rates krank zur Arbeit kommt.

4.3 Modelle zum Präsentismus

Die bisherige Forschung zum Präsentismus verlief weitestgehend atheoretisch und unsystematisch (Johns, 2010). In einer Publikation aus dem Jahr 2005 wird von Aronsson und Gustafsson zwar ein Präsentismusmodell umrissen, dies wurde in späteren Publikationen jedoch nicht mehr aufgegriffen. Das Modell (siehe Abbildung 4.3.1) geht von personenbezogenen und arbeitsbezogenen Einflussfaktoren aus, die bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen die Entscheidung beeinflussen weiterzuarbeiten oder sich krank zu melden.

Das gesundheitliche Befinden wird als stärkste Determinante des Präsentismus angesehen. Die gesundheitlichen Auswirkungen des Präsentismus werden dem Modell zu Folge von pathogenen und salutogenen Faktoren der Arbeit beeinflusst. Im Falle der Entscheidung krankheitsbedingt zu fehlen, werden die gesundheitlichen Effekte von der Rückkehr zur Arbeit, dem Ausschluss vom Arbeitsmarkt und anderen (nicht spezifizierten) Faktoren determiniert.

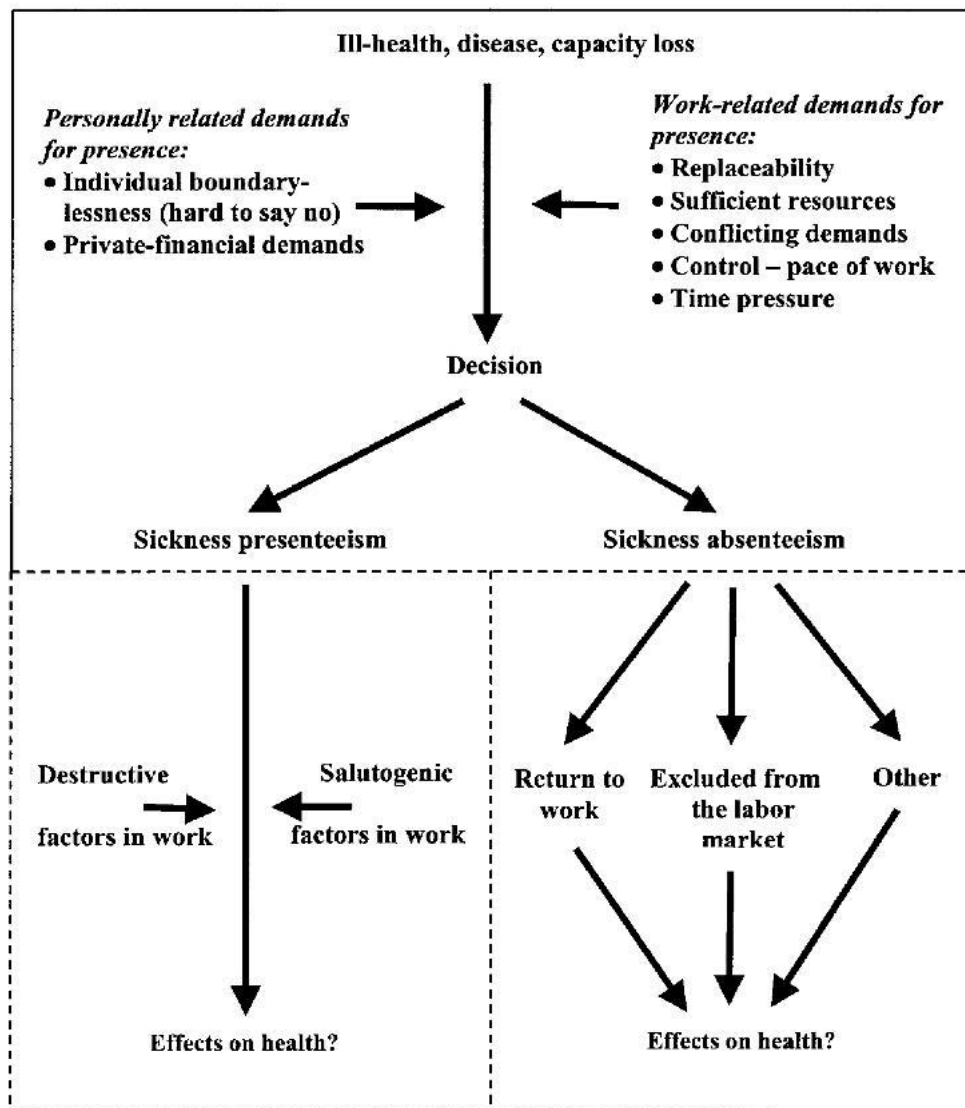


Abbildung 4.3.1 Präsentismusmodell von Aronsson und Gustafsson (2005).

In seinem Review zum Präsentismus entwirft Johns (2010) aufgrund bisheriger Forschungsbefunde ein eigenes Modell, das mit dem von Aronsson und Gustafsson große Überlappungen aufweist (siehe Abbildung 4.3.2).

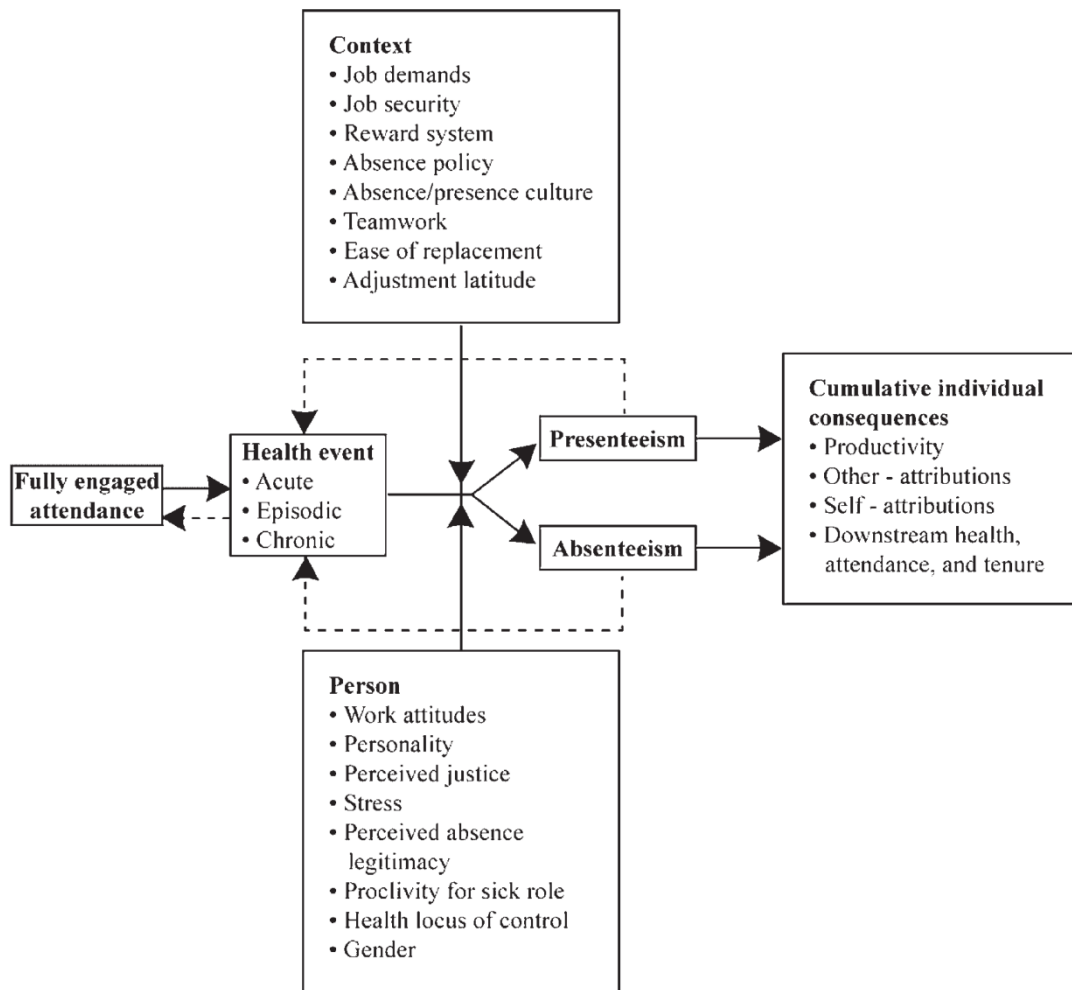


Abbildung 4.3.2 Präsentismus-Modell von Johns (2010).

Abgesehen von einer umfassenderen Auflistung der Antezedenzien und Konsequenzen des Präsentismus unterscheiden sich die Modelle nur dahingehend, dass Johns auch den „Normalzustand“, nämlich die produktive Anwesenheit am Arbeitsplatz aufführt. Ausgangspunkt des Präsentismus ist dem Modell zu Folge die Unterbrechung der normalen, produktiven Anwesenheit durch ein gesundheitliches Ereignis („health event“). Abhängig von der Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung sowie von den Kontextfaktoren der Arbeit und individuellen Merkmalen wird dann eine Entscheidung zwischen Präsentismus und Absentismus getroffen. Das gewählte Krankheitsverhalten beeinflusst nicht nur rückwirkend den Gesundheitszustand und das Befinden, sondern hat weitere kurz- und langfristige Konsequenzen, die die Produktivität, das Verhalten und die Attributionen betreffen. Johns weist z.B. darauf hin, dass Mitarbeiter, die aufgrund von Anwesen-

heitsdruck häufig trotz Krankheit arbeiten müssen, eine Unzufriedenheit mit ihrer Arbeit entwickeln könnten, die dazu führt, dass ihr Arbeitsengagement sinkt und sie letztendlich sogar das Unternehmen verlassen. Darüber hinaus könnte eine Verschlechterung der Gesundheit zu langfristig verringerter Produktivität und höheren Absenzen führen. Inwiefern empirische Befunde das hypothetisierte Modell untermauern, wird anhand der folgenden Darstellung der empirischen Befundlage zum Präsentismus sichtbar.

4.4 Empirische Befundlage zu den Antezedenzien und Konsequenzen des Präsentismus

Ausgehend von den im vorherigen Kapitel vorgestellten Modellen werden nun die empirischen Befunde zum Präsentismus getrennt nach arbeits- und personenbezogenen Einflussfaktoren sowie hinsichtlich dessen Auswirkungen überblicksartig dargestellt. Zu beachten ist, dass nach Kenntnisstand der Autorin für einige der in den Modellen aufgeführten Variablen bisher keine direkten Forschungsbefunde zum Präsentismus berichtet werden können. Dies betrifft im Modell von Johns (2010) vorrangig den Einfluss des Gratifikationssystems und die empfundene organisationale Gerechtigkeit. Auch zu aus Präsentismus resultierenden Attributionen und der Bindung an das Unternehmen liegen bisher offenbar keine Studien vor. Indirekte Befunde zum Zusammenhang des Präsentismus mit der Akzeptanz der Krankenrolle (*proclivity for sick role*) und den gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen (*health locus of control*) wurden bereits in Kapitel 2.1.3 in Zusammenhang mit den Gesundheitstheorien und dem Gesundheitsverhalten thematisiert. Im Modell von Aronsson und Gustafsson (2005) werden weiterhin die gesundheitlichen Konsequenzen des Arbeitens trotz Krankheit in Abhängigkeit von pathogenen und salutogenen Arbeitsbedingungen aufgegriffen. Während erste Befunde zu gesundheitlichen Auswirkungen des Präsentismus vorliegen, wurden bisher keine Analysen durchgeführt, die den moderierenden Einfluss der Arbeitsbedingungen berücksichtigen, sodass dieser Aspekt ebenso ausgeklammert werden muss wie die thematisierten Konsequenzen des Absentismus. Zusätzlich zu den bei Johns (2010) sowie Aronsson und Gustafsson (2005) aufgeführten Variablen, werden jedoch der Beruf und berufliche Status sowie das Führungsverhalten

als Einflussfaktoren thematisiert, da diese bereits in bisherigen Studien Beachtung gefunden haben.

4.4.1 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren

Inwiefern Präsentismus mit den Bedingungen bei der Arbeit und im Unternehmen in Beziehung steht, war bereits öfter Gegenstand empirischer Studien. Die Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit arbeitsbezogenen Faktoren werden im Folgenden nach verschiedenen Aspekten untergliedert dargestellt.

4.4.1.1 Beruf und beruflicher Status

Die verhaltensorientierte Erforschung von Präsentismus wurde vor allem von der epidemiologisch angelegten Studie von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) mit 3372 schwedischen Beschäftigten angestoßen, bei der starke berufsgruppenspezifische Schwankungen in Bezug auf das Krankheitsverhalten gefunden wurden. Auf Grundlage dieser Befunde wurde in Folge versucht, Einflussgrößen zu identifizieren, die zu diesen Unterschieden führten.

Hinweise auf tätigkeitsspezifische Wirkmechanismen liefern Studien, die fanden, dass Beschäftigte mit menschenorientierten Tätigkeiten höhere Präsentismuswerte aufweisen, als Mitarbeiter anderer Bereiche. Vergleicht man die Präsentismuswerte von Beschäftigten unterschiedlicher Professionen so zeigt sich, dass insbesondere Berufstätige, die Verantwortung für abhängige Menschen (Kranke, Alte, Kinder) haben, die höchsten Werte aufweisen (Aronsson et al., 2000). Möglicherweise ist dieser Befund jedoch nicht nur der sozialen Verantwortung, sondern auch den Strukturen und dem beruflichen Rollenverständnis in diesem Sektor (vgl. Kupper, Paulus, Gottschaldt & Mundle, 2008, S. 32) geschuldet. Doch auch innerhalb des sozialen Sektors finden sich große berufsspezifische Unterschiede (Aronsson et al., 2000). Eine Berufsgruppe, die durch besonders gravierenden Präsentismus auffällt, ist die der Ärzte. In einer norwegischen Studie von Rosvold und Bjertness (2001) gaben 80% der Ärzte an, dass sie im vergangenen Jahr mindestens ein Mal mit einer Erkrankung gearbeitet hatten, bei der sie ihre Patienten krankgeschrieben hätten. Mehr als 60% der Befragten hatte darüber hinaus mit einer infektiösen Krankheit den Arbeitsplatz aufgesucht. Ein ähnliches Befundmus-

ter zeigte sich bei einer Untersuchung mit jungen britischen Ärzten (Perkin, Higton & Witcomb, 2003), bei der in 63.2% bis 84.9% der Episoden mit einer infektiösen Erkrankung weitergearbeitet wurde.

Der berufliche Status eines Beschäftigten steht in engem Zusammenhang mit Merkmalen der Arbeitstätigkeit. Je nach Höhe des beruflichen Status, sind z.B. unterschiedliche Freiheitsgrade und Verantwortlichkeiten, aber auch Zwänge anzunehmen, die zu Präsentismus führen oder diesen verhindern können. Dass sich der Präsentismus je nach Berufsgruppe unterscheidet, konnten Aronsson et al. (2000) in ihrer Studie bereits empirisch zeigen (s.o.). Hansen und Andersen (2008) erhoben den beruflichen Status direkt und fanden sowohl bei Selbstständigen ($OR = 1.27$) als auch bei ungelernten Arbeitern ($OR = 1.13$) signifikant erhöhte Präsentismusraten, selbst wenn andere Einflussvariablen kontrolliert wurden. Da das Präsentismusrisiko in keinem systematischen Zusammenhang mit dem Sozialstatus stand, lässt sich eine Generalisierung im Sinne von „je geringer bzw. je höher der berufliche Status, desto mehr Präsentismus“ aufgrund dieser Befunde nicht ableiten. Es zeichnet sich vielmehr ab, dass auf den verschiedenen Hierarchieebenen unterschiedliche Faktoren den Präsentismus bedingen. In einer Studie von Zok (2008b) zeigte sich zum Beispiel, dass Arbeitnehmer mit einer geringen Qualifikation deutlich häufiger die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes als Hinderungsgrund für Krankmeldungen nannten, während bei Führungskräften die quantitative Arbeitsbelastung ausschlaggebend für den Präsentismus war (siehe Kapitel 4.4.1.2).

4.4.1.2 Quantitative Arbeitsanforderungen

In mehreren Untersuchungen kristallisierte sich eine hohe quantitative Arbeitsbelastung als häufigster Grund für den Präsentismus heraus (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Zok, 2008b). In der deutschen Repräsentativstudie von Zok (2008b) gaben die meisten Befragten (54.3% der Frauen und 44.8% der Männer) an, dass das Übermaß an Arbeit ausschlaggebend dafür sei, dass sie trotz Krankheit weiterarbeiteten. Insbesondere Erwerbstätige mit einem höheren beruflichen Status nannten „zu viel Arbeit“ als einen der Hauptgründe für Präsentismus (Frauen zu 69.9%, Männer zu 50.9%).

Hinweise darauf, dass die quantitativen Arbeitsanforderungen einen ursächlichen Einfluss auf das Ausmaß an Präsentismus haben, lieferte eine längsschnittliche Studie von Demerouti et al. (2009), bei der 258 Krankenschwestern über einen Zeitraum von 1.5 Jahren drei Mal befragt wurden. Im Strukturmodell zeigte sich, dass die zum zweiten Messzeitpunkt erhobenen Arbeitsanforderungen das Präsentismuskniveau ein halbes Jahr später beeinflussten. Einschränken ist anzumerken, dass sich kein längsschnittlicher Effekt für die zum ersten Messzeitpunkt erfassten Arbeitsanforderungen auf den Präsentismus zum zweiten Messzeitpunkt ein Jahr später zeigte. Ob Arbeitsanforderungen sich lediglich zeitnah auf das Krankheitsverhalten auswirken und ob sich diese Befunde replizieren lassen, ist in weiteren Forschungsarbeiten zu klären.

4.4.1.3 Ersetzbarkeit

Aus einer quantitativen Überforderung resultierender Präsentismus kann auch darin begründet liegen, dass der Mitarbeiter spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten besitzt, die niemand anders im Unternehmen hat, sodass er nicht ohne Weiteres ersetzbar oder vertretbar ist. Die Ersetzbarkeit spiegelt also das Ausmaß wider, zu dem eine Person nach ihrer Abwesenheit ihre Arbeit nachholen muss, da niemand anders sie erledigen kann. Die Frage nach der Ersetzbarkeit wurde bisher nur in vereinzelt Studien zum Präsentismus berücksichtigt. In den Studien von Aronsson et al. (2000, 2005) zeigte sich, dass Personen, die schwer ersetzbar waren, sehr viel häufiger krank am Arbeitsplatz erschienen als andere Mitarbeiter. Insbesondere in Unternehmen mit „schlanken“ Strukturen sind Mitarbeiter schwer ersetzbar, d.h. es fehlen dort oftmals Kollegen, die eine Vertretung übernehmen könnten. Auch bei Arbeitsformen, in denen eine Vertretung für einen erkrankten Mitarbeiter nur schwer kurzfristig zu organisieren ist (z.B. im Schichtdienst), ist eine geringe Ersetzbarkeit gegeben. Ist dies der Fall, entsteht für die Mitarbeiter ein besonderer Anwesenheitsdruck (Kocyba & Voswinkel, 2007b). Um diesen spezifischen Anwesenheitsdruck zu erfassen, erfragten Johansson und Lundberg (2004) in ihrer Studie, inwiefern krankheitsbedingtes Fehlen unvereinbar mit dem Job sei (attendance requirements). Es zeigte sich erwartungsgemäß ein starker

Zusammenhang mit Präsentismus und geringen Absenzen, und zwar auch dann, wenn andere potentielle Einflussfaktoren kontrolliert wurden.

4.4.1.4 Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz

Fehlzeitenstudien zeigen, dass die Entscheidung, der Arbeit fernzubleiben, in einem sozialen Kontext getroffen wird (vgl. Beemsterboer, Stewart, Groothoff & Nijhuis, 2009; Harrison & Martocchio, 1998). Zu beobachten ist, dass Gruppennormen vorherrschen, die das individuelle Verhalten maßgeblich beeinflussen (Martocchio, 1994; Mathieu & Kohler, 1990; Nicholson & Johns, 1985; Xie & Johns, 2000). Auch in Bezug auf Präsentismus finden sich Hinweise darauf, dass die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz von großer Bedeutung sind und im Abwägungsprozess berücksichtigt werden. Die Wahrung guter kollegialer Beziehungen und das Vermeiden einer zusätzlichen Belastung von Arbeitskollegen ist bei vielen Mitarbeitern ein wichtiger Grund, um trotz Krankheit zu arbeiten. In einer Studie zum Präsentismus bei Ärzten (McKevitt, Morgan, Dundas & Holland, 1997) gaben über 50% der Befragten an, trotz Krankheit zu arbeiten, um ihren Kollegen keine zusätzliche Arbeit aufzubürden, in der Studie von Perkin, Higton und Witcomb (2003) sogar etwa 70%. Die Studie von Zok (2008b) ergab, dass für 11.5% der Erwerbstätigen die Vermeidung von Ärger mit Kollegen Motiv für den Präsentismus war. Weitere 4.0% der Männer und 7.1% der Frauen gaben zudem an, dass Personalmangel der ausschlaggebende Grund ihres Präsentismus gewesen sei.

Insbesondere, wenn eine enge Zusammenarbeit mit Kollegen notwendig ist, erscheint es plausibel, dass bestehende Interdependenzen zu einem Anwesenheitsdruck führen. In einer qualitativen Studie von Grinyer und Singleton (2000) hierzu äußerten die Befragten, dass die Einführung von Teamarbeit dazu geführt habe, dass der Präsentismus gestiegen sei, eine quantitative Studie von Hansen und Andersen (2008) konnte einen solchen Zusammenhang jedoch statistisch nicht bestätigen ($OR = 1.12$).

Darauf, dass enge kollegiale Beziehungen auch als Ressource wirken können, deuten die Befunde von Caverley et al. (2007) sowie von Hansen und Andersen (2008) hin. In der Studie von Hansen und Andersen ergab sich der Befund, dass soziale Unterstützung am Arbeitsplatz mit einem geringeren Präsentismusrisiko einher-

ging ($OR = 1.24$). Caverley et al. konnten zeigen, dass das Vertrauen in die Kollegen negativ mit Präsentismus assoziiert war ($r = -.24$), fanden aber keinen signifikanten Effekt der sozialen Unterstützung durch die Kollegen ($r = -.10$). In Bezug auf den Einfluss sozialer Beziehungen am Arbeitsplatz besteht aufgrund der heterogenen Befundlage also weiterhin großer Forschungsbedarf, um Ansätze für die Arbeitsgestaltung abzuleiten.

4.4.1.5 Führung

Eine aktuelle Metaanalyse (Kuoppala, Lamminpää, Liira & Vainio, 2008) zeigt, dass das Führungsverhalten sowohl einen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden, als auch auf die Fehlzeiten der Mitarbeiter hat. Trotz des Wissens um die Bedeutsamkeit der Führung sind bisher jedoch kaum Studien zum Zusammenhang von Führung und Präsentismus durchgeführt worden. Nur vereinzelte, neuere Untersuchungen greifen führungsbezogene Aspekte auf – so fanden Caverley et al. (2007) einen negativen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch die Führungskraft und dem Präsentismus ($r = -.21$). Bei Nyberg et al. (2008) zeigte sich, dass eine gering eingeschätzte Integrität der Führungskraft mit hohen Präsentismuswerten einherging. Kennzeichen der geringen Integrität war ein als unaufrichtig, ungerecht und wenig vertrauenswürdiges empfundenen Verhalten. Bei männlichen Angestellten schlug sich auch ein autokratisch-autoritärer Führungsstil des Vorgesetzten in höheren Präsentismuswerten nieder.

Nyberg et al. (2008) weisen darauf hin, dass die Führungskraft auf zweierlei Art das Krankheitsverhalten beeinflussen kann: indirekt, indem sie Einfluss auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter ausübt und direkt, indem sie die Entscheidung, bei Krankheit zu Hause zu bleiben oder trotzdem zu arbeiten, durch ihr Verhalten und ihren Führungsstil beeinflusst. Die Neigung, Präsentismus zu zeigen, ist möglicherweise dann besonders hoch, wenn krankheitsbedingtes Fehlen sanktioniert wird oder wenn die Führungskraft selbst bei Krankheit weiterarbeitet und die Mitarbeiter sich dieses Verhalten zum Vorbild nehmen.

4.4.1.6 Arbeitsplatzunsicherheit

Häufig wird in wissenschaftlichen und populärwissenschaftlichen Artikeln die Angst vor beruflichen Nachteilen bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes als Grund für den Präsentismus thematisiert (z.B. Badura, Schellschmidt, Vetter & Beelmann, 2006; Niemann, 2009; Schmidt & Schröder, 2009; Uhtenwoldt, 2010). Die empfundene Arbeitsplatzunsicherheit scheint in der Tat einen Einfluss auf das Krankheitsverhalten zu haben. Doch wann und bei welchen Beschäftigten besteht diese Arbeitsplatzunsicherheit überhaupt? Greenalgh und Rosenblatt definieren die Arbeitsplatzunsicherheit als eine „...perceived powerlessness to maintain desired continuity in threatened job situation“ (Greenhalgh & Rosenblatt, 1984, S. 438). Zu unterscheiden ist, ob sich die Verlustängste auf die gesamte Arbeitsanstellung oder auf Merkmale der beruflichen Tätigkeit beziehen (Ashford, Lee & Bobko, 1989; Greenhalgh & Rosenblatt, 1984; Hellgren, Sverke & Isaksson, 1999). Die wahrgenommene Bedrohung als wertvoll erachteter Arbeitsplatzmerkmale (z.B. Ort, Gehaltsentwicklung, Art der Tätigkeit) wird dabei als qualitative Arbeitsplatzunsicherheit bezeichnet, die Angst um den Verlust der gesamten Arbeitsanstellung als quantitative Arbeitsplatzunsicherheit (Hellgren et al., 1999).

Westermayer und Stein (2006, S. 11) merken an, dass sogar Beschäftigte, deren Arbeitgeber sich in einer guten wirtschaftlichen Lage befinden, zunehmend Arbeitsplatzunsicherheit empfinden und sprechen hier von „generalisierten Ängsten und Befürchtungen“, die zu einer Anpassung des Krankheitsverhaltens führen. Der Trend absinkender krankheitsbedingter Fehlzeiten bei schwacher Konjunktur und Arbeitsmarktlage (Kohler, 2002) ist ein Hinweis auf aus Arbeitsplatzunsicherheit resultierendem Präsentismus auf bundesweiter Ebene. Eine repräsentative Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO, Schmidt & Schröder, 2009) zeigt die Relevanz der quantitativen und qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit für die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, auf. Dort wurde erfragt, welche Gründe die befragten Arbeitnehmer für den Rückgang der krankheitsbedingten Fehlzeiten in Deutschland verantwortlich machten. Hier gaben drei Viertel der Befragten die Angst um den Verlust des Arbeitsplatzes als Grund an. Verschiedene Studien konnten in Einklang mit diesem Meinungsbild zeigen, dass Arbeitsplatzunsicherheit mit Präsentismus (Caverley et al., 2007; Hansen & Andersen, 2008; Schmidt & Schröder,

der, 2009) bzw. mit geringeren krankheitsbedingten Fehlzeiten einhergeht (Virtanen, 1994), dies betrifft insbesondere Beschäftigte nach einem Personalabbau (Vahtera et al., 2004). Auch in der deutschen Studie von Zok (2008b) gaben 30.2% der Präsentisten an, die Angst um den Arbeitsplatz sei der ausschlaggebende Grund für das Arbeiten trotz Krankheit gewesen.

Doch nicht nur der befürchtete Verlust der gesamten Arbeitsanstellung, auch die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit, kann Präsentismus provozieren. In der WIdO-Studie rangierte an zweiter Stelle als Begründung für die gesunkenen Fehltage in Deutschland, dass man bei häufigeren Krankmeldungen mit beruflichen Nachteilen rechnen müsse (Schmidt & Schröder, 2009). Berufliche Nachteile ergeben sich beispielsweise durch Nichterreichung von Zielvorgaben (und damit ggf. dem Wegfall von leistungsorientierten Vergütungsanteilen) oder bei Beförderungen. Judiesch und Lyness (1999) führten eine prospektive Studie zur Karriereentwicklung von Managern durch und fanden, dass Manager, die aufgrund von Krankheit oder familiären Gründen Fehlzeiten aufwiesen, in den Folgejahren hinsichtlich Beförderungen und Gehaltserhöhungen signifikant schlechter abschnitten, als ihre Kollegen ohne Fehlzeiten. Darüber hinaus erhielten sie schlechtere Leistungsbeurteilungen für das Jahr in dem die Absenzen auftraten (Judiesch & Lyness, 1999). Ausgehend von diesen Befunden lässt sich schlussfolgern, dass Fehlzeiten reale Auswirkungen auf die Karriere haben können und dies von den Arbeitnehmern antizipiert wird.

Die Vermutung, dass die quantitative Arbeitsplatzunsicherheit nicht nur von den subjektiven Bewertungen des Arbeitnehmers, sondern auch von den Rahmenbedingungen des Arbeitsverhältnisses abhängig ist, liegt nahe. Die Art der Anstellung mit einem befristeten vs. unbefristeten Vertrag wird deshalb im Kontext der Erforschung von Arbeitsplatzunsicherheit und Präsentismus ebenfalls häufig mit einbezogen. Die Forschung zur Arbeitsplatzunsicherheit zeigt, dass Personen mit einem befristeten Arbeitsvertrag mehr Angst um ihren Arbeitsplatz haben (Klein Hesse-link & van Vuuren, 1999; Zok, 2005). Erwartungskonträr zeigte sich bei Hansen und Andersen (2008) sowie bei Aronsson und Gustafsson (2005) aber kein Zusammenhang zwischen der Art der Anstellung und dem Präsentismus. Die Studie von Aronsson et al. (2000) erbrachte sogar den Befund, dass unbefristet Beschäf-

tigte *mehr* Präsentismus aufwiesen. Die Autoren führen dieses Ergebnis darauf zurück, dass die Festanstellung die geringe Ersetzbarkeit der Beschäftigten widerspiegeln (siehe dazu Kapitel 4.4.1.3). Die repräsentative deutsche Studie von Zok (2008b) kam hingegen zu dem Ergebnis, dass Arbeitnehmer mit befristeten Arbeitsverträgen häufiger trotz Krankheit arbeiten (66.2%), als diejenigen mit einem unbefristetem Vertrag (60.7%). Insgesamt gibt es noch sehr wenige Studien zum Zusammenhang zwischen Präsentismus, Beschäftigungsmerkmalen und Arbeitsplatzunsicherheit. Die vorhandenen Untersuchungen weisen zudem ein recht heterogenes Befundmuster auf, sodass dieser Frage weiterhin nachgegangen werden muss.

4.4.1.7 Verfügbarkeit von Ressourcen

Inwiefern Ressourcen bei der Arbeit das Krankheitsverhalten beeinflussen, untersuchten Aronsson und Gustafsson (2005). Es zeigte sich dabei ein deutlicher, signifikanter Zusammenhang fehlender Ressourcen und Kontrollmöglichkeiten bei der Arbeitserledigung mit dem Präsentismus. Johansson und Lundberg (2004) erfassen die „adjustment latitude“, d.h. die Möglichkeit, die Arbeitsbedingungen an den eigenen Gesundheitszustand anzupassen. In ihrer Studie fand sich jedoch nur ein schwacher Effekt auf den Präsentismus, der verschwand, wenn der Anwesenheitsdruck im Modell kontrolliert wurde. Ein Problem beider Studien ist das verwendete Präsentismus-Maß. Es wurde mit dem Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000) erfragt, wie häufig die Person zur Arbeit gekommen sei, obwohl es aufgrund ihres Gesundheitszustandes *besser* gewesen wäre, zu Hause zu bleiben. Die Autoren merken an, dass die Selbsteinschätzung als „arbeitsunfähig krank“ mit den Möglichkeiten, Handlungsspielräume zu nutzen, konfundiert sein könnte (siehe dazu auch Kapitel 4.1.1). So könnten Personen, die ausgeprägte Möglichkeiten hatten, ihre Arbeitsbedingungen ihrem Befinden anzupassen, seltener angegeben haben, dass es „besser“ gewesen wäre, zu Hause zu bleiben. In einer Studie von Hansen und Andersen (2008) zeigt sich entsprechend nach Kontrolle anderer Variablen kein Effekt des Handlungsspielraums.

Die wichtige Frage, inwiefern die Verfügbarkeit von Ressourcen den Mitarbeitern hilft, Präsentismus zu vermeiden, muss dementsprechend mit valideren Messin-

strumenten erneut untersucht werden. Zudem sollte nicht nur geprüft werden, ob fehlende Ressourcen Präsentismus erhöhen, sondern auch inwiefern *vorhandene* Ressourcen den Einfluss präsentismusfördernder Arbeitsbelastungen abpuffern.

4.4.1.8 Organisationaler Umgang mit Gesundheit und Krankheit

Die Personalpolitik und die Richtlinien zum Fehlzeitenmanagement haben einen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter und der Führungskräfte im Umgang mit Krankheit. Dass die Art des Umgangs mit Fehlzeiten das Krankheitsverhalten der Mitarbeiter maßgeblich beeinflussen kann, wurde in Kapitel 3.2.1 bereits ausführlich dargestellt. Einzelne Studien konnten bestätigen, dass Mitarbeiter dazu tendieren, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, wenn bei häufigeren Fehlzeiten Vorgesetztengespräche fällig werden (Grinyer & Singleton, 2000) und wenn eine Attestpflicht ab dem ersten Tag besteht (Böckerman & Laukkanen, 2009). Zentral ist darüber hinaus der personalpolitische Umgang mit erkrankten Mitarbeitern, wie die Studie von Zok (2008b) zeigte. In Unternehmen in denen bereits kranke Mitarbeiter entlassen wurden, befürchteten weitaus mehr Mitarbeiter (81.1%) berufliche Nachteile bei häufigen Krankmeldungen, als in Betrieben, bei denen dies nicht geschehen war (59.4%). Entsprechend war der Anteil kranker Beschäftigter (mit schlechter Gesundheit und chronischen Erkrankungen) die Präsentismus zeigten, dort deutlicher höher als in Organisationen ohne Personalabbau. Einen wichtigen Ansatzpunkt für das unternehmerische Handeln bietet weiterhin der Befund (Zok, 2008a, S. 138), dass der Anteil derer, die krank zur Arbeit gehen, in Unternehmen mit BGF-Maßnahmen signifikant geringer ausfällt als in Unternehmen ohne BGF (64.4% vs. 54.6%).

4.4.2 Personenbezogene Einflussfaktoren

Individuelle Faktoren, die Präsentismus begünstigen, können sich zum einen von demografischen und gesundheitlichen Merkmalen ableiten, zum anderen können sie aber auch aus der Einstellung und Persönlichkeit der Person resultieren (vgl. Hansen & Andersen, 2008). Die nachfolgende Darstellung fasst bestehende Forschungsbefunde zu diesen Aspekten zusammen.

4.4.2.1 Demografische Merkmale

In Bezug auf das Alter zeigte sich in einigen Studien, dass ältere Beschäftigte tendenziell weniger Präsentismus zeigten, dies betraf v.a. Beschäftigte ab dem fünfzigsten Lebensjahr (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Zok, 2008a). In anderen Untersuchungen wurde hingegen kein Alterseffekt gefunden (Aronsson et al., 2000; Elstad & Vabo, 2008). Auch hinsichtlich des Geschlechts zeigt sich eine uneinheitliche Befundlage. Während in einigen Studien kein Geschlechtseffekt nachgewiesen werden konnte (Aronsson et al., 2000; Hansen & Andersen, 2008), wurden in anderen Studien höhere Präsentismuswerte bei Frauen (Aronsson & Gustafsson, 2005) gefunden, und zwar insbesondere dann, wenn diese eine leitende Position innehatten (Zok, 2008b). In der Studie von Demerouti et al. (2009) zeigte sich hingegen signifikant mehr Präsentismus bei Männern. Bei Zok (2008b) geht der Geschlechtseffekt ebenfalls in diese Richtung, wenn nur die Berufsgruppe der Arbeiter betrachtet wird. Es scheint also stark von den Charakteristika der Stichprobe abzuhängen, ob sich ein Geschlechtseffekt zeigt und in welche Richtung dieser tendiert.

4.4.2.2 Finanzielle Situation

Die finanzielle Situation von Beschäftigten wird als mögliche Präsentismusursache häufiger thematisiert, wurde bislang aber eher selten empirisch untersucht. Da sich die Regelungen zur Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall je nach Land unterscheiden, ist eine Generalisierung von internationalen Studienergebnissen auf deutsche Verhältnisse nur eingeschränkt möglich. In einer schwedischen Studie fanden Aronsson und Gustafsson (2005) ein signifikant erhöhtes Präsentismusrisiko bei finanziellen Problemen ($OR = 1.68$), wohingegen Hansen und Andersen (2008) bei dänischen Beschäftigten keinen Effekt nachweisen konnten. In einer repräsentativen deutschen Studie (Zok, 2008b) zeigten sich überdurchschnittlich hohe Präsentismuswerte bei einem Nettoeinkommen unter 1500€ (68.1%). Bei voller Entgeltfortzahlung im Falle krankheitsbedingten Fehlens, wie es in Deutschland gegeben ist, könnte dieser Effekt einerseits *direkt* durch den Wegfall von Zuschlägen für Überstunden und Schichtarbeit oder im Rahmen leistungsbezogener Bezahlung zu Stande kommen. Andererseits ist es auch möglich, dass bei finanziel-

len Problemen die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes besonders groß ist, sodass Präsentismus gezeigt wird, um diesem Verlust vorzubeugen (siehe Kapitel 4.4.1.6). In diesem Fall würde die finanzielle Situation eine *indirekte* Wirkung auf das Krankheitsverhalten ausüben. Studien zum Wirkmechanismus der finanziellen Situation auf den Präsentismus liegen nach Kenntnisstand der Verfasserin bisher nicht vor.

4.4.2.3 Gesundheitszustand

Präsentismus kann per definitionem nur vorliegen, wenn eine Person Krankheitssymptome bzw. Befindensbeeinträchtigungen aufweist. Insbesondere bei einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand steigt die Wahrscheinlichkeit zu erkranken und damit Präsentismus zeigen zu können. Da in bisherigen sozialwissenschaftlichen Studien Messinstrumente verwendet wurden, bei denen der Gesundheitszustand in hohem Maße in die Präsentismusausprägung einging (vgl. Kapitel 4.1.1), bestätigte sich in diesen erwartungsgemäß, dass ein beeinträchtigter Gesundheitszustand hoch positiv mit dem Präsentismus korreliert war (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; MacGregor et al., 2008; Zok, 2008b). Besonders deutlich zeigte sich dieser Effekt bei Personen mit chronischen Erkrankungen (MacGregor et al., 2008; Munir et al., 2007; Zok, 2008b). Unklar bleibt bei den bisherigen Studien, ob ein beeinträchtigter Gesundheitszustand auch indirekt den Präsentismus erhöht, indem er das Entscheidungsverhalten beeinflusst. Dies könnte bei Personen der Fall sein, die öfters Krankheitssymptome und Befindensbeeinträchtigungen aufweisen, aber nicht ständig bei der Arbeiten fehlen möchten oder können, sodass sie sich dann dazu entscheiden, weiterzuarbeiten.

In längsschnittlich Studien wurde versucht, die Wirkrichtung zwischen Gesundheitszustand und Präsentismus zu untersuchen, während potentiell konfundierende Variablen - wie der ursprüngliche Gesundheitszustand - kontrolliert wurden. Dabei zeigte sich, dass ein schlechter Gesundheitszustand als Risikofaktor für den Präsentismus zu verstehen ist (Bergström et al., 2009; Burton, Chen, Conti, Schultz & Edington, 2006; Demerouti et al., 2009), andererseits aber auch Folge des Arbeitens trotz Krankheit sein kann (hierauf wird in Abschnitt 4.4.3.1 eingegangen).

4.4.2.4 Persönlichkeit und Arbeitsstil

Zum Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und den Fehlzeiten wurden bereits zahlreiche Studien durchgeführt, die zeigen konnten, dass diese beiden Variablen miteinander assoziiert sind (Furnham & Bramwell, 2006; Judge & Martocchio, 1996; Judge, Martocchio & Thoresen, 1997; Keller, 1983; Ones, Viswesvaran & Schmidt, 2003). In Hinblick auf den Präsentismus spielte die Betrachtung der Persönlichkeitseinflüsse bisher jedoch eher eine untergeordnete Rolle. Aronsson und Gustafsson (2005) bezogen bei ihrer Studie die „individual boundarylessness“ als Persönlichkeitsmerkmal mit ein, also die mangelnde Fähigkeit, sich von Forderungen anderer abzugrenzen zu können. In ihrer Studie zeigte sich, dass Personen mit einer hohen Ausprägung auf dieser Variable signifikant mehr Präsentismus aufwiesen ($OR = 1.24$ bis $OR = 1.55$). Ein ähnliches Konstrukt wurde in der Studie von Hansen und Andersen (Hansen & Andersen, 2008) herangezogen, nämlich das „overcommitment“, d.h. eine übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung (Rödel, Siegrist, Hessel & Brähler, 2004). In der dänischen Studie ergab sich der Befund, dass der Präsentismus mit der Höhe des Overcommitments signifikant anstieg, und zwar auch dann, wenn der Einfluss aller anderen erhobenen Variablen kontrolliert wurde.

Kennzeichen eines hohen Arbeitsengagements ist auch die Anzahl der regelmäßig geleisteten Überstunden eines Mitarbeiters (Beckers et al., 2004; Schaufeli, Taris & Bakker, 2006). Caverley, Cunningham und MacGregor (2007) sowie Hansen und Andersen (2008) konnten zwar eher kleine, aber statistisch bedeutsame Zusammenhänge zwischen den Überstunden und dem Präsentismus finden. Auch Böckerman und Laukkanen (2009) berichten für eine finnische Stichprobe mit 725 Berufstätigen, dass regelmäßige Überstunden, mehr als 48 Stunden wöchentliche Arbeitszeit und ein Missverhältnis von erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit zu signifikant mehr Präsentismus führte.

Die Zuspitzung einer hohen Arbeitsbezogenheit findet sich in der Arbeitssucht („workaholism“). Arbeitssüchtige verbringen nicht nur sehr viel Zeit am Arbeitsplatz, sie vernachlässigen auch ihr Privatleben und fühlen sich ruhelos, wenn sie nicht arbeiten können. Schaufeli et al. (2008) definieren die Arbeitssucht als „tendency to work excessively hard in a compulsive way“ (Schaufeli, Taris & Bakker,

2008, S. 204). Kernkomponenten der Arbeitssucht sind den Autoren zu Folge einerseits das exzessive Arbeiten als behaviorale Komponente, andererseits die zwanghafte Beschäftigung mit der Arbeit als kognitiver Aspekt. Personen, die ein arbeitssüchtiges Verhalten aufweisen, fühlen sich innerlich dazu getrieben hart zu arbeiten und scheinen dieses Verhalten auch im Krankheitsfall beizubehalten: in zwei niederländischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Arbeitssucht (Schaufeli et al., 2008; Schaufeli, Bakker, van der Heijden & Prins, 2009) signifikante Zusammenhänge mit Präsentismus aufweist.

4.4.3 Auswirkungen von Präsentismus

Welche Auswirkungen der Präsentismus auf die Beschäftigten selbst und auf das Unternehmen hat, soll Gegenstand des folgenden Kapitels sein. Da die Auswirkungen auf das Individuum und auf die Organisation eng miteinander verknüpft sind, wird hier keine Differenzierung in diese Unterkategorien vorgenommen. Es ist anzunehmen, dass sich der Präsentismus in drei zentralen Bereichen niederschlägt: Dies sind die Gesundheit und die Fehlzeiten der Mitarbeiter sowie deren Einstellung zur Arbeit. Da in den Kapiteln 4.1 und 4.2 bereits ausführlich dargestellt wurde, dass Präsentismus auch mit Produktivitätseinbußen assoziiert ist, soll dieser Aspekt hier nicht erneut thematisiert werden.

4.4.3.1 Gesundheit

Dass Präsentismus mit einem schlechteren Gesundheitszustand einhergeht, zeigt sich querschnittlich sowohl für die psychische (Hansen & Andersen, 2008) als auch für die körperliche Gesundheit (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Zok, 2008b). Da Präsentismus per definitionem nur entstehen kann, wenn eine Erkrankung vorliegt, steht er in Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand (siehe Kapitel 4.1.1). Kausalschlüsse in Bezug auf gesundheitliche Auswirkungen sollten aus diesem Grund auf längsschnittlichen Befunden basieren.

Besonders in Hinsicht auf die körperliche Gesundheit ist es plausibel anzunehmen, dass eine fehlende Regeneration von Krankheitssymptomen zu einer Verschleppung, Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung führen kann (Oppolzer, 2010). Wenn sich ein Mitarbeiter wiederholt dazu entscheidet, trotz

Krankheit zu arbeiten, kann dies in seinem Körper einen chronischen Stresszustand (allostatic load) bewirken, der zu einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt (McEwen, 1998). Bergström et al. (2009) führten zur Prüfung dieser Annahme eine prospektive Studie über drei Jahre durch und konnten zeigen, dass Präsentismus zu einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand führte, und zwar sogar dann, wenn andere Einflussfaktoren und der anfängliche Gesundheitsstatus statistisch kontrolliert wurden. In der Whitehall II-Studie von Kivimäki et al. (2003) zeigte sich sogar, dass schwerwiegende koronare Herzerkrankungen bei vorerkrankten Mitarbeitern ohne Fehlzeiten doppelt so häufig vorkamen wie bei vorerkrankten Mitarbeitern mit moderaten Fehlzeiten. Hier zeichnet sich deutlich ab, dass die fehlende Schonung und Regeneration bei Krankheit ernsthafte gesundheitliche Konsequenzen bis zum verfrühten Tode nach sich ziehen kann.

Dass Präsentismus auch einen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben kann, zeigte eine Studie über drei Messzeitpunkte von Demerouti et al. (2009). Hier wurde der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Präsentismus mit dem sogenannten „Burnout-Syndrom“ (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001) untersucht, einem starken, berufsbezogenen Erschöpfungszustand. Das Burnout-Syndrom ist durch verschiedene Phasen gekennzeichnet, in deren Verlauf unterschiedliche Symptommuster dominieren. In der Anfangsphase weisen die Mitarbeiter ein überhöhtes Engagement für ihre Arbeit auf und ignorieren eigene Bedürfnisse, sodass in der zweiten Phase ein körperlicher und emotionaler Erschöpfungszustand eintritt. Im weiteren Verlauf eines Burnouts distanziert sich der Mitarbeiter emotional von seiner Arbeit und verrichtet „Dienst nach Vorschrift“. Die Endphase des Burnouts geht mit einem Verlust der persönlichen Leistungsfähigkeit einher und mündet häufig in schweren psychischen Erkrankungen. In der longitudinalen Studie von Demerouti et al. (2009) zeigte sich, dass Präsentismus zu den Burnout-Symptomen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation führte. Gleichzeitig erhöhte die emotionale Erschöpfung wiederum den Präsentismus. Dieser zirkuläre Effekt konnte in Bezug auf die Depersonalisationssymptomatik nicht gefunden werden. Die Autoren folgerten, dass die Depersonalisation möglicherweise eine nützliche Kurzzeit-Strategie zur Ressourcenschonung sei, während die Wechsel-

wirkung von Präsentismus und emotionaler Erschöpfung zu einem Teufelskreis des Ressourcenverlusts („loss spiral“, vgl. Kapitel 2.2.3) führe.

4.4.3.2 Fehlzeiten

Mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands steigt auch die Gefahr, krankheitsbedingt am Arbeitsplatz auszufallen. In einer prospektiven Studie von Hansen und Andersen (2009) zeigte sich, dass mit der Häufigkeit des Präsentismus die Wahrscheinlichkeit einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwei Wochen zum FollowUp-Zeitpunkt nach 1.5 Jahren signifikant zunahm. Potentielle Störgrößen wurden bei dieser Studie statistisch kontrolliert. Präsentismus erwies sich insbesondere als Risikofaktor einer Langzeitabsenz. Personen, die im Vorjahr der Baseline-Messung mehr als sechs Mal Präsentismus zeigten, hatten ein um 74% höheres Risiko für zwei Monate arbeitsunfähig zu werden. Zu ähnlichen Befunden kamen Bergström et al. (2009), die in ihrer längsschnittlichen Studie ebenfalls zeigen konnten, dass häufiger Präsentismus die Gefahr eines krankheitsbedingten Fehlens von mehr als 30 Tagen signifikant erhöhte.

4.4.3.3 Arbeitseinstellung

In Bezug auf den Präsentismus wurde nur in wenigen Studien untersucht, inwiefern dieser mit der Einstellung zur Arbeit in Beziehung steht. In zwei Studien, die den Präsentismus anhand von Produktivitätseinschränkungen erfassten, zeigte sich jedoch ein kleiner negativer Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und dem Präsentismus (Burton et al., 2005; Shikiar, Halpern, Rentz & Khan, 2004). Diese Befunde weisen möglicherweise darauf hin, dass aus Anwesenheitsdruck resultierender Präsentismus dazu führt, dass Mitarbeiter eine geringere Zufriedenheit mit ihrer Arbeit empfinden.

4.5 Resümee

Die Kenntnis der Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus ist im Rahmen des betrieblichen Personal- und Gesundheitsmanagements von zunehmender Bedeutung. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Präsentismus ernsthafte Folgen für den Mitarbeiter und die Organisation haben kann. Die weitestgehend

unsystematische und atheoretische sozialwissenschaftliche Forschung zum Präsentismus führt jedoch dazu, dass die bisher gewonnenen Befunde zum Teil schwer interpretierbar sind. Dies resultiert vor allem aus der problematischen Operationalisierung des Präsentismus, bei der das Verhalten, trotz Krankheit zu arbeiten stark mit dem Gesundheitszustand konfundiert wird. Zur Ableitung von Handlungsempfehlungen und zur Erforschung dieses Phänomens ist zunächst die Entwicklung eines validen und reliablen Messinstruments erforderlich, das im wissenschaftlichen und betrieblichen Kontext eingesetzt werden kann. Des Weiteren sollte die empirische Datenbasis erweitert und die Befunde in ein Wirkmodell überführt werden, um verlässliche Aussagen über Ursachen und Folgen des Präsentismus treffen zu können.

5 Entwicklung einer Präsentismus-Skala

Ein besonderes Manko vieler sozialwissenschaftlich ausgerichteter Studien zum Präsentismus ist dessen Messung anhand eines Einzelitems, dessen psychometrische Qualität nicht prüfbar ist (siehe Kapitel 4.1.1). Für die weitere Forschung ist die Entwicklung eines reliablen und validen Messinstruments ein wichtiger nächster Schritt, um aussagekräftige Erkenntnisse in Bezug auf dieses Phänomen zu gewinnen. Zu diesem Zweck soll – aufbauend auf den bisherigen Vorarbeiten – eine Skala entwickelt werden, die dies ermöglicht.

Zur Annäherung an das Phänomen des Präsentismus und zur Itementwicklung wurde neben einem intensiven Literaturstudium eine qualitative Befragung mit Beschäftigten unterschiedlicher Unternehmen durchgeführt. Anhand halbstrukturierter Interviews wurde erfragt, inwiefern Präsentismus gezeigt wurde und welche Gründe und Folgen die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit hatte. Es zeigte sich, dass Mitarbeiter sowohl bei leichteren als auch bei gravierenden Krankheitssymptomen weiterarbeiten. Dies wurde bei der Skalenkonstruktion berücksichtigt. Die von den Probanden genannten Gründe für den Präsentismus wurden zudem kategorisiert und in Items überführt. Diese können zu einer Kurzabfrage zusätzlich zur Skala eingesetzt werden.

Zur Skalenkonstruktion wurden weiterhin bisher eingesetzte Items aus sozialwissenschaftlich orientierten Studien zum Präsentismus gesichtet. Ansätze zur differenzierten Abfrage des Präsentismus fanden sich bei den deutschen Studien von Zok (2008b) und Emmermacher (2008). Beide Autoren verwendeten ähnliche Items (siehe Tabelle 4.1.1), gaben aber nicht an, auf welchen Kriterien und Vorüberlegungen deren Auswahl basierte. Zur verhaltensnahen Erhebung des Präsentismus schienen einige der in den Items thematisierten Aspekte gut geeignet, so dass diese in ähnlicher Formulierung in die eigene Skala eingingen.

Die aus den geschilderten Vorarbeiten entwickelten Items der Skala sind in Tabelle 4.5.1 aufgeführt.

Tabelle 4.5.1 *Präsentismus-Items der selbstentwickelten Skala.*

Kürzel	Item
Pr1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.
Pr2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir mein Arzt davon abgeraten hat.
Pr3	Ich habe trotz schwererer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.
Pr4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.
Pr5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.
Pr6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.
Pr7	Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war.

Anmerkungen. Antwortskala: 1 = „nie wenn ich krank war“, 2 = „selten, wenn ich krank war“, 3 = „manchmal, wenn ich krank war“, 4 = „häufig, wenn ich krank war“ und 5 = „sehr häufig wenn ich krank war“.

In den Items wird zunächst versucht, das Arbeiten trotz Krankheit neutral, d.h. unabhängig von Leidungsdruck und Schwere der Befindensbeeinträchtigungen, zu erfassen (Pr1, Pr4). In zusätzlichen Items wird Leidungsdruck bzw. das Ausmaß der Symptome (Pr6, Pr3) sowie der ärztliche Rat mit einbezogen (Pr2, Pr7). Da die eigene Leistungsfähigkeit bei akuten Befindensbeeinträchtigungen auch medikamentös „erzwungen“ werden kann, wird dies ebenfalls berücksichtigt (Pr5). Theoretischer Hintergrund dieses Items ist die Annahme, dass die Unterdrückung von Krankheitsbeschwerden mit medikamentöser Hilfe zu einem subjektiven Gesundheitsgefühl führen kann, das keineswegs den tatsächlichen Gesundheitszustand widerspiegelt und so eine Chronifizierung oder Exazerbation (Verschlimmerung) von Symptomen hervorrufen kann (vgl. Kapitel 2). Im Sinne der Arbeitsunfähigkeitsdefinition des BSGE würde also eine tatsächliche Arbeitsunfähigkeit bestehen.

Bei der Gestaltung der Antwortskala ist zu berücksichtigen, dass die Basisrate der Erkrankungshäufigkeit bzw. der allgemeine gesundheitliche Zustand den Skalenswert möglichst nicht beeinflussen sollte. Wie in Kapitel 4.1.1 geschildert, ist die Konfundierung des Verhaltens mit dem Gesundheitszustand ein besonders gravierendes Problem des häufig eingesetzten Single Item-Maßes von Aronsson et al. (2000). Bei den oben aufgegriffenen deutschen Studien zum Präsentismus zeigt

sich diese Problematik ebenfalls. Zur Beantwortung der Items setzte Emmermacher (2008) eine fünfstufige Antwortskala mit den Ausprägungen 1 = nie, 2 = selten, 3 = gelegentlich, 4 = häufig und 5 = immer ein. Die Ausprägungen auf den Items wurden dann zu einem Skalenwert zusammengeführt. Bei Zok (2008b) beantworteten die Befragten die Items lediglich mit „Ja“ oder „Nein“. Zu beachten ist auch, dass sowohl im Bezugszeitraum erkrankte als auch nicht erkrankte Personen die Items beantworteten. Ebenso wie bei der Erhebung des Präsentismus anhand der Single Item-Messung wird bei beiden Antwortvarianten die Präsentismusausprägung durch den allgemeinen Gesundheitszustand bzw. die Basisrate der Erkrankungshäufigkeit beeinflusst. Aus psychologischer Sicht interessiert bei der Erforschung der Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus aber nicht der gesundheitliche Aspekt, sondern der Entscheidungsprozess, der zu diesem Verhalten führt. Um gesundheitliche Einflüsse auf das Antwortverhalten weitestgehend zu eliminieren und nur das Verhalten im Krankheitsfall abzubilden, wurden für die eigene Antwortskala relative Formulierungen verwendet. Zur Beantwortung der Items wurden fünf Antwortoptionen angeboten: 1 = „nie wenn ich krank war“, 2 = „selten, wenn ich krank war“, 3 = „manchmal, wenn ich krank war“, 4 = „häufig, wenn ich krank war“ und 5 = „sehr häufig wenn ich krank war“. Zudem war es möglich anzugeben, dass im Bezugszeitraum keine Erkrankung aufgetreten war.

6 Krankenhaus-Studie

Die im Folgenden dargestellte Feldstudie dient einer ersten empirischen Überprüfung und Validierung der neu entwickelten Präsentismus-Skala und geht darüber hinaus inhaltlichen Fragestellungen nach. Im Kern beschäftigt sie sich mit dem Zusammenhang des Präsentismus mit der qualitativen Arbeitsbelastung, dem gesundheitlichen Befinden sowie dem Arbeitsstil bei Mitarbeitern eines kommunalen Krankenhauses. Während die quantitative Arbeitsbelastung in bestehenden Studien zum Präsentismus bereits häufiger einfluss, sind qualitative Belastungen sowie Einflüsse des Arbeitsstils bisher kaum untersucht worden. Für ein vertieftes Verständnis der Präsentismus ist eine differenzierte Analyse der Antezedenzen jedoch von großer Bedeutung, um Handlungsempfehlungen abzuleiten. Auch das Wissen um die potentiellen Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit ist wichtig, um den Nutzen der Präsentismusquote als Frühwarnindikator einschätzen zu können. Besonders psychische Erkrankungen sind von wachsender Bedeutung im Krankheitsspektrum von Beschäftigten. Auf Seite der Konsequenzen werden in der nachfolgenden Studie deshalb neben dem allgemeinen körperlichen und psychischen Befinden, auch Burnout-Symptome in Form emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation mit dem Arbeiten trotz Krankheit in Beziehung gesetzt.

6.1 Fragestellung und Hypothesen

6.1.1 Psychometrische Qualität und Konstruktvalidität der Präsentismus-Skala

Die Güte der neu entwickelten Präsentismus-Skala soll zunächst anhand psychometrischer Kennwerte geprüft werden. Hierzu werden Item- und Hauptkomponentenanalysen durchgeführt, die Aufschluss über die Reliabilität und Struktur der Skala geben sollen.

In bisherigen Studien zum Präsentismus zeigten sich konsistent Zusammenhänge des Arbeitens trotz Krankheit mit dem Gesundheitszustand sowie mit der quantitativen Arbeitsbelastung. Zur Untersuchung der konvergenten Validität der Skala soll deshalb überprüft werden, ob sich diese Zusammenhänge replizieren lassen.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen können sowohl Ausgangspunkt als auch Auswirkung des Präsentismus sein. Zahlreiche Studien belegen, dass Präsentisten einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Nicht-Präsentisten (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; MacGregor et al., 2008; Munir et al., 2007; Zok, 2008b). Gesundheitliche Beeinträchtigungen können aber nicht nur die Ausgangsbasis für den Präsentismus darstellen, sondern auch eine Folge des Arbeitens trotz Krankheit sein, wenn eine fehlende Regeneration von Krankheitssymptomen zu einer Verschleppung, Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung führt. Eine längsschnittliche Studie von Bergström et al. (2009) weist darauf hin, dass beide Wirkrichtungen zutreffen: Präsentismus tritt bei einem schlechten Gesundheitszustand eher auf, führt aber auch zu einer weiteren Beeinträchtigung der Gesundheit, selbst wenn andere Einflussfaktoren konstant gehalten werden. Das Arbeiten trotz Krankheit scheint also ein von anderen Einflüssen unabhängiger Risikofaktor für Befindensbeeinträchtigungen sein. Ob sich der in bisherigen Studien gefundene Zusammenhang des Präsentismus mit dem körperlichen Gesundheitszustand in der folgenden Studie replizieren lässt, soll anhand der folgenden Hypothese geprüft werden:

Hypothese K1: Die körperliche Gesundheit steht in negativem Zusammenhang mit Präsentismus.

Die in Kapitel 2.2 vorgestellten handlungstheoretischen Modelle liefern erste Erklärungsansätze für den in bisherigen Studien mehrfach nachgewiesenen Zusammenhang des Präsentismus mit der quantitativen Arbeitsbelastung (Aronsson & Gustafsson, 2005; Demerouti et al., 2009; Hansen & Andersen, 2008; Zok, 2008b). Gemäß Hockey's (1993) Modell zur Leistungsaufrechterhaltung im Arbeitskontext unter Stress, resultiert Präsentismus aus dem Versuch des Mitarbeiters, trotz beeinträchtigter Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit seine Arbeitsaufgaben zu bewältigen. Diesem Copingverhalten geht ein Abwägungsprozess voraus, in dem die Vor- und Nachteile der An- oder Abwesenheit im Krankheitsfall erwogen werden. Besonders wahrscheinlich sollte die Entscheidung für den Präsentismus sein, wenn bei Nichterfüllung der Aufgaben negative Konsequenzen antizipiert werden (Judge & Martocchio, 1996) oder wenn keine alternativen Bewältigungsmöglich-

keiten zur Verfügung stehen. Hat ein Mitarbeiter eine große Arbeitsmenge zu bewältigen, ist die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus entsprechend erhöht, wenn es ihm nicht möglich ist, die Arbeitsaufgaben zu delegieren und wenn sich die Nicht-Erledigung von Arbeitsaufgaben für ihn oder andere nachteilig auswirkt. Nachteile können beispielsweise dadurch entstehen, dass bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz ein erhöhter Aufwand durch Nacharbeit und Terminverschiebungen entsteht oder dass Kollegen Mehrarbeit leisten müssen. Die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, könnte also durch eine starke Beanspruchung durch die Arbeit forciert werden. In Einklang mit dem in anderen Untersuchungen etablierten Zusammenhang soll für die folgende Studie deshalb angenommen werden:

Hypothese K2: Die quantitative Arbeitsbelastung steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

In bisherigen sozialwissenschaftlich ausgerichteten Studien wurde der Präsentismus überwiegend mit dem Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000) erhoben (siehe Kapitel 4.1). Zur weiteren Prüfung der Konstruktvalidität soll die neu entwickelte Skala mit diesem Maß in Beziehung gesetzt und die Korrelationsmuster der beiden Messinstrumente in Hinblick auf diverse Außenkriterien verglichen werden. Da die Skala den Anspruch hat, den Präsentismus verhaltensnäher und unabhängiger vom allgemeinen Gesundheitszustand zu messen als das Single Item-Maß, sollten sich die konzeptuellen Unterschiede in den Korrelationsmustern zu den Außenkriterien niederschlagen. Als Kriteriumsvariablen dienen neben soziodemografischen Merkmalen arbeitsbezogene Belastungen sowie gesundheits- und verhaltensbezogene Variablen. Es wird angenommen, dass die Präsentismus-Skala in geringerer Höhe als das Single Item-Maß mit den gesundheitsbezogenen Variablen korreliert, aber in engerem Zusammenhang mit verhaltensbezogenen Konstrukten steht.

Sofern die Präsentismusskala im Rahmen der Organisationsdiagnostik eingesetzt werden soll, muss sie Gruppenunterschiede hinreichend sensitiv abbilden. Aronsson et al. (2000) fanden in ihrer Studie mit dem Single Item-Maß eine große Varianz des Präsentismusrisikos bei verschiedenen Berufsgruppen. Besonders

hohe Ausprägungen wiesen dabei Beschäftigte in helfenden Berufen auf. In mehreren Studien ergaben sich Hinweise darauf, dass insbesondere Ärzte häufig trotz Krankheit zur Arbeit kommen (Forsythe, Calnan & Wall, 1999; McKevitt et al., 1997; Perkin et al., 2003; Robbins & Brown, 2001; Rosvold & Bjertness, 2001). Ob sich anhand der Skala die berufsgruppenspezifischen Unterschiede zwischen den Krankenhausmitarbeiter abbilden lassen, soll anhand folgender Hypothese überprüft werden:

Hypothese K3: Ärzte gehen häufiger krank zur Arbeit als andere Krankenhausmitarbeiter.

6.1.2 Präsentismus und qualitative Arbeitsbelastungen

Während Präsentismus bereits häufiger mit quantitativen Arbeitsbelastungen in Beziehung gesetzt wurde, wurden qualitative Aspekte der Arbeit bisher kaum berücksichtigt. Qualitative Arbeitsbelastungen können sowohl aus Leistungs- und als auch aus Beziehungsanforderungen entstehen (Schulz & Schlotz, 2002). Bei der Entscheidung über An- oder Abwesenheit im Krankheitsfall werden vermutlich auch die Konsequenzen der Nicht-Bewältigung dieser Anforderungen berücksichtigt. Gemäß der COR-Theorie etwa (siehe Kapitel 2.2.3) werden bei der Abwägung von Verhaltensalternativen in Entscheidungssituationen nicht nur die Folgen für die eigene Person antizipiert, sondern auch die sozialen Auswirkungen des eigenen Handelns berücksichtigt (Dunahoo et al., 1998).

Erste Hinweise darauf, dass qualitative Arbeitsbelastungen in Zusammenhang mit Präsentismus stehen könnten, liefern die bei Aronsson et al. (2000) gefundenen Unterschiede zwischen den Angehörigen verschiedener Berufsgruppen. Besonders deutlich zeigte sich hier, dass Beschäftigte mit menschenorientierten Tätigkeiten sehr hohe Präsentismuswerte aufwiesen. Insbesondere bei Berufen, in denen Klienten in großer Abhängigkeit vom Mitarbeiter standen (z.B. Pflege von Kindern, Alten, Kranken) gehörte das Arbeiten trotz Krankheit offenbar „zum guten Ton“. In diesem Befundmuster spiegeln sich möglicherweise eine aus sozialen Anforderungen resultierende Belastung der betroffenen Mitarbeitergruppen wider, die eine krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz erschwert. Im Rahmen der vor-

liegenden Studie soll deshalb geprüft werden, ob die aus der ständigen Fürsorge- und Verantwortungspflicht für andere Menschen resultierende soziale Belastung dazu führt, dass Mitarbeiter ihr eigenes Befinden zurückstellen und trotz Krankheit weiterarbeiten:

Hypothese S1: Die soziale Belastung bei der Arbeit steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Das Gefühl, dass die Nichtbewältigung von Leistungsanforderungen erhebliche negative Konsequenzen für sich und andere nach sich zieht, führt darüber hinaus zu Leistungs- und Erfolgsdruck (Schulz & Schlotz, 2002). Inwiefern eine hohe Verantwortung für das Arbeitsergebnis mit Präsentismus in Beziehung steht, wurde bisher nicht explizit untersucht. Die Modelle zur Stabilität des Leistungsverhaltens (siehe Kapitel 2.2) lassen aber annehmen, dass Mitarbeiter zur Verhinderung von Leistungs- und Ressourceneinbußen trotz Krankheit arbeiten, um die an sie gestellten Anforderungen zu erfüllen. Einen Hinweis darauf, dass hohe Leistungsanforderungen dazu führen können, dass Mitarbeiter trotz Krankheit weiterarbeiten, lieferte die Studie von Hansen und Andersen (2008). Hier war die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus bei Mitarbeitern, die ihre Tätigkeiten als „anspruchsvoll“ bezeichneten, leicht, aber signifikant erhöht (OR 1.22). Möglicherweise gehen anspruchsvolle Tätigkeiten mit einer erhöhten Ergebnisverantwortung einher, die dazu führt, dass das Arbeitsergebnis gegenüber dem eigenen Befinden Priorität hat, sodass Mitarbeiter trotz Krankheit versuchen, die erforderliche Leistung zu erbringen. Ob Leistungsdruck mit erhöhtem Präsentismus einhergeht, soll anhand folgender Hypothese geprüft werden:

Hypothese S2: Der Leistungsdruck bei der Arbeit steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Ein weiterer Stressor im Überlappungsbereich von Leistungs- und Beziehungsanforderungen resultiert aus den Interdependenzen bei der Arbeitsausführung. Eine hohe sog. „Kooperationsenge“ resultiert in Abhängigkeiten mit Kollegen hinsichtlich der Qualität und des Tempos der Arbeit. Aufgrund von Interdependenzen bei der Arbeitsausführung, kann die Arbeit von Kollegen entscheidend beeinträchtigt

werden, wenn der erkrankte Mitarbeiter nicht seiner Tätigkeit nachgeht. Zudem ist es wahrscheinlich, dass Mehrarbeit notwendig wird, wenn ein Mitarbeiter ausfällt. Dass diese Überlegungen einen zentralen Einflussfaktor auf die Entscheidung, präsent zu sein, darstellen, wird durch einige Studien gestützt, in denen Präsentisten nach den Gründen ihres Verhaltens gefragt wurden. Insbesondere in medizinischen Berufen gaben die Befragten an, aus Rücksichtnahme auf das Arbeitspensum ihrer Kollegen trotz Krankheit gearbeitet haben (McKevitt et al., 1997; Perkin et al., 2003). Auch die Vermeidung von Ärger mit Kollegen scheint für einen Teil der Berufstätigen ausschlaggebender Grund für den Präsentismus zu sein (Zok, 2008b). Je stärker die eigene Arbeit mit der Arbeit der Kollegen vernetzt ist, desto eher könnten Mitarbeiter dazu tendieren, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, um negativen sozialen Konsequenzen vorzubeugen. Entsprechend wird angenommen, dass eine hohe Kooperationsenge mit Präsentismus assoziiert ist:

Hypothese S3: Die Kooperationsenge am Arbeitsplatz steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

6.1.3 Präsentismus und Arbeitsverhalten: Die Neigung zu Überstunden und ein exzessiv-zwanghafter Arbeitsstil

Während der Zusammenhang der Persönlichkeit mit Fehlzeiten durch zahlreiche Studien belegt wurde (siehe Ones et al., 2003), sind die Befunde zum Präsentismus bisher rar. Nur vereinzelt (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008) konnte gezeigt werden, dass die mangelnde Fähigkeit, sich von der Arbeit abzugrenzen, mit der Tendenz einhergeht, trotz Krankheit zu arbeiten. Neben organisationalen Einflussfaktoren auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, ist also auch ein Einfluss des persönlichen Arbeitsstils anzunehmen. Einen Hinweis auf ein hohes arbeitsbezogenes Engagement liefern die geleisteten Überstunden (Beckers et al., 2004; Schaufeli et al., 2006). Es ist anzunehmen, dass Personen, die sehr viel Zeit in ihre Arbeit investieren, auch im Krankheitsfall dazu tendieren, ihren beruflichen Aufgaben höchste Priorität einzuräumen. Erste Studien konnten kleine, aber signifikante Zusammenhänge zwischen dem Präsentismus und den

Überstunden nachweisen (Böckerman & Laukkanen, 2009; Caverley et al., 2007; Hansen & Andersen, 2008). Entsprechend soll folgende Hypothese geprüft werden:

Hypothese V1: Die geleisteten Überstunden stehen in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Eine Zuspitzung eines hohen persönlichen Involvements in die Arbeit findet sich in arbeitssüchtigen Verhaltensweisen. Personen, die übermäßig viel Zeit und Anstrengung in ihre Arbeit investieren, werden auch als „workaholics“ bezeichnet (Schaufeli et al., 2006). Diese Arbeitssüchtigen fühlen einen starken inneren Antrieb dazu, exzessiv zu arbeiten. Sie verbringen nicht nur sehr viel Zeit am Arbeitsplatz, sie vernachlässigen auch ihr Privatleben und fühlen sich ruhelos, wenn sie nicht arbeiten können. Zum Teil zögern sie sogar den Abschluss von Projekten heraus oder schaffen sich künstlich neue Arbeit, um ihrer Sucht nachzugehen. Scott et al. (2007) führten eine Analyse bestehender Arbeitssuchtkonzepte durch und fanden drei übereinstimmende Kennzeichen der Definitionen: Arbeitssüchtige (a) beschäftigen sich zeitintensiv mit der Arbeit (b) können sich gedanklich und verhaltensmäßig nicht von der Arbeit distanzieren und (c) arbeiten mehr als aus organisationaler und ökonomischer Sicht erforderlich. Schaufeli et al. (2008) entwickelten eine darauf aufbauende Definition, in der sie die Arbeitssucht als „tendency to work excessively hard in a compulsive way“ (S. 204) charakterisierten. Kernkomponenten der Arbeitssucht sind den Autoren zu Folge einerseits das exzessive Arbeiten als behaviorale Komponente (hohe zeitliche Investition in die Arbeit), andererseits die zwanghafte Beschäftigung mit der Arbeit als kognitiver Aspekt. Abzugrenzen ist die Arbeitssucht von anderen, positiven Verhaltensweisen, wie z.B. dem Arbeitsengagement (Schaufeli et al., 2006; Schaufeli et al., 2008). Empirisch lässt sich zeigen, dass Arbeitssucht und Arbeitsengagement auf verschiedenen Faktoren laden und mit Außenkriterien gegensätzliche Beziehungen aufweisen. Die Arbeitssucht steht mit den wahrgenommenen Arbeitsanforderungen und Befindensbeeinträchtigungen in einem positiven Zusammenhang, während sie negativ mit der Arbeitsleistung, der Zufriedenheit und den wahrgenommenen Ressourcen assoziiert ist. Für das Arbeitsengagement findet sich ein spiegelbildliches Befundmuster.

Die hohe Ressourceninvestition bei der Arbeit und der Mangel an Regeneration führt bei Personen mit arbeitssüchtigem Verhalten häufig zu Erschöpfungszuständen (Maslach, 1986). Aufgrund des zwanghaften Charakters der Arbeitssucht ist anzunehmen, dass auch im Krankheitsfall kein Schonverhalten gezeigt wird. Erste Hinweise auf den Zusammenhang von Präsentismus mit diesem Arbeitsstil liefern zwei niederländische Studien (Schaufeli et al., 2008; Schaufeli, Shimazu & Taris, 2009). Hier wurde die Ausprägung der Arbeitssucht anhand der beiden Facetten „exzessives Arbeiten“ und „zwanghaftes Arbeiten“ erhoben. Es zeigte sich, dass beide Facetten signifikant positiv mit dem Arbeiten trotz Krankheit assoziiert waren. Da in der vorliegenden Studie keine Cut Off-Werte verwendet werden, ab denen man von einer Arbeitssucht sprechen kann, wird im Folgenden der Terminus „Arbeitsstil“ zur Beschreibung der beiden Facetten verwendet. Auf Grundlage der bei Schaufeli et al. gefundenen Zusammenhänge werden folgende Hypothesen angenommen:

Hypothese V2: Ein exzessiver Arbeitsstil steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Hypothese V3: Ein zwanghafter Arbeitsstil steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

6.1.4 Präsentismus und psychisches Befinden

Bei der Mehrheit der existierenden Studien zum Zusammenhang von Präsentismus und dem Gesundheitszustand, wurde ein Schwerpunkt auf die allgemeine oder körperliche Gesundheit gelegt. In Zusammenhang mit Präsentismus ist jedoch auch die psychische Gesundheit von besonderem Interesse. In den deutschen Krankheitsstandsstatistiken findet sich seit Jahren der Trend, dass Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen ansteigen (siehe Kapitel 3.1.2). Frühwarnzeichen zu finden, die helfen, dieser Entwicklung entgegen zu wirken, wäre sowohl aus Sicht der Betroffenen als auch aus unternehmerischer Sicht ein wichtiger Fortschritt. Eine Studie über drei Messzeitpunkte von Demerouti et al. (2009) bezog die beiden Burnout-Facetten „emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ in die Analysen zum Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Präsentismus und dem

Befinden mit ein. Hier zeigte sich, dass Burnout-Symptome sowohl Antezedenz als auch Konsequenz des Präsentismus waren. Ob sich die Zusammenhänge von Präsentismus mit psychischen Befindensindikatoren in dieser Studie replizieren lassen, soll anhand folgender Hypothesen geprüft werden:

Hypothese B1: Die psychische Gesundheit steht in negativem Zusammenhang mit Präsentismus.

Hypothese B2: Die emotionale Erschöpfung steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Hypothese B3: Die Depersonalisation steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Die Diagnostik psychischer Belastungen nimmt in der Arbeits- und Organisationspsychologie eine zentrale Stellung ein (Richter, Hille & Rudolf, 1999) und ist auch in der Praxis von hoher Relevanz. In einer repräsentativen Studie mit mehr als 6000 Personen fanden Marstedt et al. (1993) einen bedeutsamen Anstieg von Belastungs- und Stresssymptomen im Vergleich zu einer Erhebung zehn Jahre früher. Wie in Kapitel 3.1.2 beschrieben, findet sich analog in den Krankenstandsstatistiken der Befund, dass psychische und psychosomatische Erkrankungen relativ und absolut stark zugenommen haben. Betrachtet man die korrelativen Zusammenhänge zwischen den Belastungen und den gesundheitsrelevanten Beanspruchungsfolgen, so zeigen sich jedoch durchweg eher mäßige Korrelationen in Höhe von .30 (Semmer, Zapf & Greif, 1996). Inwiefern Belastungen zu psychischen Beanspruchungsfolgen führen, ist also nicht allein durch ihr Auftreten zu erklären, sondern wird auch vom individuellen Umgang mit ihnen vermittelt (Udris et al., 1992). Versteht man Präsentismus als (für die psychische Gesundheit maladaptives) Copingverhalten, ist er als ein möglicher Mediator zwischen den Arbeitsbelastungen und den Indikatoren des psychischen Befindens aufzufassen. Hieraus ergibt sich eine Reihe zu prüfender Hypothesen:

Hypothese M1: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) der Kooperationsenge, (b) der Arbeitsbelastung, (c) der

sozialen Belastung sowie (d) dem Leistungsdruck und der psychischen Gesundheit.

Hypothese M2: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) der Kooperationsenge, (b) der Arbeitsbelastung, (c) der sozialen Belastung sowie (d) dem Leistungsdruck und der emotionalen Erschöpfung.

Hypothese M3: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) der Kooperationsenge, (b) der Arbeitsbelastung, (c) der sozialen Belastung sowie (d) dem Leistungsdruck und der Depersonalisation.

Eine Gesamtübersicht der für diese Studie aufgestellten Hypothesen ist in Abbildung 6.1.1 zu finden.

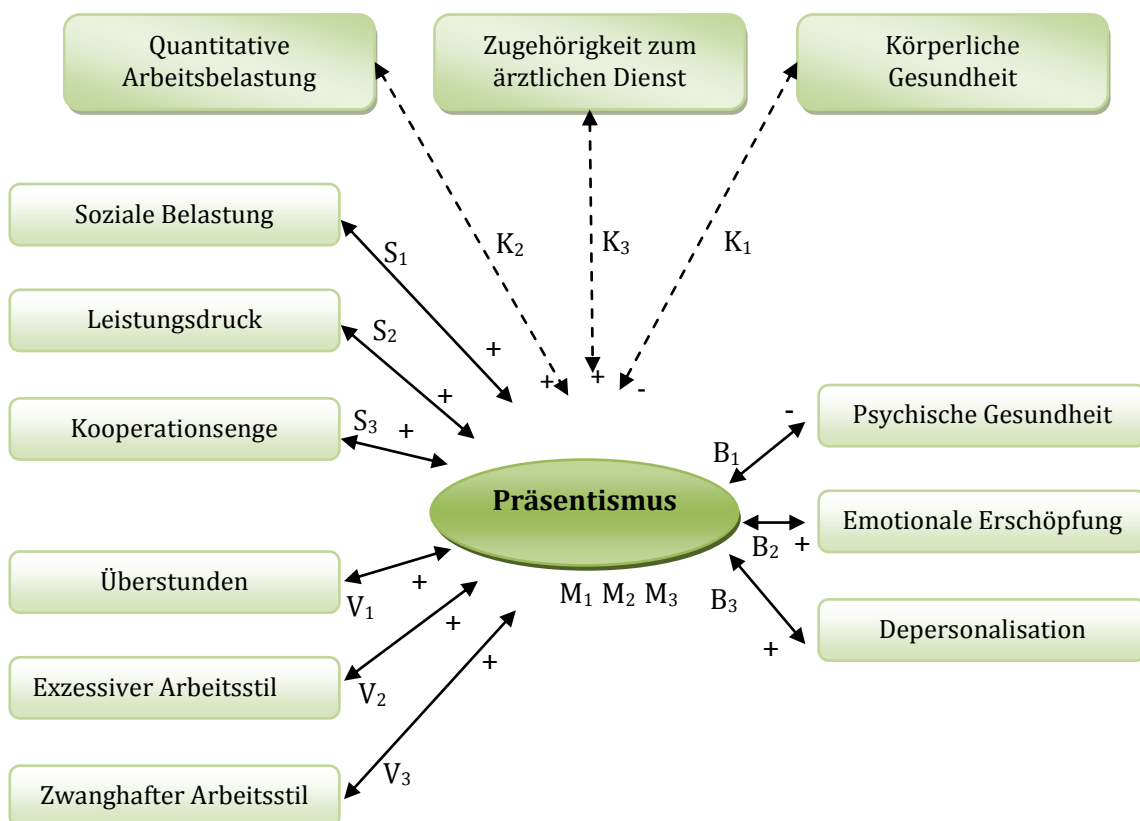


Abbildung 6.1.1 Hypothesenübersicht für die Krankenhaus-Studie.

6.2 Methoden

Zur Prüfung der Güte der Skala und der aufgestellten Hypothesen wurde eine korrelative Feldstudie mit Mitarbeitern eines kommunalen Krankenhauses durchgeführt.

6.2.1 Durchführung

Die Befragung wurde als Vollerhebung in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, in dem 1550 Mitarbeiter angestellt waren. Aufgrund des großen Interesses des Personalrats des Krankenhauses an einer Befragung zum Thema Arbeitsbedingungen und Gesundheit wurde in Abstimmung mit diesem der Fragebogen zusammengestellt und das Prozedere festgelegt. Anschließend wurde die Zustimmung der Geschäftsleitung zu der Befragung eingeholt. Einige der vom Personalrat gewünschten Items zu den Arbeitsbedingungen wurden in den Analysen im Rahmen dieser Forschungsarbeit nicht weiter berücksichtigt.

Die anstehende Befragung wurde zunächst anhand eines Informationsschreibens angekündigt, welches der monatlichen Gehaltsabrechnung angeheftet war. Hierin wurde das Thema, der Zeitpunkt und der Zweck der Befragung erläutert, sowie die vertrauliche, anonyme und datenschutzkonforme Auswertung der Daten zugesichert. Darüber hinaus wurden Kontaktpersonen für eventuelle Rückfragen zur Studie genannt.

Die Distribution der Papier-Fragebogen erfolgte im Frühjahr 2010 mit der nachfolgenden Gehaltsabrechnung über die Postfächer der Beschäftigten. Im Befragungszeitraum wurde zweimalig ein Erinnerungsschreiben versandt, um den Rücklauf zu steigern. Zudem wurde der Befragungszeitraum um eine Woche verlängert. Zur Rückgabe der Fragebogen wurde in der Poststelle eine Urne aufgestellt, in die die verschlossenen Rückumschläge eingeworfen werden konnten. Diese Rückumschläge wurden anschließend verschlossen an die Universität Osnabrück übergeben. Wie vorab kommuniziert, erfolgte die Dateieingabe und -auswertung zur Wahrung der Anonymität der Befragten ausschließlich extern an der Universität Osnabrück, lediglich die zusammengefassten Befunde wurden an die Beschäftigten (Geschäftsleitung, Personalrat, Mitarbeiter) des Krankenhauses rückgemeldet.

6.2.2 Stichprobe

Den 1550 Beschäftigten des Krankenhauses wurde der Fragebogen als Papier- und Bleistift-Version zugestellt. 268 verwertbare Fragebogen wurden ausgefüllt zurück gegeben. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 17.3%. Lediglich ein Fragebogen konnte aufgrund von Missing Data bei den weiteren Auswertungen nicht berücksichtigt werden. Von den 268 Befragten gaben 216 an, im letzten Jahr mindestens ein Mal krank gewesen zu sein. Die Informationen zu den demografischen Charakteristika der Stichprobe sind in Tabelle 6.2.1 aufgeführt.

Tabelle 6.2.1 *Verteilung der soziodemografischen Merkmale der Befragten in der Krankenhaus-Studie.*

Merkmal	Ausprägungen	<i>N</i>	<i>P</i>
Alter	<20 Jahre	0	0 %
	20-29 Jahre	34	12.7 %
	30-39 Jahre	56	20.9 %
	40-49 Jahre	95	35.4 %
	50-59 Jahre	59	22.0 %
	60+ Jahre	9	3.4 %
	Keine Angabe	15	5.6 %
Geschlecht	weiblich	189	70.5%
	männlich	62	23.1%
	Keine Angabe	17	6.3%
Bereiche	Ärztlicher Dienst	37	13.8 %
	Pflege	109	40.7 %
	Funktionsdienst	50	18.7 %
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	46	17.2 %
	Sonstige	10	3.7 %
	Keine Angabe	16	6.0 %

Anmerkungen. *N* = 268. *N* = Anzahl der Personen in der jeweiligen Gruppe, *P* = Prozent.

Die Stichprobe bestand aus Beschäftigten unterschiedlicher Bereiche. Neben medizinischem Fachpersonal aus dem Ärztlichen Dienst, der Pflege und dem Funktionsdienst wurden auch Mitarbeiter aus dem Wirtschafts- und Verwaltungsdienst sowie weiteren Bereichen (z.B. Technik) befragt. Die größte Gruppe der Studienteilnehmer (35.4%) war 40 bis 49 Jahre alt. Im Durchschnitt waren die Befragten

seit 22 Jahren ($SD = 11.2$) berufstätig, 15 Jahre ($SD = 10.5$) im Unternehmen und 11 Jahre ($SD = 9.2$) an ihrem Arbeitsplatz tätig. Es beteiligten sich 189 (70.5%) Frauen und 62 (23.1%) Männer an der Befragung. Eine genaue Aufschlüsselung der Geschlechterverteilung nach Bereichen (Tabelle 6.2.2) zeigt, dass dieses Verhältnis im ärztlichen Dienst zu Gunsten der Männer verschoben war.

Erfasst wurden darüber hinaus die vertragliche und die tatsächlich durchschnittliche geleistete Wochenarbeitszeit in Stunden. Berechnete man aus der Differenz die Überstunden, so zeigte sich, dass insbesondere im Ärztlichen Dienst sehr viele davon anfielen. So gaben die Ärzte an, 14 Stunden pro Woche über die vertraglich vereinbarte Zeit hinaus, nämlich 51.7 Wochenstunden, zu arbeiten (Tabelle 6.2.2).

Da es in Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Bedeutung erschien, wurden die Mitarbeiter gefragt, ob sie chronisch krank seien. Es zeigte sich, dass insgesamt knapp 18% der Befragten dies bejahten (Tabelle 6.2.2). Auffällig hohe Zahlen ergaben sich hier wiederum für den Ärztlichen Dienst (27%), doch auch in der Pflege und im Funktionsdienst gaben etwa ein Fünftel der Mitarbeiter an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden.

Die Beschreibung der Verteilung der demografischen Merkmale in den unterschiedlichen Bereichen macht deutlich, dass diese diesbezüglich eine große Heterogenität aufwiesen. Die Bereiche wurden deshalb bei weiteren Analysen oftmals separat betrachtet. Da eine Bereichszuordnung der Mitarbeiter, die sich unter „Sonstiges“ eingeordnet oder keine Angabe zu ihrem Bereich gemacht hatten, nicht möglich war, wurden diese bei weiteren vergleichenden Analysen hinsichtlich der Berufsgruppen ausgeschlossen.

Tabelle 6.2.2 Verteilung der Merkmale der Befragten in den Bereichen.

Merkmalsbereich	Bereiche	<i>N</i>	<i>w</i>	<i>m</i>
Geschlecht	Ärztlicher Dienst	37	45.9%	54.1%
	Pflege	109	83.3%	16.7%
	Funktionsdienst	50	87.8%	12.2%
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	46	71.1%	28.9%
	Sonstige	10	60.0%	40.0%
	Keine Angabe	16	-	-
	Gesamt	268	70.5%	23.1%
Chronisch krank	Ärztlicher Dienst	37	27.0%	73.0%
	Pflege	107	20.6%	79.4%
	Funktionsdienst	47	16.0%	84.0%
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	46	11.1%	88.9%
	Sonstige	10	10.0%	90.0%
	Keine Angabe	21	-	-
	Gesamt	268	17.9%	81.0%
Durchschnittliche geleistete Arbeitsstunden pro Woche	Ärztlicher Dienst	37	51.7	12.9
	Pflege	88	35.9	10.7
	Funktionsdienst	47	34.5	8.0
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	43	37.3	9.4
	Sonstige	10	37.3	4.7
	Keine Angabe	2	-	-
	Gesamt	227	38.5	11.7
Überstunden	Ärztlicher Dienst	36	14.0	10.4
	Pflege	86	2.6	4.8
	Funktionsdienst	47	2.4	3.2
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	42	3.5	6.5
	Sonstige	10	0.3	2.2
	Keine Angabe	2	-	-
	Gesamt	223	4.5	7.4

6.2.3 Instrumente

Der eingesetzte Fragebogen enthielt neben demografischen Fragen (z.B. zu Alter, Geschlecht, Art der Tätigkeit) Skalen und Einzelitems zu den nachfolgend dargestellten Aspekten. Alle Aussagen wurden – sofern nicht anders angegeben – auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit den Ausprägungen 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig und 5 = sehr häufig bewertet.

Präsentismus. Der Präsentismus der letzten zwölf Monate wurde mit der neu entwickelten Skala (siehe Kapitel 5) erhoben. Zusätzlich zu den fünf Antwortkategorien von 1 = „nie wenn ich krank war“ bis 5 = „sehr häufig wenn ich krank war“, konnten die Befragten angeben, dass sie im Bezugszeitraum nicht erkrankt waren (0 = „Ich war nicht krank“). Die Personen, die in den vergangenen zwölf Monaten keinen Krankheitsfall aufwiesen, wurden bei den weiteren Analysen zur Skala ausgeschlossen.

Darüber hinaus wurde das Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000) eingesetzt, um die absolute Präsentismushäufigkeit im Vorjahr zu erheben. Auf die Frage „Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie das Gefühl hatten, es wäre wegen Ihres Gesundheitszustandes besser gewesen, sich krank zu melden?“ konnten die Befragten anhand von vier Kategorien antworten: 1 = „nein, nie“, 2 = „Ja, ein Mal“, 3 = „Ja, 2-5 Mal“ und 4 = „ja, mehr als 5 Mal“.

Im Anschluss an die Abfrage des Präsentismus wurde erhoben, welche Gründe ausschlaggebend für das Arbeiten trotz Krankheit waren (siehe Tabelle 6.3.12 sowie Kapitel 5). Die Befragten beurteilten das Zutreffen der Gründe auf einer Skala von eins („trifft gar nicht zu“) bis fünf („trifft völlig zu“).

Arbeitssucht. Das Vorliegen eines arbeitssüchtigen Arbeitsstils wurde anhand der Kurzform der „Dutch Work Addiction Scale“ (DUWAS) von Schaufeli, Shimazu und Taris (2009) erhoben, die die beiden Facetten der Arbeitssucht „working excessively“ (exzessives Arbeiten) und „working compulsively“ (zwanghaftes Arbeiten) mit je fünf Items abbildet. Die Items der DUWAS sind in ihrer englischen Originalform und der eigenen deutschen Übersetzung in Tabelle 6.2.3 aufgeführt.

Tabelle 6.2.3 *Items der DUWAS zum Arbeitsstil.*

Nr.	Original	Eigene Übersetzung
	<i>Working Excessively</i>	<i>Exzessives Arbeiten</i>
1	I seem to be in a hurry and racing against the clock.	Mir ist, als sei ich immer in Eile und im Wettlauf gegen die Zeit.
2	I find myself continuing to work after my coworkers have called it quits.	Ich arbeite weiter, wenn meine Kollegen schon nach Hause gegangen sind.
3	I stay busy and keep many irons in the fire.	Ich bin stets beschäftigt und halte viele Eisen im Feuer.
4	I spend more time working than on socializing with friends, on hobbies, or on leisure activities.	Ich verbringe mehr Zeit mit Arbeit als mit Freunden, Hobbies oder anderen Freizeitaktivitäten.
5	I find myself doing two or three things at one time such as eating lunch and writing a memo, while talking on the telephone.	Ich mache mehrere Dinge gleichzeitig, wie etwa eine Notiz schreiben, Mittagessen und dabei mit jemandem telefonieren.
	<i>Working Compulsively</i>	<i>Zwanghaftes Arbeiten</i>
6	It is important to me to work hard even when I do not enjoy what I am doing.	Es ist für mich wichtig hart zu arbeiten, auch wenn ich keinen Spaß an dem habe was ich tue.
7	I feel that there is something inside me that drives me to work hard.	Ich habe das Gefühl, das etwas in mir mich antreibt, hart zu arbeiten.
8	I feel obliged to work hard, even when it is not enjoyable.	Ich fühle mich dazu verpflichtet, hart zu arbeiten, auch wenn es nicht immer angenehm ist.
9	I feel guilty when I take time off work.	Ich fühle mich schuldig, wenn ich mir von der Arbeit frei nehme.
10	It is hard for me to relax when I am not working.	Es fällt mir schwer mich zu entspannen, wenn ich nicht arbeite.

Anmerkungen. Antwortskala : 1 = nie, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig.

In einer Validierungsstudie der fünf Items umfassenden Arbeitssucht-Skala wurde die interne Konsistenz der beiden Skalen berechnet (Schaufeli, Shimazu et al., 2009). In der niederländischen Stichprobe ergab sich für beide Facetten eine Reliabilität von $\alpha = .78$. In der japanischen Stichprobe lag die Reliabilität des exzessiven Arbeitens bei $\alpha = .73$ und die des zwanghafte Arbeiten bei $\alpha = .68$.

Im Rahmen der Studie wurden vier Arbeitsbelastungen erhoben: die Kooperationsenge am Arbeitsplatz, die quantitative Arbeitsbelastung, die soziale Belastung sowie der Leistungsdruck bei der Arbeit. Die drei letztgenannten Arbeitsbelastungen wurden anhand von Skalen aus dem Trierer Inventar zur Erfassung des chronischen Stresses - Version 2 (TICS 2; Schultz & Schlotz, 2002) gemessen. Dem TICS liegt eine interaktionsbezogene Stresskonzeption zu Grunde, die sich auf die COR-Theorie stützt. Gemäß der Autoren entsteht Stress durch die „Beanspruchung personaler und umweltbezogener Ressourcen zur Bewältigung von Anforderungen mit dem Ziel, Ressourcen wieder herzustellen, zu erhalten, auszubauen und neue zu schaffen“ (Schulz & Schlotz, 2002). Fehlbeanspruchung bzw. Stresserleben entsteht bei Überbeanspruchung einer Person und der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit. Das TICS erhebt chronischen Stress als subjektive Erfahrung im Form von Selbstberichtsdaten. Die Probanden sollten, bezogen auf die letzten zwölf Monate, anhand einer fünfstufigen Antwortskala beurteilen, wie häufig die thematisierten Belastungen bei ihnen auftraten. Die Chronizität des Stresses wurde dementsprechend über eine Häufigkeitsskalierung abgebildet. Zu beachten ist, dass einige Skalen im TICS als „Überlastung“ titulierte werden. Abweichend von der Benennung der TICS-Autoren wird im Folgenden weiter von „Belastung“ gesprochen, da anhand der Items überwiegend die äußere stressrelevante Anforderungssituation, nicht aber die tatsächliche Fehlbeanspruchung gemessen wird.

Arbeitsbelastung. Die Belastung durch die Aufgabenmenge (quantitative Arbeitsbelastung) wurde anhand von acht Items erfasst. Beurteilt wurde z.B. die Häufigkeit von „Zeiten, in denen ich unter Termindruck/Zeitnot arbeiten muss“ oder „Zeiten, in denen mir die Arbeit über den Kopf wächst“. In dem Manual zum TICS 2 wird die interne Konsistenz der Skala „Arbeitsüberlastung“ mit $\alpha = .90$ angegeben, die Split-Half-Reliabilität beträgt $r_{12} = .87$ (Schulz & Schlotz, 2002).

Soziale Belastung. Die Beanspruchung bei der Bewältigung von Beziehungsanforderungen wurde anhand von vier Items erfasst, z.B. „Ich muss mich zu viel mit den Problemen anderer beschäftigen“ oder „Ich muss ständig aufs Neue für das Wohl anderer Menschen sorgen“. Im Fokus steht also die Verantwortung und Fürsorge

pflicht für andere Menschen. Laut Autoren liegt die Reliabilität der Skala „Soziale Überlastung“ bei $\alpha = .80$ und $r_{12} = .78$ (Schulz & Schlotz, 2002).

Leistungsdruck bei der Arbeit. Zieht die Nichtbewältigung von Leistungsanforderungen erhebliche negative Konsequenzen mit sich (z.B. soziale Zurückweisung, Statusverlust, Nachteile für andere Personen), entsteht Leistungsdruck. Das Erleben von diesem – durch äußere oder innere Erwartungen ausgelösten – Erfolgsdruck wurde anhand von sieben Items erhoben, wie z.B. „Ich habe Arbeiten zu erledigen, bei denen ich sehr viel Verantwortung für andere Menschen trage“ und „Ich habe Aufgaben zu erledigen, bei denen ich unter kritischer Beobachtung stehe“. Die interne Konsistenz der Skala Leistungsdruck beträgt $\alpha = .87$, die Split-Half-Reliabilität $r_{12} = .90$ (Schulz & Schlotz, 2002).

Kooperationsenge. Zur Erhebung der Interdependenzen mit Kollegen bei der Arbeitsausführung, wurde Skala „Kooperationsenge“ aus dem Instrument zur Stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA, Semmer, Zapf & Dunckel, 1998) entnommen und leicht modifiziert, um die Items der Struktur des Fragebogens anzupassen. Das ISTA ist ein handlungspsychologisches basiertes Verfahren zur Abschätzung von Belastungen und Ressourcen bei der Arbeit. In Tabelle 6.2.4 sind die reformulierten Items dargestellt, mit denen erfasst wurde, inwiefern Abhängigkeiten mit Kollegen hinsichtlich der Qualität und des Tempos der Arbeit bestanden.

Tabelle 6.2.4 *Items zur Kooperationsenge.*

Item
Meine Arbeit ist vom Arbeitstempo meiner Kollegen abhängig.
Meine Arbeit ist von der Arbeitsqualität meiner Kollegen abhängig.
Meine Kollegen sind von meinem Arbeitstempo abhängig.
Meine Kollegen sind von der Qualität meiner Arbeit abhängig.
Wenn ich Fehler mache, wirkt sich dies unmittelbar auf meine Kollegen aus.

Anmerkungen. Antwortskala : 1 = gar nicht, 2 = wenig, 3 = einigermaßen, 4 = viel, 5 = sehr viel.

Die Beantwortung der Items wurde auf einer Likert-Skala mit dem Wertebereich von 1 = „gar nicht“ bis 5 = „sehr viel“ vorgenommen. Zur internen Konsistenz der

Skala liegen nach Kenntnisstand der Verfasserin keine Kennwerte vor (siehe z.B. Semmer, Zapf & Dunckel, 1999).

Burnout. Die beiden Burnout-Symptome „emotionale Erschöpfung“ (EE) und „Depersonalisation“ (DP) wurden anhand der deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS-D) von Büssing und Glaser (1998) gemessen. Je Symptom waren fünf Aussagen zu beurteilen. Beispielitems für die emotionale Erschöpfung lauteten „Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt“ oder „Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht“. Depersonalisationssymptome wurden anhand von Aussagen wie „Ich bin zynischer darüber geworden, ob ich mit meiner Arbeit irgendeinen Beitrag leiste“ erhoben. Einer Studie mit Krankenpflegepersonal mit dem MBI-D von Büssing und Perrar (1992) zufolge, liegt die interne Konsistenz der EE-Skala bei $\alpha = .89$ und der DP-Skala bei $\alpha = .53$. Zur Kurzform des MBI-GS-D liegen nach Auskunft der Autoren bisher keine psychometrischen Kennwerte vor.

Gesundheitszustand. Der körperliche und psychische Gesundheitszustand wurde anhand des SF-12 erhoben. Dieser ist eine Kurzform des SF-36 Health Survey, einem krankheitsübergreifendem Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Der SF-12 beinhaltet Fragen zur körperlichen Funktionsfähigkeit und zur körperlichen Rollenfunktion, sowie zu Beeinträchtigungen durch Schmerzen. Weiterhin wird der allgemeine selbsteingeschätzte Gesundheitszustand erfragt. Zusammengenommen bilden diese Skalen die körperliche Gesundheit ab. Items zur Vitalität, der sozialen Funktionsfähigkeit, der emotionalen Rollenfunktion und dem psychischen Wohlbefinden werden als Indikatoren des psychischen Gesundheitszustandes herangezogen. In der Studie von Ware, Kosinski und Keller (1996) konnte die Reliabilität und Validität des SF-12 sowie dessen sehr gute Korrespondenz zum Ursprungsinstrument bestätigt werden. Die berichtete Retest-Reliabilität des Gesamtinstruments lag zwischen $r_{12} = .864$ (UK) und $.890$ (US). Der Score auf den beiden Dimensionen wird anhand eines Algorithmus berechnet, der es ermöglicht, die erhobenen Daten in standardisierte Kennwerte mit einem Mittelwert von 50 und einer Standardabweichung von 10 zu überführen.

Überstunden. Die Anzahl der vertraglich vereinbarten und der regelmäßig durchschnittlich geleisteten Arbeitsstunden pro Woche wurde im Selbstbericht erfasst. Zur Berechnung der Überstunden wurde die Anzahl der vertraglich vereinbarten Arbeitsstunden von der Anzahl der geleisteten Stunden subtrahiert.

Gesundheitsbezogene Einzelitems. Als Ergänzung zu den erhobenen Skalen wurde mit den in Tabelle 6.2.5 aufgeführten Einzelfragen erhoben, wie viele Arbeitsunfähigkeitsfälle im Referenzzeitraum aufgetreten waren, ob eine chronische Erkrankung vorlag und wie viele Male und an wie vielen Tagen die Probanden krankheitsbedingt gefehlt hatten.

Tabelle 6.2.5 *Gesundheitsbezogene Items.*

Aspekt	Item
Arbeitsunfähigkeitsfälle	„Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten körperlich oder psychisch so krank gewesen, dass Sie von einem Arzt berechtigterweise krankgeschrieben worden wären bzw. tatsächlich krankgeschrieben waren?“ (___ Mal)
Chronische Erkrankung	„Sind Sie chronisch krank?“ (ja/nein)
Krankheitsbedingte Fehltage	„An wie vielen Tagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankungen bei der Arbeit gefehlt?“ (___ Tage)
Krankheitsbedingte Fehlhäufigkeit	„Wie viele Male haben Sie in den vergangenen 12 Monaten aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankungen bei der Arbeit gefehlt?“ (___ Mal)

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Deskriptive Statistiken

In Tabelle 6.3.1 sind die deskriptiven Statistiken sowie die internen Konsistenzen der herangezogenen Skalen aufgeführt. Alle Skalen wiesen eine hinreichende Reliabilität $> .70$ auf (Nunnally, Bernstein & Berge, 1967).

Tabelle 6.3.1 Wertebereich, Mittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenzen der eingesetzten Skalen.

Skala	<i>k</i>	<i>W</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
Quantitative Arbeitsbelastung	8	1-5	3.21	0.85	.923
Soziale Belastung	4	1-5	3.21	0.90	.783
Leistungsdruck	7	1-5	3.76	0.78	.839
Kooperationsenge	5	1-5	3.45	0.96	.892
Exzessiver Arbeitsstil	5	1-5	3.04	0.80	.721
Zwanghafter Arbeitsstil	5	1-5	2.41	0.86	.798
Körperliche Gesundheit	6	-	49.20	8.24	-
Psychische Gesundheit	6	-	47.05	10.68	-
Emotionale Erschöpfung	5	1-5	2.97	0.87	.897
Depersonalisation	5	1-5	2.19	0.81	.818

Anmerkungen. *N* = 268. *k* = Anzahl der Items, *W* = Wertebereich, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, α = Reliabilität der Skala (Cronbach's Alpha).

Die Ausprägungen des Single-Item-Präsentismusmaßes sind in Tabelle 6.3.2 zu finden. Das Single Item-Maß mit einem Range zwischen eins und vier erreicht den Medianwert von 3.0. Die meisten Befragten (45.1%) gaben also an, zwei bis fünf Mal zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie das Gefühl hatten, es wäre besser gewesen zu Hause zu bleiben. Bei der klassischen Auswertung des Single-Item-Maßes wird der Prozentsatz an Personen berichtet, die mehr als einmal trotz Krankheit arbeiteten. Dies waren in der vorliegenden Studie 51.8%.

Tabelle 6.3.2 Antworthäufigkeiten für das Single Item-Präsentismusmaß von Aronsson et al. (2000).

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 Nein, nie	53	19.8	20.9	20.9
	2 Ja, einmal	69	25.7	27.3	48.2
	3 Ja, 2 bis 5 Mal	114	42.5	45.1	93.3
	4 Ja, mehr als 5 Mal	17	6.3	6.7	100.0
	Gesamt	253	94.4	100.0	
Fehlend		15	5.6		
Gesamt		268	100.0		

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten und Arbeitsunfähigkeitsfälle im Vorjahr wurden lediglich zur Validierung der Skala herangezogen, bei den Analysen zu den inhaltlichen Fragestellungen hingegen aber nicht weiter berücksichtigt.

6.3.2 Psychometrische Qualität der Skala

Die Prüfung der psychometrischen Eigenschaften der Präsentismus-Skala wurde zunächst anhand von Item- und Hauptkomponentenanalysen vorgenommen. Die Struktur der reduzierten Skala wurde abschließend anhand eines Strukturgleichungsmodells überprüft.

Die interne Konsistenz der sieben Items umfassenden Skala betrug $\alpha = .882$. Bei der Betrachtung der Itemparameter zeigte sich jedoch (siehe Tabelle 6.3.3), dass das Item pr7 („Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war“) unbefriedigende Kennwerte aufwies und eher niedrig mit den anderen Items korrelierte (Tabelle 6.3.4). Es hatte eine geringe korrigierte Trennschärfe ($r_{IS} = .30$) und war stark rechtsschief ($Sch = 3.48$). Die hohe Schwierigkeit des Items pr7 ($M = 1.25$) ging mit einer geringen Varianz einher ($SD = 0.78$). Auch das Item pr2 wies eine recht hohe Schwierigkeit und Schiefe auf, hatte jedoch eine zufriedenstellende Trennschärfe und Varianz.

Tabelle 6.3.3 *Item-Statistiken der Präsentismus-Skala.*

Code	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sch</i>	<i>r_{IS}</i>
pr1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.	3.03	1.10	0.25	.796
pr 2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.....	1.82	1.18	1.32	.650
pr 3	Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.	2.14	1.25	0.73	.715
pr 4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.	2.82	1.36	0.26	.815
pr 5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.....	2.83	1.33	0.13	.606
pr 6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.....	2.88	1.27	0.11	.778
pr 7	Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war.....	1.25	0.78	3.48	.300

Anmerkungen. $200 \leq N \leq 216$. *Sch* = Schiefe. *r_{IS}* = Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe).

Tabelle 6.3.4 Produkt-Moment-Korrelation der Präsentismus-Items.

Code	Item	pr1	pr2	pr3	pr4	pr5	pr6
pr1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.						
pr 2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.	.550**					
pr 3	Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.	.614**	.628**				
pr 4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.	.725**	.520**	.641**			
pr 5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.	.524**	.410**	.443**	.629**		
pr 6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.	.731**	.502**	.567**	.774**	.654**	
pr 7	Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war.	.291**	.405**	.325**	.194**	.049	.197**

Anmerkungen. $193 \leq N \leq 210$. * $p < .05$, ** $p < .01$.¹

¹ Bei allen in dieser Arbeit berichteten inferenzstatistischen Verfahren wird grundsätzlich zweiseitig getestet.

Zur Prüfung der Struktur der Skala wurde eine explorative Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation durchgeführt (siehe Tabelle 6.3.5). Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde anhand des Kaiser-Guttman-Kriteriums bestimmt, welches besagt, dass der Eigenwert des Faktors mehr Varianz als eine einzelne Variable aufklären muss und somit größer als eins sein muss. Es ergaben sich gemäß diesem Kriterium zwei Faktoren, die jeweils 50.6% und 20.9% Varianz aufklärten. Auf dem zweiten Faktor lud vor allem das Item pr7 sehr hoch und auch das Item pr2 ließ sich diesem Faktor zuordnen. Letzteres wies jedoch eine hohe Nebenladung auf Faktor eins auf. Alle anderen Items ließen sich dem ersten Faktor zuordnen. Item pr1 und Item pr3 wiesen dabei Nebenladungen über .30 auf dem zweiten Faktor auf.

Aufgrund der problematischen Kennwerte des Items pr7 und der uneindeutigen Faktorstruktur wurde dieses Item eliminiert. Die Itemreduktion führte zu einer Erhöhung der internen Konsistenz der Skala auf $\alpha = .898$. Eine erneute explorative Untersuchung der Skalenstruktur erbrachte eine einfaktorielle Lösung mit knapp 67% Varianzaufklärung (siehe Tabelle 6.3.6). Alle Items luden höher als .73 auf diesem Faktor.

Tabelle 6.3.5 *Varimax-rotierte Hauptkomponentenlösung mit allen Präsentismus-Items (N = 193).*

Code	Item	F_1	F_2
pr1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.	<u>.800</u>	.345
pr 2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.	.521	<u>.630</u>
pr 3	Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.	<u>.652</u>	.496
pr 4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.	<u>.861</u>	.254
pr 5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.	<u>.826</u>	-.056
pr 6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.	<u>.884</u>	.143
pr 7	Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war.	-.014	<u>.907</u>
Erklärte Varianz (in %)		50.6	23.9
Erklärte Gesamtvarianz (in %)		74.5	

Anmerkung. F_i = Ladung des Items auf der Hauptkomponente i (Ladungen $\geq .40$ sind unterstrichen gekennzeichnet).

Tabelle 6.3.6 *Varimax-rotierte Hauptkomponentenlösung mit ausgewählten Präsen-tismus-Items (N = 193).*

Code	Item	F_1
pr1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.	<u>.867</u>
pr 2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.	<u>.731</u>
pr 3	Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttel-frost, Fieber) gearbeitet.	<u>.799</u>
pr 4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht ge-arbeitet.	<u>.888</u>
pr 5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.	<u>.737</u>
pr 6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.	<u>.869</u>
Erklärte Varianz (in %)		66.8

Die Prüfung der Güte der reduzierten 6-Item-Skala erfolgte abschließend noch einmal anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mit AMOS 18.0 unter Einsatz der Maximum-Likelihood-Methode auf Basis der Varianz-Kovarianz-Matrix. Abbildung 6.3.1 zeigt das geprüfte Strukturmodell. Die Bewertung der globalen Modellgüte erfolgte anhand des Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA, Steiger, 1990) als Misfit-Index sowie des Comparative Fit-Index (CFI, Bentler & Bonett, 1980) und des Tucker-Lewis-Index (TLI, Tucker & Lewis, 1973) als Fit-Indizes. Als Misfit-Index sollte der RMSEA klein ausfallen und gilt bei $\leq .05$ als gut, als akzeptabel bei einem Wert von $\leq .08$ und als inakzeptabel bei $\geq .10$ (Brown & Cudeck, 1993). Die globalen Fit-Maße CFI und TLI spiegeln die Anpassungsgüte des Modells wieder und sollten einen Wert von .90 oder größer erreichen (Ullman, 2001; Bentler und Bonett, 1980).

Wie in Tabelle 6.3.7 zu sehen ist, wiesen die Fit-Indizes CFI und TLI Modell befriedigende Werte auf, während der RMSEA nicht im geforderten Wertebereich lag.

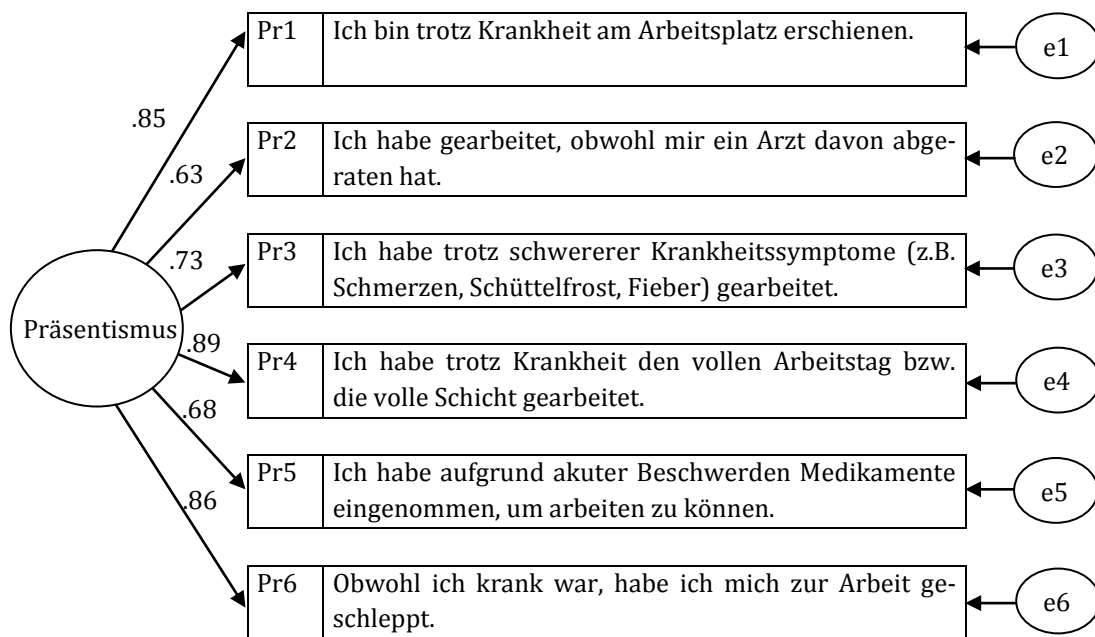


Abbildung 6.3.1 6-Item-Strukturgleichungsmodell der Präsentismus-Skala.

Tabelle 6.3.7 Fit-Statistiken des Strukturmodells ($N = 185$).

Modell	Modellanpassung					
	χ^2	df	p	RMSEA	CFI	TLI
6 Items	42.358	9	.000	.142	.951	.918

6.3.3 Konstruktvalidität der Präsentismus-Skala

Zur Prüfung der konvergenten Validität der Skala wurden deren Zusammenhänge mit dem körperlichen Gesundheitszustand sowie mit der quantitativen Arbeitsbelastung untersucht. Es zeigte sich, dass Präsentismus statistisch signifikant mit diesen Variablen in Beziehung stand, sodass Befunde aus vorherigen Studien repliziert und die Hypothesen K1 und K2 bestätigt werden konnten. Mit dem Gesundheitszustand korrelierte der Präsentismus-Skalenwert zu $r = -.220$ ($p < .01$), mit der Arbeitsbelastung zu $r = .317$ ($p < .01$).

Um weiterhin das nomologische Netz der neu entwickelten Skala zu untersuchen, wurde diese mit dem Single Item-Maß und verschiedenen Außenkriterien in Beziehung gesetzt. Zudem wurden die Zusammenhangsmuster der beiden Instrumente verglichen. Um die Vergleichbarkeit der Koeffizienten zu gewährleisten,

wurden für alle der in Tabelle 6.3.8 abgebildeten Zusammenhänge Spearman-Rangkorrelationen (r_s) berechnet. Da die Präsentismus-Skala nur dann beantwortbar war, wenn in den letzten zwölf Monaten eine Erkrankung vorgelegen hatte, beziehen sich die zugehörigen Analysen auf eine Teilstichprobe von 205 Personen. Zu Vergleichszwecken wurden die Korrelationen des Single Item-Maßes entsprechend getrennt für die Gesamtstichprobe und die Teilstichprobe dieser Probanden mit mindestens einem Krankheitsfall berechnet.

Die Präsentismus-Skala korrelierte zu $r_s = .494$ ($p < .01$) mit dem Single Item-Maß. Wie vermutet, wies dieses im Vergleich zur Skala höhere Zusammenhänge mit Variablen auf, die mit dem Gesundheitszustand assoziiert waren. Hierzu gehörten die Arbeitsunfähigkeitsfälle im Vorjahr, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung und die Befindensindikatoren (Körperliche Gesundheit, Psychische Gesundheit, Emotionale Erschöpfung, Depersonalisation). Insbesondere bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen der vergangenen zwölf Monate und dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung unterschieden sich die Korrelationen stark. Während die Skala keine bedeutsame Kovariation mit diesen Variablen zeigte, waren die Zusammenhänge mit dem Single Item in substantieller Höhe vorhanden. Das Single Item-Maß wies darüber hinaus starke Zusammenhänge mit den krankheitsbedingten Abwesenheitszeiten auf, während dies bei der Skala nicht der Fall war. Dieses Muster zeigte sich besonders deutlich in Bezug auf die krankheitsbedingte Fehlzeiten. Während das Single Item-Maß z.B. mit den Fehltagen in der Gesamtstichprobe zu $r_s = .415$ ($p < .01$) korrelierte und in der Teilstichprobe zu $r_s = .248$ ($p < .01$), fand sich kein Zusammenhang mit dem anhand der Skala gemessenen Präsentismus ($r_s = .043$, *ns*). Das gleiche Muster ergab sich für die krankheitsbedingten Fehlhäufigkeit. Insgesamt korrelierte das Single Item in der Gesamtstichprobe fast durchgängig höher mit den gesundheitsbezogenen Variablen als in der Teilstichprobe.

In Bezug auf die erhobenen Arbeitsbelastungen zeigten sich vergleichbare Korrelationen für die beiden Instrumente, wenn nur die Teilstichprobe der Personen, die im Bezugszeitraum erkrankt waren betrachtet wurde. In der Gesamtstichprobe wies das Single Item-Maß höhere Korrelationen mit den Belastungsindikatoren auf.

Weitere Unterschiede zwischen den Instrumenten ergaben sich, wie vermutet, in Bezug auf die verhaltensbezogenen Variablen (exzessiver und zwanghafter Arbeitsstil, sowie wöchentlich geleistete Überstunden). Hier zeigen sich durchgängig höhere Werte für die Präsentismus-Skala, sofern man die Teilstichprobe der Probanden mit mindestens einem Krankheitsfall betrachtete. Die Korrelationen des Single Items mit den Arbeitsstilvariablen stiegen in der Gesamtstichprobe wiederum stark an und erreichten in etwa die bei der Skala gefundenen Korrelationshöhen.

Je nach Art der Präsentismus-Messung ergaben sich unterschiedliche Zusammenhänge zu den demografischen Merkmalen. Während nirgendwo ein Geschlechtseffekt zu finden, war, zeigte sich bei dem anhand der Skala gemessenen Präsentismus ein Alterseffekt ($r_s = -.176, p < .01$).

Tabelle 6.3.8 Spearman-Rangkorrelationen der Präsentismus-Maße mit den Außenkriterien.

	Teilstichprobe (N = 205)		Gesamtstichprobe
	PR ^a	PR-SI ^b	PR-SI ^b
Präsentismus-Maße			
Präsentismus-Skala	-	.494**	.494**
Präsentismus-Single Item	.494**	-	-
Soziodemografische und berufliche Merkmale			
Alter ^c	-.176**	.049	.023
Geschlecht ^d	-.027	.007	.048
Arbeitsbelastungen			
Quantitative Arbeitsbelastung	.322**	.393**	.469**
Soziale Belastung	.215**	.287**	.353**
Leistungsdruck	.201**	.196**	.249**
Kooperationsenge	.206**	.164**	.224**
Gesundheitsbezogene Variablen			
Krankheitsbedingte Fehlhäufigkeit	.030	.234**	.406**
Krankheitsbedingte Fehltage	.043	.248**	.415**
AU-Fälle in den letzten 12 Monaten	.138	.370**	.486**
Chronische Erkrankung ^e	-.089	.286**	.261**
Körperliche Gesundheit	-.209**	-.285**	-.346**
Psychische Gesundheit	-.257**	-.418**	-.436**
Emotionale Erschöpfung	.300**	.463**	.521**
Depersonalisation	.239**	.282**	.356**
Verhaltensbezogene Variablen			
Exzessiver Arbeitsstil	.315**	.232**	.326**
Zwanghafter Arbeitsstil	.286**	.159**	.222**
Überstunden	.279**	.172**	.139**

Anmerkungen. $172 \leq N \leq 268$. ^aPräsentismus-Skala. ^bPräsentismus-Single Item. ^cAlter dichotomisiert, Kodierung: 1 = Jüngere (<40 Jahre), 2 = Ältere (>39 Jahre). ^dKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^eKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Zur Prüfung der Fragestellung, ob sich Ärzte anhand der Skala von den anderen Berufsgruppen unterscheiden lassen, wurde ein linearer Kontrast auf Signifikanz getestet. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied in Bezug auf den anhand der Skala gemessenen Präsentismus (Tabelle 6.3.9) zwischen den vier herangezogenen

Bereichen ($F_{(3,183)} = 3.099, p < .05$). Anhand der Mittelwerte ließ sich erkennen, dass die Mitarbeiter des ärztlichen Dienstes von allen Berufsgruppen die höchsten Präsentismuswerte ($M = 3.11$) aufwiesen, sodass Hypothese K3 angenommen werden kann.

Tabelle 6.3.9 *Präsentismusausprägung in den Bereichen (Skalenwerte).*

Bereich	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Ärztlicher Dienst	30	3.11	1.07
Pflege	87	2.65	0.98
Funktionsdienst	37	2.40	0.96
Wirtschafts- und Verwaltungsdienst	33	2.47	1.10
<i>Gesamt</i>	229	2.41	0.90

Tabelle 6.3.10 Interkorrelationen der erhobenen Variablen.

		Arbeitsbelastungen					Arbeitsstil			Befinden				13
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
		PR	KOP	QAB	SOBE	LDAR	EA	ZA	Überstd.	KG	PG	EE	DP	Alter
1	PR ^a	.898												
2	KOP	.211**	.892											
3	QAB	.317**	.308**	.923										
4	SOBE	.210**	.205**	.640**	.783									
5	LDAR	.202**	.357**	.488**	.631**	.839								
6	EA	.317**	.301**	.633**	.439**	.451**	.721							
7	ZA	.278**	.186**	.407**	.310**	.304**	.451**	.798						
8	Überstd.	.217**	.075	.136**	.107	.220**	.316**	.102	-					
9	KG	-.220**	-.017	-.191**	-.106	-.016	-.075	.091	-.017	-				
10	PG	-.239**	-.203**	-.452**	-.308**	-.224**	-.343**	-.375**	-.029	-.067	-			
11	EE	.282**	.259**	.685**	.490**	.349**	.451**	.404**	.125	-.314**	-.565**	.897		
12	DP	.235**	.146**	.456**	.374**	.263**	.289**	.353**	.064	-.229**	-.505**	.636**	.818	
13	Alter ^b	-.160**	-.155**	.039	.021	-.034	.034	-.141**	.120	-.159**	.177**	-.005	-.047	-
14	Geschlecht ^c	-.035	.043	.133**	.062	.197**	.238**	-.020	.380**	.121	-.027	.080	.055	.120

Anmerkungen. 171 ≤ N ≤ 252. ^a Präsentismus-Skala; ^b Alter dichotomisiert, Kodierung: 0 = Jüngere, 1 = Ältere. ^c Kodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. Kürzel für die Variablen: PR = Präsentismus-Skalenwert, KOP = Kooperationsenge, QAB = quantitative Arbeitsbelastung, SOBE = Soziale Belastung, LDAR = Leistungsdruck bei der Arbeit, EA = Exzessiver Arbeitsstil, ZA= Zwanghafter Arbeitsstil, Überstd. = Überstunden, KG = Körperliche Gesundheit, PG = Psychische Gesundheit, EE = Emotionale Erschöpfung, DP = Depersonalisation. *p < .05, **p < .01. Reliabilitäten in der Diagonale (Cronbachs α).

6.3.4 Prüfung der inhaltlichen Hypothesen

Zur Prüfung der inhaltlichen Hypothesen wurden Korrelations- und Regressionsanalysen durchgeführt. In Tabelle 6.3.10 sind die Interkorrelationen der Studienvariablen abgebildet. Es zeigt sich, dass alle Variablen in einem statistisch bedeutsamen Zusammenhang miteinander standen, einige Ausnahmen fanden sich lediglich in Bezug auf die Überstunden, die körperliche Gesundheit sowie hinsichtlich des Alters und Geschlechts.

6.3.4.1 Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit den qualitativen Arbeitsbelastungen

Zur Prüfung der Hypothesen S1 bis S3 wurde die Produkt-Moment-Korrelation zwischen dem Präsentismus und den qualitativen Belastungsvariablen berechnet. Es zeigte sich, dass Präsentismus mit allen qualitativen Arbeitsbelastungen hypothesenkonform signifikant positiv korrelierte. Der geringste Zusammenhang zeigte sich mit dem Leistungsdruck bei der Arbeit ($r = .202, p < .01$), die Kooperationsen-ge und die soziale Belastung korrelierten in etwa gleicher Höhe ($r = .211$ bzw. $r = .210, ps < .01$) mit dem Arbeiten trotz Krankheit.

Die korrelativen Zusammenhänge schlugen sich auch bei der grafischen Darstellung der Bereichsunterschiede in Bezug auf die Arbeitsbelastungen und den Präsentismus (Abbildung 6.3.2) nieder. Es zeigte sich, dass tendenziell in Bereichen mit einer hohen Arbeitsbelastung auch die Neigung, trotz Krankheit zu arbeiten höher war. Insbesondere beim ärztlichen Dienst waren hier hohe Ausprägungen zu verzeichnen.

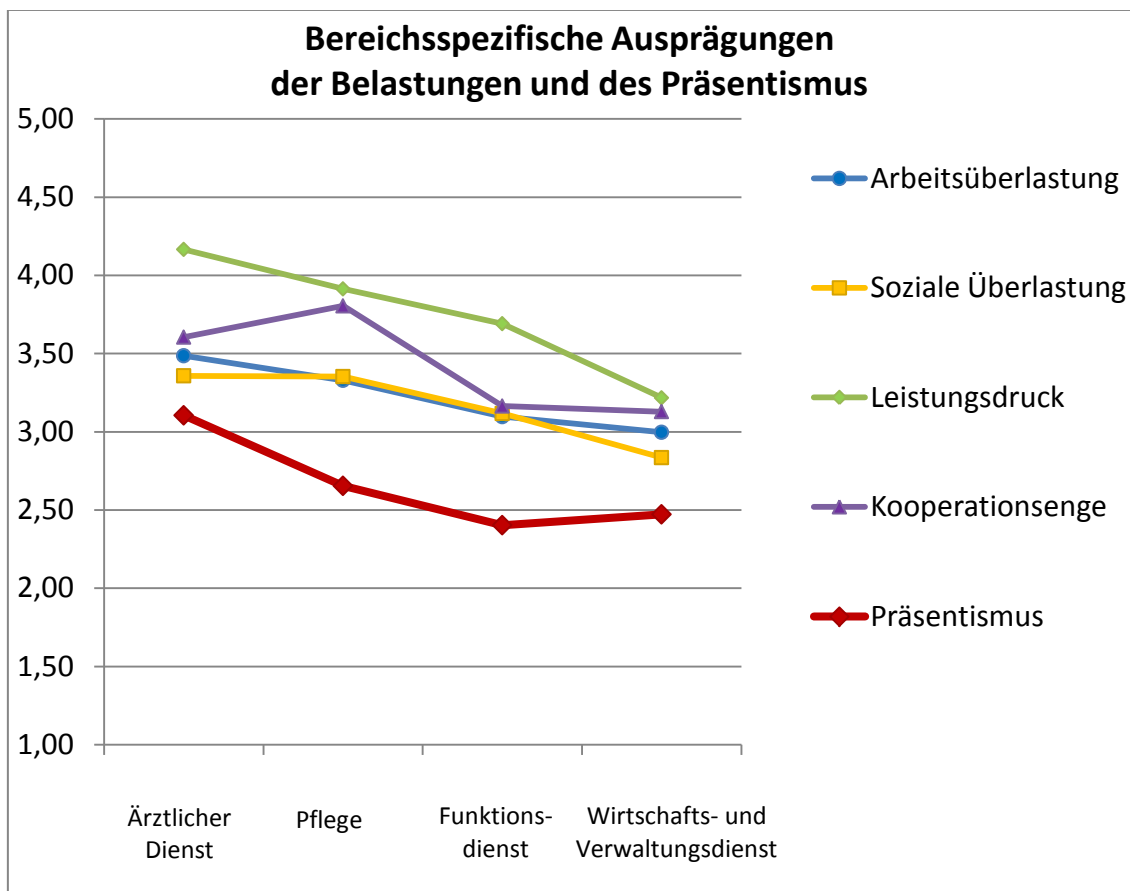


Abbildung 6.3.2 Bereichsunterschiede bei der Ausprägung der Arbeitsbelastungen und des Präsentismus.

6.3.4.2 Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit dem Arbeitsverhalten
Ob der Präsentismus mit dem persönlichen Arbeitsverhalten in Zusammenhang steht, wurde für die geleisteten Überstunden und das Ausmaß an arbeitssüchtigen Verhaltensweisen korrelationsanalytisch überprüft.

Konform mit der Hypothese V1 ergab sich eine statistisch bedeutsame Korrelationen mit den geleisteten Überstunden ($r = .217, p < .01$). Des Weiteren zeigten sich statistisch signifikante positive Zusammenhänge zum exzessiven ($r = .317, p < .01$), als auch zum zwanghaften Arbeitsstil ($r = .278, p < .01$). Die Hypothesen V2 und V3 können damit ebenfalls angenommen werden.

6.3.4.3 Befunde zum Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem psychischen Befinden

Die Überprüfung der Annahme, dass Präsentismus mit einem verschlechterten Befinden einhergeht, wurde zunächst anhand von Korrelationsanalysen vorgenommen. Es zeigte sich in Einklang mit der Hypothese B1, dass Präsentismus in signifikant negativem Zusammenhang zur psychischen Gesundheit ($r = -.239$, $p < .01$) stand. Mit den beiden Burnout-Symptomen „emotionale Erschöpfung“ und „Depersonalisation“ ergaben sich signifikante, positive Korrelationen in Höhe von $r = .282$ bzw. $r = .235$ ($ps < .01$). Somit lassen sich auch Hypothese B2 und B3 bestätigen.

Inwiefern Präsentismus als Mediator (M) zwischen der Arbeitsbelastung (X) und einer psychischen Befindensvariable (Y) aufzufassen ist, wurde mittels multipler Regressionsanalysen untersucht. Zum besseren Verständnis wird das allgemeine Modell zur Prüfung der Mediation in Abbildung 6.3.3 dargestellt. Gemäß Baron und Kenny (1986) kann Präsentismus als Mediator gelten, wenn alle drei Variablen (X, Y, M) miteinander korrelieren und in der multiplen Regression $Y = f(X, M)$ die Mediatorvariable auch dann einen signifikanten Einfluss auf Y hat, wenn für X statistisch kontrolliert wird. Wird das Regressionsgewicht von X in der multiplen Regression insignifikant, so liegt eine vollständige Mediation vor, wird es nur geringer, eine partielle.

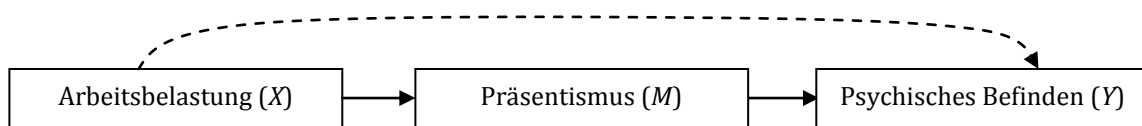


Abbildung 6.3.3 Modell zur Prüfung des Mediationseffekts des Präsentismus auf den Zusammenhang zwischen den Arbeitsbelastungen und dem Befinden.

Da der Zusammenhang von Präsentismus mit vier Arbeitsbelastungen und drei Befindensvariablen von Interesse war, wurden insgesamt zwölf Analysen durchgeführt. Wie in Tabelle 6.3.10 zu sehen ist, bestand zwischen allen herangezogenen Variablen eine signifikante Korrelation, sodass die Grundvoraussetzung zur Durchführung der Mediatoranalysen gegeben war. In Tabelle 6.3.11 sind die Ergebnisse

Tabelle 6.3.11 *Ergebnisse der Mediatoranalysen: Hierarchische lineare Regressionsanalysen zur Vorhersage der drei Befindensvariablen Psychische Gesundheit, Emotionale Erschöpfung und Depersonalisation durch die Arbeitsbelastungen und Präsentismus als Mediator.*

Hyp.	Abhängige Variable	Mediator		Unabhängige Variablen			R^2
		Präsentismus	KOP	β			
				QAB	SOBE	LDAR	
M1-a	Psychische Gesundheit	-.218**	-.109				.070
M1-b	Psychische Gesundheit	-.121		-.379**			.187
M1-c	Psychische Gesundheit	-.195**			-.230**		.108
M1-d	Psychische Gesundheit	-.206**				-.172*	.085
M2-a	Emotionale Erschöpfung	.246**	.195**				.119
M2-b	Emotionale Erschöpfung	.081		.633**			.441
M2-c	Emotionale Erschöpfung	.190**			.441**		.266
M2-d	Emotionale Erschöpfung	.057**				.083**	.134
M3-a	Depersonalisation	.224**	.120				.076
M3-b	Depersonalisation	.117		.375**			.182
M3-c	Depersonalisation	.176*			.284**		.133
M3-d	Depersonalisation	.203**				.157*	.079

Anmerkungen. $N = 202$. β = beta-Gewicht in der Regression. R^2 = Determinationskoeffizient aus der Regression der abhängigen Variable auf die Arbeitsbelastungen bei Einbezug von Präsentismus (Skalenwert) als Mediator. KOP = Kooperationsenge, QAB = quantitative Arbeitsbelastung, SOBE = Soziale Belastung, LDAR = Leistungsdruck bei der Arbeit. * $p < .05$, ** $p < .01$.

der Regressionen zu finden. Es zeigten sich für die drei Befindensindikatoren ähnliche Befundmuster.

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse zur psychischen Gesundheit, so zeigt sich, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen den Kooperationserfordernissen und dieser Befindensvariable vollständig vermittelte. Hypothese M1-a wird damit bestätigt. Dass eine Mediation vorlag, ließ sich an dem signifikanten Regressionsgewichts des Präsentismus erkennen. Da das Regressionsgewicht der Kooperationserfordernisse zudem insignifikant wurde, lag eine vollständige Mediation vor. Keine Mediatorwirkung des Präsentismus fand sich für den Zusammenhang zwischen der quantitativen Arbeitsbelastung und der psychischen Gesundheit, sodass Hypothese M1-b abgelehnt werden muss. Einen signifikanten Beitrag lieferte der Präsentismus auch im Regressionsmodell für die Vorhersage der psychischen Gesundheit durch die soziale Belastung und den Leistungsdruck bei der Arbeit. Da die Regressionsgewichte der beiden Belastungsvariablen nicht insignifikant waren, lag hier jeweils eine partielle Vermittlung durch Präsentismus vor. Folglich lassen sich die Hypothesen M1-c und M1-d bestätigen.

Für die Vorhersage des Burnout-Indikators „Depersonalisation“ ließ sich ein entsprechendes Befundmuster finden: Präsentismus mediierte den Zusammenhang zwischen den Kooperationserfordernissen und der Depersonalisation vollständig und den Zusammenhang zwischen der sozialen Belastung bzw. dem Leistungsdruck bei der Arbeit mit der Depersonalisation partiell. Somit lassen sich die Hypothesen M3-a, M3-c und M3-d bestätigen. Kein Mediationseffekt des Präsentismus zeigte sich für den Zusammenhang zwischen der quantitativen Arbeitsbelastung und der Depersonalisation, sodass Hypothese M3-b abgelehnt werden muss.

Ähnliche Befunde ergaben sich für die „emotionale Erschöpfung“ als Burnout-Symptom. Auch hier zeigte sich keine Mediationswirkung des Präsentismus für den Zusammenhang zwischen der quantitativen Arbeitsbelastung und der emotionalen Erschöpfung. Somit muss auch Hypothese M2-b abgelehnt werden. Eine partielle Mediation von Präsentismus lag hingegen für den Zusammenhang der sozialen Belastung und dem Leistungsdruck mit der emotionalen Erschöpfung vor und eine vollständige für den mit der Kooperationsenge. Die Hypothesen M2-a, M2-c und M2-d können damit angenommen werden.

Zusammenfassend zeigte sich also, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen den qualitativen Arbeitsbelastungen (Kooperationserfordernisse, soziale Belastung, Leistungsdruck) und dem Befinden vermittelte. Für alle drei Befindensindikatoren ließ sich aber keine Mediatorwirkung des Präsentismus finden, wenn die quantitative Arbeitsbelastung herangezogen wurde.

6.3.5 Gründe für Präsentismus

Zur weiteren Analyse des Präsentismus wurde erfragt, inwiefern die in Tabelle 6.3.12 aufgelisteten Gründe ausschlaggebend für das Verhalten der Mitarbeiter waren. Es zeigte sich das vor allem die Rücksichtnahme auf Kollegen ($M = 3.77$) und das Nichtvorhandensein eines Vertreters ($M = 3.48$) als Hauptgründe für den Präsentismus angegeben wurden. Dringende Arbeiten und Termine ($M = 3.33$) sowie ein hoher Workload ($M = 3.27$) rangierten auf dem dritten und vierten Platz.

Tabelle 6.3.12 *Präsentismus-Gründe.*

Rang	Grund	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
1	Ich wollte meinen Kollegen nicht zur Last fallen.	192	3.77	1.39
2	Es gab keine Vertretung für mich.	182	3.48	1.42
3	Es gab dringende Arbeiten und Termine.	174	3.33	1.47
4	Ich hatte zu viel zu tun.	176	3.27	1.39
5	Ich habe mich noch leistungsfähig genug gefühlt.	190	2.87	1.05
6	Die Arbeit hätte sich aufgehäuft.	173	2.84	1.45
7	Alle meine Kollegen gehen auch krank zur Arbeit.	179	2.48	1.13
8	Ich wollte meine positive Einstellung zum Unternehmen demonstrieren.	180	2.44	1.36
9	Ich hatte Angst vor beruflichen Nachteilen, wenn ich fehle.	190	2.24	1.41
10	Ich brauchte Ablenkung von meiner Krankheit.	176	1.48	0.96

Anmerkungen. Antwortskala: 1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft wenig zu, 3 = trifft mittelmäßig zu, 4 = trifft überwiegend zu, 5 = trifft völlig zu.

Die Suche nach Ablenkung von der Krankheit schien für die meisten Befragten kein Grund für den Präsentismus zu sein ($M = 1.48$). Von untergeordneter Bedeutung waren auch die Angst vor beruflichen Nachteilen ($M = 2.24$), der Wunsch, eine positive Einstellung zum Unternehmen zu demonstrieren ($M = 2.44$) oder die Anpassung an das Verhalten der Kollegen ($M = 2.48$).

6.3.6 Prädiktoren von Präsentismus

Anhand einer schrittweisen hierarchischen Regressionsanalyse wurde weiterhin explorativ geprüft, welche Faktoren signifikant zur Vorhersage des Präsentismus beitragen. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse sind in Tabelle 6.3.13 dargestellt. Im ersten Block wurden als Personenmerkmale die Bereichs- und Altersgruppe sowie das Geschlecht aufgenommen. Die Bereichszugehörigkeit ging dabei dummykodiert in die Analyse ein, als Referenzkategorie diente der Bereich der Pflege. Das Alter wurde dichotomisiert aufgenommen. Im zweiten Schritt wurden das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie der körperliche Gesundheitszustand als Gesundheitsindikatoren in das Modell aufgenommen. Durch Hinzunahme dieser Variablen stieg die Varianzaufklärung am Präsentismus um 5.5% ($p < .01$) auf 13.4%. Im dritten Block kamen die Belastungsfaktoren (Kooperationsenge, quantitative Arbeitsbelastung, soziale Belastung und Leistungsdruck) bei der Arbeit hinzu, wodurch ein signifikanter Anstieg des Determinationskoeffizientens um 7.5% erreicht wurde. Stressorensseitig war dabei die quantitative Arbeitsbelastung ($\beta = .212, p < .01$) der entscheidende Prädiktor. Im letzten Block wurden schließlich der exzessive und der zwanghafte Arbeitsstil mit eingeschlossen, die weitere 3.3% spezifische Varianz über die Personenmerkmale und die Arbeitsbelastungen am Präsentismus aufklärten ($p < .05$). Im vollständigen Regressionsmodell erreichte allein das Beta des körperlichen Gesundheitszustandes statistische Bedeutsamkeit. Die beiden Arbeitsstilvariablen und das Alter gingen mit marginaler Signifikanz in die Vorhersage des Präsentismus ein. Das negative Regressionsgewicht des Alters verweist darauf, dass Beschäftigte unter 40 Jahren höhere Präsentismuswerte aufwiesen als ältere Mitarbeiter. Vor Einbezug des Arbeitsstils im letzten Block war auch die Zugehörigkeit zum Ärztlichen Dienst in jedem Block ein signifikanter Prädiktor des Präsentismus ($p < .05$).

Tabelle 6.3.13 *Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression zur Vorhersage von Präsentismus durch Personenmerkmale, Gesundheitsindikatoren, Arbeitsbelastungen und Arbeitsstilvariablen.*

Block	Variablen	β				R^2	ΔR^2
1	Ärztlicher Dienst ^a	.203*	.192*	.174*	.133		
	Funktionsdienst ^a	-.084	-.077	-.036	-.034		
	Wirtschafts- und Verwaltungsdienst ^a	-.018	.004	.051	.003		
	Alter ^b	-.151	-.211**	.186*	-.152		
	Geschlecht ^c	-.093	-.051	-.086	-.084	.079*	
2	Chronisch krank ^d		-.031	-.011	-.030		
	Körperliche Gesundheit		-.230**	-.201*	-.194*	.134**	.055**
3	Kooperationsenge			.076	.053		
	Quantitative Arbeitsbelastung			.212*	.099		
	Soziale Belastung			.000	-.024		
	Leistungsdruck			.072	.043	.210**	.075**
4	Exzessiver Arbeitsstil				.161		
	Zwanghafter Arbeitsstil				.137	.243**	.033*

Anmerkungen. $N = 173$. ^aReferenzkategorie: Pflege. ^bAlter dichotomisiert, Kodierung: 1 = Jüngere (<40 Jahre), 2 = Ältere (>39 Jahre). ^cKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^dKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. * $p < .05$, ** $p < .01$.

6.4 Diskussion

6.4.1 Güte der Präsentismus-Skala

Die Messung von Präsentismus in nicht-produktivitätsorientierten Studien erfolgte in der bisherigen Forschung zumeist mit dem Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000), das mit einigen messtheoretischen Schwächen behaftet ist. Als größtes Problem lässt sich hier die starke Konfundierung des Verhaltens, trotz Krankheit zu arbeiten mit dem Gesundheitszustand anführen, die aus der Abfrage des Präsentismus anhand von absoluten Häufigkeiten resultiert. Des Weiteren ist aufgrund der Einzelitem-Messung keine Prüfung der Reliabilität des Instruments möglich, sodass keine Aussage über die Güte des Instruments getroffen werden kann. Um die aufgeführten Messprobleme zu überwinden, wurde in der vorliegenden Studie eine neu konstruierte Präsentismus-Skala hinsichtlich ihrer psychometrischen Qualität und ihrer Validität geprüft.

Die Untersuchung der sieben Items umfassenden Original-Skala erfolgte zunächst anhand von Struktur- und Itemanalysen. Bezog man alle Items der Skala in eine Hauptkomponentenanalyse ein, ergab sich explorativ eine zweifaktorielle Struktur. Die Zuordnung der Items zu den Faktoren wurde jedoch durch z.T. hohe Nebenladungen erschwert. Die Analyse der Itemparameter wies auf eine schlechte Passung des Items pr7 („Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war“) hin, sodass es letztlich eliminiert wurde. Die Eliminierung dieses Items macht bei näherer Betrachtung nicht nur aufgrund statistischer Kriterien, sondern auch aus inhaltlicher Sicht Sinn. Stellt ein Arzt einem Beschäftigten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung aus, so stellt er eine Prognose darüber, wie lange die Arbeitsunfähigkeit etwa vorliegt. Es ist jedoch möglich, dass der Mitarbeiter schon früher wieder genesen ist, sodass eine Rückkehr an den Arbeitsplatz auch vor Ablauf der Krankschreibung nicht zu Präsentismus führt. Auch aus arbeitsrechtlicher Sicht ist eine frühere Arbeitsaufnahme unproblematisch, da der Versicherungsschutz bei Wiederaufnahme der Tätigkeit automatisch einsetzt. Im Rahmen von Wiedereingliederungsmaßnahmen ist es zudem möglich, dass ein kranker Mitarbeiter seiner Tätigkeit stundenweise oder an einem Schonarbeitsplatz nachgeht. Diese Art des Präsentismus ist aber für Studien, die die Eignung der Präsentismusquote als

Frühwarnzeichen im Rahmen der Organisationsdiagnostik untersuchen, von untergeordnetem Interesse. Auch inhaltlich erscheint also die Eliminierung des Items pr7 gerechtfertigt.

Eine erneute Prüfung der Reliabilität und Struktur der Skala zeigte, dass die Itemreduktion die Güte der Skala verbessert hatte. Die reduzierte Skala wies eine sehr gute innere Konsistenz auf und die erneute Prüfung der Struktur anhand einer Hauptkomponentenanalyse erbrachte eine einfaktorielle Lösung. Zur Prüfung der Güte dieser Lösung wurde zusätzlich eine konfirmatorische Faktorenanalyse anhand von Strukturgleichungsmodellierung durchgeführt. Da nicht alle Fitindizes im geforderten Wertebereich lagen, sollte die Struktur der Skala in weiteren Studien erneut geprüft werden.

Hinweise auf die konvergente Validität der Skala lieferte die Replikation der (aus bisherigen Studien bekannten) Zusammenhänge des Präsentismus mit dem körperlichen Gesundheitszustand sowie mit der quantitativen Arbeitsbelastung. Konform mit vorherigen Forschungsbefunden (Aronsson & Gustafsson, 2005; Demerouti et al., 2009; Hansen & Andersen, 2008; Zok, 2008b) kristallisierten sich dabei in der hierarchischen Regressionsanalyse beide Variablen als Haupteinflussgrößen auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, heraus.

Um die Konstruktvalidität der neuen Skala näher zu prüfen, wurde diese zudem mit dem Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000) sowie diversen Außenkriterien in Beziehung gesetzt. Beim Vergleich der beiden Präsentismusinstrumente zeigte sich wie vermutet, dass das Single Item-Maß vor allem mit gesundheitlichen Indikatoren (krankheitsbedingten Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeitsfällen, Befindensindikatoren) korreliert war, während die Präsentismus-Skala die stärksten Zusammenhänge mit verhaltensbezogenen Variablen (geleisteten Überstunden, Arbeitsstil) aufwies. Dies ist auf die jeweilige Art der Messung des Präsentismus zurückzuführen. Während die Skala die relative Verhaltensneigung erfasste, trotz Krankheit zu arbeiten, erhob das Single Item-Maß die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit als absolute Häufigkeit. Da Personen die häufiger krank sind, mehr „Möglichkeiten“ Präsentismus zu zeigen haben, geht hier der allgemeine Gesundheitszustand stärker in die Messung ein. Dies zeigte sich auch an den unterschiedlichen Korrelationen des Single Item-Maßes mit den Außenkriterien je nach

dem welche Bezugsgruppe (Gesamt- vs. Teilstichprobe) berücksichtigt wurde. Betrachtete man nur diejenigen Probanden, die im Vorjahr von Krankheit betroffen waren, sanken nahezu alle Korrelationen stark ab. Deutlich zeigte sich auch, dass der mit dem Single Item-Maß erhobene Präsentismus mit den Fehlzeiten und den Indikatoren des allgemeinen Gesundheitszustands in Beziehung stand, während die Skala mit keiner dieser Variablen signifikant korrelierte. Dies ist insofern als positiv zu werten, als dass bei der Skala ja explizit versucht wurde, gesundheitliche Einflüsse auf das erfasste Krankheitsverhalten gering zu halten.

Insgesamt zeigte sich, dass zwar die Zusammenhänge der beiden Präsentismusinstrumente mit den untersuchten Variablen alle in die gleiche Richtung wiesen, andererseits aber recht starke Unterschiede hinsichtlich der Korrelationshöhe zu finden waren. Die berichteten Unterschiede zwischen den Präsentismus-Maßen schlugen sich auch in der moderaten Interkorrelation zwischen den beiden Instrumenten nieder.

Bei der Analyse der bereichsspezifischen Präsentismusausprägungen zeigte sich wie erwartet, dass Ärzte signifikant häufiger trotz Krankheit arbeiteten als die anderen Mitarbeiter des Krankenhauses. Die vergleichende Darstellung der Belastungs- und Präsentismusausprägungen in den verschiedenen Bereichen im untersuchten Krankenhaus (Abbildung 6.3.2) verdeutlichte, dass insbesondere im ärztlichen Dienst hohe qualitative und quantitative Arbeitsbelastungen vorlagen, die sich zudem offenbar auch im Arbeitsverhalten der Ärzte (nämlich der Anzahl der Überstunden) niederschlugen. Darauf, dass Ärzte besonders „gefährdet“ sind, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, wiesen auch McKevitt et al. (1997) hin, die in ihrer Studie das Krankheitsverhalten von Ärzten mit dem nicht-ärztlicher Angestellter verglichen. Sie schlussfolgerten aufgrund der Angaben der Befragten zu den Präsentismus-Gründen, dass vor allem Faktoren der Arbeitsorganisation und Arbeitsethik dazu führten, dass Ärzte häufiger trotz Krankheit arbeiteten. Inwiefern neben der „objektiven“ Arbeitsbelastung das eigene Berufsverständnis und Gesundheitskonzept (vgl. Kapitel 2.1.3) für den Präsentismus eine Rolle spielt, könnte eine interessante Forschungsfrage sein, um spezifische Interventionen für diese Berufsgruppe zu entwickeln.

Die sensitive Abbildung der postulierten Gruppenunterschiede innerhalb des untersuchten Krankenhauses ist ein weiteres Argument für die psychometrische Qualität und Eignung der Skala im Rahmen der organisationalen Diagnostik. Anzumerken ist jedoch, dass die Untersuchungsgruppe aus dem ärztlichen Dienst bei den Präsentismusanalysen recht klein war (ca. 30 Personen) und durch einen vergleichsweise hohen Männeranteil und einen leicht erhöhten Prozentsatz chronisch Kranker gekennzeichnet war. Die hohen Präsentismuswerte könnten somit auch durch die besondere Zusammensetzung dieser Stichprobe verursacht worden sein.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Präsentismus-Skala ein reliables und valides Instrument zur differenzierten Messung des Präsentismus zu sein scheint, das dem Single Item-Maß vorzuziehen ist, wenn Ursachen und Konsequenzen des Präsentismus möglichst unabhängig vom Gesundheitszustand erforscht werden sollen.

6.4.2 Antezedenzen des Präsentismus

6.4.2.1 Zusammenhänge des Präsentismus mit der qualitativen Arbeitsbelastung

In der durchgeführten Studie wurden erstmals die Beziehungen des Präsentismus zu qualitativen Tätigkeitsaspekten systematisch untersucht. Es zeigte sich, dass sowohl Leistungs- als auch Beziehungsanforderungen bei der Arbeit mit dem Präsentismus in einem positiven Zusammenhang standen. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass bei der Entscheidung über An- oder Abwesenheit im Krankheitsfall die Konsequenzen der Nicht-Bewältigung dieser Anforderungen antizipiert werden. Neben den potentiellen Folgen für die eigene Person (z.B. Karriere-/Gehaltseinbußen, negative Beurteilung durch die Führungskraft) fließen – wie von der COR-Theorie postuliert – offenbar auch soziale Überlegungen in den Abwägungsprozess ein. Dies zeigt sich in dem signifikanten Zusammenhang des Präsentismus mit der sozialen Belastung bei der Arbeit sowie mit der Kooperationsenge. Während in Hinblick auf die kooperationsbezogenen Anforderungen vermutlich die Nachteile des krankheitsbedingten Fehlens für die Kollegen im Vordergrund standen (z.B. Mehrarbeit, Überstunden), lag der Fokus der sozialen Belastung wohl eher bei den Auswirkungen für die Patienten (z.B. fehlende Versorgung). Die ge-

fundenen Zusammenhänge des Präsentismus mit den qualitativen Aspekten der Arbeit weisen darauf hin, dass bei der Entscheidung für Präsentismus offenbar nicht nur die Arbeitsmenge, sondern auch die der Tätigkeit inhärente Verantwortung für Menschen und Arbeitsergebnisse eine Rolle spielt. Um Interventionen zur Reduzierung dieses Verhaltens zu entwickeln, sind somit auch Leistungs- und Beziehungsanforderungen von Tätigkeiten zu berücksichtigen.

Die Ergebnisse zu den Präsentismusgründen stützen und ergänzen die Befunde zu den Antezedenzen des Krankheitsverhaltens. Es zeigte sich, dass die Rücksichtnahme auf Kollegen sowie fehlende Vertretungsmöglichkeiten als Hauptgründe für die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, genannt wurden. Des Weiteren war eine hohe Arbeitsbelastung ein wichtiger Grund für den Präsentismus der Krankenhausmitarbeiter. Ängste vor beruflichen Nachteilen schienen hingegen nicht von Bedeutung zu sein. Damit weisen diese Ergebnisse einige Unterschiede zu den in Kapitel 4.4.1 referierten Forschungsbefunden der deutschen Repräsentativstudie von Zok (2008a, 2008b) auf. Dort war der Hauptgrund für Präsentismus die quantitative Arbeitsbelastung, während an zweiter Stelle die Angst um den Arbeitsplatz genannt wurde. An dritter Stelle standen Pflichtgefühl und Verantwortung, während erst an vierter Stelle das Motiv, Ärger mit Kollegen zu vermeiden, rangierte. Vergleicht man die Daten der Ärzte-Studie von McKeivitt et al. (1997) mit den Befunden von Zok (2008a, 2008b) wird der potentielle Einfluss des Berufsfeldes deutlich. In dieser Studie gaben die meisten Krankenhaus-Ärzte an, dass sie Präsentismus gezeigt hatten, weil ihre Arbeit sonst liegen bleiben würde und sie Mehrarbeit für Kollegen vermeiden wollten. Dies deckt sich sehr gut mit den Ergebnissen der eigenen Studie. Je nach Berufsfeld und Unternehmen scheinen also Unterschiede hinsichtlich der Präsentismusgründe vorzuliegen.

6.4.2.2 Zusammenhänge des Präsentismus mit dem Arbeitsverhalten

In der vorliegenden Studie zeigte sich korrelativ, dass ein hohes Ausmaß an Überstunden erwartungsgemäß mit erhöhten Präsentismuswerten einherging. In der Überstundenquote der Beschäftigten spiegelt sich einerseits die Belastung durch eine hohe Arbeitsmenge wider, andererseits repräsentiert sie auch einen Aspekt des Arbeitsstils (Beckers et al., 2004). Betrachtet man die Anzahl der Überstunden

differenziert nach den Tätigkeitsbereichen, sieht man, dass die Mitarbeiter in der Pflege, im Funktions- sowie im Wirtschafts- und Verwaltungsdienst zwischen 2.4 bis 3.5 Überstunden pro Woche absolvierten, die Ärzte hingegen 14 Stunden. In Hinblick auf das hohe Arbeitspensum der Ärzte muss hinterfragt werden, ob dies allein aufgrund organisationaler Notwendigkeiten oder aber aufgrund einer dahinter stehenden Arbeitsethik zu Stande kam. Korrelativ zeigte sich, dass Präsentismus mit einem exzessiv-zwanghaften Arbeitsstil in enger Beziehung stand. Dies resultiert möglicherweise daraus, dass ähnliche Bedingungen zu den beiden Verhaltensweisen führen. Wie auch die Arbeitssucht stellt der Präsentismus als Kontrollbestrebung möglicherweise ein „Muster übersteigerter Anpassung an soziale Normen der Leistungsgesellschaft dar“ (Siegrist, 1996, S. 105). Ein möglicher Ansatzpunkt für die Prävention des Präsentismus kann also die Sensibilisierung für ein entsprechendes Arbeits- und Krankheitsverhalten sein. Sowohl in der Untersuchung von Schaufeli, Taris und Bakker (2008) zum Zusammenhang zwischen Workaholism und Präsentismus als auch in der durchgeführten Krankenhaus-Studie, zeigten sich hohe Zusammenhänge der Arbeitssucht mit der wahrgenommenen Arbeitsbelastung. Anknüpfend an diesen Befund sollte in zukünftigen Studien näher untersucht werden, ob die vorherrschenden Arbeitsbedingungen Mitarbeiter zu einem arbeitssüchtigen Verhalten treiben, oder ob die Wahrnehmung der Arbeitsanforderungen durch die Mitarbeiter von ihrer Arbeitssucht geprägt wird. Erst wenn die Wirkrichtung klar ist, lässt sich der Einfluss der Persönlichkeit auf die Entscheidung, krank zur Arbeit zu gehen, erhellen.

6.4.2.1 Haupteinflussgrößen auf den Präsentismus

Die regressionsanalytische Prüfung des Einflusses der Antezedenzen auf den Präsentismus ergab bei Einbezug aller potentieller Prädiktoren ein schwer interpretierbares Befundmuster. Im ersten Block zeigte sich zunächst ein bedeutsamer Einfluss der Zugehörigkeit zum ärztlichen Dienst sowie ein Alterseffekt: Jüngere Arbeitnehmer zeigten tendenziell mehr Präsentismus als ältere. Möglicherweise resultiert dies einerseits daraus, dass die Arbeit bei jüngeren Arbeitnehmern einen höheren Stellenwert einnimmt, andererseits ist es aber auch möglich, dass die Krankheitssymptome bei diesen weniger schwerwiegend waren und entsprechend

geringere Beeinträchtigungen hervorgerufen hatten. Da angenommen werden kann, dass die Schwere der Krankheitssymptome die Entscheidung beeinflusst, trotz Krankheit weiterzuarbeiten oder sich krank zu melden, ist es bei stärkeren Befindensbeeinträchtigungen wahrscheinlicher, dass Mitarbeiter Präsentismus zeigen. Der Befund, dass die Zugehörigkeit zum ärztlichen Dienst ein „Risikofaktor“ für Präsentismus ist, lässt sich möglicherweise dem besonderen Belastungs- und Verhaltensmuster der Ärzte zuschreiben (siehe Kapitel 6.4.1).

Die Aufnahme der Gesundheitsindikatoren im zweiten Block führte zu einer signifikanten Verbesserung des Modells, welche auf den Einfluss der körperlichen Gesundheit zurückzuführen war. Nahm man zusätzlich die Arbeitsbelastungen auf, verbesserte sich die Vorhersage noch einmal deutlich. Das höchste und einzig signifikante Regressionsgewicht unter den Arbeitsbelastungen wies dabei die quantitative Arbeitsbelastung auf.

Um zu prüfen, inwiefern der individuelle Arbeitsstil zum Präsentismus beitrug, wurde dieser im vierten Block in die Analysen einbezogen. Nahm man den exzessiven und den zwanghaften Arbeitsstil in das Regressionsmodell zur Vorhersage des Präsentismus auf, ergab sich ein signifikanter Varianzzuwachs über Personenmerkmale, gesundheitliche Indikatoren und Arbeitsbelastungen hinaus. Bei Betrachtung der Regressionsgewichte zeigte sich, dass die Aufnahme des Arbeitsstils jedoch dazu führte, dass keine der Arbeitsbelastungen und personenbezogenen Variablen mehr einen signifikanten Beitrag zur Vorhersage leisten konnte. Auch die Regressionsgewichte der beiden Arbeitsstilvariablen erreichten nur marginale Signifikanz. Lediglich die körperliche Gesundheit wies noch einen statistisch signifikanten Effekt auf. Die Verwischung des Befundmusters durch Aufnahme des Arbeitsstils resultierte höchstwahrscheinlich aus inhaltlichen Überlappungen der Prädiktoren. Dies ist bei der Auswahl der Variablen für zukünftige Studien zu berücksichtigen.

Festhalten lässt sich, dass neben der körperlichen Gesundheit und dem Arbeitsstil die Art der Tätigkeit und die quantitative Arbeitsbelastung bedeutsam für das Zustandekommen des Präsentismus sind. Anknüpfungspunkte für betriebliche Maßnahmen ergeben sich entsprechend auf Verhaltens- und auf Verhältnisebene. Ein sinnvoller Ansatz zur Veränderung der Verhältnisse wäre etwa die Durchführung

von Gesundheitszirkeln (siehe Kapitel 3.2.2.2), in denen Maßnahmen erarbeitet werden, die zu einer Senkung der Arbeitsbelastung und einer Verbesserung des Krankheitsverhaltens führen. Auf Verhaltensebene anknüpfende Interventionen beziehen sich auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten. Einerseits sollte versucht werden, die Mitarbeiter zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten im Alltag zu motivieren, um Erkrankungen generell vorzubeugen. Andererseits sollten Mitarbeiter dafür sensibilisiert werden, welche Folgen das Arbeiten trotz Krankheit für sie persönlich (z.B. Verschleppung von Krankheiten), aber auch für ihr Umfeld hat. Die Gefahr, andere Menschen anzustecken oder gefährliche Fehler zu machen, spielt insbesondere in Berufen mit Patientenkontakt eine große Rolle und sollte regelmäßig ins Bewusstsein der Mitarbeiter gerufen werden.

6.4.3 Konsequenzen des Präsentismus

In bisherigen Studien wurde konsistent ein Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem Gesundheitszustand nachgewiesen. Dabei konnte gezeigt werden, dass Präsentismus sowohl Ursache als auch Folge eines beeinträchtigten Gesundheitszustands sein kann (siehe Kapitel 4.4.2.3 und 4.4.3.1).

In der vorliegenden Studie wurde ein besonderes Augenmerk auf das psychische Befinden gelegt und dazu die beiden Burnout-Indikatoren emotionale Erschöpfung und Depersonalisation erhoben. Insgesamt zeigte sich, dass Präsentismus deutliche Zusammenhänge zum allgemeinen psychischen Gesundheitszustand sowie zu den beiden Burnoutvariablen aufwies. Aufgrund des querschnittlichen Designs lässt sich keine Aussage über die Wirkrichtung treffen. Die Drei-Wellen-Untersuchung von Demerouti et al. (2009) gibt aber erste Hinweise auf die Richtung des Zusammenwirkens von Präsentismus und Burnout. Hier fand sich sowohl ein längsschnittlicher Einfluss von Präsentismus auf die emotionale Erschöpfung und die Depersonalisation, als auch eine Erhöhung von Präsentismus durch Erschöpfungssymptome. Ein Erklärungsansatz für dieses Muster lässt sich aus den bestehenden Erkenntnissen über das Burnout-Syndrom ableiten (eine Zusammenfassung findet sich z.B. bei Maslach et al., 2001). Burnout beginnt meist mit einem erhöhten Engagement des Mitarbeiters, welches in einem Erschöpfungszustand mündet. Es ist möglich, dass burnoutgefährdete Mitarbeiter Krankheitssymptome

ignorieren und versuchen, mit hohem Kraftaufwand ihre Arbeitsaufgaben zu bewältigen. Treten erste Erschöpfungssymptome auf, verstärken die betroffenen Personen die Bemühungen, ihr Leistungsniveau aufrecht zu erhalten. Insbesondere beim Auftreten von Krankheitssymptomen wird Präsentismus dann eine wahrscheinliche Verhaltensalternative. Dies führt zu stärkeren Erschöpfungssymptomen, die mit noch mehr Kraftaufwand auszugleichen versucht werden usw., bis sich der Betroffene in einem Teufelskreis wiederfindet. Der Zusammenhang zwischen Präsentismus und Burnout könnte diesem Erklärungsansatz zu Folge zirkulär sein. Für die Depersonalisation lässt sich ein solcher wechselseitiger Effekt nicht finden (Demerouti et al., 2009). Die Distanzierung und Entfremdung von der Arbeit könnte als Copingmechanismus aufzufassen sein, um bestehende Erschöpfungssymptome zu kompensieren (Maslach et al., 2001). Dass Depersonalisation nicht zu Präsentismus führt, könnte folglich damit erklärt werden, dass sie als Rückzugsverhalten zunächst eine effektive Strategie ist, um die Belastung zu reduzieren bzw. einer Verschlimmerung des Erschöpfungszustandes vorzubeugen. In der eigenen Studie finden sich – in Einklang mit dem erläuterten Erklärungsmodell – signifikante Zusammenhänge von Präsentismus mit beiden Burnout-Komponenten, wobei derjenige zur Depersonalisation etwas kleiner ausfiel.

6.4.4 Präsentismus als Frühwarnzeichen

Im organisationalen Kontext ist nicht nur von großem Interesse, welche Belastungsfaktoren gesundheitliche Folgen haben können, sondern auch, wie der Zusammenhang zwischen den Arbeitsbelastungen und dem Gesundheitszustand zu Stande kommt. Wenn bekannt ist, welche Faktoren zwischen dem Auftreten von Arbeitsbelastungen und manifesten Krankheitssymptomen stehen, können Ansatzpunkte für betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen geschaffen werden. Ob der Präsentismus ein Verhalten ist, das zur Erklärung des Zusammenhangs von Arbeitsbelastungen und psychischen Befindensbeeinträchtigungen dient, wurde in der durchgeführten Studie anhand mehrerer Mediatoranalysen untersucht. Hier bestätigte sich, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen drei der Arbeitsbelastungen (Kooperationserfordernisse, soziale Belastung, Leistungsdruck) und dem Befinden vermittelte. Neben der direkten Auswirkung von diesen

Arbeitsbelastungen auf die psychische Verfassung ließ sich also auch ein Effekt des Krankheitsverhaltens (i.S.v. Coping) belegen. Für alle drei Befindensindikatoren ließ sich allerdings keine Mediatorwirkung des Präsentismus finden, wenn die quantitative Arbeitsbelastung herangezogen wurde. Dies resultiert wahrscheinlich aus dem hohen korrelativen Zusammenhang von Präsentismus mit dieser Belastungsvariablen.

Die gefundenen Zusammenhangsmuster deuten insgesamt darauf hin, dass Präsentismus für das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen und dem Befinden relevant und entsprechend bei betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu berücksichtigen ist. Inwiefern sich diese Ergebnisse für andere Unternehmen und Berufsgruppen replizieren lassen, muss anhand weiterer Studien geprüft werden.

6.4.5 Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung

In der durchgeführten Studie mit Mitarbeitern eines Krankenhauses wurde eine neu entwickelte Skala zum Präsentismus hinsichtlich ihrer Reliabilität und Validität geprüft und anschließend zur Bearbeitung inhaltlicher Fragestellungen eingesetzt. Untersucht wurde, welche arbeits- und personenbezogenen Faktoren den Präsentismus begünstigten und inwiefern das Arbeiten trotz Krankheit mit einem beeinträchtigten Befinden einherging.

Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu beachten, dass aufgrund des querschnittlichen Designs keine Kausalschlüsse gezogen werden können. Da die Erhebung als Mitarbeiterbefragung in einem Unternehmen erfolgte, war jedoch eine längsschnittliche Messung nicht möglich. Zu bedenken ist auch, dass die Rücklaufquote der als Vollerhebung durchgeführten Studie bei lediglich 17,3 Prozent lag, sodass eine Verzerrung der Ergebnisse aufgrund der hohen Non-Response-Rate nicht auszuschließen ist. Ein Bias könnte insbesondere dann vorhanden sein, wenn Mitarbeiter aufgrund besonders hoher Arbeitsbelastung nicht an der Befragung teilnahmen. Andererseits ist es auch möglich, dass Mitarbeiter mit geringem Belastungsempfinden keinen Bedarf sahen, sich an der Mitarbeiterbefragung zu

beteiligen, sodass insgesamt nicht darauf geschlossen werden kann, ob die Befunde eine Unter- oder eine Überschätzung der realen Werte darstellen. Nach Auskunft der Personalabteilung des Krankenhauses spiegelten die Teilnehmerzahlen in den verschiedenen Bereichen gut die dortigen realen Mitarbeiterzahlen wider, lediglich der Pflegebereich war leicht unterrepräsentiert. Für die Qualität der Stichprobe spricht also, dass zumindest die Beteiligungsquote in den Bereichen keiner größeren systematischen Verzerrung zu unterliegen scheint.

In Bezug auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist einerseits hervorzuheben, dass in der Studie eine große Gruppe von Berufstätigen in relativ heterogenen Berufen untersucht wurde, andererseits ist einschränkend zu bemerken, dass alle Befragten nur einem Unternehmen entstammten. Eine Übertragung der Studienergebnisse sollte deshalb nur auf ähnliche Unternehmen (d.h. öffentliche Krankenhäuser) erfolgen. Ein Vorteil der Untersuchung liegt hingegen in der Vergleichbarkeit der organisationalen Bedingungen denen die Mitarbeiter ausgesetzt waren, sodass der Einfluss unternehmensspezifischer Faktoren konstant gehalten wurde.

Die Erhebung der Daten erfolgte ausschließlich im Selbstbericht, da dem Einbezug objektiver, personenbezogener Daten (z.B. Arbeitsstunden, Fehlzeiten) von der Mitarbeitervertretung nicht zugestimmt wurde. Effekte gemeinsamer Methodenvarianz (Campbell & Fiske, 1959) sind aus diesem Grund nicht auszuschließen. Die Beobachtung, dass Probanden bemüht sind, konsistente Antworten zu geben, kann möglicherweise zu artifiziellen Zusammenhängen zwischen den Studienvariablen geführt haben (Podsakoff & Organ, 1986). Dies betrifft insbesondere die Fragen zu den Arbeitsbelastungen und den Befindensvariablen (Semmer et al., 1996). Semmer, Zapf und Greif (1996) zeigten jedoch in ihrer Studie auf, dass die Erhebung dieser Variablen im Selbstbericht vergleichbar valide Ergebnisse erbringt wie deren Erhebung mittels „objektiverer“ Quellen (z.B. Fremdeinschätzungen). Dass das individuelle Erleben für die Messung des Präsentismus als auch für die Erhebung der Arbeitsbelastungen von Bedeutung ist (Udris & Rimann, 1999), ist ein weiteres Argument dafür, diese Variablen anhand von Selbstauskünften zu erfassen.

Zur Aussagekraft der Studienergebnisse ist weiterhin festzuhalten, dass – im Gegensatz zu vielen bisherigen Studien zum Präsentismus – alle zentralen Konstrukte

mit Hilfe validierter Skalen erhoben wurden. Zu beachten ist dennoch, dass die Operationalisierungen der Arbeitsbelastungen anhand der Skalen aus dem TICS möglicherweise die Aussagekraft der regressionsanalytischen Befunde eingeschränkt hat. In die Erhebung der Arbeitsbelastungen anhand des TICS geht zum Teil die erlebte Beanspruchung in Form eines Stresserlebens ein. Dies könnten zu inhaltlichen Überlappungen geführt haben, die die Interpretierbarkeit der Ergebnisse erschwert. In weiteren Untersuchungen sollten deshalb neutralere Belastungsindikatoren herangezogen werden, die Belastung und Beanspruchung klarer trennen.

Als Fortschritt gegenüber vorherigen Studien ist die Erhebung des Präsentismus anhand einer Skala mit nachgewiesener Reliabilität und Validität anzuführen. Dies verringerte die Wahrscheinlichkeit für Methodenartefakte, die bei der bisherigen Messung anhand des Einzelitems von Aronsson et al. (2000) nicht ausgeschlossen werden konnten. Dass bei diesem eine starke Konfundierung mit dem Gesundheitszustand vorlag, wurde nicht nur argumentativ, sondern auch anhand der Analyse der Korrelationsmuster (siehe Kapitel 6.4.1) belegt. Im Vergleich mit dem Single Item-Maß wies die Skala zwar geringere, aber weniger vom Gesundheitszustand beeinflusste Zusammenhänge in plausibler Richtung und Höhe mit den Außenkriterien auf.

Die vorliegende Studie stellt einen ersten Schritt bei der Untersuchung des Präsentismus anhand einer evaluierten Skala dar. Weitere Studien zum Präsentismus sollten sich mit der Untersuchung der Zusammenhänge von Arbeitsbelastungen und Befindensindikatoren bei anderen Berufsgruppen und Unternehmen befassen und weitere potentielle Einflussgrößen in die Analysen einbeziehen. Insbesondere die Rolle von verfügbaren Ressourcen am Arbeitsplatz wurde bei dieser Studie ausgeklammert. Auch die Heranziehung differenzierterer Indikatoren des Befindens kann dabei helfen, die Tauglichkeit des Präsentismus als Frühwarnindikator eingehender auszumachen. Des Weiteren ist die längsschnittliche Validierung der Präsentismus-Skala eine wichtige Aufgabe, um zu prüfen, inwiefern diese prädiktive Validität besitzt. Der Rückgriff auf cross lagged panel-Analysen kann dabei helfen, kausale Wirkrichtungen zu eruieren.

7 Energieversorger-Studie

7.1 Fragestellung und Hypothesen

Im Rahmen dieser Studie werden die Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus in einem Wirtschaftsunternehmen aus der Energiebranche eruiert. Zusätzlich zu den bereits in der ersten Studie thematisierten, direkt aus der Arbeitstätigkeit resultierenden Stressoren wird nun zusätzlich der Einfluss der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit auf den Präsentismus betrachtet. Auf Seite der möglichen Konsequenzen von Präsentismus werden Stresssymptome, psycho-vegetative Beschwerden und die emotionale Erschöpfung betrachtet.

Ein Schwerpunkt der Untersuchung liegt bei der Frage, inwiefern Ressourcen zur Verhinderung von Präsentismus beitragen können. Hierzu werden die soziale Unterstützung und der Handlungsspielraum am Arbeitsplatz sowie die wahrgenommene organisationale Gesundheitskultur in die Analysen einbezogen.

7.1.1 Präsentismus und Arbeitsbedingungen: Stressoren und Ressourcen

Wie bereits in der vorherigen Studie, soll auch bei den Mitarbeitern des Energieversorgers untersucht werden, welche Arbeitsbelastungen bzw. Stressoren mit Präsentismus einhergehen. Da sich die quantitative Arbeitsbelastung bisher als einer der wichtigsten Prädiktoren des Präsentismus herauskristallisiert hat, soll diese auch in der folgenden Untersuchung berücksichtigt werden. Um den Einfluss individueller Bewertungen auf die Beurteilung der Arbeitsplatzmerkmale zu minimieren, soll in dieser Studie eine möglichst neutral-beschreibende Skala eingesetzt werden. Hierzu eignet sich die Erfassung des Zeitdrucks bei der Arbeit (i.S. einer Regulationsüberforderung, siehe Semmer et al., 1999). Zeitdruck entsteht, wenn Mitarbeiter eine große Menge an Arbeitsaufgaben innerhalb eines (zu) kurzen Zeitraums bewältigen müssen. Zur erneuten Prüfung des Zusammenhangs des Präsentismus mit der quantitativen Arbeitsbelastung wird folgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese S1: Der Zeitdruck bei der Arbeit steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Als weitere Belastung soll der wahrgenommene Konflikt zwischen Beruf und Privatleben betrachtet werden, der entsteht, wenn die Anforderungen aus der Arbeitstätigkeit private Aktivitäten torpedieren (Work-to-Privacy-Konflikt). Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn Überstunden oder Bereitschaftsdienste anfallen, kann aber auch in langen Fahrtwegen oder durch die ständige Rufbereitschaft bedingt sein. Eine Metaanalyse von Byron (2005) auf Grundlage von 60 Primärstudien zeigt, dass eine hohe Arbeitsbelastung mit einem Konflikt zwischen Privat- und Berufsleben einhergeht ($r = .26$). Es ist somit anzunehmen, dass der wahrgenommene Konflikt zwischen Beruf und Privatleben in hohem Maße die allgemeine Arbeitsbelastung eines Mitarbeiters widerspiegelt, die wiederum den Präsentismus forciert (vgl. Kapitel 6.1.1). Einen ersten Hinweis darauf, dass Mitarbeiter mit Work-to-Privacy Konflikt dazu tendieren, trotz Krankheit zu arbeiten, liefert die Studie von Johansson (2002), in der Personen, die eine Dominanz der Arbeit zu Ungunsten des Privatlebens empfanden, höhere Präsentismuswerte berichteten als diejenigen, die eine gute Work-Privacy-Balance hatten (83% vs. 64%). Zur Prüfung, ob sich dieser Befund in der vorliegenden Studie replizieren lässt, wird folgende Hypothese formuliert:

Hypothese S2: Der Konflikt zwischen Beruf und Privatleben (Work-to-Privacy Konflikt) steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Die Auswirkungen hoher Interdependenzen bei der Arbeitsausführung auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, wurde bereits in der Krankenhaus-Studie untersucht, bei der sich ein positiver Zusammenhang zwischen dem Präsentismus und der Kooperationsenge zeigte. Inwiefern sich dieses Befundmuster bei den Mitarbeitern des Energieversorgers replizieren lässt, soll anhand folgender Hypothese geprüft werden:

Hypothese S3: Die Kooperationsenge bei der Arbeit steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Zahlreiche Arbeitnehmer begründen ihre Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, mit der Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes oder vor negativen beruflichen Konsequenzen (Caverley et al., 2007; Hansen & Andersen, 2008; Schmidt & Schröder, 2009; Zok, 2005). In dieser Studie soll deshalb untersucht werden, welche Rolle der Arbeitsplatzunsicherheit bei der Entstehung von Präsentismus zukommt. Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen der quantitativen und der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit (vgl. Kapitel 4.4.1.6). Während bei der quantitativen Arbeitsplatzunsicherheit Angst um den Wegfall der gesamten Arbeitsstelle besteht, liegt qualitative Arbeitsplatzunsicherheit vor, wenn Beschäftigte um wertgeschätzte Merkmale ihrer Arbeit fürchten, wie z.B. den Arbeitsort, die Gehaltsentwicklung oder die Art der Tätigkeit. Insbesondere in Umstrukturierungsphasen verändern sich oftmals Arbeitsplatzmerkmale, sodass eine qualitative Arbeitsplatzunsicherheit entstehen kann. Im untersuchten Unternehmen war eine solche Umstrukturierungssituation gegeben, bei der zwar die Sicherheit des Arbeitsplatzes an sich gewährleistet wurde, im Gegenzug aber die Veränderung von Tätigkeitsstrukturen und Arbeitsorten notwendig war. Aus diesem Grund wurde hier die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit näher untersucht. Einen ersten Hinweis darauf, dass diese für die Entscheidung, krank zur Arbeit zu kommen, von Bedeutung ist, liefert die repräsentative deutsche Studie des WIdO, bei dem die Angst vor beruflichen Nachteilen als zweithäufigster Grund für unterlassene Krankmeldungen angegeben wurde (Schmidt & Schröder, 2009). Weitere empirische Befunde liegen jedoch noch nicht vor, sodass noch großer Forschungsbedarf in diesem Feld besteht.

Aus handlungstheoretischer Sicht lässt sich der Präsentismus bei Arbeitsplatzunsicherheit als Coping-Verhalten verstehen, das eingesetzt wird, um die Bedrohung wertgeschätzter Ressourcen abzuwenden. In Einklang mit der Theorie der Ressourcenerhaltung (siehe Kapitel 2.2.3) und dem Befund der WIdO-Studie wird angenommen, dass Beschäftigte, die erwarten, dass häufigeres krankheitsbedingtes Fehlen dazu führt, dass sich die Wahrscheinlichkeit für berufliche Nachteile (z.B. Versetzungen, Gehaltseinbußen) erhöht, eher dazu tendieren, trotz Krankheit weiterzuarbeiten:

Hypothese S4: Die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Neben der Untersuchung der Frage, welche Stressoren mit Präsentismus assoziiert sind, ist es von praktischer Bedeutung herauszufinden, ob die Verfügbarkeit von Ressourcen verhindert, dass sich Mitarbeiter dazu entscheiden, trotz Krankheit weiterzuarbeiten. Im Rahmen der arbeitspsychologischen Forschung werden einerseits direkte, andererseits moderierende, indirekte Einflüsse von Ressourcen auf die Gesundheit und das Befinden von Mitarbeitern berichtet (Ducki, 2000). So haben Ressourcen sowohl einen direkten gesundheitsförderlichen Effekt, sie ermöglichen aber auch in ihrer „Pufferfunktion“ einen besseren Umgang mit vorhandenen Belastungen, sodass Fehlbeanspruchungen reduziert oder verhindert werden können. Im Rahmen dieser Studie sollen ressourcenseitig der Handlungsspielraum, die soziale Rückendeckung und die Gesundheitskultur im Unternehmen in Bezug auf ihre direkte und indirekte Wirkung betrachtet werden.

Ist der Handlungsspielraum hoch, so ist es dem Mitarbeiter eher möglich, die Ausführung von Arbeitsaufgaben an seine individuellen Leistungsvoraussetzungen anzupassen. Handlungsspielraum besteht, wenn der Mitarbeiter, über seine Arbeitsschritte, -inhalte und -organisation (mit) bestimmen kann. Handlungsspielräume könnten das Präsentismusrisiko senken, wenn Mitarbeiter im Krankheitsfall Möglichkeiten haben, Arbeitsaufgaben oder Termine zu vertagen oder ausfallen zu lassen. Andererseits ist es aber auch denkbar, dass Mitarbeiter mit großen Handlungsspielräumen ihre Arbeit so einrichten, dass sie trotz Krankheitssymptomen weiterarbeiten können. Empirisch zeigte sich bei den in Kapitel 4.4.1.7 dargestellten Studien von Aronsson und Gustafsson (2005) sowie von Johansson und Lundberg (2004), dass Spielräume bei der Arbeitsausführung den Präsentismus verringern. In Einklang mit den Ergebnissen dieser Studien wird folgende Hypothese angenommen:

Hypothese R1: Der Handlungsspielraum steht in negativem Zusammenhang mit Präsentismus.

In mehreren Studien konnte bereits gezeigt werden, dass Präsentismus oftmals von sozialen Abwägungen beeinflusst wird. Ein häufig angegebener Grund für unterlassene Krankmeldungen ist die Rücksichtnahme auf Kollegen (McKevitt et al., 1997) oder die Vermeidung von Konflikten mit diesen (Zok, 2008b). Offen ist dabei, ob diese Gründe eher bei einem angespannten oder aber bei einem positiven Sozialklima für das Krankheitsverhalten ausschlaggebend sind. Einerseits ist denkbar, dass Mitarbeiter es nicht wagen, ein angespanntes Verhältnis durch krankheitsbedingtes Fehlen weiter zu strapazieren, andererseits wäre es plausibel, wenn bei besonders guten interpersonellen Beziehungen mehr Rücksicht auf die Kollegen genommen wird. Ein möglicher Ansatzpunkt zur Klärung dieser Frage ist die Betrachtung der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz. Zwei erste Studien von Hansen und Andersen (2008) sowie von Caverley et al. (2007) weisen eher daraufhin, dass eine gute Beziehung zu den Kollegen zur Verhinderung des Präsentismus beiträgt. Die Möglichkeit, in schwierigen Arbeitssituationen die Hilfe von Kollegen und Vorgesetzten in Anspruch nehmen zu können, kann somit möglicherweise den Anwesenheitsdruck bei Krankheit reduzieren. Das Angebot von Kollegen, im Krankheitsfall Arbeitsaufgaben zu übernehmen sowie die Unterstützung der Entscheidung, sich auszukurieren, spiegelt ein Umfeld wieder, in dem krank zu sein „erlaubt“ und möglich ist. Bei einem ausgeprägten sozialen Rückhalt sollten Mitarbeiter zudem weniger Sorge vor sozialen Sanktionen (z.B. Missbilligung) bei krankheitsbedingter Abwesenheit haben. Zur Prüfung des Zusammenhangs der sozialen Rückendeckung mit dem Krankheitsverhalten wird entsprechend angenommen:

Hypothese R2: Die soziale Rückendeckung steht in negativem Zusammenhang mit Präsentismus.

Betrachtet man nicht nur das unmittelbare Arbeitsumfeld, sondern Faktoren, die auf Unternehmensebene das Krankheitsverhalten beeinflussen könnten, so könnte der betriebliche Umgang mit Gesundheit eine wichtige Rolle spielen. In der deutschen Repräsentativstudie von Zok (2008a) zeigte sich, dass in Unternehmen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen weniger Mitarbeiter krank zur Arbeit kamen. Beschäftigte in Unternehmen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen wiesen da-

rüber hinaus allerdings auch einen besseren Gesundheitszustand und niedrigere Fehlzeiten auf, sodass der negative Zusammenhang zum Präsentismus auf den besseren Gesundheitszustand zurückzuführen sein könnte. Ob auch bei Kontrolle des gesundheitlichen Status weniger Präsentismus in Unternehmen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen auftritt, wurde bisher nicht untersucht. Offen ist deshalb, ob der individuelle Umgang mit Krankheit möglicherweise durch das Vorhandensein einer Gesundheitskultur (Gellatly, 1995) im Unternehmen geprägt wird. Die Gesundheitskultur ist (in Anlehnung an Schein, 1990) als Muster von grundlegenden Annahmen und Werten anzusehen, die sich im Umgang mit Fragen der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz entwickelt haben, von der Mehrheit der Organisationsmitglieder geteilt und als nicht zu hinterfragende Selbstverständlichkeiten angesehen werden (Elke, 2001). Laut Zimolong und Elke (2005, S. 100) stellt die Gesundheitskultur „den impliziten Handlungscode für den Umgang mit Sicherheits- und Gesundheitsrisiken im Alltag dar“. Transportmedium dieses Handlungscode ist v.a. die vom Management kommunizierte und gelebte Gesundheitspolitik (Zimolong, 2007). Bei einer positiv ausgeprägten Gesundheitskultur nimmt die Gesundheit der Mitarbeiter einen hohen Stellenwert ein, sodass Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsschutz im Unternehmen umgesetzt werden. Eine explizite Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitskultur und dem Präsentismus gibt es bisher – nach Kenntnisstand der Verfasserin – nicht. Wertvolle Hinweise darauf, dass die Kultur des Unternehmens bzw. der jeweiligen Organisationseinheit einen Einfluss auf das Verhalten bei Krankheit hat, liefern jedoch Studien zur Fehlzeitenkultur. Die Fehlzeitenkultur lässt sich definieren als "the set of shared understandings about absence legitimacy [...] and the established custom and practice of employee absence behavior and its control" (Johns & Nicholson, 1982, S. 136). Es geht also um fehlzeitenbezogene Glaubenssätze, Werte und Verhaltensweisen, die von den Mitgliedern einer Organisationseinheit oder einer Arbeitsgruppe geteilt werden (Gellatly & Luchak, 1998). In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, dass die Fehlzeitenkultur einen starken Einfluss auf die individuellen Fehlzeiten einer Person hat und von der Fehlzeitenpolitik des Unternehmens gesteuert wird (Gellatly, 1995; Gellatly & Luchak, 1998; Martocchio, 1994). In ähnlicher Weise sollte auch die Gesundheits-

kultur auf das Krankheitsverhalten der Mitarbeiter einwirken. Wie auch bei der Fehlzeitenkultur ist anzunehmen, dass sich innerhalb eines Unternehmens Unterschiede in der wahrgenommenen Gesundheitskultur bei verschiedenen Mitarbeitergruppen zeigen, da die Richtlinien und Maßnahmen des Unternehmens nicht zuletzt durch die Kollegen und Führungskräfte gelebt und umgesetzt werden müssen. Angelehnt an die Befundlage zur Fehlzeitenkultur und der Beobachtung, dass in Unternehmen mit Gesundheitsförderungsmaßnahmen weniger Präsentismus vorherrscht, wird folgende Hypothese angenommen:

Hypothese R3: Eine positive Gesundheitskultur geht mit weniger Präsentismus einher.

Die arbeitspsychologische Forschung zeigt, dass Ressourcen nicht nur eine direkte gesundheitsförderliche Wirkung haben, sondern auch den Einfluss stressender Arbeitsbelastungen puffern (Ulich & Wülser, 2008). Ob Ressourcen insbesondere im Fall hoher Arbeitsbelastung den Präsentismus reduzieren, soll im Rahmen der vorliegenden Studie anhand von Moderatoranalysen untersucht werden. Folgende Hypothesen werden geprüft:

Hypothese R4: Der Handlungsspielraum moderiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy-Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und dem Präsentismus.

Hypothese R5: Die soziale Rückendeckung moderiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy-Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und dem Präsentismus.

Hypothese R6: Die Gesundheitskultur moderiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy-Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und dem Präsentismus.

7.1.2 Antezedenzen des Präsentismus bei Führungskräften und Mitarbeitern

Bisherige Studien weisen darauf hin, dass der Präsentismus je nach beruflichem Status unterschiedlich stark ausgeprägt ist (vgl. Kapitel 4.4.1.1). Möglicherweise resultieren Unterschiede zwischen Berufsgruppen aus divergierenden Einflussfaktoren auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten. In einer deutschen Untersuchung von Zok (2008b) fand sich entsprechend, dass die Gründe für Präsentismus je nach beruflicher Stellung schwankten. Es zeigte sich, dass Arbeitsplatzunsicherheit vor allem bei Beschäftigtem mit niedrigerem Status ausschlaggebend war, während Führungskräfte eher aus Zeitdruck trotz Krankheit weiterarbeiteten. Im Rahmen dieser Studie sollen die Analysen deshalb getrennt für Mitarbeiter mit und ohne Führungsverantwortung durchgeführt werden. Es wird folgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese G1: Führungskräfte und Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung unterscheiden sich hinsichtlich der Präsentismusprädiktoren.

Da gesundheitliche Beeinträchtigungen als Ausgangspunkt des Präsentismus zu verstehen sind, wird zur Kontrolle dieser Einflüsse zum einen der selbsteingeschätzte allgemeine gesundheitliche Zustand in die Analysen aufgenommen und zum anderen das Vorliegen einer chronischen Erkrankung berücksichtigt.

7.1.3 Präsentismus und Befinden

In bisherigen Studien wurde der Zusammenhang des Präsentismus mit dem psychischen Befinden nur vereinzelt untersucht. Aufgrund des rapiden Anstiegs psychischer Erkrankungen bei Beschäftigten ist die Suche nach Risikofaktoren jedoch von großer Bedeutung. Das Arbeiten trotz Krankheit könnte ein Frühwarnzeichen für eine Überbeanspruchung sein, die langfristig zu einer psychischen Erkrankung führt. In einer Studie von Demerouti et al. (2009) sowie in der durchgeführten Krankenhaus-Studie zeigten sich bedeutsame Zusammenhänge des Präsentismus mit Burnout-Symptomen sowie einer verschlechterten psychischen Gesundheit. Inwiefern sich dieser Befund bei den Mitarbeitern des untersuchten Wirtschafts-

unternehmens replizieren lässt, soll im Rahmen der vorliegenden Studie in Bezug auf die emotionale Erschöpfung überprüft werden:

Hypothese B1: Die emotionale Erschöpfung steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Neben Burnout-Symptomen sollen weitere psychische Befindensindikatoren auf ihre Zusammenhänge mit Präsentismus untersucht werden. Dies ist zum einen die Irritation als Ausdruck eines chronischen arbeitsbedingten Stressempfindens. Irritation umfasst laut Mohr, Müller und Rigotti (2005, S. 12) „emotionale und kognitive Beanspruchungen im Kontext der Erwerbsarbeit“. Kennzeichen von Irritation sind dabei kognitive Symptome wie beispielweise „nicht abschalten“ zu können, aber auch emotionale Reaktionen in Form von Gereiztheit und Nervosität. Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen diesem Stressindikator und dem Präsentismus wird folgende Hypothese formuliert:

Hypothese B2: Die Irritation steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Eine Form der körperlichen Verarbeitung psychischer Beanspruchung kann sich in sogenannten „psycho-vegetativen Beschwerden“ ausdrücken. Dies sind körperliche Beschwerden, die durch das psychische Befinden – zumindest teilweise – beeinflusst werden. Hierzu zählen beispielsweise Kopf- und Nackenschmerzen, Schlafstörungen, Verdauungsprobleme oder Herzbeschwerden. Insbesondere bei einer Überbeanspruchung sowie fehlender Schonung und Regeneration ist vermutlich die Auftretenswahrscheinlichkeit psycho-vegetativer Beschwerden erhöht, sodass postuliert wird:

Hypothese B3: Das Auftreten psycho-vegetativer Beschwerden steht in positivem Zusammenhang mit Präsentismus.

Eine in der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung häufig untersuchte und stark berufsbezogene Befindensvariable ist die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern. Zum Zusammenhang zwischen Präsentismus und der Arbeitszufriedenheit liegen bisher lediglich Studien aus der produktivitätsorientierten Prä-

sentismusforschung vor. Die dort gefundene negative Beziehung zwischen den beiden Variablen, spricht dafür, dass die Zufriedenheit von Mitarbeitern sinkt, wenn diese sich aufgrund der Arbeitsbedingungen dazu gezwungen sehen, trotz Krankheit zu arbeiten. Für die Annahme, dass besonders zufriedene Mitarbeiter aufgrund ihrer Verbundenheit zum Unternehmen auch im Krankheitsfall arbeiten, konnte bisher kein Anhaltspunkt gefunden werden. Entsprechend wird auch in der vorliegenden Untersuchung ein negativer Zusammenhang zwischen dem Präsentismus und der Arbeitszufriedenheit angenommen:

Hypothese B4: Die Arbeitszufriedenheit steht in negativem Zusammenhang mit Präsentismus.

Gemäß der Annahme, dass Präsentismus ein mögliches Frühwarnzeichen für die Genese einer psychischen Erkrankung ist, soll zusätzlich geprüft werden, ob diesen Zusammenhang zwischen den Stressoren und dem Befinden vermittelt. Es ergeben sich folgende Hypothesen:

Hypothese M1: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und der Irritation.

Hypothese M2: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und der emotionalen Erschöpfung.

Hypothese M3: Präsentismus mediiert den Zusammenhang zwischen (a) dem Zeitdruck, (b) dem Work-to-Privacy Konflikt, (c) der Kooperationsenge sowie (d) der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit und den psycho-vegetativen Beschwerden.

Ob Präsentismus auch bei Kontrolle potentieller anderer Einflussfaktoren das Befinden vorhersagt, soll in einem letzten Schritt für die emotionale Erschöpfung, die Irritation sowie die psycho-vegetativen Beschwerden geprüft werden. Insbesondere dann, wenn die Vorhersagekraft des Präsentismus über die von demografischen und gesundheitlichen Variablen, Ressourcen und Stressoren hinausgeht, spräche dies für seine Relevanz als Frühwarnindikator. Es wird angenommen:

Hypothese P1: Präsentismus sagt die Irritation über alle anderen Antezedenzvariablen hinaus vorher.

Hypothese P2: Präsentismus sagt die emotionale Erschöpfung über alle anderen Antezedenzvariablen hinaus vorher.

Hypothese P3: Präsentismus sagt die psycho-vegetativen Beschwerden über alle anderen Antezedenzvariablen hinaus vorher.

Um einen Gesamtüberblick zu schaffen, werden in Abbildung 7.1.1 noch einmal alle für diese Studie aufgestellten Hypothesen grafisch dargestellt.

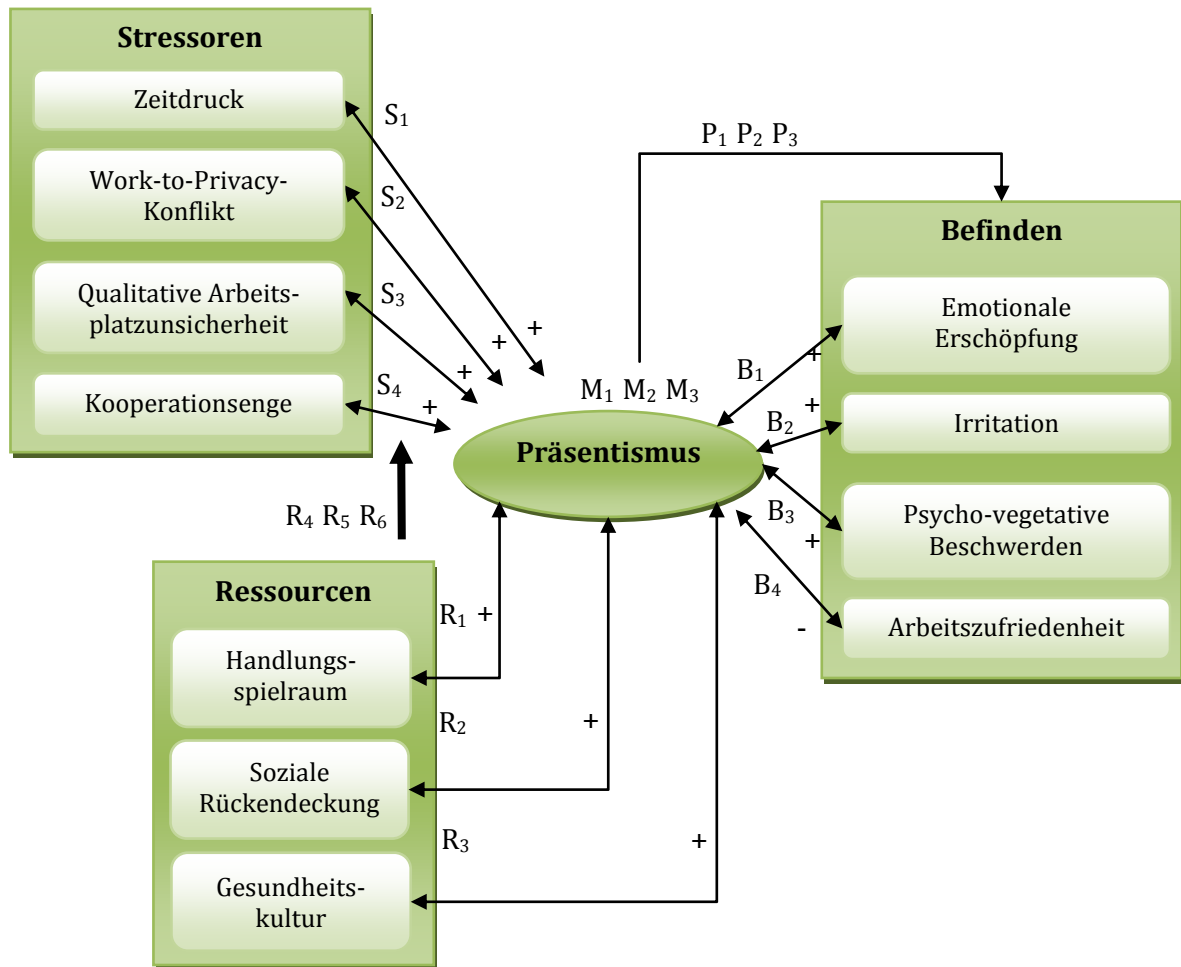


Abbildung 7.1.1 Hypothesenübersicht für die Energieversorger-Studie.

7.2 Methoden

7.2.1 Durchführung

Die Studie wurde vom 16.08.-17.09.2010 in einer regionalen Business Unit eines international agierenden Energiekonzerns durchgeführt. Durch Einführung einer neuen Vorschrift im Energiewirtschaftsgesetz (EnWG) zur Trennung des Netzbetriebes von den Marktberreichen (sog. Unbundling), war das Unternehmen in den Vorjahren gezwungen, größere Umstrukturierungen vorzunehmen. In Hinblick auf die Personalbetreuung waren umfassende Maßnahmen zur Personalentwicklung und Gesundheitsförderung im Unternehmen etabliert. Die Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden im Rahmen der durchgeführten Untersuchung einer Evaluation unterzogen, deren Ergebnisse hier aber nicht weiter dargestellt werden sollen.

Der Fragebogen und die Durchführungsbedingungen wurden ausführlich mit dem Vorstand, dem Steuerungskreis Gesundheit, der Personalbetreuung, dem Betriebsrat sowie dem Datenschutzbeauftragten diskutiert. Der auf diesem Wege erarbeitete Fragebogen wurde den Beschäftigten – nach umfassenden Vorinformationen zum Zweck und zu den Durchführungsbedingungen der Befragung – zugestellt. Den Mitarbeitern wurde im Anschreiben zum Fragebogen zugesichert, dass die Teilnahme an der Befragung freiwillig sei und die Auswertung und Rückmeldung der Ergebnisse anonym und unter Einhaltung strenger Datenschutzrichtlinien stattfinden würde. Die Fragebogen wurden in einem verschlossenen Rückumschlag per Hauspost an die Poststelle gesendet, und von dort an Mitarbeiter der Universität Osnabrück weitergeleitet. Den Beschäftigten war bekannt, dass die Datenauswertung extern von der Universität vorgenommen wurde, sodass Befürchtungen vorgebeugt wurde, Mitarbeiter durch „Rasterfahndung“ anhand der demografischen Informationen identifizieren und sensible Informationen der Personalakte zuführen zu können.

Während des Befragungszeitraums wurden die Mitarbeiter mittels Plakaten und Obstkörben sowie eines Alert-Screens (Benachrichtigungsbildschirm beim Hochfahren des Computers) daran erinnert, an der Befragung teilzunehmen. Zudem

waren die Führungskräfte gehalten, die Mitarbeiter für die Befragung zu motivieren.

7.2.2 Stichprobe

Die Daten der Studie entstammen einer Mitarbeiterbefragung, die zur Positionsbestimmung und formativen Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements durchgeführt wurde. Im Rahmen einer Vollerhebung wurden die gesamten 1150 Mitarbeiter des Unternehmens kontaktiert und um die Teilnahme an der Befragung gebeten. Es wurden 732 Fragebogen (64%) retourniert, von denen 722 (63%) verwertbar waren. Zehn Fragebogen mussten aufgrund zahlreicher fehlender Werte von den Analysen ausgeschlossen werden.

Die Stichprobe bestand aus überwiegend männlichen, vollzeitbeschäftigten Mitarbeitern. Weitere Informationen zur Zusammensetzung der Stichprobe sind in Tabelle 7.2.1 zu finden. Unter den Befragten waren 70.6% mindestens 40 Jahre alt, die größte Gruppe der Beschäftigten war 40 bis 49 Jahre (39.5%) alt. Das hohe Durchschnittsalter im Unternehmen schlug sich auch in der Dauer der Berufstätigkeit ($M = 24.4$, $SD = 12.0$) und der Unternehmenszugehörigkeit ($M = 19.8$, $SD = 10.4$) in Jahren nieder. Im Durchschnitt arbeiteten die Befragten seit $M = 7.3$ Jahren ($SD = 8.0$) an ihrem Arbeitsplatz. An der Studie nahmen insgesamt 156 Führungskräfte (21.6%) unterschiedlicher Ebenen teil. Im Rahmen der Studie wurde zudem erhoben, ob eine chronische Erkrankung vorlag. Dies bejahten 149 (20.6%) der Befragten. 579 Personen gaben an, im letzten Jahr mindestens ein Mal krank gewesen zu sein.

Tabelle 7.2.1 Verteilung der Merkmale der Befragten in der Energiewirtschafts-Studie.

Merkmalsname	Werte	N	P
Alter	<20 Jahre	40	5.5 %
	20-29 Jahre	83	11.5 %
	30-39 Jahre	76	10.5 %
	40-49 Jahre	285	39.5 %
	50-59 Jahre	224	31.0 %
	60+ Jahre	1	0.1 %
	Keine Angabe	13	1.8 %
Geschlecht	weiblich	146	20.2%
	männlich	560	79.3%
	Keine Angabe	16	2.2%
Tätigkeit	Vorstand, Geschäftsbereichsleitung	12	1.7 %
	Bereichsleitung, Fachgebietsleitung, Meister ..	144	19.9 %
	Mitarbeiter mit überwiegend körperlicher Tätigkeit	105	14.5 %
	Mitarbeiter mit überwiegend Bürotätigkeit	314	43.5 %
	Mitarbeiter mit körperlicher und Bürotätigkeit zu gleichen Teilen	58	8.0 %
	Auszubildende	72	10.0 %
	Keine Angabe	17	2.4 %
Beschäftigungsverhältnis	Vollzeit	644	89.2 %
	Teilzeit	64	8.9 %
	Keine Angabe	14	1.9 %
Schichtarbeit	Schichtarbeit	25	3.5 %
	keine Schichtarbeit	683	94.6 %
	Keine Angabe	14	1.9 %

Anmerkungen. N = 722.

7.2.3 Instrumente

In der Studie wurden neben dem Ausmaß an Präsentismus, die wahrgenommenen Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz, sowie das Befinden und demografische Informationen im Selbstbericht erhoben. Als Arbeitsbelastungen wurden der Zeitdruck, die arbeitsbedingte Konflikthaftigkeit von Beruf und Privatleben (Work-

to-Privacy-Konflikt), die Kooperationsenge bei der Arbeit sowie die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit erfragt. Thematisierte Ressourcen waren die soziale Rückendeckung, der Handlungsspielraum und die Gesundheitskultur im Unternehmen. Als Befindensindikatoren wurde die Arbeitszufriedenheit, das Ausmaß der psycho-vegetativen Beschwerden, die emotionale Erschöpfung als Burnout-Symptom sowie die Stresssymptomatik in Form von Irritation herangezogen. Die verwendeten Instrumente werden im Folgenden genauer beschrieben. Sofern nicht anders erwähnt, erfolgte die Beantwortung der Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit dem Wertebereich von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“.

Präsentismus. Die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit wurde erneut mit der eigenen Skala sowie anhand des Single Item-Maßes von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) erfasst (siehe Kapitel 4.1 und Kapitel 6.2.3).

Zeitdruck. Die Erfassung des wahrgenommenen Zeitdrucks bei der Arbeit wurde mit einer Skala aus dem Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA, Version 6.0) von Semmer, Zapf und Dunckel (1999) erhoben. Die Skala zur Erfassung des Zeitdrucks thematisiert Regulationsüberforderungen, die aus einem hohen Arbeitstempo und -volumen resultieren. Sie besteht aus fünf Items, die in dieser Studie – abweichend von der Originalversion - auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit einem Wertebereich von 1 = „nie“ bis 5 = „fast immer“ beantwortet wurden. Ein Beispielitem lautet: „Wie oft kommt es vor, dass Sie wegen zu viel Arbeit nicht oder verspätet in die Pause gehen können?“. Die von Semmer et al. (1999) berichtete interne Konsistenz einer ersten Version der Skala mit neun Items liegt bei $\alpha = .81$.

Kooperationsenge. Die Erhebung des Ausmaßes der Interdependenzen bei der Arbeitsausführung erfolgte mit der Skala „Kooperationsenge“ aus dem ISTA (Semmer et al., 1999), die bereits in der Krankenhaus-Studie eingesetzt wurde (siehe Kapitel 6.2.3).

Work-to-Privacy-Konflikt. Der empfundene Konflikt bei der Vereinbarung von Privat- und Arbeitsleben wurde mittels zweier Items aus der Skala zum Work-to-

Privacy-Konflikt aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ; Nübling et al., 2005) gemessen. Diese lauteten: „Die Anforderungen meiner Arbeit stören mein Privat- und Familienleben“ und „Meine Arbeit erzeugt Stress, der es schwierig macht, privaten oder familiären Verpflichtungen nachzukommen“. In einer großen (N = 2561), branchenheterogenen Erprobungsstudie wurde ein α von .92 für die fünf Items umfassende Gesamtskala zum Work-to-Privacy Konflikt ermittelt.

Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit. Die subjektiv empfundene qualitative Arbeitsplatzunsicherheit wurde anhand einer von Staufenberg, Menne und Batinic (2009) entwickelten Skala gemessen. Die Skala erhebt anhand von insgesamt zehn Items die Arbeitsplatzunsicherheit in Bezug auf die fünf Arbeitsmerkmale Bezahlung, Aufstiegsmöglichkeiten, Arbeitsort, Tätigkeit und Arbeitsbedingungen. Beispielitems lauten: „Ich fürchte, an einen anderen Ort versetzt zu werden“ oder „Es ist wahrscheinlich, dass sich meine Arbeitsbedingungen verschlechtern werden“. In der Untersuchung von Staufenberg et al. (2009) ergab sich eine interne Konsistenz der Skala von $\alpha = .76$.

Handlungsspielraum. Der Handlungsspielraum bezieht sich auf Regulationsmöglichkeiten bei der Arbeit und wurde anhand von drei Items aus dem Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) erfasst, die Spielräume bei Entscheidungen in Bezug auf die Herangehensweise und die Inhalte der Arbeit aufgreifen, z.B. „Ich kann meine Arbeit selbstständig planen und einteilen“. Die interne Konsistenz der Skala wird mit $\alpha = .70$ angegeben (Prümper, Hartmannsgruber & Frese, 1995).

Soziale Rückendeckung. Die drei Items der Skala zur sozialen Rückendeckung aus dem Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) von Prümper, Hartmannsgruber und Frese (1995) erfassen das Ausmaß der wahrgenommenen sozialen Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte. Ein Beispielitem lautet: „Ich kann mich auf meine Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird“. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\alpha = .76$ (Prümper et al., 1995).

Gesundheitskultur. Der Umgang mit den Themen Gesundheit und Sicherheit im Unternehmen wurde anhand einer Skala mit elf Items gemessen, die dem Fragebogen

zum Arbeits- und Gesundheitsschutz – Betriebliche Gesundheitsförderung (FAGS^{BGF}) von Uhle, Zimolong und Elke (2002) entnommen wurden. Dabei wurde die Originalskala des FAGS^{BGF} insofern modifiziert, als das Item „Ich finde die Regelungen für unsere Sicherheit und unsere Gesundheit in unserem Unternehmen gut“ in zwei Items gesplittet wurde: „Ich finde die Regelungen für unsere Sicherheit in unserem Unternehmen gut“ sowie „Ich finde die Regelungen für unsere Gesundheit in unserem Unternehmen gut“. Ziel war es, eine differenzierte Beurteilung zu für die Bereiche Gesundheit und Sicherheit zu erhalten. Weitere Items lauteten beispielsweise „Wenn es um Sicherheit und Gesundheit geht, kann ich mich auf meine (Team-)Kollegen verlassen“ oder „Unser Unternehmen investiert viel für unsere Sicherheit und Gesundheit“. Bei einer Validierungsstudie mit Verwaltungsangestellten über zwei Messzeitpunkte wies die ursprüngliche Skala eine interne Konsistenz von $\alpha_{T1} = .73$ bzw. $\alpha_{T2} = .82$ und eine Retest-Reliabilität von .69 auf (Uhle, 2004).

Arbeitszufriedenheit. Die allgemeine Zufriedenheit mit der Arbeitstätigkeit und mit dem Unternehmen, wurde mit zwei Items erhoben: „Alles in allem bin ich sehr zufrieden mit >Unternehmensname<“ sowie „Alles in allem bin ich sehr zufrieden mit meiner Arbeit“.

Psycho-vegetative Beschwerden. Die zehn Items zur Erhebung psycho-vegetativer Beschwerden wurden der Subjektiven Salutogenetischen Arbeitsanalyse (SALSA) von Rimann & Udris (1997) entnommen. Die Befragten gaben anhand einer sechsstufigen Antwortskala von 1 = „praktisch nie“ bis 6 = „dauernd“ Auskunft darüber, wie häufig die beschriebenen Beschwerden auftraten. Gefragt wurde z.B. „Haben Sie Schlafstörungen (Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten)?“ oder „Haben Sie Nacken- oder Schulterschmerzen?“. Daten zur internen Konsistenz der Skala liegen nach Kenntnisstand der Verfasserin nicht vor.

Emotionale Erschöpfung. Wie auch in der Krankenhaus-Studie wurde die emotionale Erschöpfung anhand von fünf Items aus der deutschen Form des Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS-D) von Büssing und Glaser (1998) gemes-

sen. Die Angabe der Häufigkeit der beschriebenen Burnout-Symptome erfolgte auf einer sechsstufigen Skala mit Werten von 1 (nie) bis 6 (sehr oft).

Irritation. Die acht Items der Skala Irritation von Mohr (1986) thematisieren aus der Arbeitsbelastung resultierende emotionale und kognitive Stresssymptome. Die interne Konsistenz der Skala schwankt über verschiedene Studien zwischen .84 und .93. Im Mittel liegt sie bei $\alpha = .89$ (Mohr et al., 2005).

Gesundheitszustand. Die selbsteingeschätzte derzeitige Gesundheit wurde anhand eines Einzelitems mit einer elfstufigen Skala mit den Endpunkten „schlechtester denkbarer Gesundheitszustand“ und „bester denkbarer Gesundheitszustand“ aus dem Copenhagen Psychosocial Questionnaire (Nübling, Stößel, Hasselhorn, Michaelis & Hofmann, 2005) erfragt.

7.3 Ergebnisse

Neben der Bearbeitung der inhaltlichen Fragestellungen, wurde in der durchgeführten Studie erneut die psychometrische Qualität der Präsentismus-Skala überprüft. Die Befunde dieser Analysen werden den inhaltlichen Auswertungen vorangestellt.

7.3.1 Deskriptive Statistiken

Tabelle 7.3.1 gibt einen Überblick über die Kennwerte der eingesetzten Skalen. Alle internen Konsistenzen liegen über der geforderten Mindesthöhe von $\alpha = 0.70$ (Nunnally et al., 1967). Bei Betrachtung der Interkorrelationsmatrix (Tabelle 7.3.2) zeigt sich, dass nahezu alle Variablen in einem signifikanten Zusammenhang stehen. Ausnahmen finden sich lediglich in Bezug auf den Handlungsspielraum sowie bei dem Alter und Geschlecht.

Tabelle 7.3.1 *Range, Mittelwerte, Standardabweichungen und interne Konsistenzen der eingesetzten Skalen.*

Skala	<i>k</i>	<i>W</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
Zeitdruck	5	1-5	3.26	0.75	.868
Work-to-Privacy-Konflikt	2	1-5	2.46	1.01	.892
Kooperationsenge	5	1-5	2.74	0.79	.825
Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit	10	1-5	3.17	0.80	.855
Handlungsspielraum	3	1-5	3.09	0.85	.723
Soziale Rückendeckung	3	1-5	3.96	0.87	.794
Gesundheitskultur	11	1-5	4.01	0.62	.871
Arbeitszufriedenheit	2	1-5	3.61	0.84	.790
Gesundheitszustand	1	0-10	6.71	1.95	-
Behinderungen	1	1-6	1.73	0.89	-
Psycho-vegetative Beschwerden	10	1-6	2.35	0.90	.849
Irritation	8	1-5	2.39	0.90	.927
Emotionale Erschöpfung	5	1-6	3.25	1.15	.899
Präsentismus	6	1-5	2.10	0.93	.885

Anmerkungen. *N* = 722. *k* = Anzahl der Items, *W* = Wertebereich, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, α = Reliabilität der Skala (Cronbach's Alpha).

Tabelle 7.3.2 Interkorrelation der Studienvariablen.

		Stressoren					Ressourcen			Befinden					Demografie	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Präsentismus	.885														
2	Zeitdruck	.284**	.868													
3	Work-to-Privacy-Konflikt	.330**	.650**	.892												
4	Kooperationsenge	.168**	.410**	.345**	.825											
5	Qualitative APU	.349**	.319**	.371**	.241**	.855										
6	Handlungsspielraum	-.076	.002	-.061	.012	-.195**	.723									
7	Soziale Rückendeckung	-.211**	-.182**	-.295**	-.121**	-.341**	.217**	.794								
8	Gesundheitskultur	-.259**	-.192**	-.308**	-.151**	-.382	.187**	.502**	.871							
9	Arbeitszufriedenheit	-.268**	-.296**	-.410**	-.170**	-.589**	.247**	.479**	.528**	.790						
10	Psycho-veg. Beschwerden	.549**	.289**	.365**	.198**	.430**	-.103**	-.283**	-.321**	-.365**	.849					
11	Emotionale Erschöpfung	.505**	.481**	.569**	.271**	.455**	-.140**	-.316**	-.342**	-.470**	.654**	.899				
12	Irritation	.500**	.516**	.607**	.322**	.453**	-.090*	-.340**	-.343**	-.401**	.658**	.701**	.927			
13	Gesundheitszustand	-.423**	-.234**	-.383**	-.094*	-.359**	.146**	.320**	.314**	.339**	-.589**	-.522**	-.501**	-		
14	Chronisch krank ^a	-.284**	-.087*	-.111**	-.093*	-.207**	.066	.131**	.110**	.149**	-.387**	-.285**	-.242**	.377**	-	
15	Alter ^b	.076	.239**	.191**	.066	.196**	.111**	-.088*	-.016	-.146**	.156**	.115**	.241**	-.244**	-.203**	-
16	Geschlecht ^c	-.055	.069	.154**	.051	.023	-.028	.002	-.032	-.107	-.095*	.018	.042	-.038	.067	.040

Anmerkungen. $550 \leq N \leq 721$. APU = Arbeitsplatzunsicherheit. ^aKodierung: 1 = ja, 2 = nein, r_{pb} . ^bAlter, r_s . ^cKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich, r_{pb} . * $p < .05$, ** $p < .01$. Reliabilitäten in der Diagonale (Cronbachs α).

7.3.2 Psychometrische Qualität der Skala

Da sich in der ersten Studie gezeigt hatte, dass ein Item eliminiert werden musste, wurde die resultierende Skala mit sechs Items einer erneuten Prüfung unterzogen. Zur Prüfung der psychometrischen Qualität der Präsentismus-Skala wurden zunächst die deskriptiven Itemstatistiken (Tabelle 7.3.3) und die bivariaten Zusammenhänge zwischen den Items (Tabelle 7.3.4) betrachtet. Das Item pr6 („Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat“) wies eine hohe Schwierigkeit, starke Rechtsschiefe und relativ geringe Varianz auf, zeigte jedoch eine zufriedenstellende Trennschärfe ($r_{15} = .653$), sodass keine weitere Modifikation der Skala notwendig erschien.

Tabelle 7.3.3 *Item-Statistiken.*

Nr.	Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Sch</i>
1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.	2.60	1.13	0.44
2	Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.	1.90	1.09	1.16
3	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.	2.21	1.24	0.76
4	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.	2.25	1.29	0.72
5	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.	1.43	0.87	2.19
6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.	2.19	1.17	0.78

Anmerkungen. $573 \leq N \leq 612$. *Sch* = Schiefe.

Zur Prüfung der Güte der reduzierten 6-Item-Skala wurde eine konfirmatorische Faktorenanalyse mit AMOS 18.0 durchgeführt (vgl. Kapitel 6). Abbildung 6.3.1 zeigt das geprüfte Strukturmodell, Tabelle 7.3.5 die Fitindizes des Modells. Während die globalen Fitindizes auf einen guten Fit hindeuteten, lag der RMSEA nicht in einem zufriedenstellenden Wertebereich.

Tabelle 7.3.4 *Interkorrelation der Präsentismus-Items.*

Nr.	Item	1	2	3	4	5	6
1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.	.741					
2	Ich habe trotz schwererer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.	.582**	.687				
3	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.	.686**	.710**	.752			
4	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.	.579**	.523**	.569**	.653		
5	Ich habe gearbeitet, obwohl mir ein Arzt davon abgeraten hat.	.428**	.377**	.402**	.461**	.556	
6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.	.730**	.659**	.709**	.637**	.497**	.803

Anmerkungen. $573 \leq N \leq 612$. Produktmoment-Korrelationen mit korrigierter Item-Skala-Korrelationen (Trennschärfe) in der Hauptdiagonale.

Tabelle 7.3.5 *Fit-Statistiken des Strukturmodells (N = 536).*

Modell	Modellanpassung					
	χ^2	df	p	RMSEA	CFI	TLI
6 Items	56.074	9	.000	.099	.972	.953

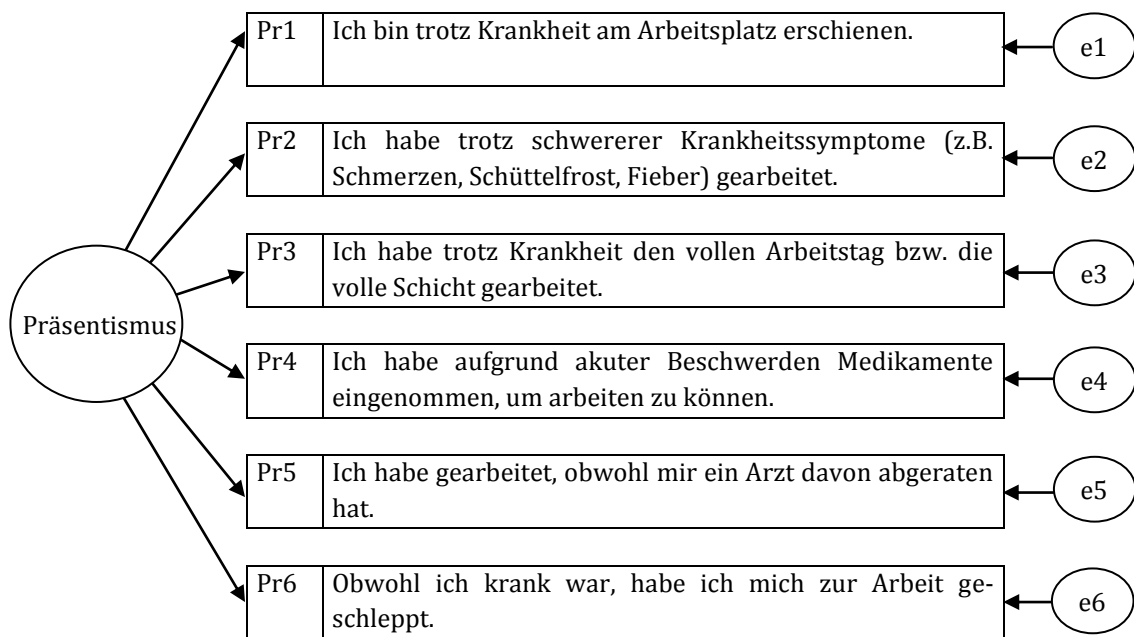


Abbildung 7.3.1 Strukturgleichungsmodell der Präsentismus-Skala.

7.3.3 Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit den Arbeitsbedingungen

Betrachtet man die Korrelationen von Präsentismus mit den Stressoren und mit den Ressourcen (Tabelle 7.3.2) so zeigt sich, dass nahezu alle Zusammenhänge statistisch bedeutsam sind und in die erwartete Richtung gehen. Stressorensseitig findet sich die höchste Korrelation von Präsentismus mit der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit ($r = .349, p < .01$). An zweiter Stelle rangiert der Zusammenhang mit dem Work-to-Privacy-Konflikt ($r = .330, p < .01$) und an dritter Stelle derjenige mit dem Zeitdruck ($r = .284, p < .01$). Die Kooperationsenge weist eine eher kleine Korrelation in Höhe von $.168 (p < .01)$ mit dem Präsentismus auf. Insgesamt bestätigen die Befunde die Hypothesen S1 bis S4.

In Einklang mit den Hypothesen R2 und R3 sind die Gesundheitskultur ($r = -.259, p < .01$) sowie die soziale Rückendeckung ($r = .211, p < .01$) signifikant negativ mit dem Präsentismus assoziiert. Mit dem Handlungsspielraum korreliert dieser hingegen nicht in statistisch bedeutsamem Ausmaß ($r = -.076, ns$), sodass Hypothese R1 abgelehnt werden muss.

Um weiterhin zu prüfen, ob die Ressourcen den Zusammenhang zwischen den Stressoren und dem Präsentismus abschwächen, wurden zwölf Moderatoranalysen durchgeführt. Aufgrund der z.T. hohen VIF-Werte, die Multikollinearität indizieren, wurden die Variablen zentriert in die Analysen aufgenommen. Für keinen der Zusammenhänge zwischen den vier Stressoren (Zeitdruck, Work-to-Privacy-Konflikt, Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit, Kooperationsenge) und den drei Ressourcen (Soziale Rückendeckung, Handlungsspielraum, Gesundheitskultur) erwies sich Präsentismus als Moderatorvariable. Somit müssen die Hypothesen R4 bis R6 abgelehnt werden.

7.3.4 Befunde zu den Antezedenzen des Präsentismus bei Führungskräften und Mitarbeitern

Um zu prüfen, welche der einbezogenen Antezedenzvariablen zur Vorhersage des Präsentismus beitragen, wurde eine blockweise hierarchische Regressionsanalyse gerechnet, deren Ergebnisse in Tabelle 7.3.6 aufgeführt werden. Da zudem von Interesse war, ob bei Mitarbeitern mit und ohne Führungsverantwortung unterschiedliche Faktoren zu Präsentismus führten, wurden für beide Gruppen zusätzlich getrennte Analysen durchgeführt. Bei den Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung wurden Auszubildende ausgeschlossen, weil sich diese in ihrem Antwortverhalten stark von den anderen Mitarbeitern unterschieden.

Zunächst sollen die Ergebnisse der Gesamtstichprobe betrachtet werden. Im ersten Schritt wurden das dummykodierte Alter und das Geschlecht als Kontrollvariablen aufgenommen. In Bezug auf die Referenzkategorie der 40-49 Jährigen zeigte sich, dass jüngere Mitarbeiter von 20-29 Jahren signifikant mehr Präsentismus zeigten ($\beta = .140, p < .01$). Im zweiten Block wurden gesundheitsbezogene Variablen aufgenommen. Das Vorliegen einer chronischen Erkrankung ging als Negativindikator ein, der allgemeine selbsteingeschätzte Gesundheitszustand als Positivindikator. Der Varianzbeitrag der Gesundheitsindikatoren führte zu einer signifikanten Verbesserung der Vorhersage von Präsentismus ($\Delta R^2 = .183, p < .01$). Der Gesundheitszustand wies von allen einbezogenen Variablen das größte Regressionsgewicht auf ($\beta = -.248, p < .01$). Im dritten Block wurden die drei Ressourcen

Tabelle 7.3.6 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression zur Vorhersage von Präsentismus durch Personenmerkmale, Gesundheitsindikatoren, Ressourcen und Stressoren.

Block	Variablen	Gesamtstichprobe ^d			Führungskräfte ^e			Mitarbeiter ^f		
		Beta	R ²	ΔR ²	Beta	R ²	ΔR ²	Beta	R ²	ΔR ²
1	< 20 Jahre ^a	.066			-			.024		
	20-29 Jahre ^a	.140**			.098			.093		
	30-39 Jahre ^a	-.025			.011			-.058		
	50-59 Jahre ^a	-.061			-.092			-.053		
	Geschlecht ^b	-.069	.025*		-.018	.016*		-.122*	.020*	
2	Chronisch krank ^c	-.149**			-.033			-.154**		
	Gesundheitszustand	-.248**	.208**	.183**	-.506**	.370**	.354**	-.162**	.157**	.137**
3	Handlungsspielraum	.021			.021			.032		
	Soziale Rückendeckung	.029			.134			.012		
	Gesundheitskultur	-.071	.227**	.019*	-.026	.381**	.011	-.079	.180**	.023*
4	Zeitdruck	.101			.190			.052		
	Work-to-Privacy-Konflikt	.120*			-.038			.193**		
	Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit	.188**			.204*			.166**		
	Kooperationsenge	.035	.295**	.068**	.043	.452**	.071*	.030	.253**	.073**

Anmerkungen. *N* = 537. ^aReferenzkategorie 40-49 Jahre, ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^cKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. ^dOhne Azubis, *N* = 470. ^eMitarbeiter mit Führungsverantwortung, *N* = 112. ^fMitarbeiter ohne Führungsverantwortung, ohne Azubis, *N* = 358. **p* < .05, ***p* < .01. Betas für Gesamtmodell.

Handlungsspielraum, soziale Rückendeckung und Gesundheitskultur in die Analyse einbezogen. Es zeigte sich, dass diese die Vorhersage signifikant verbessern konnten ($\Delta R^2 = .019, p < .05$). Die Analyse der Regressionsgewichte ergab, dass dies vor allem auf den Einbezug der Gesundheitskultur zurückzuführen war. Die vier Stressoren Zeitdruck, Work-to-Privacy-Konflikt, qualitative Arbeitsplatzunsicherheit und Kooperationsenge wurden im letzten Schritt aufgenommen. Durch Einbezug dieser Variablen verbesserte sich die Vorhersage von Präsentismus um weitere 6.8% Varianzaufklärung ($p < .01$). Als einflussreichster Prädiktor erwies sich stressorensseitig die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit, während die Kooperationsenge kein signifikantes Betagewicht aufwies. Der zweitstärkste Prädiktor war der Work-to-Privacy-Konflikt. Im Gegensatz zu Befunden aus vorherigen Studien war das Regressionsgewicht des Zeitdrucks eher klein und verfehlte knapp die Signifikanzgrenze ($\beta = .101, p < .10$).

Betrachtet man die Analyse der Präsentismusprädiktoren getrennt für Führungskräfte und für Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung, so zeigten sich leicht unterschiedliche Muster für diese beiden Gruppen. Hypothese G1 kann damit angenommen werden. Besonders auffällig war der hohe Einfluss des Gesundheitszustandes für den Präsentismus der Führungskräfte ($\beta = -.506, p < .01$). Durch Hinzunahme der gesundheitsbezogenen Prädiktorvariablen im zweiten Block stieg die Varianzaufklärung sehr stark, auf insgesamt 37% ($\Delta R^2 = .354, p < .01$), an. Die Hinzunahme der Ressourcen konnte die Güte der Vorhersage nicht signifikant verbessern, zu bemerken ist jedoch, dass die soziale Rückendeckung auch hier mit einem relativ hohen *positiven* Gewicht in die Regressionsgleichung einging ($\beta = .134, ns$). Die Hinzunahme der Stressoren führte zu einem weiteren inkrementellen Varianzgewinn von 7.1% ($p < .05$). Stressorensseitig erwies sich bei den Führungskräften die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit als wichtigster Prädiktor ($\beta = .204, p < .05$). Das Regressionsgewicht des Zeitdrucks erreichte wiederum nur marginale Signifikanz ($\beta = .204, p < .10$). Anders als in der Gesamtstichprobe zeigte sich kein Einfluss des Work-to-Privacy Konflikts.

Das regressionsanalytische Muster der Mitarbeiter ähnelte dem der Gesamtstichprobe. Etwas stärkere relative Effekte ergaben sich für das Geschlecht, das Vorliegen einer chronischen Erkrankung sowie für den Work-to-Privacy Konflikt, wäh-

rend der Einfluss des Gesundheitszustands und des Zeitdrucks vergleichsweise geringer ausfiel.

7.3.5 Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit dem Befinden

Korrelativ zeigte sich, dass Präsentismus mit einem schlechteren Befinden einhergehend (siehe Tabelle 7.3.2). Präsentismus war insbesondere mit den gesundheitsbezogenen Befindensindikatoren hoch korreliert. Der höchste Zusammenhang fand sich in Bezug auf die psycho-vegetativen Beschwerden ($r = .549, p < .01$), etwa gleich hoch kovarierte er mit Stresssymptomen in Form von Irritation ($r = .500, p < .01$) und mit dem Burnout-Symptom der emotionalen Erschöpfung ($r = .505, p < .01$). Auch der selbsteingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand korrelierte mit dem Arbeiten trotz Krankheit ($r = -.423, p < .01$). Darüber hinaus stand Präsentismus mit der globalen Arbeitszufriedenheit in einem negativem Zusammenhang ($r = -.268, p < .01$). Das gefundene Korrelationsmuster führt zur Bestätigung der Hypothesen B1 bis B4.

In Tabelle 7.3.7 sind die Ergebnisse der Mediatoranalysen mit den gesundheitlichen Befindensindikatoren als Kriterien und den vier Stressoren als unabhängigen Variablen aufgeführt. Auch in dieser Studie ergaben die Analysen, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen den Stressoren und den gesundheitlichen Befindensvariablen in allen Kombinationen partiell medierte. Hypothesen M1 bis M3 können entsprechend angenommen werden.

Ob Präsentismus ein Inkrement bei der Vorhersage der gesundheitlichen Befindensvariablen über andere Antezedenzvariablen hinaus liefert, wurde regressionsanalytisch für die emotionale Erschöpfung, die psycho-vegetativen Beschwerden und die Irritation geprüft. Im ersten Block wurden demografische Merkmale aufgenommen, im zweiten Block Variablen, die den gesundheitlichen Zustand widerspiegeln, im dritten Block die Ressourcen und im vierten Block die Stressoren. Im letzten Schritt wurde der Präsentismus in das Modell aufgenommen.

In Bezug die Irritation (siehe Tabelle 7.3.8) erwies sich Präsentismus auch bei Kontrolle aller anderen potentiellen Einflussvariablen als bedeutsamer Prädiktor für

Tabelle 7.3.7 *Ergebnisse der Mediatoranalysen: Hierarchische lineare Regressionsanalysen zur Vorhersage der Irritation, der emotionalen Erschöpfung sowie der psycho-vegetativen Beschwerden durch die Stressoren und Präsentismus als Mediator.*

Hyp.	Abhängige Variable	Mediator	Unabhängige Variablen				R^2
		Präsentismus	β				
			KOP	ZD	WPC	QAU	
M1-c	Irritation	.464**	.220**				.298
M1-a	Irritation	.385**		.394**			.389
M1-b	Irritation	.337**			.442**		.467
M1-d	Irritation	.370**				.357**	.357
M2-c	Emotionale Erschöpfung	.472**	.191**				.290
M2-a	Emotionale Erschöpfung	.398**		.380**			.388
M2-b	Emotionale Erschöpfung	.354**			.456**		.440
M2-d	Emotionale Erschöpfung	.386**				.327**	.344
M3-c	Psycho-vegetative Beschwerden	.534**	.092**				.310
M3-a	Psycho-vegetative Beschwerden	.505**		.141**			.314
M3-b	Psycho-vegetative Beschwerden	.483**			.201**		.337
M3-d	Psycho-vegetative Beschwerden	.441**				.289**	.366

Anmerkungen. β = beta-Gewicht in der Regression. R^2 = Determinationskoeffizient aus der Regression der abhängigen Variable auf die Stressoren bei Einbezug von Präsentismus als Mediator. * $p < .05$, ** $p < .01$.

diese Form von Stresssymptomatik ($\Delta R^2 = .026, p < .01$), sodass Hypothese P1 bestätigt werden kann. Neben dem Präsentismus trugen der allgemeine selbstberichtete Gesundheitszustand, eine fehlende soziale Rückendeckung und Gesundheitskultur, sowie alle Stressoren – ausgenommen der Kooperationsenge – statistisch bedeutsam zur Irritation bei.

Tabelle 7.3.8 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression zur Vorhersage der Irritation.

Block	Variablen	Beta	R ²	ΔR^2
1	Alter ^a	.035		
	Geschlecht ^b	-.005	.081**	
2	Gesundheitszustand	-.175**		
	Chronisch krank ^c	-.045	.294**	.212**
3	Handlungsspielraum	.010		
	Soziale Rückendeckung	-.071*		
	Gesundheitskultur	-.042	.352**	.058**
4	Zeitdruck	.110**		
	Work-to-Privacy-Konflikt	.282**		
	Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit	.157**		
	Kooperationsenge	.058	.548**	.196**
5	Präsentismus	.191**	.574**	.026**

Anmerkungen. $N = 537$. ^aAlter dichotomisiert, Kodierung: 1 = Jüngere (<40 Jahre), 2 = Ältere (>39 Jahre). ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^cKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Auch bei der Vorhersage der emotionalen Erschöpfung (Tabelle 7.3.9) konnte Präsentismus über alle anderen Variablen hinaus inkrementelle Varianz aufklären ($\Delta R^2 = .026, p < .01$). Hypothese P2 wird damit angenommen. Es zeigte sich zudem ein signifikanter Einfluss des Alters, insofern, als dass jüngere Mitarbeiter häufiger emotionale Erschöpfungssymptome empfanden. Beide gesundheitliche Prädiktoren erwiesen sich darüber hinaus als bedeutsame Variablen und auch die drei Stressoren Zeitdruck, Work-to-Privacy-Konflikt und qualitative Arbeitsplatzunsicherheit trugen signifikant zur Vorhersage der emotionalen Erschöpfung bei.

Tabelle 7.3.9 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression zur Vorhersage der Emotionalen Erschöpfung.

Block	Variablen	Beta	R ²	ΔR ²
1	Alter ^a	-.118**		
	Geschlecht ^b	-.044	.021**	
2	Gesundheitszustand	-.222**		
	Chronisch krank ^c	-.080*	.279**	.259**
3	Handlungsspielraum	-.029		
	Soziale Rückendeckung	-.025		
	Gesundheitskultur	-.051	.325**	.046**
4	Zeitdruck	.198**		
	Work-to-Privacy-Konflikt	.233**		
	Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit	.146**		
	Kooperationsenge	.024	.527**	.202**
5	Präsentismus	.189**	.553**	.026**

Anmerkungen. $N = 537$. ^aAlter dichotomisiert, Kodierung: 1 = Jüngere (<40 Jahre), 2 = Ältere (>39 Jahre). ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^cKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Für die psycho-vegetativen Beschwerden (siehe Tabelle 7.3.10) ergab sich ebenfalls der Befund, dass Präsentismus einen inkrementellen Varianzbeitrag über die vorher eingegangenen Prädiktoren hinaus leisten konnte ($\Delta R^2 = .049$, $p < .01$), so dass auch Hypothese P3 als bestätigt gelten kann. Während das Alter hier keinen bedeutsamen Beitrag zur Vorhersage leistete, zeigte sich als Geschlechtseffekt, dass Frauen mehr psycho-vegetative Beschwerden erlebten. Erwartungsgemäß gingen der Gesundheitszustand und das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit hohem Gewicht in die Modellgleichung ein. Auf Seite der Ressourcen zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Gesundheitskultur und in Bezug auf die Stressoren ein Effekt der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit. Insgesamt ging der Präsentismus als zweitstärkster Prädiktor in das vollständige Regressionsmodell ein ($\beta = .261$, $p < .01$).

Tabelle 7.3.10 Ergebnisse der hierarchischen linearen Regression zur Vorhersage der psycho-vegetativen Beschwerden.

Block	Variablen	Beta	R ²	ΔR ²
1	Alter ^a	-.016		
	Geschlecht ^b	-.096**	.047**	
2	Gesundheitszustand	-.309**		
	Chronisch krank ^c	-.162**	.386**	.338**
3	Handlungsspielraum	.003		
	Soziale Rückendeckung	.005		
	Gesundheitskultur	-.095*	.422**	.036**
4	Zeitdruck	.018		
	Work-to-Privacy Konflikt	.032		
	Qualitative Arbeitsplatzunsicherheit	.177**		
	Kooperationsenge	.036	.480**	.057**
5	Präsentismus	.261**	.529**	.049**

Anmerkungen. *N* = 537. ^aAlter dichotomisiert, Kodierung: 1 = Jüngere (<40 Jahre), 2 = Ältere (>39 Jahre). ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^cKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. **p* < .05, ***p* < .01.

7.4 Diskussion

Schwerpunkt der durchgeführten Studie bei einer Geschäftseinheit eines Energiekonzerns war die Untersuchung des Zusammenhangs des Präsentismus mit Arbeitsbedingungen und gesundheitlichen Variablen. Im Zentrum der Studie stand dabei die Frage, welche Rolle den verfügbaren Ressourcen zukommt und inwiefern Präsentismus als niederschwelliger Frühwarnindikator zur Prävention psychischer Befindensbeeinträchtigungen einsetzbar ist. Die Befunde zur psychometrischen Qualität der Präsentismus-Skala und zu den inhaltlichen Fragestellungen sollen in den folgenden Abschnitten resümiert und kritisch diskutiert werden.

7.4.1 Psychometrische Qualität der Präsentismus-Skala

Zur Prüfung der psychometrischen Güte wurden die interne Konsistenz sowie die Struktur der Präsentismus-Skala untersucht. Aufgrund der Itemkennwerte und der Ergebnisse einer Hauptkomponentenanalyse wurde die gute Reliabilität und ein-dimensionale Faktorstruktur der 6-Item-Skala bestätigt, sodass die Befunde der vorhergehenden Krankenhaus-Studie insgesamt repliziert werden konnten. Zur konfirmatorischen Prüfung der Struktur der Skala anhand von Strukturgleichungsmodellierung wurden zudem drei Modelle miteinander verglichen, die sich hinsichtlich der Anzahl der Fehlerkorrelationen voneinander unterschieden. Wie bereits in der Krankenhaus-Studie zeigte sich, dass erst das Zulassen korrelierter Fehler dazu führte, dass sowohl Fit- als auch Misfit-Indizes in den geforderten Wertebereichen lagen. Insgesamt wies die Skala jedoch eine gute psychometrische Qualität auf, sodass sie für den weiteren Einsatz in der Forschung geeignet erscheint.

7.4.2 Befunde zum Präsentismus

Die Relevanz des Präsentismus als Kenngröße im betrieblichen Kontext zeigte sich in der durchgeführten Studie deutlich in dessen Zusammenhängen mit den untersuchten Befindensvariablen.

Mit der globalen Arbeitszufriedenheit stand Präsentismus in einem negativen Zusammenhang. Vermutlich ist dies darauf zurückzuführen, dass Mitarbeiter, die

häufig den Druck empfinden, trotz Krankheit zu arbeiten, eine negative Einstellung gegenüber ihrer Arbeit und dem Unternehmen entwickeln. Die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern ist insbesondere für deren Bindung an das Unternehmen (engl.: organizational commitment) von Bedeutung (Lum, Kervin, Clark, Reid & Sirola, 1998; Mathieu, 1991). Ein Mitarbeiter mit einem hohen Commitment identifiziert sich mit den Werten und Zielen des Unternehmens und ist bereit, sich für dieses zu engagieren (Mowday, Porter & Steers, 1982). Ein Mitarbeiter mit geringerer Bindung an das Unternehmen tendiert hingegen eher zu Rückzugsverhalten (z.B. Absentismus) bis hin zur Kündigung (Hom, Caranikas-Walker, Prussia & Griffeth, 1992; Tett & Meyer, 1993). Angesichts der demografischen Entwicklung werden Unternehmen zunehmend darauf angewiesen sein, engagierte Mitarbeiter zu gewinnen und diese zu halten. Die Bereitstellung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen gewinnt in diesem Sinne nicht zuletzt in Bezug auf die Arbeitgeberattraktivität an Bedeutung. Angesichts des zukünftig sinkenden Arbeitskräfteangebots wird die Arbeitgeberattraktivität ein wichtiges Kriterium im „War for Talents“ sein (Becker, 2009, S. 9f.).

Eine weitere Herausforderung der neuen Arbeitswelt ist die Gesunderhaltung der Beschäftigten. Unternehmen und Sozialversicherungsträger haben insbesondere den Anstieg von psychischen Erkrankungen und Stresssymptomen als zentrale Herausforderung erkannt, die es zu bewältigen gilt. Psychische Erkrankungen verursachen derzeit bereits die viertmeisten Krankentage (BKK Bundesverband, 2010). Sie sind nicht nur mit hohen ökonomischen Kosten verbunden, sondern bedeuten auch für die Betroffenen eine starke Einschränkung der Lebensqualität. Die frühe Abwendung einer psychischen Erkrankung ist jedoch nur dann möglich, wenn Frühwarnzeichen identifiziert und messbar gemacht werden können. Im betrieblichen Kontext geht es darum, abzubilden, wie stark die Beschäftigten zu einem Risikoverhalten neigen, um Ansatzpunkte für die Prävention abzuleiten. Die durchgeführte Studie deutet darauf hin, dass die Präsentismusquote eine solche aussagekräftige Kennzahl für das betriebliche Gesundheitsmanagement ist. In seiner Funktion als Mediator zwischen Stressoren und Befindensindikatoren dient Präsentismus als Frühwarnzeichen und sollte beachtet werden, um eine Exazerbation psychischer Befindensbeeinträchtigungen zu verhindern.

Im Rahmen der durchgeführten Studie konnte zudem gezeigt werden, dass Präsentismus die emotionale Erschöpfung, die psycho-vegetativen Beschwerden sowie das Stresserleben über alle anderen potentiellen Einflussfaktoren, wie den Gesundheitszustand und die Ressourcen und Stressoren bei der Arbeit, vorhersagen konnte. Das Weiterarbeiten trotz Krankheit scheint entsprechend ein unabhängiger Risikofaktor für Befindensbeeinträchtigungen zu sein, den es zu beachten gilt. Ein Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, die Beschäftigten zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu befähigen (siehe Kapitel 3.2). In diesem Sinne könnte die Sensibilisierung von Führungskräften und Mitarbeitern in Bezug auf die schädlichen Auswirkungen des Präsentismus ein erster Schritt zur Gesundheitsförderung sein. Ein langfristiges Ziel des Gesundheitsmanagements sollte darüber hinaus die Förderung einer Gesundheitskultur sein. Sowohl in der eigenen als auch in vorherigen Studien (Zok, 2008a) zeigen sich Hinweise darauf, dass das Vorhandensein einer gesundheitsorientierten Kultur den Präsentismus senkt (s.u.). Hierzu ist es wichtig, dass die Gesundheit der Mitarbeiter als Unternehmensziel verankert wird, dessen Erreichung „Top-Down“ durch eine vom Management gelebte Gesundheitspolitik umgesetzt wird (vgl. Zimolong & Elke, 2005). Die Identifizierung von Einflussfaktoren auf das Zustandekommen des Präsentismus bietet weitere Ansatzpunkte für die betriebliche Gesundheitsförderung. Es zeigte sich, dass die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, neben dem gesundheitlichen Zustand, vor allem durch das Vorhandensein von Stressoren beeinflusst wird. Als besonders einflussreiche Prädiktoren erwiesen sich bei den Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit sowie der Konflikt zwischen Beruf und Privatleben. Bei den Führungskräften war ebenfalls die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit, nicht aber der Work-to-Privacy-Konflikt ausschlaggebend für den Präsentismus, es deutete sich bei diesen jedoch ein Einfluss des Zeitdrucks an.

Konform mit der COR-Theorie scheint vor allem der antizipierte Verlust wertgeschätzter Merkmale der Arbeitstätigkeit die Mitarbeiter des Energieversorgers dazu bewegt zu haben, ihr gesundheitliches Befinden zu Gunsten ihrer Arbeitstätigkeit zurückzustellen. Der starke Effekt der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit in dieser Studie mag darin begründet sein, dass in den Jahren vor der Befragung

größere Umstrukturierungen stattgefunden hatten, in Rahmen derer zahlreiche Mitarbeiter an andere Standorte und/oder Arbeitsplätze versetzt wurden. Dies kann dazu geführt haben, dass der Verlust wertgeschätzter Arbeitsplatzmerkmale besonders salient war. Mit den strukturellen Veränderungen ging z.T. auch eine große Unzufriedenheit in Bezug auf die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben einher, die aus der Umstellung von Arbeitsaufgaben und längeren Anfahrtswegen zur Arbeit resultierte. Diese, durch den Work-to-Privacy-Konflikt widergespiegelte, Dominanz der beruflichen Tätigkeit kann dazu geführt haben, dass Mitarbeiter auch im Krankheitsfall weiterarbeiteten, um ihre Arbeitsaufgaben zu erfüllen. Umgekehrt ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass das Arbeiten trotz Krankheit zu einer Beeinträchtigung des Privatlebens führte, weil aufgrund der resultierenden Erschöpfung keine Energie für private Tätigkeiten blieb. Die Wirkrichtung des Zusammenhangs zwischen Work-to-Privacy-Konflikt und Präsentismus sollte im Rahmen längsschnittlicher Analysen weiter untersucht werden.

Um die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit von Mitarbeitern zu reduzieren, muss insbesondere in Umstrukturierungsphasen eine offene, verlässliche und transparente Informationspolitik gelebt werden, um das Vertrauen der Mitarbeiter in die Unternehmensführung zu stärken (Brockner, 1992; Greenhalgh, 1991). Um Ängsten und Befürchtungen vorzubeugen, die mit einer Verschlechterung des Tätigkeitsbereichs sowie der Karrierechancen verknüpft sind, sollte den Mitarbeitern darüber hinaus kontinuierlich Unterstützung bei der beruflichen Entwicklung und Karriereplanung angeboten werden. Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit (employability) kann dann dabei helfen, Unsicherheitsgefühle der Mitarbeiter zu reduzieren (Kluytmans & Ott, 1999).

In Bezug auf den Work-to-Privacy Konflikt wurden bei dem untersuchten Unternehmen bereits zahlreiche Angebote gemacht, um die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben zu erhöhen. Neben der Möglichkeit, Gleitzeitregelungen zu nutzen, konnten etwa zusätzliche Home Office-Tage vereinbart werden. Des Weiteren bot das Unternehmen Unterstützung bei der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten für Kinder oder pflegebedürftige Angehörige an. Für die Mitarbeiter, deren Anfahrtsweg zur Arbeit sich aufgrund von Versetzungen verlängert hatte, wurden Ausgleichszahlungen geleistet. Bei Beschäftigten, die aber vor allem durch die Verdich-

tung der Arbeit belastet sind, können diese Maßnahmen möglicherweise nur in geringem Maße den empfundenen Work-to-Privacy-Konflikt auffangen. Hier ist es erforderlich zu prüfen, ob das geforderte Arbeitspensum für den Beschäftigten dauerhaft leistbar ist oder inwiefern arbeitsorganisatorische Veränderungen vorgenommen werden müssen.

Das differentielle Einflussmuster bei den Subgruppen-Analysen zeigt, dass es zur Verhinderung von Präsentismus möglicherweise sinnvoll ist, unterschiedliche Maßnahmen bei Mitarbeitern mit und ohne Führungsverantwortung anzusetzen. Anders als bei den Mitarbeitern, war der Präsentismus der Führungskräfte sehr viel stärker von dem Gesundheitszustand abhängig als von anderen Einflussfaktoren. Die gesundheitsbezogenen Variablen erklärten hier über 35 Prozent der Varianz – bei den Mitarbeitern waren es knapp 14 Prozent. Während bei den Mitarbeitern zudem der Work-to-Privacy-Konflikt für das Zustandekommen des Präsentismus eine Rolle spielte, deutete sich bei den Führungskräften ein Effekt des Zeitdrucks an, der allerdings nicht statistische Signifikanz erreichte. Ob sich diese Unterschiede replizieren lassen und durch welche Faktoren sie zustande kommen, sollte in weiteren Untersuchungen geklärt werden. Insgesamt verbesserten die Stressoren die Vorhersage des Präsentismus der Führungskräfte signifikant, die Ressourcen lieferten hingegen kein Inkrement. Auffällig ist, dass die soziale Rückendeckung, zwar nicht signifikant, aber mit hohem *positivem* Gewicht in die Vorhersage des Präsentismus einging, obwohl erwartet wurde, dass sie als Ressource den Präsentismus senkt. Möglicherweise liegt dies darin begründet, dass auch die gefühlte Verpflichtung, Kollegen nicht durch das eigene Fehlen zu belasten, zu Präsentismus führen kann. Sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung ließ sich in Bezug auf die Kooperationsenge allerdings kein bedeutsamer Einfluss finden. Inwiefern soziale Beziehungen am Arbeitsplatz die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus erhöhen oder senken, muss im Rahmen weiterer Studien anhand differenzierterer Variablen untersucht werden.

Konform mit einigen bisherigen Studien (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; Hansen & Andersen, 2009) stand die Verfügbarkeit von Ressour-

cen in negativem Zusammenhang mit dem Arbeiten trotz Krankheit. Korrelativ zeigte sich, dass von den drei einbezogenen Ressourcen die Gesundheitskultur im Unternehmen am höchsten mit Präsentismus assoziiert war. Dies spiegelte sich auch im Regressionsmodell vor Aufnahme der Stressoren wieder (ohne Abbildung). Bezog man jedoch die Stressorvariablen mit ein, sank das Regressionsgewicht der Gesundheitskultur unter die Signifikanzgrenze. Neben der Gesundheitskultur war auch die soziale Rückendeckung am Arbeitsplatz mit geringerem Präsentismus verbunden, der Handlungsspielraum hingegen nur schwach negativ und nicht signifikant mit der Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, korreliert. Dieser Befund steht im Gegensatz zu Ergebnissen aus Studien von Aronsson und Gustafsson (2005) sowie Johansson und Lundberg (2004), die einen deutlichen Zusammenhang des Single Item-Maßes mit dem Handlungsspielraum fanden. Möglicherweise zeigte sich in deren Studien jedoch lediglich eine – in der Art der Messung begründete – artifizielle Korrelation, die aus der Konfundierung der Selbsteinschätzung als „arbeitsunfähig krank“ mit den Möglichkeiten, Handlungsspielräume zu nutzen, resultierte. Wie von den Autoren selbst erwähnt, ist es nämlich denkbar, dass bei Beantwortung der Frage, ob es „besser gewesen wäre, sich krank zu melden“ Beschäftigte mit einem hohen Handlungsspielraum dieses eher verneinen, weil sie am Arbeitsplatz genügend Möglichkeiten hatten, die Arbeitsbedingungen dem eigenen Befinden anzupassen.

Unabhängig von der Art der Präsentismusmessung ist zu bedenken, dass der Handlungsspielraum möglicherweise antagonistisch auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten wirkt. Einerseits könnten Handlungsspielräume die Berücksichtigung von gesundheitlichen Leistungsvoraussetzungen im Arbeitskontext ermöglichen, sodass kein Präsentismus „notwendig“ wird. Andererseits könnten sie dazu führen, dass Mitarbeiter ihre Krankheit auch am Arbeitsplatz regulieren können, und es nicht für nötig befinden, sich zu Hause auszukurieren (s.o.). Zudem ist auch denkbar, dass Beschäftigte mit großem Handlungsspielraum eher Positionen innehaben, die mit einer entsprechenden Ergebnisverantwortung und Erfolgsdruck einhergehen, sodass diese dazu tendieren, trotz Krankheit zu arbeiten (vgl. Brödner, 2002). Aufschluss über den Zusammenhang zwischen Handlungsspielräumen am Arbeitsplatz und dem Krankheitsverhalten können offenbar nur diffe-

renziertere Analysen bieten, bei denen zwischen Regulationsmöglichkeiten im Umgang mit Krankheit und Spielräumen bei der Arbeitsausführung unterschieden wird sowie das Ausmaß an Ergebnisverantwortung kontrolliert wird.

Anhand von Moderatoranalysen wurde weiterhin geprüft, ob Ressourcen den Zusammenhang zwischen Stressoren und Präsentismus abschwächen. Für keinen der Stressoren ließ sich jedoch ein solcher Puffereffekt finden. Ob und wie verfügbare Ressourcen den Präsentismus senken oder ob das Fehlen von Ressourcen den Präsentismus erhöht, sollte in anhand weiterer Studien untersucht werden. Eine relevante Fragestellung wäre in diesem Kontext, ob Präsentismus lediglich durch den Abbau von Stressoren gesenkt werden kann, oder ob die Bereitstellung von Ressourcen bei der Bewältigung des Stresses hilft, sodass ein gesundheitsbewussteres Verhalten resultiert.

7.4.3 Relevanz, Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung

Aufgrund des vergleichbaren Studiendesigns ähneln die Stärken und Schwächen der durchgeführten Studie denjenigen der vorhergehenden Studie mit den Krankenhausmitarbeitern (siehe Kapitel 6.4.5): Die Konzeptionalisierung der herangezogenen Variablen als Antezedenzen bzw. Konsequenzen des Präsentismus beruhen auf theoretischen Vorüberlegungen und werden z.T. durch bisherige längsschnittliche Studien gestützt. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass aufgrund des querschnittlichen Studiendesigns keine Kausalschlüsse gezogen werden können. Ein weiterer Kritikpunkt der vorliegenden Studie ist die alleinige Erhebung der Daten im Selbstbericht, die zu einer artifiziellen Erhöhung von Korrelationen geführt haben könnte, wenn Befragungsteilnehmer versuchten, kohärent bzw. hypothesenkonform oder sogar mikropolitisch motiviert zu antworten (Podsakoff & Organ, 1986).

Als besondere Stärke der durchgeführten Studie ist die praxisnahe Durchführung im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung aufzuführen, die für eine Generalisierbarkeit der Studienergebnisse auf die betriebliche Realität spricht. Die

hohe Rücklaufquote bei der Befragung lässt annehmen, dass die Befunde die Situation der Belegschaft des Energieunternehmens gut repräsentieren.

Die längsschnittliche Untersuchung der Zusammenhänge von Präsentismus mit Arbeitsbedingungen und Befindensvariablen ist eine ebenso wichtige Aufgabe weiterer Untersuchungen wie die Replikation der gefundenen Zusammenhangsmuster in anderen Unternehmen und Branchen. Um weitere Ansatzpunkte für den Veränderung präsentismusfördernder Arbeitsbedingungen zu finden, sollten in nachfolgenden Studien soziale Aspekte am Arbeitsplatz stärkere Beachtung finden. Insbesondere sollte untersucht werden, welchen Einfluss das Führungsverhalten des nächsthöheren Vorgesetzten und die kollegialen Beziehungen auf die Entscheidung, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, nehmen.

8 Panel-Studie

8.1 Fragestellung

Im Fokus der vorliegenden Längsschnitt-Studie steht der Zusammenhang des Präsentismus mit sozialen Aspekten der Arbeit. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf das Verhalten der Führungskraft gelegt. Des Weiteren soll geprüft werden, inwiefern kollegiale Beziehungen den Präsentismus fördern oder verhindern. Um Ansatzpunkte für die Präsentismus-Prävention auf Unternehmensebene zu finden, soll ferner der Einfluss allgemeiner Arbeitsbedingungen im Unternehmen auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten untersucht werden. Von besonderem Interesse sind auch die Zusammenhänge des Präsentismus mit der Gesundheit sowie den krankheitsbedingten Fehlzeiten der Mitarbeiter, um dessen Relevanz für das betriebliche Gesundheitsmanagement abzuschätzen.

Zur Bearbeitung der dargestellten Fragestellungen wird eine Panel-Studie mit Berufstätigen aus unterschiedlichen Unternehmen durchgeführt, die es ermöglicht, organisationsspezifische Einflüsse (wie z.B. die Gesundheitskultur) auf das Krankheitsverhalten zu untersuchen. Um Hinweise auf die Wirkrichtung zwischen den Variablen zu finden und um die Stabilität der neu entwickelten Präsentismus-Skala zu prüfen, werden zwei Messungen im Abstand von sechs Monaten durchgeführt.

8.1.1 Stabilität der Präsentismus-Skala

Für Mitarbeiter, deren Arbeitsumgebung sich nicht verändert, sollte die Tendenz, trotz Krankheit zu arbeiten, stabil bleiben. Zwar ist die Möglichkeit, Präsentismus zu zeigen, mit der Erkrankungshäufigkeit assoziiert, auf Grund der relativ formulierten Antwortskala ist jedoch zu erwarten, dass mögliche messzeitpunktbedingte Schwankungen nur einen leichten Einfluss auf das Antwortverhalten haben. Inwiefern die Retest-Reliabilität der Skala gegeben ist, soll im Rahmen der vorliegenden Studie explorativ überprüft werden.

8.1.2 Antezedenzen des Präsentismus

8.1.2.1 Zusammenhänge des Präsentismus mit sozialen Aspekten bei der Arbeit: Beziehungen zu Kollegen und Vorgesetzten

Das Verhalten der beruflichen Bezugspersonen eines Mitarbeiters dürfte gemäß der COR-Theorie (Dunahoo et al., 1998; Monnier et al., 1998) in Zusammenhang mit Präsentismus von großer Bedeutung sein. In bisherigen Studien zeigte sich bereits mehrfach, dass soziale Aspekte bei der Entscheidung über An- oder Abwesenheit im Krankheitsfall zum Tragen kommen (Caverley et al., 2007; Hansen & Andersen, 2008; McKevitt et al., 1997; Perkin et al., 2003; Zok, 2008b). Im Rahmen der eigenen Studie mit Mitarbeitern eines Energieversorgers bestätigte sich die Annahme, dass soziale Unterstützung durch Kollegen mit einem geringeren Präsentismusrisiko einhergeht. Da bisher sehr wenig empirische Befunde zum Zusammenhang sozialer Einflüsse auf den Präsentismus vorliegen, soll in der folgenden Studie überprüft werden, ob sich dieser Zusammenhang in einer Stichprobe mit Mitarbeitern aus unterschiedlichen Unternehmen replizieren lässt:

Hypothese S1: Eine hohe soziale Unterstützung durch die Kollegen führt zu geringerem Präsentismus.

Die Einstellung und das Verhalten der eigenen Führungskraft sind für einen Beschäftigten von besonderer Bedeutung, da diese unmittelbare Konsequenzen für den Arbeitsalltag und die berufliche Entwicklung des Mitarbeiters haben. Werden bei einer krankheitsbedingten Abwesenheit Sanktionen durch die Führungskraft antizipiert, erscheint der Präsentismus als eine wahrscheinliche Verhaltensalternative. Möglicherweise kann aber ein negatives Verhältnis zwischen Mitarbeiter und Führungskraft auch dazu führen, dass der Mitarbeiter seinen Arbeitseinsatz auf das Nötigste beschränkt und eine Erkrankung als willkommenen Anlass dazu sieht, dem Arbeitsplatz fernzubleiben. Erstaunlicherweise wurden führungsbezogene Aspekte bisher äußerst selten in Zusammenhang mit Präsentismus untersucht. Lediglich Nyberg et al. (2008) zeigten, dass eine als gering eingeschätzte Integrität der Führungskraft mit hohen Präsentismuswerten einherging. Aufgrund der Machtposition der Führungskraft scheint also eher die Angst vor Sanktionen

die Entscheidung über An- oder Abwesenheit bei Krankheit zu dominieren. Um zu prüfen, ob sich der Befund von Nyberg in ähnlicher Form in der eigenen Untersuchung wiederfindet, wird deshalb angenommen:

Hypothese S2: Ein belastendes Vorgesetztenverhalten führt zu mehr Präsentismus.

Wird die Führungskraft hingegen als unterstützend und wohlwollend wahrgenommen, sollte dies folglich zur Verhinderung von Präsentismus beitragen. Ein erster Hinweis auf diesen Zusammenhang konnte in der Studie von Caverley et al. (2007) gefunden werden. Hier ging die soziale Unterstützung durch die Führungskraft mit geringeren Präsentismuswerten einher. Folgende Hypothesen sollen entsprechend in dieser Studie geprüft werden, um den Einfluss der Führung auf das Krankheitsverhalten zu untersuchen:

Hypothese S3: Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten führt zu weniger Präsentismus.

Hypothese S4: Eine hohe soziale Unterstützung durch die Führungskraft führt zu weniger Präsentismus.

8.1.2.2 Der Zusammenhang von Präsentismus mit den Bedingungen bei der Arbeit und im Unternehmen

Die Bedeutung der Arbeitsbedingungen für das Zustandekommen des Präsentismus wurde bereits in zahlreichen Studien belegt (vgl. Johns, 2010). Insbesondere die quantitative Arbeitsbelastung scheint einen großen Einfluss auf die Entscheidung, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, zu haben. Um zu prüfen, ob sich - in Anlehnung an den Befund aus der Energieversorger-Studie - ein Einfluss des Zeitdrucks auf den Präsentismus finden lässt, wird folgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese A1: Der Zeitdruck bei der Arbeit erhöht den Präsentismus.

Hinweise darauf, dass unternehmensweite Regelungen und Maßnahmen einen Einfluss auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten haben, bietet die deutsche Repräsentativstudie von Zok (2008b), in der ein negativer Zusammenhang

zwischen dem Vorhandensein von betrieblicher Gesundheitsförderung und dem Präsentismus gefunden wurde. Die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen kann dabei auf zweierlei Weise zur Präsentismussenkung beitragen. Einerseits kann die unmittelbare Verbesserung der Gesundheit die Möglichkeit, Präsentismus zu zeigen, einschränken. Darüber hinaus könnte auch die Wertschätzung von Gesundheit zu einer Sensibilisierung für den verantwortlichen Umgang mit Krankheitssymptomen führen. Da in der Studie von Zok der Präsentismus anhand absoluter Häufigkeiten erfasst wurde und auch Hinweise auf die allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes gefunden wurden, ist der Einfluss einer betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Entscheidungsverhalten im Krankheitsfall aufgrund der Studienergebnisse nur schwer zu identifizieren. Dieser Konfundierung soll anhand der neu entwickelten Skala mit relativen Antwortoptionen entgegnet werden. Hierzu wird folgende Hypothese formuliert:

Hypothese A2: Eine betriebliche Gesundheitsförderung senkt den Präsentismus.

Zu einem gesundheitsbewussten Umgang mit Krankheitssymptomen sollte auch das Vorhandensein einer Gesundheitskultur im Unternehmen führen (siehe Kapitel 7.1.1). Die Gesundheitskultur im Unternehmen ist dann positiv ausgeprägt, wenn die Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter ein zentrales Anliegen ist, das mit gesundheitsförderlichen Strukturen und Maßnahmen unterstützt wird. Diese „vom Management kommunizierte und gelebte Gesundheitspolitik“ (Zimolong, 2007) sollte dazu führen, dass Mitarbeiter ihre eigene Gesundheit als wichtiges Gut erachten und sich entsprechend gesundheitsgerecht verhalten. Hierzu gehört – wie in Kapitel 2.2 erläutert – der adäquate Umgang mit Krankheit. In Einklang mit der Studie von Zok (2008a) ist anzunehmen, dass eine ausgeprägte Gesundheitskultur im Unternehmen mit einem niedrigeren Ausmaß an Präsentismus assoziiert ist:

Hypothese A3: Eine starke Gesundheitskultur im Unternehmen senkt den Präsentismus.

Bietet das Unternehmen die Möglichkeit, Gleitzeitregelungen in Anspruch zu nehmen, kann dies den adäquaten Umgang mit Krankheit erleichtern. Gleitzeit bedeu-

tet, dass Beschäftigte nicht täglich zu einer festen Uhrzeit mit ihrer Arbeit beginnen und aufhören, sondern die Ableistung ihrer Arbeitsaufgaben innerhalb eines bestimmten Rahmens zeitlich flexibel gestalten können. Beim Auftreten von Unwohlsein oder ersten Krankheitssymptomen während der Arbeitszeit kann diese dann etwa zu Regenerationszwecken verkürzt werden, sodass eine Verschlimmerung der Symptome verhindert werden kann. Darüber hinaus dürfte die Nutzung gleitender Arbeitszeit zur Verminderung des Präsentismus beitragen, indem Arbeitsanforderungen der persönlichen Leistungskurve und dem Befinden angepasst werden können, sodass eine krankheitsauslösende Überforderung verhindert wird. Aufgrund dieser Vorüberlegungen wird folgende Hypothese aufgestellt:

Hypothese A4: Die Möglichkeit, Gleitzeitregelungen zu nutzen, führt zu weniger Präsentismus bei den Mitarbeitern.

Vorherige Studien gingen bereits häufiger der Frage nach, ob sich Beschäftigte je nach Art der Anstellung unterscheiden. Einerseits fanden sich Hinweise darauf, dass festangestellte Mitarbeiter mit einem unbefristeten Vertrag weniger Präsentismus zeigten als Beschäftigte mit zeitlich befristeter Anstellung (Zok, 2008b), was auf die geringere Arbeitsplatzunsicherheit der festangestellten Mitarbeiter zurückgeführt wurde. In anderen Studien (Aronsson et al., 2000) zeigte sich hingegen ein umgekehrter Effekt, der damit erklärt wurde, dass festangestellte Mitarbeiter weniger ersetzbar seien und trotz Krankheit arbeiteten, um wichtige Arbeitsaufgaben zu erfüllen, die sich nicht delegieren könnten. In weiteren Untersuchungen (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008) ließen sich keine Unterschiede zwischen Beschäftigten mit unterschiedlichen Arbeitsverträgen feststellen. In dieser Studie soll die referierte Fragestellung explorativ untersucht werden, um festzustellen, ob die Gestaltung von Arbeitsverträgen ein möglicher Ansatzpunkt der Präsentismusprävention ist.

Zur Prüfung aller bereits vorgestellten Hypothesen wird der Präsentismuswert zum zweiten Messzeitpunkt mit den Ausprägungen der hypothetisierten Antezedenzvariablen zum ersten Messzeitpunkt in Beziehung gesetzt, da davon ausgegangen wird, dass diese den Präsentismus kausal beeinflussen. Darüber hinaus

werden einige der Beziehungen anhand von cross-lagged panel-Analysen hinsichtlich der Wirkrichtung untersucht.

8.1.3 Die Auswirkungen des Präsentismus auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten

Wie in Kapitel 6.1.1 dargestellt, kann ein schlechter Gesundheitszustand sowohl Ausgangspunkt als auch Folge des Präsentismus sein. Während die Bedeutung des allgemeinen Gesundheitszustands für die Entstehung von Präsentismus relativ etabliert ist (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008; MacGregor et al., 2008; Munir et al., 2007; Zok, 2008b), steht die Erforschung der Frage, ob Präsentismus sich langfristig nachteilig auf die Gesundheit auswirkt, noch am Anfang und kann nur durch längsschnittliche Analysen beantwortet werden. Erste Befunde weisen darauf hin, dass das Arbeiten trotz Krankheit unabhängig von anderen Risikofaktoren dazu führt, dass sich der gesundheitliche Zustand verschlechtert (Bergström et al., 2009). Dieser Fragestellung soll in der folgenden Studie nachgegangen werden:

Hypothese G1: Präsentismus führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Aus unternehmerischer Sicht sind die krankheitsbedingten Fehlzeiten meist ein Kostentreiber, den es immer weiter zu reduzieren gilt. Bei dieser Betrachtungsweise wird oftmals außer Acht gelassen, dass das Fehlen am Arbeitsplatz auch zur Regeneration und Genesung dienen und somit eine langfristig gesundheitsförderliche Wirkung haben kann. Erste Hinweise darauf, dass Mitarbeiter mit „zu geringen“ Fehlzeiten schwere gesundheitliche Folgeschäden davontragen können, lieferte die Whitehall II-Studie (Kivimäki et al., 2003), bei sich zeigte, dass vorerkrankte Mitarbeiter ohne Fehlzeiten doppelt so häufig an schwerwiegenden koronaren Herzerkrankungen erkrankten, wie vorerkrankte Mitarbeiter mit moderaten Fehlzeiten. Während Präsentismus also kurzfristig mit geringeren Fehlzeiten einhergeht (Kivimäki et al., 2003), zeigen andere empirische Studien, dass das Risiko für Langzeitabsenzen bei diesem Krankheitsverhalten zeitverzögert ansteigt (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson et al., 2009; Hansen & Andersen, 2009). Im

Rahmen dieser Studie soll geprüft werden, ob sich das gefundene Muster bereits innerhalb des sechsmonatigen Retest-Intervalls replizieren lässt und Präsentismus längsschnittlich zu einem Anstieg der krankheitsbedingten Fehlzeiten führt:

Hypothese F1: Präsentismus führt zu einem Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten.

In Abbildung 8.1.1 sind die Hypothesen der Studie im Überblick dargestellt.

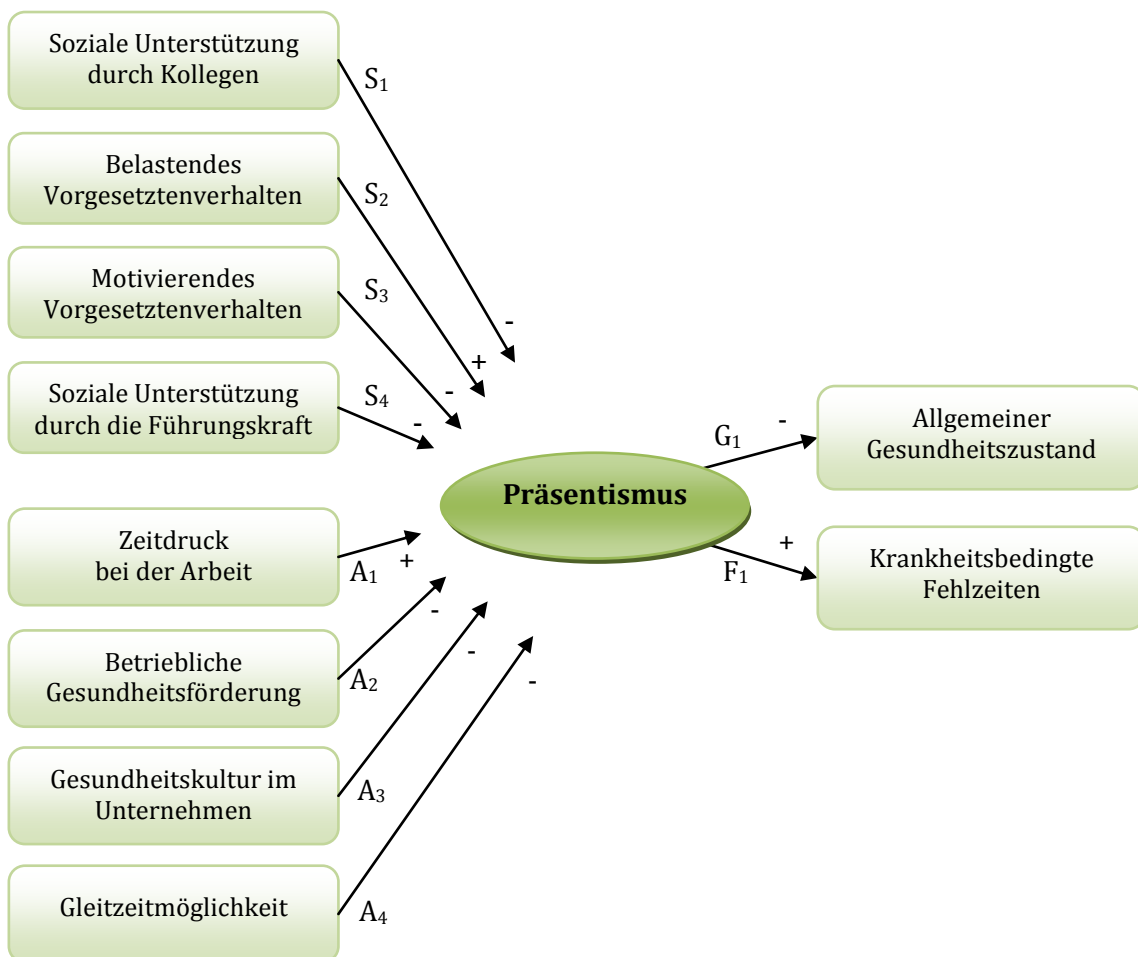


Abbildung 8.1.1 Hypothesenüberblick für die Panel-Studie.

8.2 Methoden

8.2.1 Durchführung

Zur Datenerhebung wurden Panelisten des Informations- und Meinungsportals „Sozioland“ (neuerdings: „Mingle“) per E-Mail zu einer Befragung zum Thema „Arbeitsbedingungen und Gesundheit“ eingeladen. Sozioland ist ein Online-Portal, das Umfragen zu diversen Themen aus dem Bereich der Markt- und Sozialforschung durchführt. Derzeit sind ca. 50.000 Personen bei Sozioland registriert, die regelmäßig freiwillig an Umfragen teilnehmen.

Im Einleitungstext des Online-Fragebogens wurde den Probanden mitgeteilt, dass die Studie von der Universität Osnabrück durchgeführt wurde und die Datenauswertung anonym und vertraulich erfolgte. Des Weiteren wurden Hintergrundinformationen zu Dauer und Zweck der Befragung bereitgestellt. Am Ende des Fragebogens konnten die Probanden durch Hinterlassen ihrer E-Mail-Adresse ihre Bereitschaft signalisieren an weiteren Befragungen teilzunehmen. Nach Ablauf von sechs Monaten wurden diese Teilnehmer erneut kontaktiert und um die Teilnahme an der Folgebefragung gebeten. Um möglichst viele Probanden zur Beantwortung des Fragebogens zu motivieren, wurde die Verlosung zweier Amazon-Gutscheine in Höhe von je 50,- € angekündigt.

Die Verwendung einer Panel-Stichprobe bot in Bezug auf die abgefragten Themen einige Vorteile, da z.T. sensitive Fragen zur Führungskraft, den Kollegen und dem eigenen Verhalten am Arbeitsplatz erhoben wurden. Im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung wären hier Beschönigungstendenzen und eine hohe non-response-Rate zu erwarten gewesen, da bei Mitarbeitern trotz Anonymitätssicherungen häufig die Restangst bleibt, dass ihre Meinung öffentlich gemacht wird.

Auch die Möglichkeit, eine große Anzahl von Berufstätigen aus unterschiedlichen Unternehmen und Branchen zu erreichen, war für die Wahl einer Panel-Befragung ausschlaggebend. Zum einen sollten in der Befragung organisationale Unterschiede beleuchtet werden, zum anderen ermöglichte die Heterogenität der Stichprobe eine bessere Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Im häufigen Gegensatz zu

unternehmensinternen Befragung bot sich zudem die Gelegenheit, eine längsschnittliche Messung durchzuführen.

8.2.2 Stichprobe

Zum ersten Messzeitpunkt im Juni 2010 wurden 7235 berufstätige Panelisten per E-Mail kontaktiert. Von den angeschriebenen Personen füllten 855 (11.8%) den Onlinefragebogen komplett aus. Da nur die Daten von 752 Personen verwertbar waren, ergab sich insgesamt eine Rücklaufquote von 10.4%. Zur zweiten Messung, ein halbes Jahr später (Dezember 2010), wurden diejenigen Personen erneut per E-Mail zur Folgebefragung eingeladen, die zum ersten Messzeitpunkt eingewilligt hatten, an weiteren Befragungen teilzunehmen ($N = 428$). Davon füllten 283 den Fragebogen aus (66.1%). Nach Bereinigung der Daten um unvollständige oder unplausible Datensätze verblieben 265 Personen in der Stichprobe. Dies entspricht einer schlussendlichen Rücklaufquote von 61.9%.

31 Personen, also 11.7% der Befragten, gaben an, dass sie sich in den letzten 6 Monaten beruflich verändert hatten. Um einer Verzerrung der Ergebnisse vorzubeugen, wurde geprüft, ob sich diese Personen von den restlichen Probanden hinsichtlich ihres Ausmaßes an Präsentismus sowie in Bezug auf das Alter und das Geschlecht unterschieden. Es zeigte sich bei der Analyse der Stichprobencharakteristika anhand der Daten vom ersten Messzeitpunkt, dass Befragte die sich beruflich verändert hatten, tendenziell jünger waren ($T_{(263)} = -1.806, p < .10$) und signifikant mehr Präsentismus aufwiesen ($T_{(180)} = 2.037, p < .05$). Zudem waren mehr Frauen unter den Mitarbeitern mit beruflicher Veränderung zu finden ($\chi^2_{(1)} = 9.035, p < .01$). Da die Analysen auf bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinwiesen, wurden Probanden mit beruflicher Veränderung aus dem Datensatz eliminiert, sodass 234 Berufstätige für die weiteren Untersuchungen verblieben. Dies sind 54.7% der zum zweiten Messzeitpunkt kontaktierten Personen.

Die zum ersten Messzeitpunkt erhobenen Stichprobencharakteristika werden in Tabelle 8.2.1 dargestellt. Die Stichprobe bestand aus berufstätigen Personen mit einem durchschnittlichen Alter von 40.4 Jahren ($SD = 10.4$), die überwiegend festangestellt, Vollzeit und im Angestelltenverhältnis arbeiteten. Das Verhältnis von Männern und Frauen war in etwa ausgewogen. Fast 40% der Befragten gaben an,

Tabelle 8.2.1 *Merkmale der Befragten in der Panel-Studie.*

Merkmal	Ausprägung	N	P
<i>Geschlecht</i>	weiblich	114	48.7%
	männlich	120	51.3%
<i>Chronisch krank</i>	ja	92	39.3%
	nein	124	53.0%
	keine Angabe	18	7.7%
<i>Tätigkeit</i>	Akademiker/in in freiem Beruf	3	1.3 %
	Beamter/Beamtin, Richter/in, Berufssoldat/in	30	12.8 %
	Angestellte/r	179	76.5 %
	Arbeiter/in	22	9.4 %
<i>Beschäftigungsverhältnis</i>	Vollzeit	190	81.2 %
	Teilzeit	43	18.4 %
	Altersteilzeit	1	0.4 %
<i>Anstellungsart</i>	festangestellt mit unbefristetem Vertrag	210	89.7 %
	angestellt mit zeitlich befristetem Vertrag	21	9.0 %
	angestellt bei Zeitarbeitsfirma	3	1.3 %
<i>Gleitzeit</i>	ja	128	54.7%
	nein	106	45.3%
<i>BGF im Unternehmen</i>	ja	81	34.6%
	nein	125	53.4%
	weiß nicht	28	12.0%

Anmerkungen. N = 234.

unter einer chronischen Krankheit zu leiden. Die vertragliche Wochenarbeitszeit der Probanden lag bei 36.3 Stunden ($SD = 6.4$), die tatsächliche Arbeitszeit betrug 39.8 Stunden ($SD = 8.0$), sodass durchschnittlich 3.5 ($SD = 4.7$) Überstunden anfallen. Die Panelisten waren in unterschiedlichen Branchen tätig. Die vier am häufigs-

ten repräsentierten Branchen waren der öffentliche Dienst ($N = 40$, 17.1%), das Gesundheits- und Sozialwesen ($N = 30$, 12.8%), die Dienstleistungs- sowie die Fertigungsbranche (je $N = 26$, 11.1%). Der Skalenmittelwert des sozioökonomischen Status lag in der Stichprobe bei $M = 3.28$ ($SD = 0.87$). 15.4% der Befragten hatten einen niedrigen, 40.6% einen mittleren und 44.0% einen hohen sozioökonomischen Status.

8.2.3 Instrumente

Im Rahmen der Online-Befragung wurden umfassende Informationen zu den Arbeitsbedingungen, dem Gesundheitszustand und den soziodemografischen Merkmalen der Probanden erhoben, von denen nicht alle in dieser Studie berücksichtigt werden konnten. Einige der Instrumente wurden in gleicher Weise bereits in der Energieversorger-Studie (siehe Kapitel 7) eingesetzt und werden aus diesem Grund nicht erneut erläutert. Dies sind die Skalen zum Zeitdruck und zur Gesundheitskultur sowie die 1-Item-Abfrage des allgemeinen Gesundheitszustandes.

Präsentismus. Die Abfrage des Präsentismus erfolgte wie in den vorherigen Studien anhand der selbstentwickelten Skala. Zudem wurden – wie in der Krankenhaus-Studie – die Gründe des Präsentismus direkt erfragt. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die Liste der möglichen Gründe um einige Aspekte ergänzt. Bei der Abfrage des Präsentismus ist zu beachten, dass zum ersten Messzeitpunkt auf das Verhalten der letzten 12 Monate Bezug genommen werden sollte, während zum zweiten Messzeitpunkt die letzten 6 Monate von Relevanz waren. Die unterschiedlichen Referenzzeiträume wurden so gewählt, um eine Überlappung des Beurteilungszeitraums zu vermeiden.

Alle Skalen zu den sozialen Aspekten sind dem Fragebogen „Salutogenetische Subjektiven Arbeitsanalyse“ (SALSA) von Rimann und Udris (1997) entnommen. Der SALSA erfasst die wahrgenommene („redefinierte“) Arbeitssituation und fokussiert dabei auf die gesundheitsförderlichen Bedingungen und Schutzfaktoren der Arbeit, mit Hilfe derer Beschäftigte ihre Gesundheit trotz Belastungen aufrechterhalten und aktiv herstellen können. Der Fragebogen wurde im Forschungsprojekt SALUTE entwickelt und anhand einer Stichprobe von 955 Angestellten aus 14

Dienstleistungsbetrieben evaluiert. Ergänzend wurden Daten eines weiteren Projekts mit 700 Personen aus 11 Betrieben des Produktionssektors analysiert, sodass insgesamt 1655 Datensätze in die Evaluation einfließen (Udris & Rimann, 1999). Die unten berichteten Skalenreliabilitäten entstammen diesem vollständigen Datensatz. Die Items der vier einbezogenen SALSA-Skalen wurden auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit einem Wertebereich von 1 = „trifft gar nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“ beantwortet.

Soziale Unterstützung durch die Führungskraft. Die Bereitschaft der Führungskraft auf den Mitarbeiter einzugehen und ihn bei der Arbeitsausführung zu unterstützen wurde anhand dreier Items erfragt, die in der Evaluationsstudie zusammengekommen eine interne Konsistenz von $\alpha = .90$ aufwiesen. Ein Beispielitem lautete: „Wie sehr unterstützt Ihre Führungskraft Sie aktiv, so dass Sie es bei der Arbeit leichter haben?“.

Soziale Unterstützung durch Kollegen. Der Grad, zu dem Arbeitskollegen bereit sind, einem „ein offenes Ohr zu leihen“ und praktische Hilfe zu leisten, wurde mit den sinngemäß gleichen Items wie für die Führungskraft abgefragt. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\alpha = .87$.

Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten. Inwiefern die Führungskraft dem Mitarbeiter zugewandt ist und für dessen Wohlbefinden am Arbeitsplatz sorgt wurde anhand von fünf Items erhoben, z.B. „Meine Führungskraft hilft mir bei der Erledigung der Aufgaben“ oder „Meine Führungskraft ist daran interessiert, dass es ihren MitarbeiterInnen gut geht“. Die berichtete interne Konsistenz der Skala liegt bei $\alpha = .80$.

Belastendes Vorgesetztenverhalten. Die Tendenz der Führungskraft, Mitarbeiter unfair zu behandeln und ihnen das Arbeiten zu erschweren, wurde anhand von drei Items erfasst. Ein Beispielitem lautete: „Wenn ein Fehler passiert, findet unsere Führungskraft ihn immer bei uns, nie bei sich“. Die interne Konsistenz der Skala beträgt $\alpha = .78$.

Neben der Bewertung der Arbeitstätigkeit wurden die Fehltage sowie einige soziodemografische Informationen erhoben:

Fehltage. Die Fehltage der Befragten wurden zum ersten Messzeitpunkt anhand folgender Frage erhoben: „An wie vielen Tagen haben Sie in den vergangenen 12 Monaten aufgrund körperlicher oder seelischer Erkrankungen bei der Arbeit gefehlt?“. Zum zweiten Messzeitpunkt wurden die Fehltage lediglich für die vergangenen sechs Monate erhoben, um eine Überlappung des Referenzzeitraumes zu vermeiden.

Soziodemografische Angaben. Neben der Nennung des Geschlechts und des Alters, wurden die Probanden um einige Angaben zu ihrer Arbeitstätigkeit gebeten. Hierzu gehörten Fragen zur Art der Anstellung, der Berufsgruppe und Hierarchiestufe sowie zur Branche. Aufgrund der berufsbezogenen Angaben wurde der sozioökonomische Status der Probanden nach einem Kategoriensystem zur Stellung im Beruf ermittelt (vgl. Hoffmeyer-Zlotnik & Geis, 2003). Die neu berechnete Variable wies fünf Abstufungen zwischen 1 = „niedriger sozioökonomischer Status“ und 5 = „hoher sozioökonomischer Status“ auf.

Die Probanden wurden weiterhin gefragt, ob sie unter einer chronischen Erkrankung litten und ob das Unternehmen, in dem sie arbeiteten, gesundheitsförderliche Maßnahmen durchführe. Die Antwortmöglichkeiten lauteten hier 1 = „Ja“, 2 = „Nein“, 3 = „Weiß nicht/Keine Angabe“.

8.3 Ergebnisse

In diesem Kapitel sollen zunächst die deskriptiven Statistiken, anschließend die Ergebnisse zur Güte und Struktur der Präsentismus-Skala und zuletzt die Befunde zu den inhaltlichen Fragestellungen dargestellt werden

8.3.1 Deskriptive Statistiken

In Tabelle 8.3.1 sind die deskriptiven Statistiken sowie die Reliabilitäten der erhobenen Studienvariablen aufgeführt. Alle Skalen wiesen zufriedenstellende interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) auf (Nunnally, 1978).

Korrelativ zeigte sich (Tabelle 8.3.2), dass der zum ersten Messzeitpunkt (T1) erhobene Präsentismus mit nahezu allen Variablen zu T1 und T2 signifikant korreliert war. Ausnahmen bildeten die zu T1 gemessenen Fehltage und das Alter der Probanden. Die höchsten Korrelationen zeigten sich mit dem Gesundheitszustand ($r_{T1} = -.383$ und $r_{T2} = -.340$, $p < .01$), dem Zeitdruck ($r_{T1} = -.353$ und $r_{T2} = -.386$, $p < .01$) sowie dem belastenden Vorgesetztenverhalten ($r_{T2} = -.309$, $p < .01$).

Der zum zweiten Messzeitpunkt (T2) gemessene Präsentismus zeigte tendenziell geringere Korrelationen mit den zu T1 und T2 erhobenen Variablen, sodass mehrere Zusammenhänge insignifikant waren. Dies betraf die soziale Unterstützung durch die Führungskraft, das mitarbeiterorientierte Vorgesetztenverhalten, die Fehltage und das Geschlecht. Auch fand sich erneut kein Effekt des Alters. Die höchsten Korrelationen zeigten sich hier mit dem Gesundheitszustand ($r_{T1} = -.297$ und $r_{T2} = -.370$, $p < .01$) sowie der zu T2 gemessenen sozialen Unterstützung durch die Kollegen ($r_{T2} = -.324$, $p < .01$).

Tabelle 8.3.1 Deskriptive Statistiken der Skalen.

Skala	<i>k</i>	<i>W</i>	T1			T2		
			<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
Soziale Unterstützung durch die Führungskraft	3	1 – 5	3.54	1.05	.911	3.58	0.99	.900
Soziale Unterstützung durch Kollegen	3	1 – 5	3.86	0.79	.855	3.84	0.80	.842
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten	5	1 – 5	3.30	0.88	.872	3.27	0.86	.880
Belastendes Vorgesetztenverhalten	3	1 – 5	2.44	0.96	.853	2.45	1.01	.845
Zeitdruck	5	1 – 5	3.23	0.84	.878	3.21	0.83	.890
Gesundheitskultur	10	1 – 5	3.33	0.81	.911	3.30	0.84	.920
Gesundheitszustand	1	0 – 10	7.16	1.80	-	7.18	1.97	-
Fehltage (<i>Bezugszeitraum 12 vs. 6 Monate</i>)	1	0 – 100	7.67	12.23	-	4.61	8.66	-
Präsentismus	6	1 – 5	2.44	1.01	.906	2.37	1.00	.909

Anmerkungen. $180 \leq N \leq 234$. *k* = Anzahl der Items, *W* = Wertebereich, *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, α = Reliabilität der Skala (Cronbach's Alpha).

Tabelle 8.3.2 Interkorrelationen der Studienvariablen.

Skala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 Präsentismus (T1)	.906										
2 Präsentismus (T2)	.606**	.909									
3 Soziale Unterstützung: Kollegen (T1)	-.235**	-.259**	.855								
4 Soziale Unterstützung: Kollegen (T2)	-.285**	-.324**	.664**	.842							
5 Soziale Unterstützung: Führungskraft (T1)	-.169*	-.108	.497**	.363**	.911						
6 Soziale Unterstützung: Führungskraft (T2)	-.204**	-.137	.443**	.447**	.769**	.900					
7 Mitarbeiterorient. Vorgesetztenverh. (T1)	-.191**	-.122	.423**	.325**	.804**	.701**	.872				
8 Mitarbeiterorient. Vorgesetztenverh. (T2)	-.254**	-.149	.363**	.386**	.700**	.845**	.758**	.880			
9 Belastendes Vorgesetztenverhalten (T1)	.265**	.190**	-.353**	-.285**	-.571**	-.562**	-.624**	-.538**	.853		
10 Belastendes Vorgesetztenverhalten (T2)	.309**	.246**	-.377**	-.300**	-.572**	-.646**	-.563**	-.601**	.709**	.845	
11 Zeitdruck (T1)	.353**	.229**	-.096	-.131*	-.095	-.184**	-.036	-.102	.143*	.129	.878
12 Zeitdruck (T2)	.386**	.261**	-.159*	-.254**	-.177**	-.279**	-.132*	-.219**	.198**	.239**	.793**
13 Gesundheitskultur (T1)	-.244**	-.182*	.422**	.322**	.497**	.479**	.535**	.430**	-.410**	-.365**	-.180**
14 Gesundheitskultur (T2)	-.301**	-.254**	.309**	.299**	.435**	.435**	.465**	.489**	-.353**	-.354**	-.214**
15 Gesundheitszustand (T1)	-.383**	-.297**	.173**	.021	.183**	.183**	.182**	.217**	-.167*	-.225**	-.175**
16 Gesundheitszustand (T2)	-.340**	-.370**	.239**	.128	.140*	.140*	.164*	.186**	-.197**	-.230**	-.169*
17 Fehltage (T1)	.067	.032	-.116	-.029	-.061	-.061	-.076	-.066	.035	.054	.024
18 Fehltage (T2)	.181*	.050	-.100	.001	-.101	-.101	-.126	-.160*	.161*	.237**	.052
19 Chronische Erkrankung ^a	-.278**	-.203**	.171*	.029	-.028	-.028	-.001	.044	.036	-.081	-.125
20 Alter	.007	.032	-.053	-.058	-.092	-.092	-.068	-.062	-.065	.050	-.069
21 Geschlecht ^b	-.149*	-.120	-.006	-.041	-.015	-.015	.008	.021	.070	.062	-.069

Anmerkungen. 204 ≤ N ≤ 234. ^aKodierung: 1 = ja, 2 = nein, r_{pb}. ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich, r_{pb}. *p < .05, **p < .01. Reliabilitäten in der Diagonale (Cronbachs α).

Fortsetzung von Tabelle 8.3.2

Skala	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1 Präsentismus (T1)									
2 Präsentismus (T2)									
3 Soziale Unterstützung: Kollegen (T1)									
4 Soziale Unterstützung: Kollegen (T2)									
5 Soziale Unterstützung: Führungskraft (T1)									
6 Soziale Unterstützung: Führungskraft (T2)									
7 Mitarbeiterorient. Vorgesetztenverhalten (T1)									
8 Mitarbeiterorient. Vorgesetztenverhalten (T2)									
9 Belastendes Vorgesetztenverhalten (T1)									
10 Belastendes Vorgesetztenverhalten (T2)									
11 Zeitdruck (T1)									
12 Zeitdruck (T2)	.890								
13 Gesundheitskultur (T1)	-.209**	.911							
14 Gesundheitskultur (T2)	-.266**	.809**	.920						
15 Gesundheitszustand (T1)	-.235**	.284**	.286**	-					
16 Gesundheitszustand (T2)	-.263**	.249**	.272**	.560**	-				
17 Fehltage (T1)	.016	-.133*	-.116	-.339**	-.191**	-			
18 Fehltage (T2)	.079	-.163*	-.148*	-.377**	-.456**	.214**	-		
19 Chronische Erkrankung ^a	-.172*	.094	.135*	.403**	.378**	-.229**	-.185**	-	
20 Alter	-.036	-.007	.021	-.141*	-.121	.160*	.067	-.265**	-
21 Geschlecht ^b	-.106	.006	.103	.088	-.015	-.001	-.032	.072	.170**

Anmerkungen. 204 ≤ N ≤ 234. ^aKodierung: 1 = ja, 2 = nein, r_{pb}. ^bKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich, r_{pb}. *p < .05, **p < .01. Reliabilitäten in der Diagonale (Cronbachs α).

8.3.2 Retest-Reliabilität der Präsentismus-Skala

Für die sechs Items umfassende Präsentismus-Skala wurde die Retest-Reliabilität über die Korrelation der Skalenwerte zu T1 und zu T2 gemessen. Sie betrug $r_{12} = .606$ ($p < .01$). Zu beachten ist, dass der Bezugszeitraum zur Beantwortung der Skala bei den beiden Messzeitpunkten nicht konstant war. Während zu T1 das Verhalten für die letzten zwölf Monate abgefragt wurde, bezogen sich die Antworten zum zweiten Messzeitpunkt auf die zurückliegenden sechs Monate, um keine Überlappung herbeizuführen.

Deskriptiv zeigte sich, dass sich der Mittelwert über die Zeit verändert leicht hatte: bei der ersten Messung lag er bei $M = 2.44$ ($SD = 1.02$), zum zweiten Messzeitpunkt sank er auf $M = 2.37$ ($SD = 1.02$) ab. Die Durchführung eines T-Tests für abhängige Stichproben ergab, dass dieser Unterschied jedoch nicht signifikant war ($T_{(171)} = 1.803$, *ns*).

8.3.3 Struktur der Präsentismus-Skala

In der durchgeführten Studie wurde die Struktur der Präsentismus-Skala anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse mittels AMOS 18.0 untersucht. Abbildung 8.3.1 zeigt die Strukturmodelle mitsamt den standardisierten Regressionsgewichten für beide Messzeitpunkte. Die Fit-Statistiken der Skala werden in Tabelle 8.3.3 dargestellt. Es zeigte sich, dass die sechs Items umfassende Skala zum ersten Messzeitpunkt einen sehr guten Gesamtfit aufwies: Die globalen Fitindizes erreichten hohe Werte über 0.9 (Ullman, 2001; Bentler und Bonett, 1980) und der RMSEA lag unter der geforderten Grenze von 0.8 (Brown & Cudeck, 1993). Zum zweiten Messzeitpunkt verschlechterte sich der Fit, sodass der RMSEA nicht mehr im geforderten Wertebereich lag.

Tabelle 8.3.3 *Fit-Statistiken der Präsentismus-Skala (N = 165).*

Modell	Modellanpassung					
	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA	CFI	TLI
T1	13.618	9	.137	.056	.993	.989
T2	29.717	9	.000	.118	.969	.948

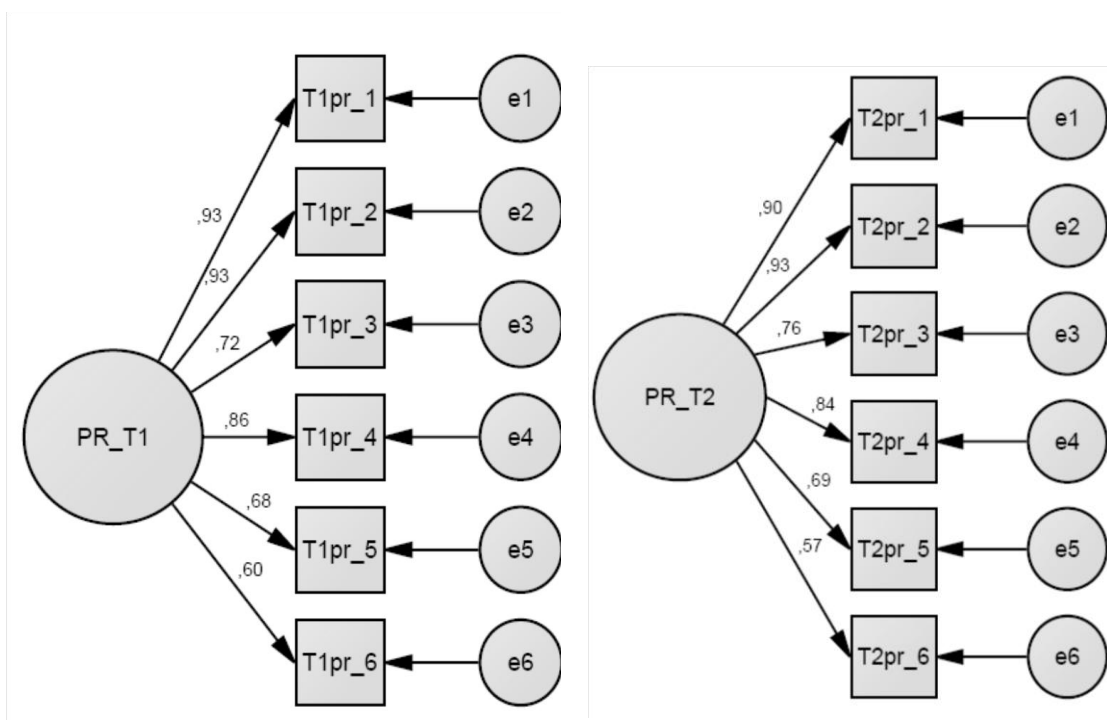


Abbildung 8.3.1 Strukturmodell der 6 Item-Präsentismus-Skala zu T1 und T2.

8.3.4 Befunde zum Zusammenhang des Präsentismus mit sozialen Aspekten bei der Arbeit

Um zu prüfen, inwiefern Präsentismus mit dem Verhalten der beruflichen Bezugspersonen assoziiert war, wurden zunächst die längsschnittlichen Korrelationen der sozialen Variablen mit der Tendenz, trotz Krankheit zu arbeiten betrachtet (siehe Tabelle 8.3.2).

Die höchsten Zusammenhänge fanden sich dabei mit der sozialen Unterstützung durch die Kollegen ($r = -.259, p < .01$). Je höher diese ausgeprägt war, desto geringer war der Präsentismus. Hypothese S1 kann damit angenommen werden. Auch Hypothese S2 ließ sich bestätigen: Ein belastendes Vorgesetztenverhalten ging mit signifikant höherem Präsentismus einher ($r = .190, p < .01$). In Bezug auf das mitarbeiterorientierte Vorgesetztenverhalten zeigte sich mit der zum zweiten Messzeitpunkt eingesetzten Präsentismus-Skala keine signifikante Korrelationen ($r = -.122, ns$), sodass Hypothese S3 nicht bestätigt werden konnte.

Während die soziale Unterstützung durch die Führungskraft bedeutsame Zusammenhänge mit dem zum ersten Messzeitpunkt erhobenen Präsentismus aufwies

Anschließend wurde geprüft, ob sich ein restringiertes Modell, bei dem die Kreuzpfade (gekennzeichnet als „a“ und „b“) gleichgesetzt wurden, von dem Modell mit freien Parametern signifikant unterschied. Sofern ein Unterschied zu finden ist, gibt die Höhe der Regressionsgewichte von $X_{T1} \rightarrow Y_{T2}$ im Vergleich zu $Y_{T1} \rightarrow X_{T2}$ Aufschluss darüber, welche Variable die andere vorhersagt (Finkel, 1995). Wie in Tabelle 8.3.4 zu sehen ist, zeigte sich jedoch bei keinem der Modellvergleiche ein signifikanter Unterschied, sodass keine kausalen Interpretationen vorgenommen werden können. Darüber hinaus zeigt sich in Tabelle 8.3.5, dass auch die standardisierten Regressionsgewichte klein ausfielen und insignifikant waren.

Tabelle 8.3.4 *Ergebnisse der cross-lagged-Strukturgleichungsanalysen zu den sozialen Aspekten bei der Arbeit.*

Modell	Modellanpassung						Modellvergleich	
	χ^2	df	p	RMSEA	GFI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
<i>Soziale Unterstützung durch die Kollegen (Modell 1)</i>								
Restr.	71.103	48	.016	.055	.932	.983		
CPM	69.877	47	.017	.055	.933	.984	1.425	1
<i>Soziale Unterstützung durch die Führungskraft (Modell 2)</i>								
Restr.	79.177	47	.002	.055	.922	.979		
CPM	79.170	46	.002	.055	.922	.978	0.007	1
<i>Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten (Modell 3)</i>								
Restr.	37.269	28	.113	.048	.952	.992		
CPM	36.273	27	.109	.049	.953	.992	0.996	1
<i>Belastendes Vorgesetztenverhalten (Modell 4)</i>								
Restr.	56.317	47	.166	.037	.939	.992		
CPM	55.647	46	.156	.038	.940	.992	0.617	1

Anmerkung. $161 \leq N \leq 165$. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabelle 8.3.5 *Schätzer in den Strukturmodellen zu den sozialen Aspekten bei der Arbeit.*

<i>Effekt</i>	<i>Modell</i> <i>1</i>	<i>Modell</i> <i>2</i>	<i>Modell</i> <i>3</i>	<i>Modell</i> <i>4</i>
Stabilitäten				
Präsentismus (P)	.59**	.58**	.58**	.57**
Soziale Unterstützung durch Kollegen (SUK)	.78**			
Soziale Unterstützung durch Führungskraft (SUF)		.84**		
Mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten (MOV)			.78**	
Belastendes Vorgesetztenverhalten (BV)				.74**
Cross-lagged-Effekte des Präsentismus				
P → SUK	-.14			
P → SUF		.02		
P → MOV			-.10	
P → BV				.12
Cross-lagged-Effekte der Antezedenzvariablen				
SUK → P	-.15			
SUF → P		-.03		
MOV → P			.01	
BV → P				.02
Korrelation der Prädiktoren				
P ↔ SUK	-.17			
P ↔ SUF		-.13		
P ↔ MOV			-.08	
P ↔ BV				.18

Anmerkungen. Alle Werte sind standardisierte Koeffizienten. * $p < .05$, ** $p < .01$.

8.3.5 Befunde zum Zusammenhang von Präsentismus mit den Bedingungen bei der Arbeit und im Unternehmen

In Bezug auf die quantitative Arbeitsbelastung zeigte sich eine signifikante Korrelation des zum ersten Messzeitpunkt erhobenen Zeitdrucks mit der Präsentismusaussprägung ein halbes Jahr später in Höhe von $r = .229$ ($p < .01$), sodass Hypothese A1 bestätigt werden konnte.

Zur Klärung der Fragestellung, was Unternehmen tun können, um dem Präsentismus entgegenzuwirken, wurde anhand von einseitigen T-Tests für unabhängige Stichproben geprüft, ob sich die postulierten Unterschiede im Ausmaß des Präsentismus je nach Arbeitsbedingungen bestätigen ließen.

Hierzu wurde zunächst analysiert, ob das Vorhandensein betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen zum ersten Messzeitpunkt zu geringeren Präsentismusquoten sechs Monate später führte. Es zeigte sich, dass Mitarbeiter, in deren Unternehmen Gesundheitsförderung praktiziert wurde, weniger Präsentismus aufwiesen (siehe Abbildung 8.3.3; $T_{(163)} = -2.334$, $p < .05$). Ein ähnlicher Befund ergab sich in Bezug auf den betrieblichen Umgang mit gesundheitlichen Themen. Beurteilten die Befragten die Gesundheitskultur zu T1 als eher schwach ausgeprägt, neigten sie zu T2 signifikant eher zu Präsentismus als Mitarbeiter in Unternehmen mit stark ausgeprägter Gesundheitskultur ($T_{(186)} = -2.091$, $p < .05$). Die Hypothese A2 und A3 können damit als bestätigt gelten.

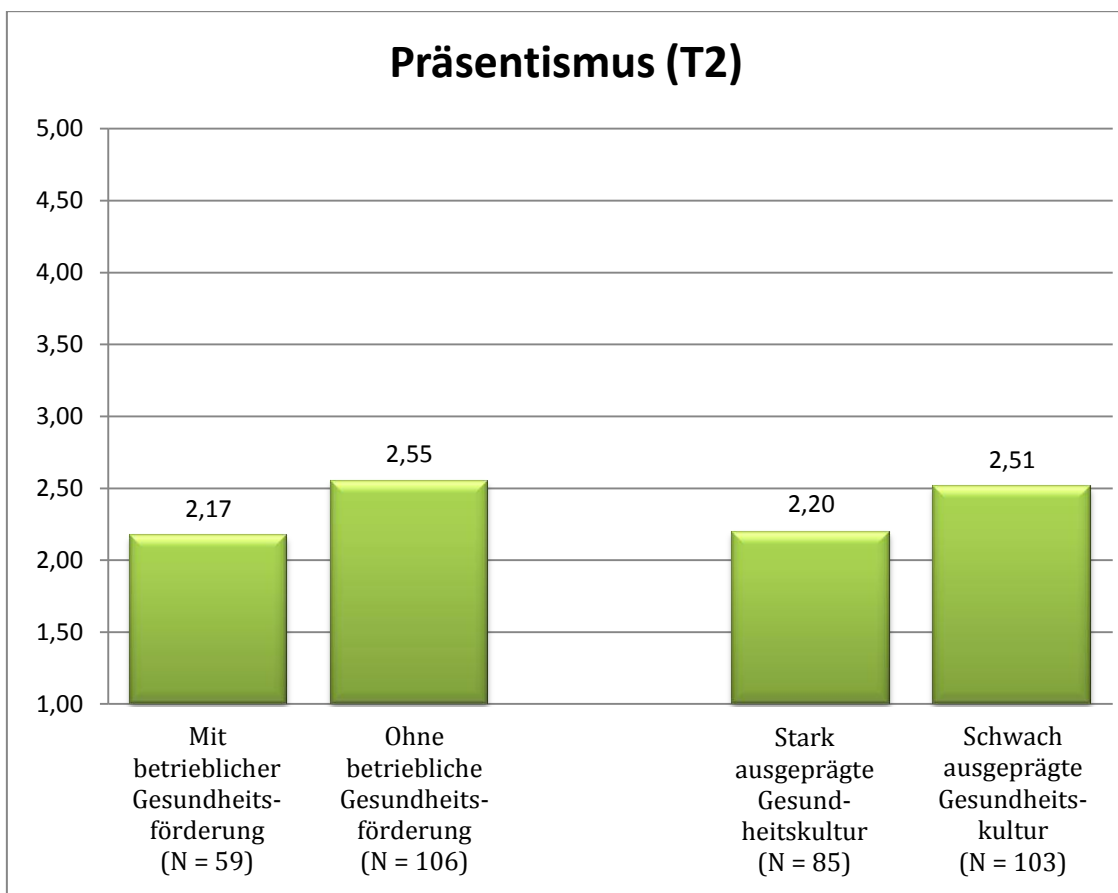


Abbildung 8.3.3 Präsentismusausprägung zu T2 in Abhängigkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Gesundheitskultur zum ersten Messzeitpunkt in den Unternehmen.

Wie in Abbildung 8.3.4 dargestellt, zeigte sich zudem, dass die Möglichkeit, Gleitzeitregelungen in Anspruch zu nehmen, mit weniger Präsentismus assoziiert war

($T_{(186)} = -1.729, p < .05$), sodass auch Hypothese A4 angenommen werden kann. Kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Präsentismusausprägung fand sich hingegen zwischen Beschäftigten mit unbefristeter Festanstellung und mit zeitlich befristetem Vertrag ($T_{(184)} = 0.199, ns$).

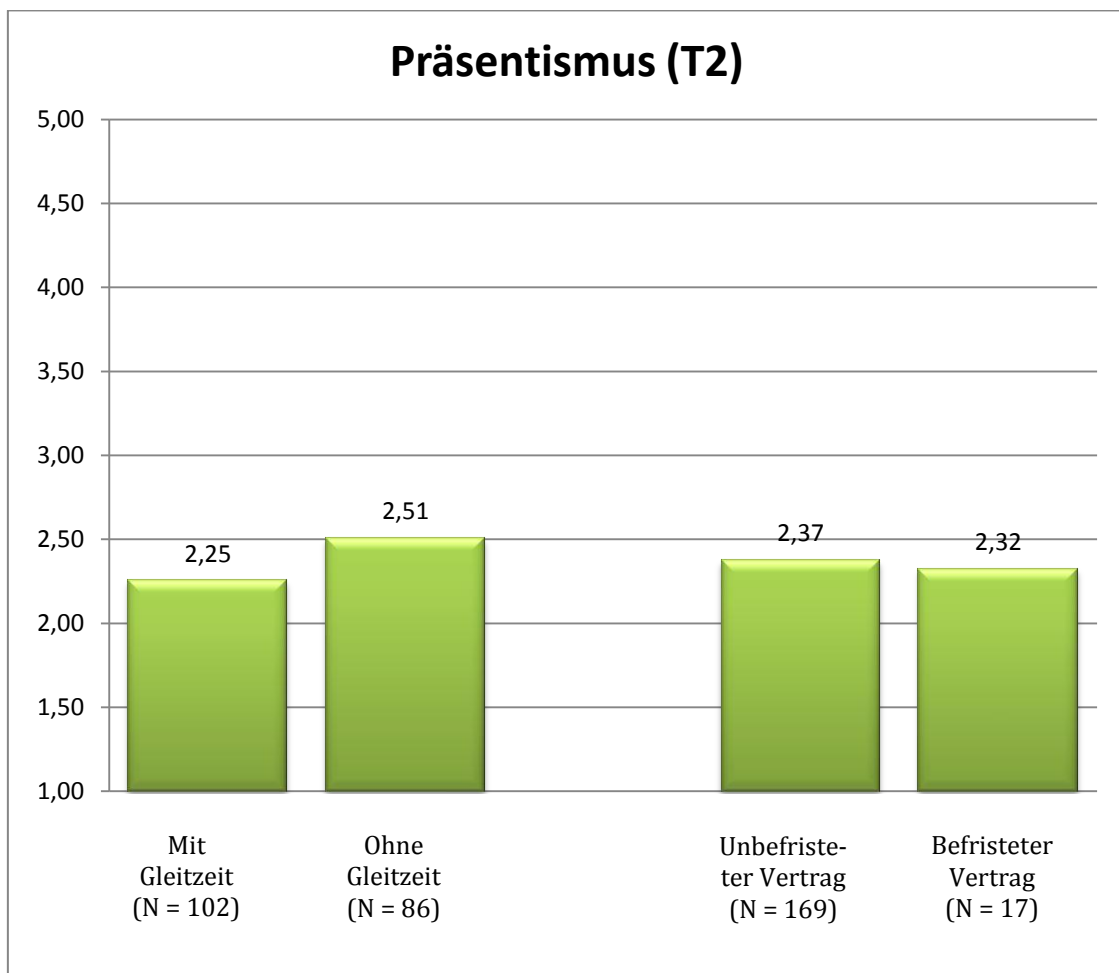


Abbildung 8.3.4 Präsentismusausprägung zu T2 bei Mitarbeiter mit und ohne Gleitzeitmöglichkeit sowie nach Art des Vertrages zum ersten Messzeitpunkt.

Zusätzlich zu den korrelativen Analysen wurden für den Zeitdruck sowie für die Gesundheitskultur im Unternehmen Strukturgleichungsanalysen nach dem cross-lagged-panel-Design durchgeführt. Wie bereits bei den sozialen Variablen, unterschieden sich auch hier die gegenübergestellten Modelle nicht signifikant (Tabelle 8.3.6), sodass keine kausalen Rückschlüsse möglich und auch die standardisierten Regressionsgewichte nicht interpretierbar waren (Tabelle 8.3.7).

Tabelle 8.3.6 *Ergebnisse der cross-lagged-Strukturgleichungsanalysen für die Arbeitsbedingungen.*

Modell	Modellanpassung						Modellvergleich	
	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>	RMSEA	GFI	CFI	$\Delta\chi^2$	Δdf
<i>Zeitdruck (Modell 5)</i>								
Restr.	31.241	28	.307	.027	.964	.997		
CPM	31.159	27	.265	.031	.964	.997	0.082	1
<i>Gesundheitskultur (Modell 6)</i>								
Restr.	59.688	46	.085	.044	.944	.991		
CPM	59.680	45	.070	.046	.944	.990	0.009	1

Anmerkung. $156 \leq N \leq 160$.Tabelle 8.3.7 *Schätzer in den Strukturmodellen zu den Arbeitsbedingungen.*

<i>Effekt</i>	<i>Modell 5</i>	<i>Modell 6</i>
Stabilitäten		
Präsentismus (P)	.61**	.62**
Zeitdruck (ZD)	.84**	
Gesundheitskultur (GEK)		.78**
Cross-lagged-Effekte des Präsentismus		
P → ZD	.05	
P → GEK		-.15**
Cross-lagged-Effekte der Antezedenzvariablen		
ZD → P	.00	
GEK → P		-.08
Korrelation der Prädiktoren		
P ↔ ZD	.33**	
P ↔ GEK		-.10

Anmerkungen. Alle Werte sind standardisierte Koeffizienten. * $p < .05$, ** $p < .01$.

8.3.6 Befunde zu den Auswirkungen des Präsentismus auf den Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten

Korrelativ zeigte sich ein längsschnittlicher Zusammenhang des Präsentismus mit dem allgemeinen Gesundheitszustand in beide Richtungen. Der zum ersten Messzeitpunkt erhobene Präsentismus korrelierte zu $r = -.340$ ($p < .01$) mit dem

Gesundheitszustand zu T2. Auch andersherum zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand bei der ersten Erhebung und dem Präsentismus zum zweiten Messzeitpunkt ($r = -.297, p < .01$). Hypothese G1 kann somit angenommen werden.

Bei der anschließenden Überprüfung der kausalen Wirkrichtung anhand eines cross-lagged-Strukturmodells (Abbildung 8.3.2) zeigte sich lediglich ein kleiner Unterschied zwischen den Modellen mit restringierten bzw. mit frei geschätzten Kreuzpfaden, der die Signifikanzgrenze knapp unterschritt ($p < .10$). Bei Betrachtung der standardisierten Regressionsgewichte zeigte sich tendenziell, dass Präsentismus eher den Gesundheitszustand negativ beeinflusste als dass ein schlechter Gesundheitszustand zu mehr Präsentismus führte. Da beide Regressionsgewichte jedoch nicht signifikant wurden, ist dies allenfalls als ein Hinweis auf die mögliche Wirkrichtung zu sehen.

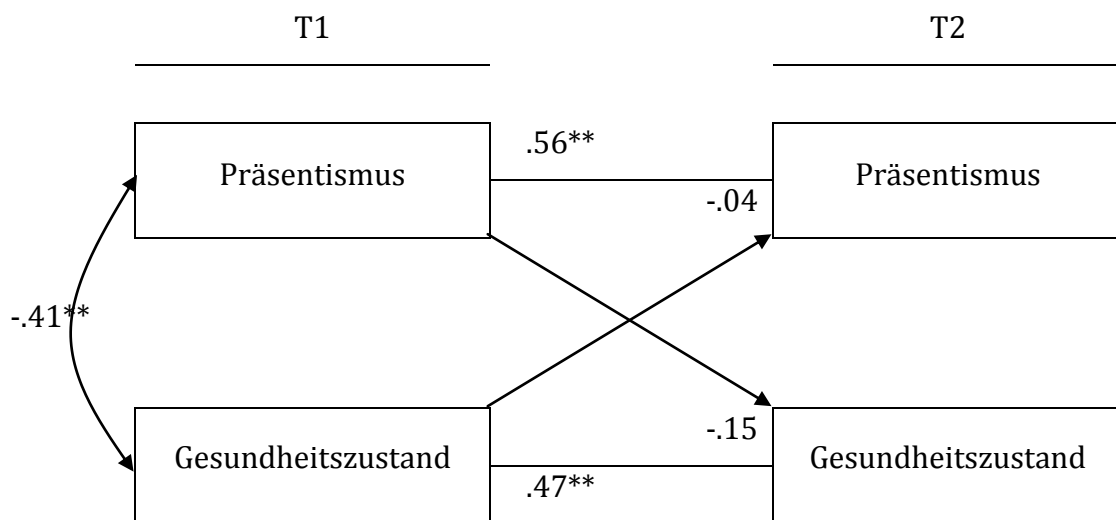


Abbildung 8.3.5 Strukturmodell des Zusammenhangs von Präsentismus mit dem Gesundheitszustand (standardisierte Regressionsgewichte). $**p < .01, *p < .05$.

In Bezug auf die Fehltagelänge zeigte sich (siehe Tabelle 8.3.8), dass der längsschnittliche Zusammenhang des zum ersten Messzeitpunkt erhobenen Präsentismus mit den zu T2 gemessenen Fehltagen statistisch bedeutsam war, sodass Hypothese F1 angenommen werden konnte. Alle anderen Korrelationen näherten sich Null an und waren insignifikant.

Tabelle 8.3.8 Produkt-Moment-Korrelationen von Präsentismus und Fehltagen.

	Präsentismus T1	Präsentismus T2
Fehltage (T1)	.067	.032
Fehltage (T2)	.181**	.050

Anmerkungen. $180 \leq N \leq 195$. ** $p < .01$.

Die Prüfung der Wirkrichtung anhand einer cross-lagged-panel-Analyse erbrachte, dass das Ausmaß des zu T1 gemessenen Präsentismus die Fehlzeiten zum zweiten Messzeitpunkt kausal beeinflusste (siehe Tabelle 8.3.9 und Abbildung 8.3.6).

Tabelle 8.3.9 Ergebnisse der cross-lagged-panel-Analysen zum Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem Gesundheitszustand sowie den Fehlzeiten.

Modell	Modellanpassung						Modellvergleich	
	χ^2	df	p	RMSEA	CFI	TLI	$\Delta\chi^2$	Δdf
<i>Gesundheitszustand (Modell 7)</i>								
Restr.	34.311	15	.003	.090	.952	.979		
CPM	31.356	14	.005	.088	.955	.981	2.955	1
<i>Fehltage (Modell 8)</i>								
Restr.	27.935	16	.032	.070	.985	.974		
CPM	23.286	15	.078	.060	.990	.981	4.469*	1

Anmerkung. $153 \leq N \leq 161$. * $p < .05$.

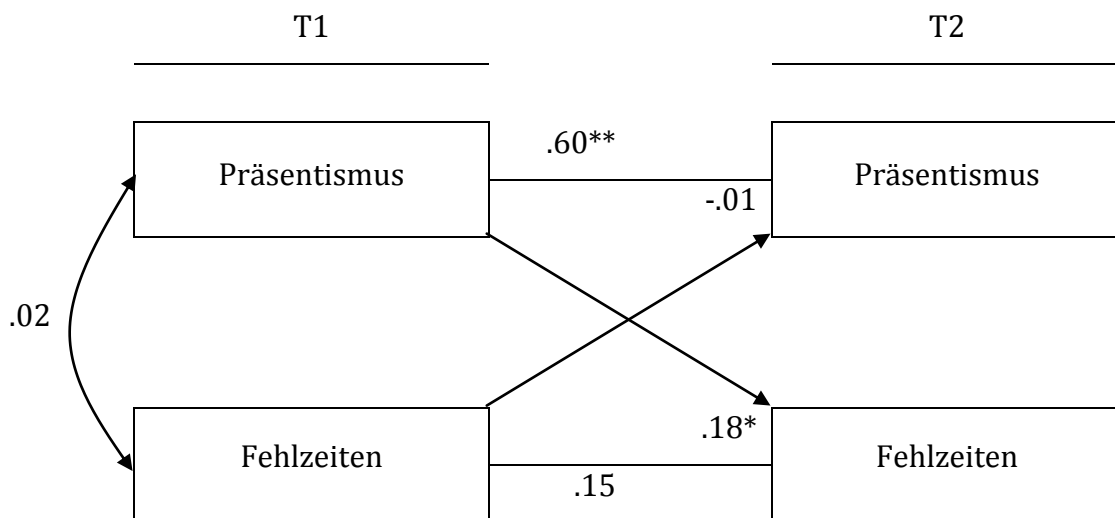


Abbildung 8.3.6 Strukturmodell des Zusammenhangs von Präsentismus mit den Fehltagen (standardisierte Regressionsgewichte). ** $p < .01$, * $p < .05$.

8.3.7 Prädiktoren des Präsentismus

Die Regression des Präsentismus zum zweiten Messzeitpunkt auf die zu T1 erhobenen Antezedenzvariablen wurde in vier Schritten durchgeführt (siehe Tabelle 8.3.10). Als soziodemografische Variablen wurden zunächst das Alter und das Geschlecht in die Modellgleichung aufgenommen, diese konnten jedoch nicht in bedeutsamen Ausmaß zur Vorhersage des Präsentismus beitragen ($\Delta R^2 = .018$, *ns*). Zur signifikanten Verbesserung der Vorhersage führte hingegen der Einbezug gesundheitlicher Variablen ($\Delta R^2 = .084$, $p < .01$). Die Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes trug dabei signifikant zur Vorhersage des Präsentismus bei ($\beta = -.189$, $p < .05$), während das Vorliegen einer chronischen Erkrankung keinen bedeutsamen Einfluss hatte ($\beta = -.032$, *ns*). Die im dritten Schritt aufgenommenen Variablen zu den Arbeitsbedingungen führten zu einer signifikanten Modellverbesserung ($\Delta R^2 = .037$, $p < .05$), was auf den Einfluss des Zeitdrucks zurückzuführen war ($\beta = .153$, $p < .05$).

Tabelle 8.3.10 *Vorhersage des zum zweiten Messzeitpunkt erhobenen Präsentismus durch die zum ersten Messzeitpunkt erhobenen Personenmerkmale, Gesundheitsindikatoren, Arbeitsbedingungen und sozialen Aspekte bei der Arbeit.*

Block	Variablen	Beta	R ²	ΔR^2
1	Alter	.039		
	Geschlecht ^a	-.108	.018	
2	Gesundheitszustand	-.189*		
	Chronisch krank ^b	-.032	.102*	.084**
3	Zeitdruck	.153*		
	Gesundheitskultur	.007	.139**	.037*
4	Soziale Unterstützung durch Kollegen	-.240**		
	Soziale Unterstützung durch Führungskraft	.136		
	Motivierendes Vorgesetztenverhalten	-.016		
	Belastendes Vorgesetztenverhalten	.157	.197**	.058*

Anmerkungen. $N = 172$. ^aKodierung: 1 = weiblich, 2 = männlich. ^bKodierung: 1 = chronisch krank, 2 = nicht chronisch krank. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Im letzten Schritt wurden die sozialen Aspekte bei der Arbeit aufgenommen. Dies trug zu einer weiteren, signifikanten Verbesserung der Modellgüte bei ($\Delta R^2 = .058$, $p < .05$). Bei Betrachtung der standardisierten Regressionsgewichte zeigte sich,

dass die soziale Unterstützung durch die Kollegen für diesen Trend ausschlaggebend war ($\beta = -.240, p < .01$). Das Verhalten der Führungskraft erwies sich hingegen nicht als bedeutsamer unabhängiger Prädiktor des Präsentismus.

Fragte man die Gründe für den Präsentismus direkt ab (siehe Tabelle 6.3.12) ergab sich für den ersten Messzeitpunkt der Befund, dass vor allem dringende Arbeiten und Termine, das Fehlen eines Vertreters und die mengenmäßige Arbeitsbelastung dazu führten, dass trotz Krankheit weitergearbeitet wurde. Des Weiteren wurde der Wunsch, Kollegen nicht zur Last zu fallen, sowie das Gefühl, noch leistungsfähig genug zu sein, als bedeutsame Gründe angeführt. Von geringerer Relevanz war in dieser Studie die Angst vor beruflichen Nachteilen aufgrund von krankheitsbedingten Fehlzeiten.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die Abfrage der Gründe um einige Aspekte erweitert. In Folge dessen ergab sich ein leicht verändertes Antwortmuster der Befragten. Während dringende Arbeiten und Termine, die Arbeitsmenge sowie das Fehlen eines Vertreters erneut als Hauptgründe für den Präsentismus genannt wurden, fiel der Wunsch, den Kollegen nicht zur Last zu fallen hinter anderen Gründen etwas zurück. Stattdessen stimmten einige Probanden der Aussage zu, dass an ihrem Arbeitsplatz Personalmangel herrsche. Ängste vor beruflichen Nachteilen (z.B. in Form von monetären Einbußen und Arbeitsplatzverlust) schienen erneut für das Zustandekommen des Präsentismus von untergeordneter Bedeutung zu sein.

Tabelle 8.3.11 *Präsentismus-Gründe.*

Grund	T1		T2	
	M	SD	M	SD
Es gab dringende Arbeiten und Termine.	3.37	1.42	3.12	1.52
Es gab keine Vertretung für mich.	3.30	1.44	3.11	1.55
Ich hatte zu viel zu tun.	3.28	1.37	2.78	1.45
Ich wollte meinen Kollegen nicht zur Last fallen.	3.10	1.38	2.61	1.40
Ich hatte Angst vor beruflichen Nachteilen, wenn ich fehle.	2.12	1.29	1.99	1.32
Ich habe mich noch leistungsfähig genug gefühlt.	3.04	1.21	2.80	1.24
Ich wollte meine positive Einstellung zum Unternehmen demonstrieren.	2.51	1.27	2.30	1.25
Alle meine Kollegen gehen auch krank zur Arbeit.	2.24	1.10	2.15	1.11
Die Arbeit hätte sich aufgehäuft.	2.84	1.41	2.58	1.38
Ich brauchte Ablenkung von meiner Krankheit.	1.82	1.10	1.74	1.03
Weil ich gerne zur Arbeit gehe.	-	-	2.45	1.30
Weil an meinem Arbeitsplatz Personalmangel herrscht.	-	-	2.68	1.40
Aus Angst, meinen Arbeitsplatz aufgrund zu hoher Fehlzeiten zu verlieren.	-	-	1.66	1.12
Weil an meinem Arbeitsplatz Anwesenheitsprämien vergeben werden.	-	-	1.25	0.74
Weil ich an Fehltagen weniger bzw. keine Bezahlung erhalte.	-	-	1.30	0.86

Anmerkungen. $178 \leq N \leq 205$.

8.4 Diskussion

Das Ziel der durchgeführten Studie bestand darin, längsschnittliche Zusammenhänge zwischen arbeitsbezogenen Variablen und Präsentismus aufzudecken, um das Verständnis des Präsentismus zu erweitern und zu vertiefen. Hierzu wurden nicht nur die klassischen Prädiktoren und Kontrollvariablen in die Analysen einbezogen (z.B. Zeitdruck, Gesundheitszustand), sondern neue, potentielle Einflussvariablen betrachtet, deren Fokus auf den sozialen Beziehungen und auf der gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung lag.

8.4.1 Psychometrische Qualität der Präsentismus-Skala

Die durchgeführte Studie bestätigte die sehr gute interne Konsistenz der sechs Items umfassenden Präsentismus-Skala sowie den guten Fit des einfaktoriellen 6-Item-Modells. Darüber hinaus ergab sich der Befund, dass die Messung des Verhaltens, trotz Krankheit zur arbeiten über einen Zeitraum von sechs Monaten relativ zeitstabil möglich war. Zu beachten ist dabei jedoch, dass der Referenzzeitraum zur Beurteilung des eigenen Verhaltens zu den Messzeitpunkten unterschiedlich war. Verzerrungen im Antwortverhalten ergaben sich möglicherweise durch die unterschiedliche Basisrate der Erkrankungen in den jeweiligen Bezugszeiträumen. Wäre etwa im halben Jahr z.B. nur eine Erkrankung mit Präsentismus aufgetreten, im vollen Jahr hingegen zwei Erkrankungen von denen bei einer weitergearbeitet wurde, so ist es möglich, dass die Probanden sehr unterschiedliche Häufigkeitsangaben gewählt haben (z.B. „Immer, wenn ich krank“ vs. „Manchmal, wenn ich krank war“). Die Präsentismusunterschiede zwischen den beiden Messzeitpunkten sind möglicherweise auf diese Ungleichheit zurückzuführen. In weiteren Studien sollte die Stabilität des Präsentismus für längere Zeiträume und unter Konstanzhaltung des Referenzzeitraumes untersucht werden. Da Präsentismus von äußeren Gegebenheiten, wie der Arbeitsbelastung, als auch von dem gesundheitlichen Zustand abhängig ist, sind gewisse Schwankungen jedoch plausibel. Entsprechend zeigte sich auch für das Single Item-Maß von Aronsson et al. (2000) ein Stabilitätskoeffizient in gleicher Höhe wie in der vorliegenden Studie (Demerouti et al. 2009). Die moderate Retest-Reliabilität weist darauf hin, dass Präsentismus nicht als überdauernde Persönlichkeitseigenschaft aufzufassen ist, sondern ein veränderbares

Verhalten abbildet. Möglicherweise lässt sich das leichte Absinken des Präsentismus zum zweiten Messzeitpunkt z.T. dadurch erklären, dass die Befragten für ihr eigenes Krankheitsverhalten sensibilisiert wurden. Einige offene Anmerkungen zu der Studie gaben Hinweise darauf, dass die durchaus der Fall gewesen sein könnte: „Die Fragen haben mich ein wenig über meine Gesamtsituation nachdenken lassen“ und „Es ist interessant, sich selbst zu diesem Thema zu reflektieren“. Die Bewusstmachung des Präsentismus selbst könnte in diesem Sinne als erster Ansatzpunkt der Prävention dienen. Mit Hilfe quasiexperimenteller Designs könnte in weiteren Studien untersucht werden, ob eine Sensibilisierung für den eigenen Umgang mit Krankheit tatsächlich präsentismussenkend wirkt.

8.4.2 Antezedenzen des Präsentismus

In bisherigen Studien konnte mehrfach gezeigt werden, dass die Rücksichtnahme auf Kollegen ein wichtiger Faktor für das Zustandekommen des Präsentismus ist. Inwiefern das Verhalten der Führungskraft und die Ressource der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz die Entscheidung, bei Krankheit zu Hause bleiben oder aber zu arbeiten beeinflussen, war hingegen nur selten Gegenstand der Präsentismusforschung. Die in dieser Studie durchgeführten Analysen der Zusammenhänge des Präsentismus mit dem Verhalten der Kollegen und der Führungskraft zeigen, dass diese Faktoren jedoch von zentraler Bedeutung sind.

Die instrumentelle und emotionale Unterstützung durch die Kollegen trug im Regressionsmodell am entscheidendsten zu einem geringen Präsentismussniveau bei. Die praktische Hilfe der Kollegen bei der Arbeitserledigung und ein guter sozialer Rückhalt ermöglichen es dem Erkrankten offenbar seine Krankheit auszukurieren und nicht aufgrund falscher Rücksichtnahme die Verschlimmerung und Chronifizierung von Symptomen sowie die Ansteckung anderer zu riskieren. Ein gutes kollegiales Klimas kann durch die Bereitstellung ausreichender Ressourcen und guter Arbeitsbedingungen gefördert werden. Hier ist u.a. die Fähigkeit der Führungskraft gefordert, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen herzustellen (Orthmann et al. 2009).

Dass der Führungsstil einen entscheidenden Einfluss auf das Verhalten der Mitarbeiter haben kann, ist aus der arbeitspsychologischen Forschung hinlänglich be-

kannt (Felfe, 2006; McColl-Kennedy & Anderson, 2002). In Einklang mit dieser Erkenntnis zeigte sich in der vorliegenden Studie korrelativ, dass ein belastendes Vorgesetztenverhalten den Präsentismus erhöhte. Kennzeichen dieses Verhaltens sind die unfaire Behandlung der Mitarbeiter, Schuldzuweisungen und die Arbeit erschwerende Instruktionen. Mitarbeiter, die ihre Führungskraft als wenig wohlwollend erleben, könnten Sanktionen befürchten, wenn sie der Arbeit fernbleiben – auch wenn dies gesundheitliche Gründe hat. Ein Führungsverhalten, das auf Druck basiert, scheint also dazu zu führen, dass Mitarbeiter sich gezwungen fühlen, auch im Krankheitsfall weiterzuarbeiten. Wie in Kapitel 3.2.1 dargestellt, ist insbesondere bei einem angespannten Verhältnis zwischen Führungskraft und Mitarbeiter darauf zu achten, dass Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements, wie z.B. das Rückkehrgespräch, nicht instrumentalisiert werden. Die Schulung und Sensibilisierung der Führungskräfte für die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter ist nicht nur allgemein, sondern auch in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Präsentismusprävention ein lohnenswerter Ansatzpunkt. Hinweise darauf, dass sich unterstützendes und motivierendes Führungsverhalten positiv auf den adäquaten Umgang mit Krankheit auswirkte, ließen sich anhand dieser Studie nicht finden. Dieser Fragestellung sollte in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden.

Erneut zeigte sich bei der Analyse der Prädiktoren des Präsentismus und bei der Auswertung der Präsentismusgründe, dass die quantitative Arbeitsbelastung eine große Rolle bei der Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, spielt. Die Dringlichkeit und Menge der Arbeitsaufgaben und das Fehlen eines Vertreters waren die am meisten genannten Gründe für Präsentismus und sind häufig beschriebene Kennzeichen heutiger Arbeitswelten (vgl. Kapitel 1). Die Verdichtung der Arbeit und die oftmals erforderliche Expertise erschweren das Fehlen bei der Arbeit, weil wichtige Arbeiten von niemand anderem erledigt werden können und somit liegen bleiben. Inwiefern hier Gegenmaßnahmen getroffen werden können, wird Thema der zusammenfassenden Abschlussdiskussion in Kapitel 9 sein.

Unternehmensseitig bietet die Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements einen wertvollen Ansatzpunkt zur Präsentismusprävention. Die Analysen zeigten, dass das Vorhandensein einer Gesundheitskultur und die Durchführung

gesundheitsförderlicher Maßnahmen mit geringerem Präsentismus einhergingen. Im Gegensatz zu bisherigen Studien, die diesen Aspekt thematisierten (z.B. Zok, 2008b), wurde in der durchgeführten Untersuchung ein Messinstrument verwendet, das den Präsentismus relativ zur Erkrankungshäufigkeit erfasste, sodass die Konfundierung mit dem Gesundheitszustand vermindert wurde. Der Einfluss der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Präsentismuskniveau ist somit nicht allein durch eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit erklären, sondern lässt auch den Schluss zu, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu einem verantwortungsvollerem Umgang mit Krankheit führen. Die Befunde zur Gesundheitskultur stützen diese Annahme: auch hier zeigte sich, dass eine ausgeprägte Gesundheitskultur mit geringerem Präsentismus bei den Beschäftigten einherging.

Eine Möglichkeit zur Anpassung der Arbeitszeiten an die Lebenssituation, das persönliche Befinden und die individuelle Leistungskurve ist durch die Nutzung von Gleitzeitregelungen gegeben. In der durchgeführten Studie zeigte sich, dass Mitarbeiter mit Gleitzeit signifikant weniger Präsentismus aufwiesen als diejenigen, die diese Arbeitszeitflexibilität nicht besaßen. Das Angebot, Gleitzeitregelungen in Anspruch zu nehmen, scheint somit durch die Erhöhung der Regulationsmöglichkeiten zu einem adäquateren Umgang mit Krankheit beizutragen und ist im Rahmen der Präsentismusprävention zu empfehlen.

In Bezug auf die Anstellung mit einem befristeten vs. einem unbefristeten Vertrag ließ sich kein Unterschied hinsichtlich des Präsentismus feststellen. Dieser Befund steht in Einklang mit den Ergebnissen zwei weiterer Studien (Aronsson & Gustafsson, 2005; Hansen & Andersen, 2008), in denen sich ebenfalls kein Unterschied zeigte. Da die Gruppe der Mitarbeiter mit befristeten Arbeitsverträgen sehr klein war, sind Stichprobenverzerrungen jedoch nicht ausgeschlossen.

Die Kausalanalysen anhand des cross-lagged-panel-Designs erbrachten in dieser Studie für den Zusammenhang des Präsentismus mit den Antezedenzvariablen keinerlei aussagekräftige Ergebnisse, da kein signifikanter Unterschied zwischen den Modellen mit und ohne Gleichsetzung der Kreuzkorrelationen zu finden war. Finkel (1995) weist darauf hin, dass in die Berechnung der Kreuzkorrelationen u.a. die Autokorrelationen der herangezogenen Variablen über die beiden Messzeit-

punkte (β_2 und β_4) sowie die Synchronkorrelation der Variablen zum ersten Messzeitpunkt (ρ_1) eingehen (siehe Abbildung 8.4.1), denn es ist

$$\rho_{X_1 Y_2} = \beta_1 + \rho_1 \beta_2 \text{ und}$$

$$\rho_{Y_1 X_2} = \beta_3 + \rho_1 \beta_4.$$

Ist die Stabilität der Variable Y also größer als die der Variable X, kann die Kreuzkorrelation zwischen von X_1 und Y_2 größer werden als die zwischen Y_1 und X_2 , auch wenn β_3 größer ist als β_1 .

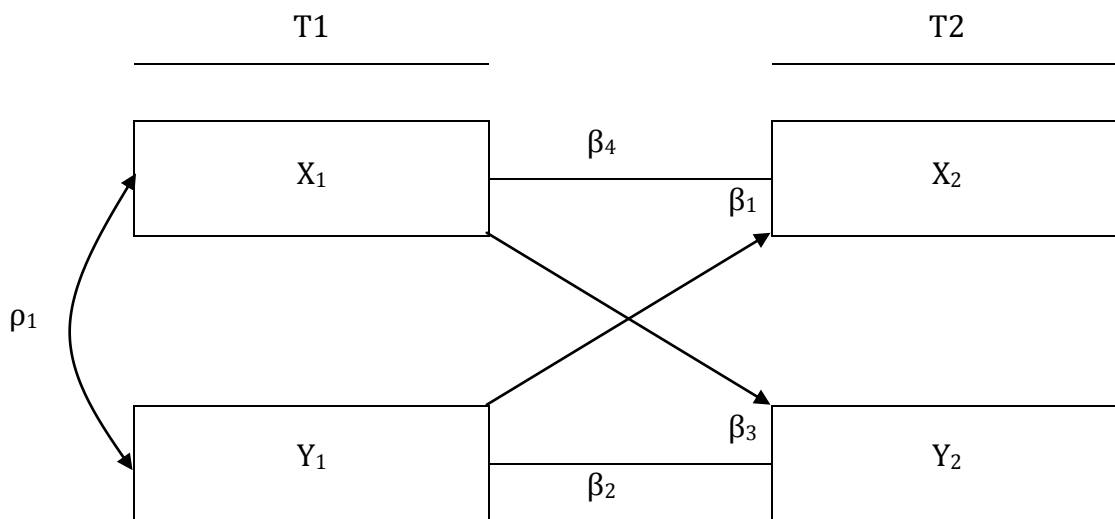


Abbildung 8.4.1 *Cross-lagged-Modell*.

Da in der durchgeführten Studie – außer bei dem Gesundheitszustand und den Fehlzeiten – tatsächlich stets die Autokorrelation der herangezogenen Variablen größer war als beim Präsentismus, ist dies ein möglicher Grund für die gefundenen Ergebnisse. Eine Replikation der Analysen unter Konstanthaltung des Referenzzeitraumes der Präsentismus-Skala könnte in weiteren Studien die Stabilität des Konstrukts erhöhen und somit aussagekräftigere Analysen der Wirkungszusammenhänge ermöglichen.

8.4.3 Auswirkungen des Präsentismus auf den Gesundheitszustand und die krankheitsbedingten Fehlzeiten

Die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit scheint vordergründig ein Verhalten darzustellen, das dem Unternehmen Kosten und Unannehmlichkeiten durch krankheitsbedingte Ausfälle erspart. Betrachtet man jedoch die potentiellen Begleiterscheinungen und Auswirkungen des Präsentismus wird klar, dass langfristig möglicherweise die Nachteile dieses Verhaltens überwiegen.

In der durchgeführten Studie wurde der berichtete Präsentismus mit den krankheitsbedingten Fehltagen sowie dem allgemeinen Gesundheitszustand in Beziehung gesetzt. Hinweise darauf, dass ein beeinträchtigter Gesundheitszustand nicht nur Ausgangsbasis, sondern auch Folge des Präsentismus sein kann, lieferte neben dem längsschnittlichen Korrelationsmuster die cross-lagged-panel-Analyse. Hier deutet sich – konform mit vorherigen Befunden (Bergström et al. 2009) – an, dass Präsentismus zu einem schlechteren Gesundheitszustand führt. Deutlicher zeigten sich die gesundheitlichen Auswirkungen des Präsentismus bei Betrachtung der Fehlzeiten. Die Kausalanalyse des Zusammenhangs von Präsentismus mit den Fehltagen erbrachte das Ergebnis, dass dieser in einem längerfristigen Wirkungsrahmen krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten signifikant erhöht. Dieser Befund steht in Einklang mit skandinavischen Studien (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson et al. 2009; Hansen & Andersen, 2009), die zeigen konnten, dass Präsentismus das Risiko für längere krankheitsbedingte Absenzen zur späteren Messzeitpunkten steigerte. Die These, dass die ausbleibende Regeneration aufgrund von Präsentismus zu einem krankheitsevozierenden „allostatic load“ führt, findet durch das gefundene Muster Bestätigung. Ein möglicher Einwand wäre hier, dass der Anstieg der Fehltagel nicht auf gesundheitliche Gründe zurückzuführen ist, sondern im Sinne eines kompensatorisches Rückzugsverhalten als Reaktion auf erzwungenen Präsentismus zu deuten ist. Gegen diese Interpretation sprechen jedoch die geringen Synchronkorrelationen des Präsentismus mit den Fehlzeiten. Würden Mitarbeiter „krankfeiern“ um eine vorhergehende Mehrbelastung auszugleichen, ist anzunehmen, dass sich dies auch zum ersten Messzeitpunkt niederschlagen würde.

Bei der Analyse des Zusammenhangs von Präsentismus mit den Fehltagen ist zu beachten, dass sich die Erhebung dieser Konstrukte auf unterschiedliche Beurteilungszeiträume bezieht. Während zum ersten Messzeitpunkt das Verhalten der letzten zwölf Monate berichtet werden sollte, waren zum zweiten Messzeitpunkt die vergangenen sechs Monate Auskunftsgrundlage. Zwar ist die absolute Höhe der Fehltagelänge für die korrelativen Analysen nicht ausschlaggebend, dennoch ist es möglich, dass aufgrund der unterschiedlichen Referenzzeiträume ein verändertes Antwortverhalten resultierte (vgl. Seite 222).

Insgesamt weisen die Befunde zu den aus Präsentismus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den Fehltagen darauf hin, dass sich das Weiterarbeiten trotz Krankheit auf die Gesundheit – und damit die Leistungsfähigkeit und Anwesenheitszeiten der Mitarbeiter – langfristig negativ auswirkt und somit auch aus betriebswirtschaftlichen Gründen Berücksichtigung finden sollte.

8.4.4 Relevanz, Stärken und Schwächen der Studie – Implikationen für die weitere Forschung

Die durchgeführte Studie ermöglichte die längsschnittliche Analyse der Zusammenhänge zwischen dem Präsentismus und zahlreichen Aspekten der Arbeitstätigkeit, die bisher nur selten Gegenstand von Untersuchungen zum Präsentismus waren. Die gefundenen Ergebnisse ermöglichen ein verbessertes Verständnis des Präsentismus und bieten wertvolle Ansatzpunkte für das betriebliche Gesundheitsmanagement.

Die Präsentismus-Skala erwies sich erneut als valides und reliables Messinstrument, das mit den herangezogenen Außenkriterien bedeutsame und plausible Zusammenhänge aufwies und eine zufriedenstellende Stabilität zeigte. Ihr Einsatz scheint somit sowohl für die Forschung als auch für den betrieblichen Kontext von Nutzen zu sein.

In Bezug auf die Stichprobe ist zu beachten, dass die Befragung anhand eines Online-Panels durchgeführt wurde und aufgrund dessen Selbstselektionseffekte nicht ausgeschlossen werden können. Es ist anzunehmen, dass sich freiwillige Teilnehmer an der Markt- und Sozialforschung im Internet von anderen Beschäftigten un-

terscheiden und die Stichprobe somit nicht repräsentativ ist. Studien, die sich mit den Charakteristika von Internetnutzern generell beschäftigten, weisen darauf hin, dass Internetuser im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung jünger, einkommensstärker, gebildeter und häufiger männlich sind (Göritz & Moser, 2000). In Bezug auf die vorliegende Studie lässt sich diese systematische Verzerrung nicht feststellen. Hier war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen, der Altersdurchschnitt betrug 40 Jahre und der sozioökonomischen Status lag insgesamt in einem mittleren Bereich. Einschränkend festzustellen ist jedoch, dass nur etwa 15% der Befragten einen geringen, 44% hingegen einen hohen sozioökonomischen Status hatten und die Befragten überwiegend mit einem unbefristeten Vertrag und in Vollzeitanstellung beschäftigt waren. Bei der Generalisierung der Befunde ist deshalb ggf. zu beachten, dass die gefundenen Ergebnisse eher auf Beschäftigte in sicheren und gehobenen Arbeitsverhältnissen zutreffen.

Wie auch in den vorhergehenden Studien beruhten die Erhebungsdaten auf Selbstauskünften der Befragten. Noch mehr als bei einer anonymen Mitarbeiterbefragung ist aber auch bei dieser Studie davon auszugehen, dass die Probanden wenig Grund hatten, absichtlich Antworten zu verfälschen oder politisch motiviert zu antworten. Nicht auszuschließen ist hingegen, dass Häufigkeiten für die z.T. langen Referenzzeiträume nicht exakt erinnert wurden. Dies betrifft v.a. die Abfrage der aufgetretenen Fehlzeiten und in geringerem Maß auch die Beurteilung der relativen Präsentismushäufigkeit. Insgesamt ist aber davon auszugehen, dass die Befragten ihre krankheitsbedingten An- und Abwesenheitszeiten hinreichend genau erinnern konnten.

Die Analyse der Fehlzeitenentwicklung bei erhöhten Präsentismuswerten deutete darauf hin, dass dieser langfristig von entscheidender betriebswirtschaftlicher Bedeutung für das Unternehmen sein kann, wenn sich die Gesundheit der Mitarbeiter aufgrund des häufigen Arbeitens trotz Krankheit verschlechtert. Der Handlungsbedarf in Bezug auf die Präsentismus-Prävention wird durch diese Befunde deutlich unterstrichen.

Mit der sozialen Unterstützung durch die Kollegen wurde eine wichtige Ressource identifiziert, die zur Verhinderung von Präsentismus beitragen kann. Darüber hinaus wurde der Einfluss des Führungsverhaltens, auf die Entscheidung, trotz

Krankheit zu arbeiten, aufgezeigt. Erneut bestätigte sich, dass die Belastung durch viele und dringende Arbeitsaufgaben und Termine den Präsentismus erhöhte. Anknüpfungspunkte auf organisationaler Ebene bot der Befund, dass eine betriebliche Gesundheitsförderung, die Etablierung einer Gesundheitskultur und die Einführung von Gleitzeit zu signifikant weniger Präsentismus führten. Die erfolgreiche Identifizierung zahlreicher Handlungsmöglichkeiten zur Förderung der Gesundheit und des gesundheitsgerechten Verhaltens beweist die hohe Relevanz der durchgeführten Untersuchung für die betriebliche Praxis.

9 Abschlussdiskussion

Präsentismus ist ein Phänomen in der Arbeitswelt, das aufgrund seiner Auswirkungen für den individuellen Mitarbeiter als auch für das Unternehmen zunehmend Interesse findet. Dennoch steht die Messung und Erforschung des Präsentismus in Deutschland noch ganz am Anfang.

In der vorliegenden Arbeit wurde zunächst eine Skala entwickelt, deren Ziel es war, das Arbeiten trotz Krankheit verhaltensnah abzubilden und gesundheitlich bedingte Einflüsse auf dessen Auftretenswahrscheinlichkeit gering zu halten. Drei umfangreiche Studien gaben Aufschluss über Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus und zeigten die Relevanz des Präsentismus für das betriebliche Gesundheitsmanagement auf.

In diesem Kapitel werden zunächst die Befunde zur psychometrischen Qualität der neu entwickelten Präsentismus-Skala diskutiert. Anschließend werden die Ergebnisse der drei durchgeführten Studien sowie vorherige Forschungsbefunde zu einem Wirk- und Handlungsmodell zusammengeführt, welches im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingesetzt werden kann, um den Präsentismus zu senken und das gesunde Arbeiten zu fördern. Ein Forschungsausblick und Gesamtfazit rundet die vorliegende Arbeit ab.

9.1 Messung von Präsentismus

Die bisherige Messung des Präsentismus in psychologisch orientierten Studien anhand eines Einzelitems war mit diversen messtheoretischen Problemen behaftet (vgl. Kapitel 4.1.1), die die Aussagekraft der Befunde einschränkten. Zur Überwindung dieser Probleme wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit eine theoretisch fundierte Skala zur Messung des Präsentismus entwickelt und systematisch validiert.

Zur Prüfung der psychometrischen Eigenschaften der Skala wurden deskriptive Kennwerte betrachtet sowie strukturprüfende Verfahren eingesetzt. Aufgrund statistischer Kriterien wurde zunächst ein Item eliminiert, sodass eine sechs Items umfassende Skala resultierte. Die Untersuchung der Dimensionalität dieser Skala erbrachte explorativ eine einfaktorielle Struktur. Im Rahmen der konfirmatori-

schen Prüfung der Eindimensionalität wurde in den beiden Unternehmensstudien jedoch nur ein mäßiger Fit erzielt. In der Online-Studie mit Berufstätigen aus unterschiedlichen Organisationen war der Fit zum ersten Messzeitpunkt gut, zum zweiten Messzeitpunkt lagen wiederum nicht alle Fitindizes im geforderten Wertebereich. Da bei allen drei Studien die interne Konsistenz der Skala sehr hoch war und alle Itemstatistiken zufriedenstellende Werte aufwiesen, lässt sich insgesamt dennoch die sehr gute psychometrische Qualität der Skala bescheinigen. In Bezug auf die Retest-Reliabilität der Skala lässt sich festhalten, dass sich für einen Zeitraum von sechs Monaten ein Korrelationskoeffizient in Höhe von $r = .61$ zeigte und somit eine gute Stabilität vorliegt. Die Qualität der Skala spiegelte sich auch in der Konstruktvalidität wider, die anhand der Korrelation mit diversen Außenkriterien und mit dem bisher meist verwendeten Single Item-Maß untersucht wurde. Im Vergleich mit der Single Item-Messung des Präsentismus zeigte die Skala erwartungsgemäß schwächere Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Variablen, aber stärkere mit verhaltensbezogenen Aspekten. Dies weist darauf hin, dass das Ziel, Einflüsse des allgemeinen Gesundheitszustands bei der Messung des Präsentismus zu minimieren, erreicht wurde. Insgesamt waren die beiden Instrumente zu $r_s = .494$ miteinander korreliert. Dies entspricht einer erwartungsgemäß substantiellen Korrelation, verdeutlicht aber auch die Unterschiede bei der Erhebung des Präsentismus. Befunde aus bisherigen Studien lassen sich entsprechend nicht deckungsgleich auf die Skala übertragen.

Insgesamt wies der anhand der Skala gemessene Präsentismus plausible und hypothesenkonforme Zusammenhänge mit den herangezogenen Außenkriterien auf, die darauf schließen lassen, dass die angestrebte verhaltensnahe und möglichst unkonfundierte Erfassung des Präsentismus gelungen ist. Aus diesem Grund empfiehlt sich der Einsatz der Skala für die weitere Erforschung der Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus.

9.2 Wirkmodell: Ansatzpunkte für das betriebliche Gesundheitsmanagement zur Senkung des Präsentismus

Ausgangspunkt der An- bzw. Abwesenheit im Krankheitsfall ist die Beeinträchtigung des Befindens durch akute oder chronische Krankheitssymptome. Unbestrit-

ten ist deshalb, dass die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten sowie die Unterstützung beim Umgang mit spezifischen Krankheitsbildern dazu beitragen, das Risiko für Präsentismus zu reduzieren. Ein Artikel von Fissler und Krause (2010) bietet einen umfassenden Überblick über diesbezügliche Ansatzpunkte im Unternehmen. Schwerpunkt der nachfolgenden Darstellung soll aber die psychologische Komponente des Präsentismus sein. Ausgehend von den in dieser Arbeit dargestellten Theorien, Modellen und Befunden, wird ein Modell zum Krankheitsverhalten am Arbeitsplatz postuliert, das nicht nur die äußeren Bedingungen berücksichtigt, die zu Präsentismus führen, sondern auch den Deckel der „Black Box“ des Wahrnehmungs- und Entscheidungsprozesses anhebt. Im Modell werden damit auch innere Faktoren, die Entscheidung, krank zur Arbeit zu kommen beeinflussen, integriert.

Orientiert an dem in Abbildung 9.2.1 dargestellten Modell werden im Folgenden die bisherigen Erkenntnisse der Präsentismusforschung sowie die eigenen empirischen Befunde zusammenfassend diskutiert und mögliche Ansatzpunkte für die Personalpolitik und das betriebliche Gesundheitsmanagement abgeleitet.

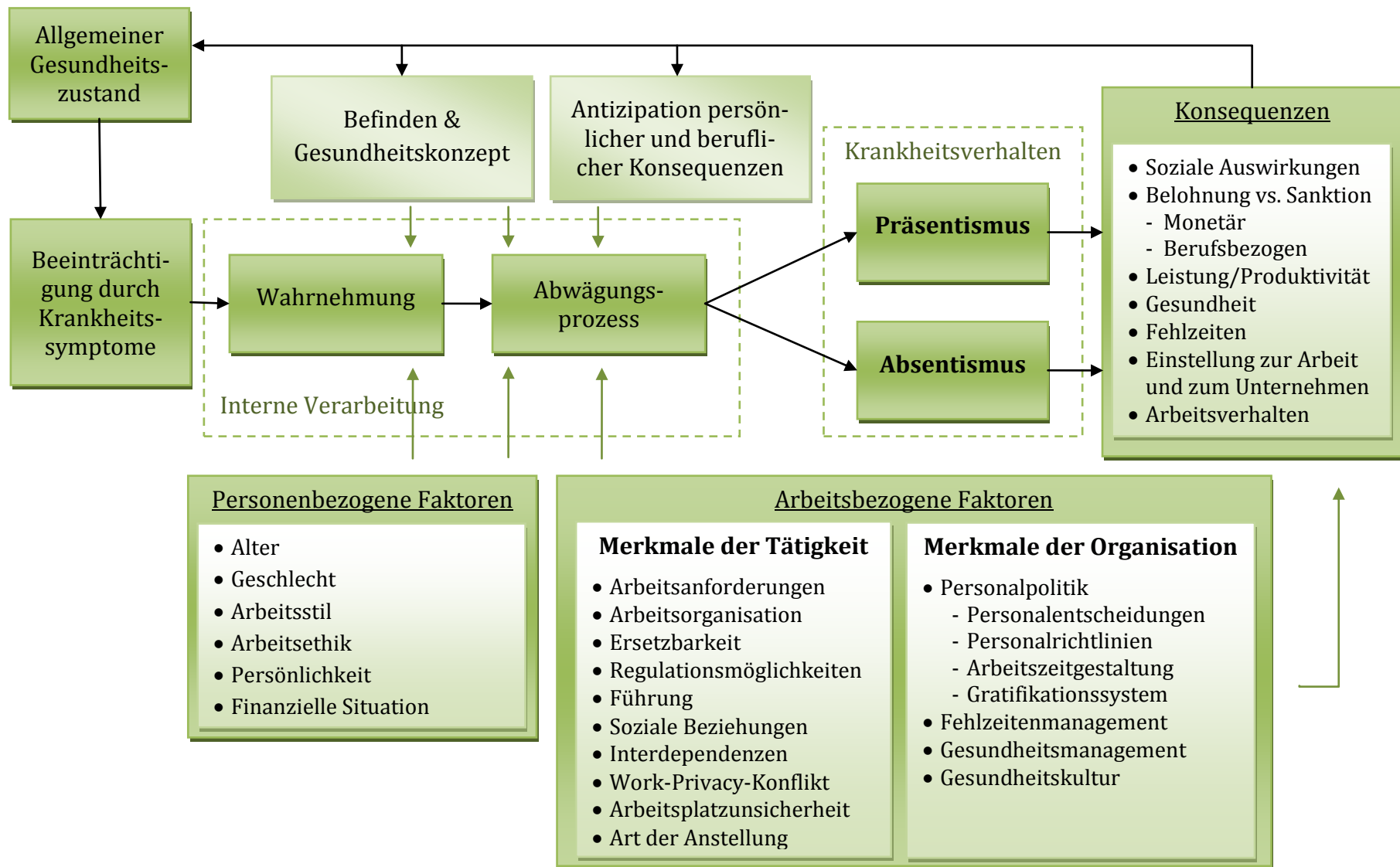


Abbildung 9.2.1 Integratives Modell des Krankheitsverhaltens am Arbeitsplatz.

9.2.1 Symptomwahrnehmung und Abwägungsprozess

Die aus körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen resultierenden Symptome müssen zunächst von der betroffenen Person wahrgenommen werden, damit ein bewusster Abwägungsprozess bezüglich des Umgangs mit diesen stattfinden kann. Beeinflusst werden die Wahrnehmung und der Abwägungsprozess zunächst durch das psychische und körperliche Befinden sowie das Gesundheitskonzept des Betroffenen. Je stärker die Symptome ausgeprägt sind, desto eher werden diese wahrgenommen und auf sie reagiert. Wie in Kapitel 2.1.3 geschildert, ist darüber hinaus das Gesundheitskonzept einer Person von zentraler Bedeutung für die Einschätzung der Symptome und den Umgang mit diesen. Während z.B. Beschäftigte mit einem handlungs- und leistungsorientiertem Gesundheitskonzept körperliche Beschwerden solange ignorieren, bis ihre Leistungsfähigkeit komplett versagt, registrieren Menschen mit einem psychologisch geprägten Gesundheitsbewusstsein schon früh Warnsignale und versuchen durch Selbst- oder Fremdbehandlung ihre Gesundheit aktiv wiederherzustellen. Ein Ansatzpunkt für das betriebliche Gesundheitsmanagement könnte in Bezug auf diesen Aspekt die Sensibilisierung für den Umgang mit der eigenen Gesundheit sowie die Vermittlung von Gesundheitswissen sein. Gesundheitscoachings, Achtsamkeits- und Stressmanagementtrainings werden derzeit bereits von vielen Unternehmen eingesetzt, um gesundheitsbezogene Kompetenzen der Mitarbeiter zu stärken. Darüber hinaus kann durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auch unmittelbar Erkrankungen vorgebeugt werden. Gängige Maßnahmen sind hier die Verabreichung von Gripeschutzimpfungen, Gesundheitschecks oder Sport- und Ernährungsangebote.

9.2.2 Personenbezogene Einflussfaktoren

Personenbezogene Faktoren nehmen auf die Wahrnehmung von Symptomen und den Abwägungsprozess in Bezug auf das Krankheitsverhalten in bedeutsamen Maße Einfluss. In Bezug auf *Alters- und Geschlechtseffekte* liegen bisher sehr heterogene Befunde vor, sodass hier keine allgemeingültigen Interventionen abgeleitet werden können. Ein Fokus könnte hingegen auf individuellen Einstellungen und Verhaltensweisen liegen, die ein maladaptives Krankheitsverhalten begünstigen.

In der eigenen Untersuchung mit Krankenhaus-Mitarbeitern sowie in Studien von Schaufeli et al. (2008; 2009) zeigte sich ein substantieller Effekt des exzessiv-zwanghaften *Arbeitsstils* auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten. Personen mit einem ausgeprägten derartigen Arbeitsverhalten werden sogar als „arbeitsüchtig“ bezeichnet – dies spiegelt die Pathogenität des zwanghaften Charakters dieses Arbeitsstils wider und deutet auf dessen Behandlungsbedarf hin. Auch wenn noch keine manifeste Arbeitssucht vorliegt, sollte ein auffällig exzessives Arbeitsverhalten in jedem Fall Beachtung finden. Hier sind insbesondere die Führungskräfte gefragt, solche Verhaltensweisen bei ihren Mitarbeitern zu erkennen, anzusprechen und adäquate Hilfestellung zu leisten.

Nicht ohne Weiteres zu beeinflussende Personenmerkmale sind die Arbeitsethik und Persönlichkeit des Mitarbeiters. Unter dem Aspekt der *Arbeitsethik* wird die allgemeine Einstellung einer Person zur Berufstätigkeit verstanden. Mitarbeiter mit einer sog. protestantischen Arbeitsethik sehen die Arbeit als gottgewollte, nicht zu hinterfragende Pflicht (Weber & Kaesler, 2006), während andere möglicherweise schon „innerlich gekündigt“ haben (vgl. Faller, 1993). Dass die Arbeitsethik eine wichtige Rolle spielt, deutete sich z.B. bei der Untersuchung von McKevitt et al. (1997) zum Präsentismus bei Ärzten an. Studien zum Zusammenhang von Absentismus und der protestantischen Arbeitsethik zeigen, dass diese in einem negativen Zusammenhang stehen (Judge & Martocchio, 1996; Rushmore & Youngblood, 1979). Auch der Einfluss der *Persönlichkeit* auf die Fehlzeiten wurde wiederholt nachgewiesen (Furnham & Bramwell, 2006; Judge & Martocchio, 1996; Judge et al. 1997; Keller, 1983; Ones et al. 2003). Einen ersten Hinweis auf persönlichkeitsbezogene Einflüsse auf den Präsentismus lieferte die Studien von Aronsson & Gustafsson (2005) bei der die mangelnde Fähigkeit, sich von Forderungen anderer abzugrenzen zu können („individual boundarylessness“) bedeutende Beziehungen zum Präsentismus aufwies. Insgesamt erscheinen Einflüsse der Persönlichkeit und Arbeitsethik für das Krankheitsverhalten von Bedeutung zu sein und sind somit bei betrieblichen Interventionen zur Senkung des Präsentismus zu berücksichtigen. Ein möglicher Ansatz wäre es etwa Risikopersonen zu identifizieren und diese für ihr Verhalten und dessen potentielle Auswirkungen zu sensibilisieren.

Da in Deutschland die Entgeltfortzahlung am dem ersten Krankheitstag gesetzlich verankert ist, sind starke Einflüsse der *finanziellen Situation* auf das Krankheitsverhalten nicht zu erwarten. Kleinere Effekte könnten durch finanzielle Einbußen aufgrund des Wegfalls von Boni oder im Rahmen prekärer Beschäftigungsverhältnisse entstehen, bei denen das Fernbleiben von der Arbeit mit einer Gefährdung des Arbeitsplatzes einhergeht oder bei Anstellungsarten, bei denen nur die tatsächlich geleistete Arbeit bezahlt wird (z.B. auf Honorarbasis). In bisherigen Studien deuten sich leichte Einflüsse der finanziellen Situation an (Aronsson & Gustafsson, 2005; Zok, 2008b), insgesamt liegen insbesondere für die BRD jedoch kaum Befunde vor. Als allgemeine Empfehlung zur Verhinderung von Präsentismus ist hier die Gestaltung von Arbeitsverträgen anzuführen, die dem Beschäftigten ein sicheres und angemessenes Auskommen ermöglichen. Leistungsbezogene Vergütungsanteile sollten an Zielvorgaben gekoppelt sein, die mit durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten noch zu erreichen sind.

9.2.3 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren

Auf Seiten der arbeitsbezogenen Faktoren können sowohl Merkmale der Tätigkeit als auch Merkmale der Organisation den Abwägungsprozess im Krankheitsfall beeinflussen. Die eigenen empirischen Studien bestätigen den Befund vorheriger Untersuchungen, dass in Bezug auf die Tätigkeit vor allem *quantitative Arbeitsbelastungen* einen unabhängigen Einflussfaktor auf den Präsentismus darstellen. Neben dem wahrgenommenen Zeitdruck bzw. der mengenmäßigen Arbeitsbelastung stand Präsentismus auch mit den geleisteten Überstunden in einem positiven Zusammenhang. Es zeigte sich zudem, dass die *Konflikthaftigkeit von Beruf und Privatleben* mit Präsentismus einherging. Die durch diese Variablen widergespiegelte Arbeitsverdichtung und -entgrenzung (vgl. auch Kocyba & Voswinkel, 2007b; Voß, 1998) ist eine zentrale Herausforderung der neuen Arbeitswelt, die sich bisher vor allem bei hochqualifizierten Beschäftigten zeigt (Wagner, 2001). Da in Folge der demografischen Entwicklung immer weniger Arbeitnehmer immer mehr Arbeit leisten müssen (Badura et al. 2010, S. 27) und der Anteil hochqualifizierte Tätigkeiten ansteigt (Reinberg & Schreyer, 2003), kann zukünftig eine Verschärfung dieser Problematik eintreten. Die Entgrenzung der Arbeit äußert sich u.a. darin, dass die

Anzahl der Arbeitsstunden steigt und die Grenze zwischen Privat- und Berufsleben verschwimmt (z.B. durch ständige Erreichbarkeit via Handy oder E-Mail, durch Rufbereitschaft, Home-Office etc.; vgl. Voß, 1998, S. 474f.). Diese Grenzenlosigkeit schlägt sich offenbar auch im Umgang mit Gesundheit nieder.

Auch die allgemeine *Arbeitsorganisation* kann Einfluss auf das Krankheitsverhalten nehmen. Arbeitnehmer werden zunehmend indirekt über Zielvorgaben geführt (Peters & Sauer, 2005; Wilde, Dunkel, Hinrichs & Menz, 2010). Die Verlagerung der Ergebnisverantwortung auf den Arbeitnehmer als „internen Unternehmer“ (Kocyba & Voswinkel, 2007b, S. 12) erhöht einerseits dessen Gestaltungsspielraum bei der individuellen Arbeitserledigung, andererseits führt es aber auch zu größeren Verantwortlichkeiten, Kooperationserfordernissen und Selbstmanagementanforderungen (Brödner, 2002; Voß, 1998). Gesundheitsförderliches Potential kann diese Form der Arbeitsorganisation nur dann entwickeln, wenn nicht nur die Verantwortlichkeiten delegiert, sondern auch ausreichende Ressourcen (Personalausstattung, Informationen, Befugnisse, Finanzmittel) zur Verfügung gestellt werden und wenn eine entsprechende fachliche und überfachliche Qualifikation der Beschäftigten vorliegt (Brödner, 2002; Ducki, 2000). Stehen Anforderungen und Ressourcen in einem Missverhältnis, resultieren Überforderungszustände, die offenbar auch das Krankheitsverhalten beeinflussen. Empirisch zeigte sich in den eigenen Studien, dass neben der quantitativen Arbeitsbelastung, auch qualitative Aspekte der Arbeitstätigkeit in einem Zusammenhang mit Präsentismus stehen. Neben den wahrgenommen sozialen Anforderungen, den Kooperationserfordernissen und dem Leistungsdruck bei der Arbeit, erwies sich ein belastendes Verhalten der Führungskraft als präsentismusfördernd. Dieses ist dadurch gekennzeichnet, dass die Führungskraft durch ihre Anweisungen das Arbeiten erschwert und eine geringe Integrität besitzt. Die fehlende Unterstützung und Rückendeckung durch die Führungskraft fällt möglicherweise besonders bei indirekten Steuerungsformen ins Gewicht, da sie die Erfüllung von Zielvorgaben und die Ausbalancierung der hohen Arbeitsanforderungen zusätzlich erschwert. Vermittelt werden sollte den Führungskräften bei der Einführung neuer Steuerungsformen somit, dass neben Zielvorgaben auch die notwendigen Mittel und praktische Unterstützung zur Verfügung gestellt werden müssen, um Mitarbeitern ein „gesundes“ Arbeiten zu

ermöglichen. Weitere Forschung ist notwendig, um die Zusammenhänge der Arbeitsorganisation mit dem Präsentismus näher zu untersuchen und um daran anknüpfende praktische Implikationen für das Unternehmen abzuleiten.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts durch eine Flexibilisierung und strukturelle Wandlung der Arbeit gekennzeichnet ist (Brödner, 2002) und dies (v.a. bei hochqualifizierten Tätigkeiten) dazu führt, dass feste Arbeitsstrukturen aufweichen und Beschäftigte zunehmend als „interne Unternehmer“ agieren müssen. Hieraus resultieren neue Herausforderungen an die „Selbstmanagementfähigkeiten“ der Arbeitnehmer:

„Wirkten feste Arbeitsstrukturen bis dahin meist als herrschaftliche, autonomes Handeln und Selbstentfaltung behindernde Vorgaben, wird nun zunehmend auch ihre handlungsermöglichende, entlastende und beschützende Funktion deutlich – und die wachsende Erwartung an eine autonome Selbststrukturierung der Arbeit wird als heteronome Anforderung mit eigener Belastungsqualität erkennbar, so dass die individuelle Selbstbegrenzung von Handlungsoptionen in der Arbeit (vermutlich nicht selten gegen betriebliche Erwartungen) Schutz vor bedrohlicher Überforderung bieten soll. Die erweiterten Möglichkeiten zur Strukturierung von Arbeit bieten damit zwar neue Chancen für ein selbstbestimmteres und damit manchmal auch humaneres Arbeiten – sie kippen jedoch im gleichen Zuge nicht selten in neue Risiken um, allem voran in das Risiko der Überlastung mit Strukturierungszwängen.“
(Voß, 1998, S. 477)

Auch in Bezug auf die eigene Gesundheit und das eigene Wohlbefinden müssen Arbeitnehmer ihre Kompetenzen erweitern: zunehmend ist die Fähigkeit gefordert, für die eigenen gesundheitlichen Interessen einzustehen und sich in seinem Arbeitsengagement sinnvoll zu begrenzen. Dies muss mit geeigneten Strukturen und Maßnahmen auf Unternehmensebene ermöglicht werden.

Ein weiterer Stressor, der in engen Zusammenhang mit dem Präsentismus steht, ist die *Arbeitsplatzunsicherheit*. Neben der Angst vor dem totalen Verlust des Arbeitsplatzes (quantitative Arbeitsplatzunsicherheit) ist auch die Befürchtung, dass wertgeschätzte Merkmale der Arbeit eingebüßt werden (qualitative Arbeitsplatz-

unsicherheit) ein Grund, trotz Krankheit zu arbeiten. In bisherigen Studien wurde vor allem die quantitative Arbeitsplatzunsicherheit mit dem Krankheitsverhalten in Beziehung gesetzt. Hier zeigten sich durchgängige positive Zusammenhänge mit dem Präsentismus (Caverley et al. 2007; Hansen & Andersen, 2008; Schmidt & Schröder, 2009; Zok, 2008b). Hinweise darauf, dass auch die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit von Bedeutung sein könnte, lieferte der Befund von Zok (2008b), dass Arbeitnehmer berufliche Nachteile bei Krankmeldungen befürchteten. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit geprüft. In der Energieversorger-Studie zeigte sich dabei empirisch, dass die qualitative Arbeitsplatzunsicherheit sowohl bei den Führungskräften als auch bei den Mitarbeitern ohne Führungsverantwortung ein unabhängiger Prädiktor des Präsentismus war. Die Reduzierung von quantitativer und qualitativer Arbeitsplatzunsicherheit ist in Zeiten ständiger Unternehmensumstrukturierungen von steigender Relevanz. Für das Sicherheitsgefühl der Organisationsmitglieder ist das Vertrauen in das Management (Ashford et al. 1989; Van Vuuren, Klandermans, Jacobson & Hartley, 1991) und die wahrgenommene Unterstützung durch die Organisation (Rosenblatt & Ruvio, 1996; Rosenblatt, Talmud & Ruvio, 1999) bedeutsam. Diese können laut Brockner (1992) gefördert werden, wenn bei Entlassungen transparent und fair vorgegangen wird und die verbleibenden Mitarbeiter („survivor“) beim Umgang mit den Veränderungen unterstützt werden (S. 17): “To elicit the most positive reactions among survivors, managers need to conduct the layoff fairly, help survivors cope with the negative changes in the workplace, and encourage survivors to focus on the positive changes in the work setting”. Darüber hinaus sollte das Unternehmen klare und frühzeitige Ankündigungen machen und den Entlassenen bei der Suche nach einer neuen Anstellung Hilfe anbieten. Eine offene und verlässliche Kommunikation vor, während und nach der Entlassungsphase durch das Management ist notwendig, um das Vertrauen der Mitarbeiter zu behalten und um Ängste zu reduzieren (Brockner, 1992; S. 20f). Ähnliches gilt bei Umstrukturierungsprozessen, bei denen zwar keine Entlassungen anstehen, Mitarbeiter aber befürchten müssen, dass Versetzungen anstehen oder sich wertgeschätzte Tätigkeitsmerkmale (z.B. Gehalt, Sozialleistungen) verändern. Auch hier ist ein faires und transparentes Handeln unerlässlich, um Unsicherheiten zu reduzieren und motivierte und gesunde Mitarbei-

ter weiter zu beschäftigen. Zur Reduzierung der Arbeitsplatzunsicherheit bietet darüber hinaus die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit („Employability“) der Mitarbeiter anhand von Maßnahmen der Kompetenz- und Personalentwicklung einen Ansatzpunkt (siehe auch Kapitel 7.4.2).

Merkmale der Organisation, die das Krankheitsverhalten beeinflussen, betreffen die Personalpolitik und den Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Unternehmen. Werden z.B. kranke Mitarbeiter entlassen, so zeigt sich empirisch, dass die verbleibenden Mitarbeiter eher berufliche Nachteile bei Krankmeldungen befürchten und krank zur Arbeit kommen (Zok, 2008b). Auch das *Fehlzeitenmanagement* hat eine unmittelbare Wirkung auf das Verhalten im Krankheitsfall, da der betriebliche Umgang mit krankheitsbedingtem Fehlen Signalwirkung hat und sich aus den diesbezüglichen Regelungen direkte Konsequenzen für den Mitarbeiter ergeben. Erste Studien konnten erhöhte Präsentismuswerte in Unternehmen nachweisen, in denen bei häufigeren Fehlzeiten Vorgesetztengespräche fällig wurden (Grinyer & Singleton, 2000) oder bei denen eine Attestpflicht ab dem ersten Tag bestand (Böckerman & Laukkanen, 2009). Insbesondere bei der Handhabung von Fehlzeiten- und Rückkehrgesprächen ist ein sensibles Vorgehen gefragt, damit diese gesundheitsförderlich und nicht repressiv wirken (siehe Kapitel 3.2.1.1). Müssen Mitarbeiter Sanktionen bei krankheitsbedingtem Fehlen befürchten, erhöht dies den Anwesenheitsdruck, sodass Präsentismus resultieren kann. Ein Rückgang des Krankenstands zu Ungunsten der Gesundheit kann jedoch nicht Ziel eines Unternehmens sein, das von der dauerhaften Leistungsfähigkeit seiner Mitarbeiter abhängig ist.

In den Unternehmensleitlinien sollten deshalb der Schutz und die Förderung der Mitarbeitergesundheit als Ziel verankert sein, das im Rahmen der *Personalpolitik* und bei personalbezogenen Entscheidungen berücksichtigt wird. Arbeitszeitregelungen, Gratifikationssysteme und Personalrichtlinien sollten stets auf ihre langfristige gesundheitliche Wirkung hin geprüft werden. In Bezug auf den Präsentismus liegen bisher kaum empirische Befunde zu diesen Bereichen vor, in der eigenen Studie konnte jedoch gezeigt werden, dass Beschäftigte weniger häufig trotz Krankheit arbeiteten, wenn das Unternehmen die Möglichkeit, Gleitzeitregelungen

zu nutzen anbot und die Mitarbeitergesundheit einen hohen Stellenwert einnahm. In Betrieben mit gesundheitsförderlichen Maßnahmen zeigte sich in der Befragung von Zok (2008b) wie auch in der eigenen Panel-Studie ein signifikant geringeres Präsentismusniveau. Gelebte gesundheitspolitische Ziele und Maßnahmen im Unternehmen führen zu einer wahrnehmbaren *Gesundheitskultur*, die sich auf das Verhalten der Mitarbeiter auswirkt (Zimolong & Elke, 2005). In den eigenen durchgeführten Studien zeigte sich, dass das Vorhandensein einer solchen Gesundheitskultur mit einer geringeren Neigung, trotz Krankheit zu arbeiten, einherging.

9.2.4 Antizipation der persönlichen und beruflichen Konsequenzen des Krankheitsverhaltens

Die Entscheidung, im Krankheitsfall zu Hause zu bleiben oder weiterzuarbeiten, wird neben dem Befinden und dem Gesundheitskonzept sowie den personen- und arbeitsbezogenen Faktoren vermutlich auch durch die geistige Vorwegnahme (Antizipation) der persönlichen und beruflichen Konsequenzen des Krankheitsverhaltens beeinflusst. Gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung sind Menschen darauf bedacht, Ressourcen zu erhalten, zu schützen und auszubauen. Diese Ressourcen können materielle und immaterielle Objekte oder Bedingungen sein, die von der Person wertgeschätzt werden oder, die als Mittel dienen andere wertgeschätzte Ressourcen zu erhalten (Hobfoll, 1989). Beim Abwägungsprozess in Bezug auf das Krankheitsverhalten werden entsprechend mögliche Ressourcenverluste und -gewinne antizipiert. Die eingeschätzte Eintretenswahrscheinlichkeit der antizipierten Konsequenzen ist i.S. der Theorie des Modelllernens (Bandura, 1976) von den Erfahrungen abhängig, die im Zusammenhang mit der Regulierung von Krankheit im beruflichen Kontext gemacht wurden. Die bei anderen beobachteten oder selbst erlebten Konsequenzen können dazu führen, dass Mitarbeiter sich auch bei einer deutlichen Befindensbeeinträchtigung dazu entschließen, trotz Krankheit weiterzuarbeiten. Führen zum Beispiel krankheitsbedingte Abwesenheitszeiten im Unternehmen zu Sanktionen, beruflichen Nachteilen oder sogar zur Entlassung (vgl. Kapitel 4.4.1.6), steigt die Wahrscheinlichkeit dafür, dass Mitarbeiter Präsentismus statt Absentismus zeigen. Andererseits können auch Belohnungen dazu

führen, dass Mitarbeiter im Krankheitsfall weiterarbeiten. Diese können z.B. die Form sozialer Anerkennung oder monetärer Gratifikationen annehmen. Die COR-Theorie nimmt zudem an, dass im Rahmen des Abwägungsprozesses nicht nur die individuellen, sondern auch die sozialen Auswirkungen für Kollegen, Kunden und Klienten antizipiert werden. Die möglichen Konsequenzen des Präsentismus werden im Folgenden eingehender erläutert.

9.2.5 Konsequenzen des Krankheitsverhaltens

Die Konsequenzen des Präsentismus können die erkrankte Person selbst, die Organisation oder das soziale Umfeld betreffen. Zu unterscheiden ist hier weiterhin zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Auswirkungen. Bisherige Studien beschäftigten sich zumeist mit mittelfristigen Effekten im Zeitraum von einem halben bis zwei Jahren nach dem Auftreten des Präsentismus (Bergström et al. 2009; Demerouti et al. 2009; Hansen & Andersen, 2009).

Wie im Rahmen der COR-Theorie dargestellt (Kapitel 2.2.3), erfolgt die Bewältigung von Krankheit in einem sozialen Kontext. Fehlt ein Mitarbeiter krankheitsbedingt bei der Arbeit oder erscheint er trotz Krankheit am Arbeitsplatz, so erfolgt zunächst unmittelbar eine *soziale Reaktion* von Kunden, Klienten, Kollegen und Vorgesetzten, die der Betroffene meist direkt oder indirekt wahrnimmt. Abgesehen von der Reaktion der beruflichen Bezugspersonen, hat das Krankheitsverhalten weitere praktische *Auswirkungen auf Kollegen, Kunden und Klienten*. Diese entstehen im Fall des Präsentismus z.B. durch Ansteckung oder aus Fehlern aufgrund von Leistungseinschränkungen. Fehlt ein Mitarbeiter hingegen krankheitsbedingt, so kann dies dazu führen, dass Kollegen Mehrarbeit leisten müssen oder aber dazu, dass Kunden und Klienten nicht bedient werden können. Die realen sozialen Auswirkungen des Präsentismus sind bisher nicht Gegenstand empirischer Untersuchungen geworden, könnten jedoch von großer Bedeutung für den Abwägungsprozess sein (s.o.). Johns (2010) resümiert dazu in seinem Review (S. 536f.):

"[...] another aspect of social dynamics that bears scrutiny is the reaction of colleagues and clients to the act of presenteeism, both as encouragers and discouragers. As noted earlier, interdependent work designs (e.g. teamwork) and vulnerable clients might encourage presenteeism. Conversely, the popular

press contains many stories in which employees bemoan the attendance of obviously contagious fellow workers. Serious research on such matters would be welcome."

Auch in Bezug auf die monetäre oder karrierebezogene *Honorierung oder Sanktionierung* des Präsentismus bzw. des Absentismus liegen kaum Studien vor. Judiesch und Lyness (1999) konnten jedoch nachweisen, dass bei Managern Fehlzeiten mit schlechteren Leistungsbeurteilungen und geringeren Gehalts- und Karrierefortschritten einhergingen. Monetäre Auswirkungen können sich auch zeigen, wenn Vergütungsanteile an geringe Fehlzeiten (sog. „Anwesenheitsprämien“) oder das Erreichen von Leistungszielen gekoppelt sind, die sich bei krankheitsbedingter Absenz nur schwer erreichen lassen. Handlungsempfehlungen ergeben sich entsprechend der bei der „finanziellen Situation“ (Kapitel 9.2.2) referierten Aspekte. Deutliche Hinweise auf kurzfristige Leistungseinbußen beim Arbeiten trotz Krankheit liefern die produktivitätsorientierten Studien zum Präsentismus (siehe Kapitel 4.1 und 4.2).

Hinsichtlich der gesundheitlichen Auswirkungen konnten bereits in einigen bisherigen Studien Effekte des Präsentismus auf die physische und psychische *Gesundheit* nachgewiesen werden (siehe Kapitel 4.4.3.1). Die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen ergänzen dieses Bild insbesondere für die psychischen Befindensindikatoren. In der Energieversorger-Studie zeigte sich z.B. dass Präsentismus das psychische Befinden über andere relevante Einflussgrößen (z.B. Personenmerkmale, Gesundheitszustand, Stressoren) hinaus vorhersagen konnte. Der Befund, dass das Arbeiten trotz Krankheit mit Stress- und Burnout-Symptomatiken einhergeht, deutet darauf hin, dass dieses Krankheitsverhalten eine Beanspruchung widerspiegelt, die langfristig zu einer psychischen Erkrankung führen kann. Der Anstieg psychischer Krankheiten in den vergangenen Jahren signalisiert großen Handlungsbedarf zur Prävention dieser Erkrankungen. Zur Ableitung von Ansatzpunkten für die betriebliche Prävention ist es wiederum notwendig, Frühwarnzeichen und Verhaltensweisen zu identifizieren, die zwischen den Arbeitsbedingungen und den Befindensbeeinträchtigungen stehen. In der Krankenhaus-Studie zeigte sich, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen den qualitativen Arbeitsbelas-

tungen (Leistungsdruck, soziale Belastung und Kooperationsenge) und den Indikatoren des psychischen Befindens (psychischer Gesundheitszustand, emotionale Erschöpfung, Depersonalisation) vermittelte. Daraus lässt ableiten, dass Präsentismus möglicherweise als ein solches Frühwarnsignal dienen kann, um gefährdete Mitarbeiter zu erkennen.

Deutliche Zusammenhänge des Präsentismus zeigten sich auch in Zusammenhang mit dem körperlichen bzw. dem allgemeinen Gesundheitszustand der Studienteilnehmer. Aus längsschnittlich angelegten Studien ist bekannt, dass das wiederholte Arbeiten im Krankheitsfall zu ernsthaften gesundheitlichen Konsequenzen bis hin zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko führen kann (Bergström et al. 2009; Kivimäki et al. 2003). Auch die eigenen längsschnittlichen Befunde wiesen darauf hin, dass Präsentismus zu einem beeinträchtigten Gesundheitszustand führt. Die Auswirkungen des Präsentismus auf die psychische und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter machen deutlich, dass Interventionen zur Senkung dieses Verhaltens dringend erforderlich sind.

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Mitarbeiters schlägt sich nicht nur unmittelbar in Symptomen und Leistungsbeeinträchtigungen wieder, sondern führt langfristig auch zum Anstieg krankheitsbedingter *Fehlzeiten* (siehe Abschnitt 4.4.3.2). Dieses Befundmuster konnte in der eigenen Längsschnittuntersuchung bestätigt werden. Während Präsentismus also kurzfristig eher einen fehlzeitensenkenden Effekt hat, scheint dies zeitversetzt zurückzuschlagen. Die Bewusstmachung dieses Musters kann für die Akteure der betrieblichen Gesundheits- und Personalpolitik von großer Wichtigkeit sein, um die Langzeitperspektive ihres Handelns nicht aus dem Blick zu verlieren.

Weitere langfristige Auswirkungen des Präsentismus betreffen die *Einstellung* zur Arbeit und zum Unternehmen bei Beschäftigten, die sich häufig dazu gezwungen fühlen trotz Krankheit weiter zu arbeiten. Empirisch zeigte sich in der Untersuchung bei dem Energieversorgungsunternehmen, dass Präsentismus mit einer geringeren Arbeitszufriedenheit einherging. Da die Unzufriedenheit mit der Arbeit zu Rückzugsverhalten bei dem Mitarbeiter bis hin zum Verlassen des Unternehmens führen kann (siehe Kapitel 7.4.2) sollte Präsentismus somit auch reduziert werden,

um die Arbeitgeberattraktivität zu gewährleisten und die Motivation und Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter zu erhalten.

9.3 Ausblick

In der vorgelegten Arbeit wurde eine Skala zur verhaltensnahen Erfassung des Präsentismus entwickelt, deren gute psychometrische Qualität im Rahmen der drei durchgeführten Studien bestätigt wurde. Dennoch steht die Validierung der Skala noch am Anfang. Für weitere Untersuchungen steht insbesondere die Prüfung der diskriminanten Validität sowie der Übereinstimmung des selbstberichteten Präsentismus mit Fremdeinschätzungen noch aus. Des Weiteren ließ sich in den bisherigen Studien kein durchgängig zufriedenstellender Fit des Strukturmodells erzielen, sodass auch hier weiterer Forschungsbedarf besteht. Ebenso sollte die Stabilität der Skala unter Konstanthaltung des Referenzzeitraumes (vgl. Kapitel 8.4.1) und für unterschiedliche Zeitabstände zwischen den Messungen überprüft werden.

Die praxisnahe und umfangreiche Erforschung der Antezedenzen und Konsequenzen des Präsentismus ermöglichte vertiefte Erkenntnisse über dieses Phänomen, die zusammen mit bisherigen Theorien und Forschungsbefunden zu einem Wirkmodell verdichtet wurden. Dabei wurden – wie von Johns (2010) in seinem Review gefordert – sowohl die Subjektivität des Gesundheitszustandes, die Beziehung zwischen Absentismus und Präsentismus, die Rolle der Arbeitsplatzunsicherheit, der Arbeitseinstellungen und -erfahrungen sowie die Einflüsse der Persönlichkeit und des sozialen Umfelds berücksichtigt. Auf Basis des entwickelten Modells lassen sich zahlreiche Anknüpfungspunkte für die weitere Erforschung des Präsentismus ableiten, von denen einige im Folgenden näher erläutert werden sollen.

In Bezug auf die *Abwägungsprozesse* im Krankheitsfall liegen bisher überwiegend theoretische Modelle, kaum aber empirische Daten vor. Zur Untersuchung dieses Aspekts bieten sich möglicherweise experimentelle Studien an, in denen das Entscheidungsverhalten abhängig von verschiedenen Hintergrundscenarien untersucht wird (z.B. im Sinne der „subjective expected utility“-Theorie). In Zusammenhang mit der Symptomwahrnehmung und dem subjektiven Krankheitsempfinden lohnt sich ein näherer Blick auf das Gesundheitskonzept von Personen. Von beson-

derem Interesse könnte dabei die Frage sein, ob eine Sensibilisierung für den eigenen Umgang mit Krankheit zu einer Verminderung von Präsentismus beiträgt und somit einen Ansatzpunkt für die Verhaltensprävention liefert.

Auch in Bezug auf die *personenbezogenen Einflussfaktoren* liegen derzeit nur vereinzelte Erkenntnisse vor. Die eigenen Befunde weisen darauf hin, dass Mitarbeiter mit einem exzessiv-zwanghaften Arbeitsstil signifikant eher zu Präsentismus neigen. In anderen Studien zeigte sich zudem, dass die mangelnde Fähigkeit sich von den Forderungen anderer abgrenzen zu können (individual boundarylessness; Aronsson und Gustafsson, 2005) oder eine übersteigerte berufliche Verausgabungsbereitschaft (overcommitment; Rödel, Siegrist, Hessel & Brähler, 2004) zu mehr Präsentismus führt. Von besonderem Interesse könnte deshalb die Frage sein, welche Anteile die Persönlichkeit und der persönliche Arbeitsstil im Vergleich zu den Arbeitsbedingungen an der Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten haben, aber auch welche persönlichen Schutzfaktoren einen adäquaten Umgang mit Krankheit fördern. Vor dem Hintergrund steigender Arbeitsanforderungen und längerer Lebensarbeitszeiten müssen Beschäftigte zunehmend eigenverantwortlich über ihre gesundheitlichen und leistungsbezogenen Ressourcen verfügen. Welche Faktoren dazu beitragen eine hohe gesundheitsbezogene Handlungskompetenz zu entwickeln, könnte in Zusammenhang mit Präsentismus Gegenstand gesundheitswissenschaftlicher Untersuchungen sein.

Auf Seiten der *arbeitsbezogenen Einflussfaktoren* ergeben sich zahlreiche weitere Forschungsfelder. Bisherige Studien haben dabei vor allem auf Stressoren bei der Arbeit fokussiert, die zu Präsentismus führen. In Bezug auf die Merkmale der Tätigkeit und der Organisation sollten aber nicht nur Risikofaktoren, sondern auch salutogene Einflüsse auf das Krankheitsverhalten betrachtet werden. Die eigenen Studien deuten darauf hin, dass insbesondere betriebliche Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskultur einen positiven Einfluss auf das Krankheitsverhalten nehmen. Zu beachten ist, dass auch Mitarbeiter innerhalb eines Unternehmens die Gesundheitskultur unterschiedlich beurteilen. Wovon z.B. abteilungsbezogene Unterschiede abhängig sind und durch welche Mechanismen die Gesundheitskultur das Krankheitsverhalten beeinflusst, könnte eine interessante Fragestellung für weitere Untersuchungen sein.

Anknüpfend an die Befunde zu den organisationalen Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollte der Wirkmechanismus von Ressourcen im Unternehmen auf den Präsentismus eingehender untersucht werden. Offen ist etwa, ob Ressourcen den Zusammenhang zwischen Stressoren und dem Präsentismus moderieren oder ob diese direkt das Krankheitsverhalten beeinflussen.

Auch die Identifizierung weiterer präsentismussenkender Ressourcen ist notwendig, um Ansätze für die Prävention und Gesundheitsförderung zu entwickeln. Ein besonderes Augenmerk könnte dabei auf sozialen Einflüssen auf das Krankheitsverhalten liegen. Von praktischer Bedeutung ist hier vor allem das Verhalten der Führungskraft. Während sich in der Panel-Studie abzeichnete, dass ein belastendes Führungsverhalten den Präsentismus erhöhte, zeigten sich keine längsschnittlichen Effekte unterstützender Verhaltensweisen der Führungskraft. Aufgrund der nachgewiesenen Bedeutung des Führungsstils auf das Mitarbeiterverhalten (Felfe, 2006; McColl-Kennedy & Anderson, 2002) verbleiben diesbezüglich viele Fragen für weitere Untersuchungen.

Erste längsschnittliche Befunde zu den *Auswirkungen des Präsentismus* weisen darauf hin, dass dieser als unabhängiger Risikofaktor für spätere Erkrankungen und krankheitsbedingte Abwesenheit fungiert und somit von hoher Relevanz für die Prävention ist. Da Präsentismus bei bestimmten Krankheiten möglicherweise auch gesundheitsfördernd wirken kann (vgl. Bödeker & Hüsing, 2008), ist es ratsam in weiteren längsschnittlichen Analysen zu den gesundheitlichen Auswirkungen eine Differenzierung nach Krankheitsbildern vorzunehmen.

Kaum Erkenntnisse liegen in Bezug auf die beruflichen Konsequenzen des Arbeitens trotz Krankheit vor, wie z.B. die Gehalts- und Karriereentwicklung von Mitarbeitern oder die sozialen Auswirkungen am Arbeitsplatz. Denkbar ist, dass in Bezug auf diese Aspekte nicht die Nachteile, sondern die Vorteile des Präsentismus dominieren. Dies wäre z.B. der Fall, wenn der „besondere Arbeitseinsatz“ von Kollegen und Vorgesetzten honoriert wird. Andererseits ist es auch möglich, dass Kollegen eine Ansteckung befürchten und das Arbeiten trotz Krankheit sanktionieren. Von besonderem Interesse dürften die Wechselwirkungen des Präsentismus mit der Einstellung und dem Arbeitsverhalten der Mitarbeiter über die Zeit sein. Offene Fragen sind z.B. ob Mitarbeiter mit einer besonders engen Bindung an das Un-

ternehmen mehr Präsentismus zeigen, oder ob der Anwesenheitsdruck dazu führt, dass Mitarbeiter sich vom Unternehmen distanzieren. Zu untersuchen ist auch, ob Präsentismus den Zusammenhalt im Team stärkt oder ein hoher Zusammenhalt Voraussetzung für den Präsentismus ist. Erst anhand von längsschnittlichen Analysen über mehrere Messzeitpunkte lassen sich die vermutlich komplexen Zusammenhänge zwischen derartigen Variablen aufdecken und die Auswirkungen dieses Phänomens feststellen.

In allen drei Studien wurden bei der Vorhersage des Präsentismus, neben demografischen Variablen, der Einfluss des allgemeinen Gesundheitszustandes und das Vorliegen einer chronischen Erkrankung kontrolliert. Während das Vorliegen einer chronischen Erkrankung keinen inkrementellen Varianzbeitrag leisten konnte, zeigten sich durchgängig große Effekte des Gesundheitszustandes. Da auch bei der relativen Erfassung des Präsentismus gesundheitliche Einflüsse auf die Wahrscheinlichkeit, trotz Krankheit zu arbeiten, nicht vollständig eliminiert werden können, scheint die Kontrolle des Gesundheitszustandes weiterhin sinnvoll, um aussagekräftige Befunde hinsichtlich unabhängiger Einflussvariablen zu erhalten.

9.4 Fazit

Strukturveränderungen in der Arbeitswelt gehen mit Entwicklungen einher, die insbesondere für die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Mitarbeitern von Bedeutung sind (zitiert aus Ulich & Wülser, 2008, S. 9):

„Globalisierung und der Strukturwandel in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe erhöhen in vielen Fällen den Zeitdruck, die Komplexität der Arbeit und die Verantwortung der Beschäftigten. Das Tempo des sozioökonomischen Wandels hat deutlich zugenommen. Sicherheit und Berechenbarkeit der Markt- und Arbeitsverhältnisse haben zugleich spürbar abgenommen. Die ökonomischen Veränderungen und anhaltenden Restrukturierungsprozesse in den Unternehmen führen häufig zu einer Intensivierung der Arbeit und einer Verstärkung von Unsicherheit, Ängsten, Misstrauen und Hilflosigkeitsgefühlen sowie Angst vor Arbeitslosigkeit unter den Beschäftigten mit möglichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Pro-

duktivität der Unternehmen und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen (Rantanen, 2001).“

Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Mitarbeitern wird angesichts der bisherigen und zukünftigen Veränderungen in der Arbeitswelt ein zentraler Erfolgsfaktor im Unternehmen. Zunehmend wird diese Erkenntnis auch im betrieblichen Kontext berücksichtigt und entsprechend versucht, die Gesundheit der Mitarbeiter zu „managen“. Oftmals sind diese Bemühungen jedoch von einem allzu kennzahlenorientierten Gesundheitsverständnis geprägt. Effektive und nachhaltige Maßnahmen lassen sich jedoch m.E. nur erzielen, wenn Mitarbeiter und Unternehmen ganzheitlich betrachtet werden, sodass pathogene Strukturen und Verhaltensmuster nicht erst anhand von Fehlzeiten oder anderen Spätindikatoren festzustellen sind. Einen Ansatzpunkt hierfür bietet die Berücksichtigung des Ausmaßes an Präsentismus im Unternehmen. In den eigenen, als auch in bisherigen Studien konnte gezeigt werden, dass das Arbeiten trotz Krankheit ein Verhaltensmuster ist, das mit den neuartigen und komplexen Anforderungen der modernen Arbeitswelt in Beziehung steht und das eine wichtige Rolle für das Befinden von Mitarbeitern spielt. Darüber hinaus wurde der Nutzen des Präsentismus als Frühwarnindikator im betrieblichen Gesundheits- und Fehlzeitenmanagement dargelegt. Das in dieser Arbeit entwickelte Wirkmodell zum Präsentismus dient als praktische Handlungshilfe zur Präsentismusprävention und Gesundheitsförderung im Unternehmen, zeigt aber auch den großen weiteren Forschungsbedarf zu diesem Phänomen auf.

10 Zusammenfassung

Die durchgeführte Arbeit befasst sich mit dem Phänomen des Präsentismus. Dies ist das Verhalten von Berufstätigen, trotz Vorliegen von Krankheitssymptomen weiter ihrer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Mit einem Überblick zum Thema Gesundheit und Krankheit im beruflichen Kontext wird die Grundlage für das Verständnis der Komplexität des Präsentismus und dessen Implikationen für die betriebliche Praxis geschaffen. Hierzu werden zunächst Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit vorgestellt und anschließend auf den Prozess des individuellen Umgangs mit Krankheit im Arbeitskontext eingegangen. Des Weiteren wird der betriebliche Umgang mit Krankheit und krankheitsbedingter Abwesenheit thematisiert, um die praktische Bedeutung des Präsentismus herauszustreichen. Im Rahmen dieses Kapitels wird dargestellt, welche gesundheitsbezogenen Kennzahlen im Unternehmen herangezogen werden, wie das betriebliche Gesundheitsmanagement dem Erhalt und der Förderung der Mitarbeitergesundheit dienen soll und inwiefern die alleinige Fokussierung auf krankheitsbedingte Fehlzeiten in diesem Zusammenhang zu kurz greift.

Das nächste Kapitel befasst sich mit Definitionen, Operationalisierungen, Modellen und Befunden zum Präsentismus. Problematisiert werden dabei die weitgehend unsystematische und atheoretische sozialwissenschaftliche Forschung zu diesem Phänomen, sowie das zumeist verwendete Messinstrument von Aronsson et al. (2000), bei dem anhand eines Einzelitems die absolute Häufigkeit des Arbeitens trotz Krankheit erhoben wird. Zur Überwindung der mit diesem Messinstrument verknüpften Schwierigkeiten wird eine neue Präsentismus-Skala entwickelt und in drei empirischen Studien eingesetzt und validiert. Im Rahmen dieser Studien werden etablierte Zusammenhänge mit dem Präsentismus repliziert, zudem aber auch zahlreiche neue Aspekte untersucht, die potentielle Einflussfaktoren auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, darstellen. Darüber hinaus wird die Bedeutung des Präsentismus für das körperliche und psychische Befinden sowie für die Arbeitszufriedenheit und die krankheitsbedingten Fehltagel aufzeigt.

In der ersten Feldstudie mit 268 Angestellten eines Krankenhauses werden zunächst die psychometrische Qualität und Konstruktvalidität der neu entwickelten Skala untersucht. Nach Eliminierung eines Items resultiert eine sechs Item umfassende Skala mit eindimensionaler Struktur und sehr guter Reliabilität. Hinweise auf die Konstruktvalidität der Skala liefern die Replikationen der aus bisherigen Studien bekannten Zusammenhänge des Präsentismus mit dem körperlichen Gesundheitszustand und mit der quantitativen Arbeitsbelastung. Beim Vergleich der Korrelationsmuster des bisher eingesetzten Einzelitems von Aronsson et al. (2000) und der Skala mit den Außenkriterien zeigt sich, dass bei der Skala gesundheitliche Einflüsse – wie gewünscht – weniger stark in die Präsentismusausprägung eingehen als bei dem Single-Item-Maß.

Im zweiten Teil der Krankenhaus-Studie zeigt sich, dass Präsentismus sowohl mit qualitativen Arbeitsbelastungen (Leistungsdruck, Soziale Belastung und Kooperationsenge) als auch mit einem exzessiv-zwanghaften Arbeitsstil in Beziehung steht. Die Analyse der Prädiktoren des Präsentismus spiegelt den großen Einfluss des körperlichen Gesundheitszustandes wider, weist aber auch auf bedeutsame Einflüsse des Arbeitsstils und der Stressoren hin. Stressorensseitig scheint die quantitative Arbeitsbelastung von besonderer Relevanz zu sein. In Bezug auf die potentiellen Konsequenzen des Präsentismus lassen sich bedeutsame Zusammenhänge mit dem körperlichen und psychischen Gesundheitszustand als auch mit den Burnout-Symptomen der emotionalen Erschöpfung und der Depersonalisation finden. In der Studie zeigt sich zudem, dass Präsentismus den Zusammenhang zwischen den qualitativen Arbeitsbelastungen und den Indikatoren des psychischen Befindens partiell vermittelt.

Die zweite Feldstudie mit 722 Beschäftigten eines Energieversorgungsunternehmens beschäftigte sich mit dem Zusammenhang der Stressoren und Ressourcen am Arbeitsplatz mit dem Präsentismus sowie dessen Beziehung zum psychischen Befinden. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass Präsentismus stressorensseitig mit dem Zeitdruck bei der Arbeitsausführung, der qualitativen Arbeitsplatzunsicherheit, der Kooperationsenge am Arbeitsplatz sowie dem Work-to-Privacy-Konflikt assoziiert ist. Hinsichtlich der Ressourcen finden sich Zusammenhänge mit der

Gesundheitskultur und der sozialen Rückendeckung, nicht aber mit dem Handlungsspielraum bei der Arbeitsausführung. Die regressionsanalytische Prüfung der ausschlaggebenden Prädiktoren des Präsentismus erbringt den Befund, dass sich diese erwartungsgemäß bei Mitarbeitern mit und ohne Führungsverantwortung leicht unterscheiden. Bei beiden Personengruppen erweist sich jedoch die Befürchtung, wertgeschätzte Merkmale der Arbeitstätigkeit zu verlieren (qualitative Arbeitsplatzunsicherheit), als einflussreiche Stressorvariable. Bei den Mitarbeitern geht darüber hinaus der Konflikt zwischen Beruf und Privatleben in die Vorhersage des Präsentismus ein, während bei den Führungskräften v.a. der allgemeine Gesundheitszustand ausschlaggebend ist.

Hinweise auf mögliche Konsequenzen des Arbeitens trotz Krankheit liefern die Zusammenhänge des Präsentismus mit den psycho-vegetativen Beschwerden, mit den Stresssymptomen sowie mit der emotionalen Erschöpfung. Diese Befindensparameter können anhand der Skala sogar über Personenmerkmale, Gesundheitsindikatoren, Ressourcen und Stressoren hinaus vorhergesagt werden.

Die dritte Studie prüft die Zusammenhänge des Arbeitens trotz Krankheit mit Arbeitsbedingungen und Gesundheitsindikatoren anhand einer Stichprobe von 265 berufstätigen Panelisten aus unterschiedlichen Unternehmen im Längsschnitt. Im Fokus dieser Studie stehen soziale und unternehmensspezifische Einflussfaktoren auf den Präsentismus sowie dessen Auswirkungen auf die Gesundheit und Fehlzeiten der Mitarbeiter.

Erneut zeigen sich bedeutsame Beziehungen des Präsentismus mit dem betrieblichen Umgang mit Gesundheit. Das Vorhandensein einer Gesundheitskultur sowie die Durchführung gesundheitsförderlicher Maßnahmen im Unternehmen gehen mit einem signifikant geringen Präsentismuskennwert bei den Mitarbeitern einher.

In Bezug auf die sozialen Aspekte findet sich ein präsentismuskennender Effekt der Unterstützung durch die Kollegen, während ein positives Vorgesetztenverhalten den Präsentismus offenbar nicht reduzieren kann. Im Gegensatz dazu führt ein belastendes Verhalten der Führungskraft zu einer stärkeren Neigung, trotz Krankheit zu arbeiten. Erneut bestätigt sich auch, dass der Zeitdruck bei der Arbeit maßgeblich zum Präsentismus beiträgt.

In Einklang mit skandinavischen Studien zeigt sich, dass das Arbeiten trotz Krankheit längsschnittlich sowohl auf den Gesundheitszustand als auch auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten negative Auswirkungen hat und damit von großer Relevanz für die betriebliche Prävention ist.

Die Arbeit schließt mit einem Resümee zur Güte der neu entwickelten Präsentismus-Skala und führt theoretische Annahmen und empirische Befunde zum Präsentismus zu einem integrativen Wirkmodell zusammen, auf Grundlage dessen weitere Forschungsfragen entwickelt und Handlungsempfehlungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement abgeleitet werden.

Literaturverzeichnis

- Allmendinger, J. & Ebner, C. (2006). Arbeitsmarkt und demografischer Wandel. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 50, 227-239.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aronsson, G. & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 958-966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K. & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. an empirical study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 502-509.
- Ashford, S. J., Lee, C. & Bobko, P. (1989). Content, causes, and consequences of job insecurity: A theory-based measure and substantive test. *The Academy of Management Journal*, 32, 803-829.
- Backes-Gellner, U., Schorn, R. & Krings, A. (2001). Ursachen und Abbau von Fehlzeiten: Analysen auf Basis einer mehrjährigen Betriebsfallstudie. *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, 71, 105-118.
- Badura, B. (2006). Strategie- und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik. In W. Kirch & B. Badura (Hrsg.), *Prävention* (S. 23-40). Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Schellschmidt, H., Vetter, C. & Beelmann, G. (2006). *Fehlzeiten-Report 2005. Schwerpunktthema: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*. Berlin: Springer.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Herausforderungen betrieblicher Gesundheitspolitik. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 9-30). Berlin: Springer.
- Bandura, A. (1976). *Lernen am Modell*. Stuttgart: Klett.

- Baron, R. M. & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Becker, F. G. (2009). Demografieorientierte (= marktorientierte) Personalarbeit. In R. Hünerberg & A. Mann (Hrsg.), *Ganzheitliche Unternehmensführung in dynamischen Märkten: Festschrift für Univ.-Prof. Dr. Armin Töpfer* (S. 327-349). Wiesbaden: Springer.
- Beckers, D. G. J., van der Linden, D., Smulders, P. G. W., Kompier, M. A. J., van Veldhoven, M. J. P. M. & van Yperen, N. W. (2004). Working overtime hours: Relations with fatigue, work motivation, and the quality of work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *46*, 1282-1289.
- Beemsterboer, W., Stewart, R., Groothoff, J. & Nijhuis, F. (2009). A literature review on sick leave determinants (1984-2004). *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, *22*, 169-179.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (2001). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Was erhält Menschen gesund?* Köln: BZgA.
- Bentler, P. M. & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, *88*, 588-606.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G. & Josephson, M. (2009). Sickness presenteeism today, sickness absenteeism tomorrow? A prospective study on sickness presenteeism and future sickness absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *51*, 629-638.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G. & Josephson, M. (2009). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, *82*, 1-12.
- Bitzer, B. (1999). *Das Rückkehrgespräch: Integrationshilfe und Instrument der betrieblichen Gesundheitsvorsorge*. Heidelberg: Sauer.
- Bitzer, B. (2008). *Fehlzeiten als Chance: Ein praxisorientierter Leitfaden für das betriebliche Gesundheitsmanagement*. Renningen: expert Verlag.

- BKK Bundesverband. (2008). *BKK Gesundheitsreport 2008. Seelische Krankheiten prägen das Krankheitsgeschehen*. Essen: BKK.
- BKK Bundesverband. (2009). *BKK Gesundheitsreport 2009. Gesundheit in Zeiten der Krise*. Essen: BKK.
- BKK Bundesverband (Hrsg.). (2010). *BKK Gesundheitsreport 2010. Gesundheit in einer älter werdenden Gesellschaft*. Essen: BKK.
- Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyles*. London: Routledge.
- Böckerman, P. & Laukkanen, E. (2009). What makes you work while you are sick? evidence from a survey of workers. *The European Journal of Public Health, 20*, 43-46.
- Bödeker, W. (2008). Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland. In BKK Bundesverband (Hrsg.), *Wettbewerbsvorteil Gesundheit* (S. 1-15). Essen: BKK.
- Bödeker, W. & Hüsing, T. (2008). Fehlzeiten und Produktivitätseinschränkungen durch gesundheitliche Probleme. *IGA-Report, 12*, 91-100.
- Bödeker, W. & Zelen, K. (2006). Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit Entwicklung eines Vorhersage-Instrumentes für die betriebliche Praxis. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2006: Chronische Krankheiten* (S. 187-197). Heidelberg: Springer.
- Borg, I. (1995). *Mitarbeiterbefragungen*. Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Borg, I. (2003). *Führungsinstrument Mitarbeiterbefragung*. Göttingen: Hogrefe.
- Borowiak, F. & Taubert, R. (1997). Das Rückkehrgespräch. Ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung. *Personalführung, 11*, 1086-1091.
- Brandenburg, U. & Nieder, P. (2009). *Betriebliches Fehlzeiten-Management*. Wiesbaden: Gabler.
- Brockner, J. (1992). Managing the effects of layoffs on survivors. *California Management Review, 34*, 9-28.

- Brödner, P. (2002). *Macht Arbeit wieder krank? Flexibilität und nachhaltige Gestaltung von Arbeit*. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik.
- Brown, M. W. & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Hrsg.), *Testing structural equation models* (S. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (Hrsg.). (2008). *ZB info: Sonderdruck der ZB-Zeitschrift: Behinderte Menschen im Beruf. Betriebliches Eingliederungsmanagement*. Wiesbaden: Universum.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen. (2010). *ABC Behinderung & Beruf. Handbuch für die betriebliche Praxis*. Online verfügbar unter http://www.integrationsaemter.de/webcom/show_lexikon.php/_c-578/i.html.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2010). Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand. 1970 bis 2008 und Januar bis Dezember 2009. Ergebnisse der GKV-Statistik KM1.
- Burton, W. N., Chen, C. Y., Conti, D. J., Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2006). The association between health risk change and presenteeism change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48, 252-263.
- Burton, W. N., Chen, C. Y., Conti, D. J., Schultz, A. B., Pransky, G. & Edington, D. W. (2005). The association of health risks with on-the-job productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 769-777.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C. Y., Schultz, A. B. & Edington, D. W. (1999). The role of health risk factors and disease on worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 863.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C. Y., Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2001). The impact of allergies and allergy treatment on worker productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43, 64.

- Büssing, A. & Glaser, J. (1998). *Managerial Stress und Burnout. A Collaborative International Study (CISMS). Die deutsche Untersuchung (Bericht Nr. 44)*. München: Technische Universität, Lehrstuhl für Psychologie.
- Byrne, B. M. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Byron, K. (2005). A meta-analytic review of work-family conflict and its antecedents. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 169-198.
- Campbell, D. T. & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 56, 81-105.
- Caverley, N., Cunningham, J. B. & MacGregor, J. N. (2007). Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization. *Journal of Management Studies*, 44, 304-319.
- Cockburn, I. M., Bailit, H. L., Berndt, E. R. & Finkelstein, S. N. (1999). Loss of work productivity due to illness and medical treatment. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41, 948.
- Conrad, G. & Kickbusch, I. (1988). Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. In H. Abholz (Hrsg.), *Grenzen der Prävention (Argument Sonderband AS 178, S. 142-150)*. Hamburg: Argument-Verlag.
- DAK Versorgungsmanagement (Hrsg.). (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005*. Hamburg: Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES).
- Demerouti, E., Blanc, P. M. L., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B. & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14, 50-68.
- Dew, K., Keefe, V. & Small, K. (2005). 'Choosing' to work when sick: Workplace presenteeism. *Social Science & Medicine*, 60, 2273-2282.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit: eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 184-189.
- Dunahoo, C. L., Hobfoll, S. E., Monnier, J., Hulsizer, M. R. & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping, part 1: Even the lone ranger had Tonto. *Anxiety, Stress & Coping*, 11, 137-165.
- Elke, G. (2001). Sicherheits- und Gesundheitskultur I – Handlungs- und Wertorientierung im betrieblichen Alltag. In B. Zimolong (Hrsg.), *Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes – Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen* (S. 171-200). Wiesbaden: Gabler.
- Elstad, J. I. & Vabo, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 467-474.
- Emmermacher, A. (2008). *Gesundheitsmanagement und Weiterbildung: Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung*. Wiesbaden: Gabler GWV Fachverlage GmbH.
- Erhart, M., Wille, N. & Ravens-Sieberer, U. (2006). Die Messung der subjektiven Gesundheit: Stand der Forschung und Herausforderungen. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Perspektiven* (S. 321-338). Berlin: Springer.
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. (1997). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*.
- Evans, C. J. (2004). Health and work productivity assessment: State of the art or state of flux? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 3-11.
- Faller, M. (1993). *Innere Kündigung*. München: Hampp.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln*. Weinheim: Beltz.

- Felfe, J. (2006). Transformationale und charismatische Führung - Stand der Forschung und aktuelle Entwicklungen. *Zeitschrift für Personalpsychologie*, 5, 163-176.
- Finkel, S. E. (1995). *Causal analysis with panel data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fissler, J. E. & Krause, R. (2010). Absentismus, Präsentismus und Produktivität. In B. Badura, T. Hehlmann & U. Walter (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 411-425). Heidelberg: Springer.
- Forsythe, M., Calnan, M. & Wall, B. (1999). Doctors as patients: Postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *British Medical Journal*, 319, 605-608.
- Furnham, A. & Bramwell, M. (2006). Personality factors predict absenteeism in the workplace. *Individual Differences Research*, 4, 68-77.
- Gabler Verlag. (2010). In Gabler Verlag (Hrsg.), *Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Arbeitsunfähigkeit*. Online verfügbar unter: <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/87248/arbeitsunfaehigkeit-v3.html>.
- Gellatly, I. R. (1995). Individual and group determinants of employee absenteeism: Test of a causal model. *Journal of Organizational Behavior*, 16, 469-485.
- Gellatly, I. R. & Luchak, A. A. (1998). Personal and organizational determinants of perceived absence norms. *Human Relations*, 51, 1085-1102.
- Gerok, W., Huber, C., Meinertz, T. & Zeidler, H. (2007). *Die innere Medizin. Referenzwerk für den Facharzt*. (11. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE). *Methodische Erläuterungen zur Erfassung und Bewertung von Indikatoren zur Arbeitsunfähigkeit*. Online verfügbar unter http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?p_uid=gastg&p_aid=33166920&fid=12428&fund_typ=TXT&vt=4&p_sprachkz=D&sprache=D&p_news=&p_window=N&p_janein=N&p_knoten=P.
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S. & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of cer-

- tain physical and mental health conditions affecting US employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 398.
- Görizt, A. S. & Moser, K. (2000). Repräsentativität im Online Panel. *Der Markt*, 39, 156-162.
- Greenhalgh, L. (1991). Organizational coping strategies. In J. Hartley, D. Jacobson, B. Klandermans & T. van Vuuren (Hrsg.), *Job insecurity: Coping with jobs at risk* (S. 172-198). London: Sage.
- Greenhalgh, L. & Rosenblatt, Z. (1984). Job insecurity: Toward conceptual clarity. *The Academy of Management Review*, 9, 438-448.
- Greiner, B., Leitner, K., Weber, W., Hennes, K. & Volpert, W. (1987). RHIA – ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastung. In K. Sonntag (Hrsg.), *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung* (S. 145-161). Köln: Bachem.
- Grinyer, A. & Singleton, V. (2000). Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health, Risk & Society*, 2, 7-21.
- Grünefeld, H. G. (1981). *Personalkennzahlensystem: Planung, Kontrolle, Analyse von Personalaufwand und -daten*. Wiesbaden: Gabler.
- Günther, T., Albers, C. & Hamann, M. (2009). Kennzahlen zum Gesundheitscontrolling in Unternehmen. *Controlling & Management*, 53, 367-375.
- Hacker, W. (1994). Handlung. In W. Asanger & G. Wenninger (Hrsg.), *Handwörterbuch Psychologie* (5. Aufl., S. 275-283). München: Psychologie Verlags Union.
- Hackett, R. D. & Bycio, P. (1996). An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 69, 327-338.
- Hansen, C. D. & Andersen, J. H. (2009). Sick at work - a risk factor for long-term sickness absence at a later date? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 397-402.

- Hansen, C. D. & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work – what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, 956-964.
- Harrison, D. A. & Martocchio, J. J. (1998). Time for absenteeism: A 20-year review of origins, offshoots, and outcomes. *Journal of Management*, 24, 305.
- Hauß, F. & Laußer, A. (1988). Betriebliche Gesundheitsförderung. In H. Abholz (Hrsg.), *Grenzen der Prävention (Argument Sonderband AS 178, S. 151-167)*. Hamburg: Argument-Verlag.
- Heckhausen, D. (2000). Einflussfaktoren auf Fehlzeiten und Maßnahmen dagegen. *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 7, 109-120.
- Hellgren, J., Sverke, M. & Isaksson, K. (1999). A two-dimensional approach to job insecurity: Consequences for employee attitudes and well-being. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 179-195.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work - but out of it. *Harvard Business Review*, October, 1-10.
- Heyde, K., Macco, K. & Vetter, C. (2008). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2007. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft (S. 205-435)*. Heidelberg: Springer.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
- Hockey, G. R. J. (1993). Cognitive-energetical control mechanisms in the management of work demands and psychological health. In A. Baddeley & L. Weiskrantz (Hrsg.), *Attention, selection, awareness and control: A tribute to Donald Broadbent (S. 328-345)*. New York: Oxford University Press.
- Hockey, G. R. J. (1997). Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework. *Biological Psychology*, 45, 73-93.

- Hoffmeyer-Zlotnik, J. H. P. & Geis, A. J. (2003). Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/Prestige. *ZUMA-Nachrichten*, 52, 114-127.
- Hom, P. W., Caranikas-Walker, F., Prussia, G. E. & Griffeth, R. W. (1992). A meta-analytical structural equations analysis of a model of employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 77, 890-909.
- Iverson, D. C. & Krause, R. (2007). Produktivitätsräuber Präsentismus. *Personal*, 12, 46-48.
- Johansson, G. (2002). Work-life balance: The case of Sweden in the 1990s. *Social Science Information*, 41, 303-317.
- Johansson, G. & Lundberg, I. (2004). Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. empirical tests of the illness flexibility model. *Social Science & Medicine*, 58, 1857-1868.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, 519-542.
- Johns, G. & Nicholson, N. (1982). The meanings of absence: New strategies for theory and research. *Research in Organizational Behavior*, 4, 127-172.
- Johnson, C. J., Croghan, E. & Crawford, J. (2003). The problem and management of sickness absence in the NHS: Considerations for nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 11, 336-342.
- Judge, T. A. & Martocchio, J. J. (1996). Dispositional influences on attributions concerning absenteeism. *Journal of Management*, 22, 837-861.
- Judge, T. A., Martocchio, J. J. & Thoresen, C. J. (1997). Five-factor model of personality and employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 82, 745-755.
- Judiesch, M. K. & Lyness, K. S. (1999). Left behind? The impact of leaves of absence on managers' career success. *Academy of Management Journal*, 42, 641-651.
- Kahneman, D. (1970). Remarks on attention control. *Acta Psychologica*, 33, 118-131.

- Keller, R. T. (1983). Predicting absenteeism from prior absenteeism, attitudinal factors, and nonattitudinal factors. *Journal of Applied Psychology*, 68, 536-540.
- Kentner, M. (2003). Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 261-266). Berlin: Springer.
- Kessler, R. C., Barber, C., Beck, A., Berglund, P., Cleary, P. D., McKenas, D., . . . Wang, P. (2003). The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 156.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Vahtera, J. & Marmot, M. G. (2003). Sickness absence as a global measure of health: Evidence from mortality in the Whitehall II prospective cohort study. *British Medical Journal*, 327, 364-368.
- Klein Hesselink, D. J. & van Vuuren, T. (1999). Job flexibility and job insecurity: The Dutch case. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 273-293.
- Kluytmans, F. & Ott, M. (1999). Management of employability in the Netherlands. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 261-272.
- Kocyba, H. & Voswinkel, S. (2007a). Krankheitsverleugnung – Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. *WSI-Mitteilungen*, 60, 131-137.
- Kocyba, H. & Voswinkel, S. (2007b). *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Kohler, H. (2002). Krankenstand - Ein beachtlicher Kostenfaktor mit fallender Tendenz. Entwicklung, Struktur und Bestimmungsfaktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten. *IAB Werkstattbericht*, 1, 3-10.
- Koopman, C., Pelletier, K. R., Murray, J. F., Sharda, C. E., Berger, M. L., Turpin, R. S., . . . Bendel, T. (2002). Stanford presenteeism scale: Health status and employee productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44, 14-20.

- Kristensen, T. S. (1991). Sickness absence and work strain among Danish slaughterhouse workers: An analysis of absence from work regarded as coping behaviour. *Social Science & Medicine* (1982), 32, 15-27.
- Kuhn, K. (1996). Krankenstand im Betrieb als Alltagsproblem. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 200-203.
- Kuoppala, J., Lamminpää, A., Liira, J. & Vainio, H. (2008). Leadership, job well-being, and health effects - A systematic review and a meta-analysis. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50, 904-915.
- Kupper, S., Paulus, H., Gottschaldt, E. & Mundle, G. (2008). Psychische Gesundheit in Gesundheitsberufen. In Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (Hrsg.), *Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland* (S. 31-36). Berlin: Psychologenverlag.
- Lademann, J. Mertesacker, H. & Gebhardt, B. (2006). Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 123-129.
- Lerner, D., Amick III, B. C., Rogers, W. H., Malspeis, S., Bungay, K. & Cynn, D. (2001). The work limitations questionnaire. *Medical Care*, 39, 72-85.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Loeppke, R., Hymel, P. A., Lofland, J. H., Pizzi, L. T., Konicki, D. L., Anstadt, G. W., . . . Scharf, T. (2003). Health-related workplace productivity measurement: General and migraine-specific recommendations from the ACOEM expert panel. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45, 349-359.
- Lofland, J. H., Pizzi, L. & Frick, K. D. (2004). A review of health-related workplace productivity loss instruments. *Pharmacoeconomics*, 22, 165-184.
- Lum, L., Kervin, J., Clark, K., Reid, F. & Sirola, W. (1998). Explaining nursing turnover intent: Job satisfaction, pay satisfaction, or organizational commitment? *Journal of Organizational Behavior*, 19, 305-320.

- Macco, K. & Schmidt, J. (2009). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2008. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 275-424). Heidelberg: Springer.
- MacGregor, J. N. Cunningham, J. B. & Caverley, N. (2008). Factors in absenteeism and presenteeism: Life events and health events. *Management Research News*, 31, 607-615.
- Marr, R. (1996). *Absentismus: der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential*. Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Marstedt, G., Last, R., Wahl, W. B. & Müller, R. (1993). *Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen*. Bremen: Angestelltenkammer Bremen.
- Martocchio, J. J. (1994). The effects of absence culture on individual absence. *Human Relations*, 47, 243-262.
- Maslach, C. (1986). Stress, burnout, and workaholism. In R. R. Killberg, P. E. Nathan & R. W. Thoreson (Hrsg.), *Professionals in distress: Issues, syndromes and solutions in psychology* (S. 53-73). Washington, DC: American Psychological Association.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Mathieu, J. E. (1991). A cross-level nonrecursive model of the antecedents of organizational commitment and satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 76, 607-618.
- Mathieu, J. E. & Kohler, S. S. (1990). A test of the interactive effects of organizational commitment and job involvement on various types of absence. *Journal of Vocational Behavior*, 36, 33-44.
- Matke, S., Balakrishnan, A., Bergamo, G. & Newberry, S. J. (2007). A review of methods to measure health-related productivity loss. *American Journal of Managed Care*, 13, 211-217.

- McColl-Kennedy, J. R. & Anderson, R. D. (2002). Impact of leadership style and emotions on subordinate performance. *The Leadership Quarterly*, 13, 545-559.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R. & Holland, W. W. (1997). Sickness absence and working through illness: A comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*, 19, 295-300.
- Meier, U. (1996). Fehlzeitenreduzierung als Führungsaufgabe. In R. Marr (Hrsg.), *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential* (S. 73-88). Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Meifert, M. T. & Kesting, M. (2004). Gesundheitsmanagement - Ein unternehmerisches Thema? In *Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Konzepte, Praxis, Perspektiven* (S. 3-13). Berlin: Springer.
- Mohr, G. (1986). *Die Erfassung psychischer Befindensbeeinträchtigungen bei Industriearbeitern*. Frankfurt: Lang.
- Mohr, G., Müller, A. & Rigotti, T. (2005). Normwerte der Skala Irritation: Zwei Dimensionen psychischer Beanspruchung. *Diagnostica*, 51, 12-20.
- Monnier, J., Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., Hulsizer, M. R. & Johnson, R. (1998). There's more than rugged individualism in coping. Part 2: Construct validity and further model testing. *Anxiety, Stress & Coping*, 11, 247-272.
- Morschhäuser, M. & Schmidt, E. (2002). *Beteiligungsorientiertes Gesundheitsmanagement angesichts alternder Belegschaften. Handlungshilfe zur Durchführung einer Mitarbeiterbefragung und von Gesundheitsworkshops*. Stuttgart: Fraunhofer IRB Verlag.
- Mowday, R. T., Porter, L. W. & Steers, R. M. (1982). *Employee-organization linkages: The psychology of commitment, absenteeism, and turnover* Academic Press New York.

- Munir, F., Yarker, J., Haslam, C., Long, H., Leka, S., Griffiths, A. & Cox, S. (2007). Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 259-277.
- Nicholson, N. & Johns, G. (1985). The absence culture and psychological contract - who's in control of absence? *Academy of Management Review*, 10, 397-407.
- Niemann, K. (2009, Das große Schniefen. *Berliner Zeitung* (30.9.2009).
- Noack, H. (1987). Concepts of health and health promotion. In T. Abelin, Z. J. Brzezinski & V. D. Carstairs (Hrsg.), *Measurement in health promotion and protection* (S. 5-28). Kopenhagen: World Health Organization.
- Nübling, M., Stößel, U., Hasselhorn, H. M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)*. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric methods*. New York: Harper and Row.
- Nunnally, J. C., Bernstein, I. H. & Berge, J. M. F. (1967). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Nyberg, A., Westerlund, H., Magnusson Hanson, L. L. & Theorell, T. (2008). Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 803-811.
- Ones, D. S., Viswesvaran, C. & Schmidt, F. L. (2003). Personality and absenteeism: A meta-analysis of integrity tests. *European Journal of Personality*, 17, 19-38.
- Oppolzer, A. (2010). *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung von Arbeit*. Hamburg: VSA Verlag.
- Orthmann, A., Gunkel, L., Schwab, K. & Grofmeyer, E. (2009). Psychische Belastungen reduzieren - Die Rolle der Führungskräfte. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 227-240). Heidelberg: Springer.

- Pauly, M. V., Nicholson, S., Polsky, D., Berger, M. L. & Sharda, C. (2008). Valuing reductions in on-the-job illness: 'presenteeism' from managerial and economic perspectives. *Health Economics*, 17, 469-485.
- Pelletier, B., Boles, M. & Lynch, W. (2004). Change in health risks and work productivity over time. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 746-754.
- Perkin, M. R., Higton, A. & Witcomb, M. (2003). Do junior doctors take sick leave? *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 699.
- Peters, K. & Sauer, D. (2005). Indirekte Steuerung–eine neue Herrschaftsform. Zur revolutionären Qualität des gegenwärtigen Umbruchprozesses. In H. Wagner (Hrsg.), *"Rentier ich mich noch?" Neue Steuerungskonzepte im Betrieb* (S. 23-58). Hamburg: VSA Verlag.
- Pfaff, H. (2001). Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 27-49). Weinheim: Juventa.
- Pfaff, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie*. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.
- Piorr, R. Heller, E. & Taubert, R. (2000). Rückkehrgespräche: Ein wirksames Instrument des betrieblichen Gesundheitsmanagements (?). *Arbeit*, 4, 269-279.
- Piorr, R. & Taubert, R. (2000). Gesundheitsmanagement - Ein System gesunder Gespräche. *IN-Nachrichten des Institutes für Betriebliche Gesundheitsförderung*, 1, 1-9.
- Podsakoff, P. M. & Organ, D. W. (1986). Self-reports in organizational research: Problems and prospects. *Journal of Management*, 12, 531-544.
- Porter, G. (2004). Work, work ethic, work excess. *Journal of Organizational Change Management*, 17, 424-439.

- Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39, 125-131.
- Rantanen, J. (2001). Impact of globalization on occupational health. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 36, 153-160.
- Reichling, P., Bietke, D. & Henne, A. (2007). Indikatorenbenchmarking und Frühwarnsystem. In *Praxishandbuch Risikomanagement und Rating* (2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 240-257). Wiesbaden: Gabler.
- Reilly, M. C., Zbrozek, A. S. & Dukes, E. M. (1993). The validity and reproducibility of a work productivity and activity impairment instrument. *Pharmacoeconomics*, 4, 353-365.
- Reinberg, A. & Schreyer, F. (2003). Arbeitsmarkt für AkademikerInnen: Studieren lohnt sich auch in Zukunft. *IAB-Kurzbericht*, 12, 1-7.
- Richter, P., Hille, B. & Rudolf, M. (1999). Gesundheitsrelevante Bewältigung von Arbeitsanforderungen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 20, 25-38.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Analyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehrebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281-298). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Robbins, T. & Brown, D. (2001). Social workers are sick-leave champions. *Sunday Times*, 24.
- Rödel, A., Siegrist, J., Hessel, A. & Brähler, E. (2004). Fragebogen zur Messung beruflicher Gratifikationskrisen. Psychometrische Testung an einer repräsentativen deutschen Stichprobe. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 25, 227-238.
- Rosenblatt, Z. & Ruvio, A. (1996). A test of a multidimensional model of job insecurity: The case of Israeli teachers. *Journal of Organizational Behavior*, 17, 587-605.

- Rosenblatt, Z., Talmud, I. & Ruvio, A. (1999). A gender-based framework of the experience of job insecurity and its effects on work attitudes. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 8*, 197-217.
- Rosvold, E. O. & Bjertness, E. (2001). Physicians who do not take sick leave: Hazardous heroes? *Scandinavian Journal of Public Health, 29*, 71-75.
- Rushmore, C. H. & Youngblood, S. A. (1979). Medically-related absenteeism: Random or motivated behavior? *Journal of Occupational Medicine.: Official Publication of the Industrial Medical Association, 21*, 245-250.
- Salowsky, H. (1996). Fehlzeiten – empirische Zusammenhänge. In R. Marr (Hrsg.), *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential* (S. 41-56). Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., van der Heijden, F. M. M. A. & Prins, J. T. (2009). Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts. *International Journal of Stress Management, 16*, 249-272.
- Schaufeli, W. B., Shimazu, A. & Taris, T. W. (2009). Being driven to work excessively hard: The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and Japan. *Cross-Cultural Research, 43*, 320-329.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. & van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology-an International Review, 57*, 173-203.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Bakker, A. B. (2006). Dr. Jekyll or Mr. Hyde? On the differences between work engagement and workaholism. In R. J. Burke (Hrsg.), *Research companion to working time and work addiction* (S. 193-217). Cheltenham, Northampton: Edward Elgar Publishing.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Bakker, A. B. (2008). It takes two to tango: Workaholism is working excessively and working compulsively. In R. J. Burke & C. L. Cooper (Hrsg.), *The long work hours culture: Causes, consequences and choices* (S. 203-226). Bingley, UK: Emerald.

- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, 109-119.
- Schmidt, J. & Schröder, H. (2009). Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 93-100). Heidelberg: Springer.
- Schmidt, K. H. (2004). Absentismus. In *Handwörterbuch des Personalwesens. Enzyklopädie der Betriebswirtschaftslehre. Bd.V* (3. Aufl., S. 1-8). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Schmidt, R. F. & Unsicker, K. (2003). *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie: Gesamtregister*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Schnabel, C. (1997). *Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten*. Köln: Institut der Deutschen Wirtschaft.
- Schönplflug, W. (1985). Goal directed behavior as a source of stress: Psychological origins and consequences of inefficiency. In M. Frese & J. Sabini (Hrsg.), *Goal directed behavior: The concept of action in psychology* (S. 172-188). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schultz, A. B. & Edington, D. W. (2007). Employee health and presenteeism: A systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17, 547-579.
- Schulz, P. & Schlotz, W. (2002). *Das Trierer Inventar zur Erfassung von chronischem Stress – Version 2 (TICS 2)*. Trier: Universität Trier, Fachbereich Psychologie.
- Schumacher, J. & Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In B. Strauß, U. Berger, J. von Troschke & E. Brähler (Hrsg.), *Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie* (S. 15-40). Göttingen: Hogrefe.
- Semmer, N., Zapf, D. & Dunckel, H. (1998). *Instrument zur Streßbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA - Version 6.0)*. Bern, Frankfurt, Flensburg: Psychologisches Institut Bern.
- Semmer, N., Zapf, D. & Dunckel, H. (1999). Instrument zur stressbezogenen Tätigkeitsanalyse (ISTA). In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 179-204). Zürich: vdf Hochschulverlag.

- Semmer, N., Zapf, D. & Greif, S. (1996). 'Shared job strain': A new approach for assessing the validity of job stress measurements. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 293-310.
- SGB IX § 84 Prävention, (2004).
- Shikiar, R., Halpern, M. T., Rentz, A. M. & Khan, Z. M. (2004). Development of the health and work questionnaire (HWQ): An instrument for assessing workplace productivity in relation to worker health. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 22, 219-229.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Sochert, R. & Schröer, A. (1996). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel - ein geeignetes Instrument zur Senkung des Krankenstandes? In R. Marr (Hrsg.), *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential*. (S. 133-148). Göttingen: Verl. für Angewandte Psychologie.
- Staufenbiel, T. Menne, K. & Batinic, B. (2009). Messung und Korrelate verschiedener Formen von Arbeitsplatzunsicherheit. *6. Tagung der Fachgruppe Arbeits- und Organisationspsychologie der DGPs*, Wien.
- Staw, B. M. & Oldham, G. R. (1978). Reconsidering our dependent variables: A critique and empirical study. *Academy of Management Journal*, 21, 539-559.
- Steers, R. M. & Rhodes, S. R. (1978). Major influences on employee attendance: A process model. *Journal of Applied Psychology*, 63, 391-407.
- Steiger, J. H. (1990). Structural model evaluation and modification: An interval estimation approach. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 173-180.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund: BAuA.
- Taubert, R. & Piorr, R. (1997). Gesundheitsgerechtes Management. Ein langfristig effektiver Ansatz. *Personalführung*, 12, 1190-1197.

- Taylor, P. J. (1968). Sickness absence resistance. *Occupational Medicine*, 18, 96-100.
- Techniker Krankenkasse. (2008). *Gesundheitsreport 2007. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Gesundheit im demografischen Wandel*. Hamburg: Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK.
- Techniker Krankenkasse. (2010). *Gesundheitsreport 2009. Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen. Schwerpunkt: Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen*. Hamburg: Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK.
- Tett, R. P. & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: Path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46, 259-293.
- Tucker, L. R. & Lewis, C. (1973). A reliability coefficient for maximum likelihood factor analysis. *Psychometrika*, 38, 1-10.
- Turpin, R. S., Ozminkowski, R. J., Sharda, C. E., Collins, J. J., Berger, M. L., Billotti, G. M., . . . Nicholson, S. (2004). Reliability and validity of the Stanford presenteeism scale. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46, 1123-1133.
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *psychosozial*, 15, 9-22.
- Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 397-419). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Uhle, T. (2004). *Entwicklung und Evaluation des gestaltungsorientierten "Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz - Betriebliche Gesundheitsförderung" (FAGS^{BGF})*. In *Bericht zum 50. arbeitswissenschaftlichen Kongress vom 24. - 16.3.2004 an der ETHZ* (S. 77-82). Zürich: GfA e.V.

- Uhtenwolddt, D. (2010). Schuften bis zum Umfallen - "Präsentismus" hat Hochkonjunktur. *Berliner Morgenpost* (08.03.2010).
- Ulich, E. & Wülser, M. (2005). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Arbeitspsychologische Perspektiven* (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2008). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven* (3. Aufl.). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Uris, A. (1955). 'How to build presenteeism'. *Petroleum Refiner*, 34, 348-359.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P. & Ferrie, J. E. (2004). Organizational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *British Medical Journal*, 328, 555-557.
- Van Vuuren, T., Klandermans, B., Jacobson, D. & Hartley, J. (1991). Predicting employees' perceptions of job insecurity. In J. Hartley, D. Jacobson, B. Klandermans & T. van Vuuren (Hrsg.), *Job insecurity: Coping with jobs at risk* (S. 65-78). London: Sage.
- Vieth, P. (1996). Das Rückkehrgespräch. Fürsorglicher Dialog oder hochnotpeinliche Befragung. In R. Busch (Hrsg.), *Vom Fehlzeitenmanagement zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. FU Berlin, Referat Weiterbildung, Bd. 14* (S. 51-60).
- Vingård, E., Alexanderson, K. & Norlund, A. (2004). Chapter 10. Sickness presence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 216-221.
- Virtanen, P. (1994). 'An epidemic of good health' at the workplace. *Sociology of Health & Illness*, 16, 394-401.
- von Rabenau, K. (2008). Fehlzeiten entdämonisieren. *Personal*, 12, 29.
- Voß, G. G. (1998). Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt-und Berufsforschung*, 31, 473-487.
- Wagner, A. (2001). Entgrenzung der Arbeit und der Arbeitszeit. *Arbeit*, 10, 365-378.
- Waller, H. (2002). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in die Grundlagen und Praxis von Public Health*. (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

- Walter, U. & Münch, E. (2009). Kapitel 14. Die Bedeutung von Fehlzeitenstatistiken für die Unternehmensdiagnostik. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen* (S. 140-154). Heidelberg: Springer.
- Ware Jr, J. E., Kosinski, M. & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34, 220-233.
- Weber, A., Hormann, G. & Kollner, V. (2006). Psychische und Verhaltensstörungen - Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen - Ausgabe A*, 103, 834-840.
- Weber, M. & Kaesler, D. (2006). *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. München: Beck.
- Weiß, B. (2000). Fehlzeitengespräche - Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung? *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 7, 121-134.
- Westermayer, G., Stein, B. & Sonntag, M. (2006). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Wilde, B., Dunkel, W., Hinrichs, S. & Menz, W. (2010). Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (S. 147-155) Springer.
- Wolf, S. & Meins, S. (2003). *Betriebliche Konsequenzen der Arbeitssucht (Arbeitspapier 72)*. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Wompel, M. (2000). In AFP e.V. (Hrsg.), *Jagd auf Kranke - Rückkehrgespräche auf dem Vormarsch* (4. Aufl.). Offenbach: express Verlag.
- World Health Organization. (1986). *Ottawa-Charta for health promotion*. Geneva: WHO.
- Xie, J. L. & Johns, G. (2000). Interactive effects of absence culture salience and group cohesiveness: A multi-level and cross-level analysis of work absentee-

- ism in the Chinese context. *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 73, 31-52.
- Ziegelmann, J. P. (2002). Gesundheits- und Krankheitsbegriffe. In R. Schwarzer, M. Jerusalem & H. Weber (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie von A bis Z* (S. 149-152). Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B. (2007). *Erfolgsfaktoren betrieblicher Gesundheitsförderung*. Online verfügbar unter http://www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy_auo/bzwob2007.pdf.
- Zimolong, B. & Elke, G. (2005). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie, Ruhr-Universität Bochum. *Studienbrief 2*.
- Zok, K. (2005). Personalabbau, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsergebnisse einer repräsentativen Umfrage. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2005. Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit* (S. 147-166). Heidelberg: Springer.
- Zok, K. (2008a). Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter GKV-Mitgliedern. *WIdO-Monitor*, 5, 1-7.
- Zok, K. (2008b). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht & Gesundheit* (S. 121-144). Heidelberg: Springer.

Anhang

Auf der beigefügten CD-ROM befinden sich die Fragebögen zu den drei empirischen Studien.

Anhang A: Fragebogen der Krankenhaus-Studie

Anhang B: Fragebogen der Energieversorger-Studie

Anhang C: Fragebogen der Panel-Studie

Erklärung über die Eigenständigkeit der erbrachten wissenschaftlichen Leistung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet.

Bei der Auswahl und Auswertung folgenden Materials haben mir die nachstehend aufgeführten Personen in der jeweils beschriebenen Weise entgeltlich/ unentgeltlich geholfen.

1. Dateingabe bei der Energieversorger-Studie: Robert Klimanek (studentische Hilfskraft am Institut für Psychologie der Universität Osnabrück, im Fachgebiet Forschungsmethodik, Diagnostik und Evaluation)

.....

2.

.....

Weitere Personen waren an der inhaltlichen materiellen Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich hierfür nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen.

Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift)