

Thomas Jung

---

# Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement

Thomas Jung

# **Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesund- heitsmanagement**



Thomas Jung

# **Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheits- management**

Tectum Verlag



Thomas Jung

Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement

© Tectum – ein Verlag in der Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2017  
Zugl. Diss. Helmut-Schmidt-Universität – Universität der Bundeswehr  
Hamburg 2016

ISBN: 978-3-8288-6692-8

(Dieser Titel ist zugleich als gedrucktes Buch unter  
der ISBN 978-3-8288-3910-6 im Tectum Verlag erschienen.)

Umschlagabbildung: foxaon1987 foxaon1987

Alle Rechte vorbehalten

Besuchen Sie uns im Internet  
[www.tectum-verlag.de](http://www.tectum-verlag.de)

### **Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Angaben sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

*Meinen Eltern,  
die mir den Wert der Bildung vermittelt haben*

Die vorliegende Arbeit wurde unter dem Titel „Das Phänomen Präsentismus im Handlungsfeld von Personalführung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Hintergründe, Zusammenhänge und praktische Relevanz einer neuen Herausforderung für Unternehmen?“ an der Helmut-Schmidt-Universität – Universität der Bundeswehr Hamburg als Dissertation eingereicht.

Alle Personenbezüge in dieser Arbeit beziehen sich jeweils auf die feminine und maskuline Form. Um die Lesbarkeit der Arbeit zu erhöhen, wird in den weiteren Ausführungen aber zumeist nur auf ein Geschlecht Bezug genommen.

# Danksagung

*Wenige Dinge im Leben sind so einmalig,  
wie die Zeit und der Augenblick!*

Deshalb möchte ich am Ende eines langen Prozesses die Gelegenheit nutzen, um mich bei all jenen Menschen herzlich zu bedanken, die mir die Erstellung dieser Arbeit erst ermöglicht haben, indem sie mir ihre Zeit geschenkt und mich auf meinem Weg unterstützt und begleitet haben.

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Peter Nieder für die fachliche Betreuung, konstruktive Kritik sowie sein Vertrauen und seine Zeit danken, die er mir auch über seine Emeritierung hinaus geschenkt hat. Ebenso bedanken möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Michel E. Domsch, der ohne zu zögern das Zweitgutachten für meine Arbeit übernommen hat.

Großer Dank gilt außerdem allen Teilnehmern und Unterstützern der Unternehmensbefragung, ohne deren Interesse, Engagement und Daten die Arbeit in der vorliegenden Form nicht zustande gekommen wäre. Darüber hinaus möchte ich mich bei allen Gesprächs- und Interviewpartnern für ihr entgegengebrachtes Vertrauen, ihre Offenheit und nicht zuletzt ihre Zeit bedanken, die sie sich trotz der gefüllten Terminkalender für die ausführlichen Gespräche mit mir genommen haben. Im Besonderen gilt dieser Dank Herrn Dr. Koch, Herrn Dr. Rohrbeck sowie Herrn Dr. Tscharnetzki. Des Weiteren danke ich Frau Dr. Metje für die wertvollen methodischen Hinweise und Frau Draack für die gute organisatorische Unterstützung bei der Durchführung der Befragung.

Ein großes persönliches Dankeschön gilt überdies meiner Schwester Christina für ihr unermüdliches Korrekturlesen und ihre konstruktiven Hinweise sowie meiner Freundin Denise für ihre Geduld und Zuversicht.

Abschließend möchte ich mich bei Amy und allen anderen herzlich bedanken, die mich auf vielfältige Weise nicht nur fachlich und sachlich, sondern vor allem auch mental bei der Realisierung meines Vorhabens unterstützt und mir Kraft gegeben haben. Ganz besonders gilt dies für meine Familie. DANKE!

*Thomas Jung*

*Münster, im Februar 2016*



# Vorwort

Für alle Menschen besteht ein Tag aus 24 Stunden. Für die meisten Menschen setzt sich ein Tag aus Arbeits- und Freizeit zusammen. Viele Menschen entscheiden sich täglich: Gehe ich heute zur Arbeit oder gehe ich nicht?

Für die Mehrzahl der Menschen ist das eine Entscheidung wie für das Zähneputzen. Grundsätzlich können dabei zwei Phänomene entstehen: Absentismus oder Präsentismus.

Präsentismus beschreibt die Entscheidung der Mitarbeiter zur Arbeit zu gehen, obwohl sie krank sind oder sich krank fühlen. Das Phänomen rückt seit ca. 10 Jahren stärker in den Blick des Personalmanagements. Gleichzeitig ist festzustellen, dass das Konzept des „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ eine immer größere Verbreitung findet.

Absentismus ist die Entscheidung eines Mitarbeiters, dem Arbeitsplatz fern zu bleiben, auch wenn es dafür keine medizinische Notwendigkeit gibt. Er beschreibt die motivationsbedingte Abwesenheit.

Thomas Jung will mit seiner Arbeit sowohl einen Beitrag zur weiteren Fundierung und Differenzierung des Phänomens Präsentismus leisten als auch einen praxis- und anwendungsbezogenen Orientierungsrahmen für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus schaffen, welcher Hintergründe und Zusammenhänge erläutert, aber auch Handlungsmöglichkeiten und -strategien aufzeigt.

Obwohl das wissenschaftliche Interesse am Phänomen Präsentismus in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, steht seine Erforschung noch am Anfang und erfolgte bislang aus einer medizinisch-psychologisch geprägten Perspektive heraus. Folglich wurden vor allem Aspekte wie Risikofaktoren, Verbreitung, Ursachen und Folgen in zahlreichen Studien untersucht oder Instrumente zur Messung von Präsentismus entwickelt. Ebenso liegen (auch für Deutschland) erste unternehmensbezogene Untersuchungen vor, die sowohl die Häufigkeit als auch die wirtschaftlichen Konsequenzen für das jeweilige Unternehmen analysieren.

Blickt man jedoch aus der Perspektive des Personalmanagements auf das Phänomen Präsentismus, so liegt hierzu bislang keine wissenschaftliche Arbeit vor, die eine unternehmensübergreifende und praxisorientierte Analyse des Phänomens Präsentismus vornimmt oder ein integriertes Konzept zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus vorstellt.

Thomas Jung schließt diese Lücke und beantwortet die folgenden drei Fragen:

1. Welche wissenschaftliche Bedeutung hat das Phänomen Präsentismus für das Personal- und Betriebliche Gesundheitsmanagement?
2. Welche betriebliche Relevanz hat das Phänomen Präsentismus für das Personal- und Gesundheitsmanagement in deutschen Unternehmen?
3. Wie soll ein integriertes Konzept zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus aus Sicht der Personalführung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gestaltet sein?

Die Antwort besteht in einem sehr umfassenden Grundlagenteil, in dem auf Arbeit und Gesundheit, Arbeitsunfähigkeit, Fehlzeiten und Betriebliches Gesundheitsmanagement eingegangen wird. Im Mittelpunkt steht eine empirische Studie in der Form einer schriftlichen Befragung, die detailliert beschrieben wird.

Drei Praxisbeispiele werden ausführlich dargestellt und ein Betriebliches Präsentismus-Management entwickelt.

Aus den aufgezeigten Forschungsdefiziten zu Präsentismus werden folgende Fragen definiert, die durch die empirische Studie beantwortet werden sollen:

1. Welche Bedeutung hat Präsentismus für Unternehmen in Deutschland?
2. Welches Präsentismus-Verständnis liegt in diesem Unternehmen vor?
3. Wie schätzen die Unternehmen den mit Präsentismus verbundenen Handlungsbedarf ein?
4. Welche Ansätze verfolgen diese Unternehmen im Umgang mit Präsentismus sowie kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern im Arbeitskontext?
5. Welche konkreten Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Präsentismus lassen sich daraus (auch für andere Arbeitgeber) ableiten?

Bezogen auf die Studie lässt sich festhalten, dass es trotz methodischer Einschränkungen hinsichtlich der Stichprobe und Repräsentativität der Ergebnisse gelingt, die Fragen zu beantworten. Insbesondere bieten die Ergebnisse, neben Erkenntnissen zum Umgang mit Präsentismus, einen unternehmens- und branchenübergreifenden Überblick über dessen Bedeutung, Verständnis und Herausforderungen für das Personal- und betriebliche Gesundheitsmanagement.

Damit ist es Thomas Jung gelungen, einen Beitrag zur Klärung der wissenschaftlichen Bedeutung des komplexen und interdisziplinären Phänomens Präsentismus für das Personal- und Betriebliche Gesundheitsmanagement zu leisten. Zum anderen konnte erstmalig in Deutschland eine unternehmens- und branchenübergreifende Untersuchung zur betrieblichen Relevanz, zum vorliegenden Begriffsverständnis sowie zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus vorgenommen und aus den Erkenntnissen ein systematisches Konzept für ein Betriebliches Präsentismus-Management abgeleitet werden.

*Prof. Dr. Peter Nieder*





<b>2.3</b>	<b>Arbeitsunfähigkeiten und Fehlzeiten</b>	<b>79</b>
2.3.1	Grundlagen zur Erhebung und Berechnung von Fehlzeiten	80
2.3.2	Fehlzeitenentwicklung im Überblick	83
2.3.3	Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten	87
2.3.4	Bedeutung von psychischen Erkrankungen	88
2.3.5	Bedeutung von Alter und demografischer Entwicklung	90
2.3.6	Gesundheitsverhalten und Fehlzeiten	94
<b>2.4</b>	<b>Gesundheit als Handlungsfeld des Personalmanagements</b>	<b>96</b>
2.4.1	Kennzahlen und Routinedaten	98
2.4.2	Rechtliche und normative Regelungen und Rahmen	101
2.4.2.1	Rechtliche Grundlagen des BGM	101
2.4.2.2	Normen, Standards und Selbstverpflichtungen	107
2.4.2.3	Betriebliche Gesundheitspolitik	112
2.4.2.4	Präsentismus aus arbeitsrechtlicher Sicht	113
2.4.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) – Grundlagen und zentrale Handlungsfelder	115
2.4.3.1	Definitionen und Ziele von BGM	116
2.4.3.2	Handlungsbereiche	118
2.4.3.3	Gestaltungsgrundsätze	119
2.4.3.4	Mindeststandards und Kernprozesse	120
2.4.3.5	Integrierte BGM-Modelle	123
2.4.3.6	Wirksamkeit und betriebswirtschaftlicher Nutzen	128
2.4.3.7	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	129
2.4.3.8	Betriebliches Fehlzeitenmanagement (BFM)	133
2.4.3.9	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	138
2.4.4	Gesunde Personalführung	140
<b>2.5</b>	<b>Folgerungen für das Personalmanagement – Zwischenfazit I</b>	<b>146</b>
<b>3</b>	<b>Forschungsfeld Präsentismus</b>	<b>151</b>
<b>3.1</b>	<b>Das Konzept Präsentismus</b>	<b>151</b>
<b>3.2</b>	<b>Möglichkeiten der Erfassung von Präsentismus</b>	<b>155</b>
3.2.1	Erfassung der Präsentismus-Häufigkeit	156
3.2.2	Erfassung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste und Kosten	160
3.2.3	Erfassung der Präsentismus-Neigung	162
<b>3.3</b>	<b>Häufigkeit von Präsentismus</b>	<b>163</b>
3.3.1	Präsentismus in Deutschland	164
3.3.2	Präsentismus als Verhalten	167

<b>3.4</b>	<b>Präsentismus als Produktivitätsverlust</b>	<b>170</b>
3.4.1	Produktivitätsverluste im Überblick	171
3.4.2	Produktivitätsverluste nach Krankheitsbildern	173
3.4.3	Kritische Einordnung der Ermittlung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste	177
<b>3.5</b>	<b>Präsentismus als Kostenfaktor</b>	<b>178</b>
3.5.1	Betriebswirtschaftliche Kosten durch Präsentismus	179
3.5.2	Volkswirtschaftliche Kosten durch Präsentismus	181
3.5.3	Limitierende Faktoren der Kostenberechnung von Präsentismus	185
<b>3.6</b>	<b>Mögliche Gründe für Präsentismus</b>	<b>188</b>
3.6.1	Personenbezogene Einflussfaktoren	189
3.6.1.1	Soziodemografische Merkmale	189
3.6.1.2	Gesundheitszustand	192
3.6.1.3	Persönlichkeit	196
3.6.1.4	Arbeitsverhalten	197
3.6.1.5	Werte, Einstellungen und Motive	198
3.6.2	Arbeitsbezogene Einflussfaktoren	201
3.6.2.1	Arbeitsplatzunsicherheit	201
3.6.2.2	Beruf und Charakteristik der Tätigkeit	202
3.6.2.3	Arbeitsorganisation	204
3.6.2.4	Unternehmens-, Fehlzeiten- und Führungskultur	206
3.6.2.5	Rahmenbedingungen	209
3.6.3	Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren	210
<b>3.7</b>	<b>Präsentismus und seine Folgen für die Gesundheit</b>	<b>212</b>
3.7.1	Pathogenetische Auswirkungen	213
3.7.2	Salutogenetische Auswirkungen	216
<b>3.8</b>	<b>Interventionsansätze</b>	<b>218</b>
<b>3.9</b>	<b>Zwischenfazit II – „Alter Wein in neuen Schläuchen?“</b>	<b>220</b>
<b>4</b>	<b>Präsentismus als Herausforderung für das Personalmanagement? Eine Studie zu Bedeutung und Umgang von Präsentismus in deutschen Unternehmen</b>	<b>225</b>
<b>4.1</b>	<b>Konzeption und Methodik der Studie / Untersuchung</b>	<b>226</b>
4.1.1	Zielsetzung und Fragestellungen	227
4.1.2	Studiendesign	228
4.1.3	Stichprobe	229
4.1.4	Datenerhebung	231

4.1.5	Datenauswertung .....	235
4.1.6	Methodische Einschränkungen .....	235
<b>4.2</b>	<b>Durchführung der Befragung .....</b>	<b>236</b>
4.2.1	Durchführung.....	237
4.2.2	Erhebungsinstrument .....	238
4.2.3	Rücklauf und Akzeptanz.....	239
<b>4.3</b>	<b>Deskriptive Analyse und Ergebnisse .....</b>	<b>240</b>
4.3.1	Merkmale der Befragungsteilnehmer .....	240
4.3.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) .....	243
4.3.3	Präsentismus-Verständnis .....	249
4.3.4	Umgang mit Präsentismus.....	254
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick.....</b>	<b>263</b>
<b>5</b>	<b>Präsentismus-Management im Kontext von BGM und Personalführung .....</b>	<b>267</b>
<b>5.1</b>	<b>Praxisbeispiele zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus ....</b>	<b>267</b>
5.1.1	Präventionscoaching und Mitarbeiter-Arbeitsplatz- Matching – am Beispiel der MAN Truck & Bus AG Salzgitter ...	268
5.1.1.1	Die Ausgangssituation .....	268
5.1.1.2	Ein Gefährdungs- und Belastungsatlas für das Werk .....	269
5.1.1.3	Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching – Ein Verfahren zur leidensadäquaten Arbeitsplatzbesetzung .....	271
5.1.1.4	Verhaltensprävention im Werk.....	273
5.1.1.5	Verhaltensoptimierung durch Präventionscoaching und Gesundheitsschicht .....	274
5.1.1.6	Schlussfolgerungen für den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern .....	276
5.1.2	Gesundheitsmanagement unter der Maxime: „Vernetztes Handeln und Kooperation“ – am Beispiel der Salzgitter AG .....	277
5.1.2.1	Die Ausgangssituation .....	277
5.1.2.2	Konzeptionelle Ausrichtung .....	279
5.1.2.3	Vernetztes Handeln und Kooperation .....	280
5.1.2.4	Psychosoziale und -mentale Unterstützung mit niederschwelligem Zugang .....	281
5.1.2.5	Kooperationsprojekt zur Betreuung Beschäftigter mit psychischen Erkrankungen .....	282
5.1.2.6	Angebote zur muskulo-skelettalen Gesundheit .....	284

5.1.2.7	Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainings- Therapie als interne Präventions-Maßnahme. ....	287
5.1.2.8	Ambulante Schmerztherapie für chronisch Erkrankte .....	288
5.1.2.9	Schlussfolgerungen für den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern ....	289
5.1.3	Präsentismusmanagement auf 3 Ebenen – am Beispiel der Unilever Deutschland Holding .....	290
5.1.3.1	Die Ausgangssituation .....	291
5.1.3.2	Präsentismus-Befragung zur BGM-Ausrichtung .....	293
5.1.3.3	(Neu-)Ausrichtung des BGM auf drei Interventionsebenen.....	294
5.1.3.4	Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern .....	297
5.1.3.5	Schlussfolgerungen für ein ganzheitliches BGM ....	298
5.2	<b>Betriebliches Präsentismus-Management (BPM) – ein konzeptioneller Ansatz im Kontext von BGM und Personalführung .....</b>	<b>301</b>
5.2.1	Anforderungen an ein BPM .....	301
5.2.2	Integration des BPM in das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement .....	304
5.2.3	Präsentismus-Analysen im Rahmen des BPM. ....	305
5.2.3.1	Präsentismus-Impuls-Analyse (für Führungskräfte) ...	306
5.2.3.2	Betrieblich-sytematische Präsentismus-Analyse .....	308
5.2.4	Maßnahmenplanung .....	310
5.2.5	Implementierung und Realisierung .....	314
5.2.6	Kritische Einordnung des BPM-Konzeptes .....	316
6	<b>Resümee und Ausblick. ....</b>	<b>319</b>
7	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>329</b>
8	<b>Anhang .....</b>	<b>359</b>



# Abkürzungsverzeichnis

<b>Abs.</b>	Absatz
<b>AF</b>	Arbeitsfähigkeit
<b>aMTT</b>	arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie
<b>AN</b>	Arbeitnehmer
<b>AP</b>	Arbeitsplatz
<b>ArbSchG</b>	Arbeitsschutzgesetz
<b>ArbStättV</b>	Arbeitsstättenverordnung
<b>ArbV</b>	Arbeitsvertrag
<b>ArbZG</b>	Arbeitszeitgesetz
<b>ARC</b>	Ambulantes Reha Centrum
<b>ASA</b>	Arbeits-situationsanalyse
<b>ASiG</b>	Arbeitssicherheitsgesetz
<b>AU</b>	Arbeitsunfähigkeit
<b>AU-Fälle</b>	Arbeitsunfähigkeitsfälle
<b>AU-Tage</b>	Arbeitsunfähigkeitstage
<b>A&amp;G-MS</b>	Arbeits- und Gesundheitsschutz-Managementsystem
<b>BA</b>	Betriebsarzt
<b>BÄD</b>	Betriebsärztlicher Dienst
<b>BAG</b>	Bundesarbeitsgerichts
<b>BAuA</b>	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
<b>BDSG</b>	Bundesdatenschutzgesetz
<b>BEM</b>	Betriebliche Eingliederungsmanagement
<b>BetrVG</b>	Betriebsverfassungsgesetz
<b>BFM</b>	Betriebliches Fehlzeitenmanagement
<b>BG</b>	Berufsgenossenschaft
<b>BGF</b>	Betriebliche Gesundheitsförderung
<b>BGM</b>	Betriebliches Gesundheitsmanagement
<b>BGP</b>	Betriebliche Gesundheitspolitik
<b>BIP</b>	Bruttoinlandsprodukt
<b>BKK</b>	Betriebskrankenkasse
<b>BPM</b>	Betriebliches Präsentismusmanagement
<b>BtrVG</b>	Betriebsverfassungsgesetz
<b>BUrlG</b>	Bundesurlaubsgesetz
<b>BV</b>	Betriebsvereinbarung
<b>BMAS</b>	Bundessozialministerium für Arbeit und Soziales
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>CMP</b>	Chronic nonspecific musculoskeletal pain
<b>DGB</b>	Deutscher Gewerkschaftsbund
<b>DGFP</b>	Deutsche Gesellschaft für Personalführung
<b>DGUV</b>	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung

<b>DIN</b>	Deutsches Institut für Normung
<b>DRV</b>	Deutsche Rentenversicherung
<b>EAP</b>	„Employee Assistance Program“
<b>EFL</b>	Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit
<b>Etc.</b>	Et cetera
<b>GDA</b>	Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie
<b>GewO</b>	Gewerbeordnung
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>GNP</b>	Gemeinsame nationale Präventionsstrategie
<b>GUV</b>	Gesetzliche Unfallversicherung
<b>FASi</b>	Fachkraft für Arbeitssicherheit
<b>HoL</b>	Health-oriented Leadership
<b>ICD-10</b>	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. (10 <sup>th</sup> Revision)
<b>IGA</b>	Initiative Gesundheit und Arbeit
<b>IB</b>	individual boundarylessness
<b>MuSchG</b>	Mutterschutzgesetz
<b>MA</b>	Mitarbeiter
<b>MAB</b>	Mitarbeiterbefragungen
<b>MAM</b>	Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching
<b>MH</b>	Medizinischen Hochschule
<b>NAK</b>	Nationale Arbeitsschutzkonferenz
<b>NPK</b>	Präventionskonferenz
<b>OE</b>	Organisationsentwicklung
<b>OR</b>	Odds Ratio
<b>PE</b>	Personalentwicklung
<b>PF</b>	Personalführung
<b>PIA</b>	Präsentismus-Impuls-Analyse
<b>PrävG</b>	Präventionsgesetz
<b>ROI</b>	Return on Investment
<b>RR</b>	Relative Risk
<b>SGB IX</b>	Sozialgesetzbuch; Neuntes Buch
<b>StBA</b>	Statistisches Bundesamt
<b>TU</b>	Technische Universität
<b>TV</b>	Tarifvertrag
<b>Vgl.</b>	Vergleiche
<b>WAI</b>	Work Ability Index
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>WIdO</b>	Wissenschaftliches Institut der AOK
<b>Zit. n.</b>	Zitiert nach

# Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1.2:</b> Vorgehensweise in der Arbeit (schematische Darstellung) . . . . .	29
<b>Abbildung 2.1.2.4:</b> Definitions- und Bewertungsrahmen von Präsentismus . . . . .	43
<b>Abbildung 2.1.3.2:</b> Standardized solution (maximum likelihood estimates) of the three-wave model of presenteeism, N = 258 (nach: Demerouti et al.) . . . . .	53
<b>Abbildung 2.1.4:</b> Integrierte Darstellung von Präsentismus . . . . .	54
<b>Abbildung 2.2.4:</b> Gesundheits-Krankheits-Kontinuum der Arbeitsfähigkeit (nach Oppolzer) . . . . .	69
<b>Abbildung 2.2.5.a:</b> Arbeits-, Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit (nach Treier) . . .	71
<b>Abbildung 2.2.5.b:</b> Haus der Arbeitsfähigkeit (nach Ilmarinen/Tempel et al.) . . . . .	72
<b>Abbildung 2.2.6:</b> Kernelemente des Salutogenese-Modells von Antonovsky (nach Hurrelmann & Richter) . . . . .	77
<b>Abbildung 2.3.1:</b> Gruppen von Fehlzeiten (modifiziert nach Nieder) . . . . .	81
<b>Abbildung 2.3.2.a:</b> Krankenstandsentwicklung in Deutschland (BMG) . . . . .	84
<b>Abbildung 2.3.2.b:</b> Entwicklung Krankenstand und Arbeitslosigkeit (1980 bis 2013) . . . . .	85
<b>Abbildung 2.3.2.c:</b> Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2014 insgesamt (nach DAK-Gesundheit) . . . . .	86
<b>Abbildung 2.3.3:</b> AU-Tage nach Diagnosegruppen und Geschlecht (BAuA) . . . . .	87
<b>Abbildung 2.3.4:</b> AU-Tage und-Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen (DAK-Gesundheit) . . . . .	88
<b>Abbildung 2.3.5.a:</b> Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2013 (BMAS) . . . . .	91
<b>Abbildung 2.3.5.b:</b> Bevölkerungspyramiden für die Jahre 2015 und 2035 (StBA) . . . . .	92
<b>Abbildung 2.4.1:</b> Elemente einer Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung (modifiziert nach Brandenburg & Nieder) . . . . .	100
<b>Abbildung 2.4.3.1:</b> Zielhierarchie des integrierten Gesundheitsmanagements (nach: DGFP) . . . . .	117
<b>Abbildung 2.4.3.4:</b> Lernzyklus: Kernprozesse des BGM (modifiziert nach Walter) . .	122
<b>Abbildung 2.4.3.5.a:</b> Gesamtzusammenhang des integrierten Managementkonzepts (nach Bleicher) . . . . .	124
<b>Abbildung 2.4.3.5.b:</b> DGFP-Modell eines integrierten Gesundheitsmanagements (nach DGFP) . . . . .	126
<b>Abbildung 2.4.3.5.c:</b> Prozessebenen des integrierten BGM (nach DGFP) . . . . .	127
<b>Abbildung 2.4.3.7.a:</b> Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung (nach Nieder & Michalk) . . . . .	130
<b>Abbildung 2.4.3.8.a:</b> Zielgruppen unter den Mitarbeitern (nach Nieder) . . . . .	135
<b>Abbildung 2.4.3.8.b:</b> Maßnahmen zur Erhöhung der Anwesenheit (nach Brandenburg & Nieder) . . . . .	137
<b>Abbildung 2.4.3.9:</b> Prozess des Betrieblichen Eingliederungsmanagements . . . . .	139
<b>Abbildung 2.4.4:</b> Der HoL-Ansatz. Haus der gesundheitsförderlichen Führung (nach Franke 2012) . . . . .	145
<b>Abbildung 3.1.a:</b> Präsentismus-Modell (nach Aronsson & Gustafsson) . . . . .	152



<b>Abbildung 3.1.b:</b> Dynamisches Präsentismus-Absentismus-Modell (nach Johns) . . .	153
<b>Abbildung 3.1.c:</b> Schematisches Präsentismus-Entscheidungsmodell (nach Gerich) . . .	155
<b>Abbildung 3.2:</b> Ansätze der Erfassung von Präsentismus . . . . .	156
<b>Abbildung 3.3.1:</b> Häufigkeit von Absentismus & Präsentismus (nach BIBB/BAuA) . . . . .	167
<b>Abbildung 3.3.2:</b> Verschiedene Aspekte des Präsentismus-Verhaltens . . . . .	168
<b>Abbildung 3.4.1.a:</b> Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Absentismus (nach Iverson & Lynch) . . . . .	172
<b>Abbildung 3.4.2.a:</b> Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Fehlzeiten pro Mitarbeiter und Jahr (in Prozent) (nach Goetzel et al.) . . . . .	175
<b>Abbildung 3.4.2.b:</b> Chronische Erkrankungen: Häufigkeit, Fehlzeiten und Produktivitätsverluste (nach Baase) . . . . .	176
<b>Abbildung 3.5.2.a:</b> Anteil der Einzelerkrankungen am Produktivitätsverlust durch Präsentismus (KPMG Econtech) . . . . .	183
<b>Abbildung 3.5.2.b:</b> Makroökonomischer Effekte von Präsentismus auf die australische Wirtschaft (in Milliarden AUS-Dollar) (nach Econtech) . . . . .	184
<b>Abbildung 3.5.3:</b> Limitierende Faktoren bei der Gesamtkostenberechnung von Präsentismus . . . . .	186
<b>Abbildung 3.6:</b> Kategorien zentraler Ursachen und Verstärkungsfaktoren von Präsentismus . . . . .	188
<b>Abbildung 3.6.1.2:</b> Vergleich verschiedener Symptome bei Präsentisten und Nicht-Präsentisten (in Prozent und bezogen auf die letzten 12 Monate) (nach Aronsson et al.) . . . . .	193
<b>Abbildung 3.6.1.5:</b> Ausschlaggebende Gründe für Präsentismus im letzten Jahr (Mehrfachnennungen in Prozent) (nach Zok) . . . . .	199
<b>Abbildung 3.7:</b> Gesundheitliche Belastungen bei Präsentisten/Nicht-Präsentisten (in Prozent) (nach Zok) . . . . .	212
<b>Abbildung 4.3.1.a:</b> Branche/Wirtschaftsgruppe der Befragten . . . . .	241
<b>Abbildung 4.3.1.b:</b> Anteil der überwiegend körperlich tätigen Beschäftigten . . . . .	242
<b>Abbildung 4.3.1.c:</b> Position (Hauptfunktion) der Befragten im Unternehmen . . . . .	243
<b>Abbildung 4.3.2.a:</b> Steuerung/Zuständigkeit BGM . . . . .	244
<b>Abbildung 4.3.2.b:</b> Gegenwärtige und geplante Handlungsfelder BGM/BGF . . . . .	245
<b>Abbildung 4.3.2.c:</b> Erhebung gesundheitsbezogener Daten . . . . .	246
<b>Abbildung 4.3.2.d:</b> Einschätzung Handlungsbedarfe des Unternehmens . . . . .	248
<b>Abbildung 4.3.2.e:</b> Kenntnis und betriebliche Berücksichtigung der DIN SPEC 91020 (BGM) . . . . .	249
<b>Abbildung 4.3.3.a:</b> Bestehendes Präsentismus-Verständnis . . . . .	250
<b>Abbildung 4.3.3.b:</b> Bewertung des Phänomens Präsentismus . . . . .	251
<b>Abbildung 4.3.3.c:</b> Berücksichtigung des Phänomens Präsentismus . . . . .	252
<b>Abbildung 4.3.3.d:</b> Bewertung der Herausforderungen und Probleme mit Präsentismus-Bezug . . . . .	253
<b>Abbildung 4.3.4.a:</b> Verbindliche Anweisung zum Umgang mit Präsentismus . . . . .	254
<b>Tabelle 4.3.4.a:</b> Offene Angaben zu Regelungen, Handlungsanweisungen und Maßnahmen . . . . .	255
<b>Abbildung 4.3.4.b:</b> Ermittlung gesundheitsbedingter Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz . . . . .	257

<b>Abbildung 4.3.4.c:</b> Angebote zur Verbesserung/Förderung der Arbeitsfähigkeit . . . .	258
<b>Abbildung 4.3.4.d:</b> Externe Kooperationen im Umgang mit Präsentismus. . . . .	261
<b>Abbildung 4.3.4.e:</b> Bewertung externer Kooperationspartner bei der Integration/ Betreuung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter . . . . .	262
<b>Abbildung 5.1.1.3:</b> Matching Arbeitsplatzprofile & Mitarbeiterprofil (nach Rohrbeck & Kunze) . . . . .	271
<b>Abbildung 5.1.1.4:</b> Verhaltensprävention. Ablauf Werk Salzgitter (nach Rohrbeck & Kunze) . . . . .	273
<b>Abbildung 5.1.2.5:</b> Kooperationsprojekt zur Betreuung von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen (nach Koch et al.) . . . . .	282
<b>Abbildung 5.1.2.6:</b> Angebote bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (nach Koch et al.) . .	285
<b>Abbildung 5.1.2.8:</b> Ambulante Schmerzgruppe (nach Koch et al.) . . . . .	288
<b>Abbildung 5.2.2:</b> Implementierung des Präsentismus-Managements in das BGM. . .	304
<b>Abbildung 5.2.3.1:</b> Situatives Präsentismus-Raster. . . . .	307
<b>Abbildung 5.2.4:</b> Interventionsplan des Betrieblichen Präsentismus-Managements . .	311
<b>Abbildung 2.2.1.1.a:</b> Erwerbstätige nach Wirtschaftssektoren in West und Ost (1950–2012; Geißler) . . . . .	359
<b>Abbildung 2.2.1.1.b:</b> Erwerbstätige nach ihrer Stellung im Beruf (1882–2011; Geißler) . . . . .	360
<b>Abbildung 2.2.1.2.a:</b> Erwerbstätige Bevölkerung nach Erwerbsstatus (Eichhorst & Tobsch; Datenquelle: SOEP) . . . . .	361
<b>Abbildung 2.2.1.2.b:</b> Anteil und Entwicklung atypischer Beschäftigung (Eichhorst & Tobsch; Datenquelle: SOEP) . . . . .	361
<b>Abbildung 2.2.4.a:</b> Dichotomes Konzept von Gesundheit und Krankheit (nach Franke) . . . . .	363
<b>Abbildung 2.2.4.b:</b> Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit (nach Franke) . . . . .	363
<b>Abbildung 2.2.4.c:</b> Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit (nach Franke) . . . . .	364
<b>Abbildung 2.2.4.d:</b> Zweidimensionales Modell von Befund und Befinden (nach Franke) . . . . .	364
<b>Abbildung 2.2.5.1:</b> Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit (nach Tempel) . . . . .	365
<b>Abbildung 2.2.5.2.a:</b> WAI-Fragebogen. . . . .	366
<b>Abbildung 2.2.5.2.b:</b> WAI-Fragebogen (Seite 2) . . . . .	367
<b>Abbildung 2.2.5.2.c:</b> WAI-Fragebogen (Seite 3) . . . . .	368
<b>Abbildung 2.3.2.d:</b> Krankenstandsentwicklung nach Kassenarten (BMG). . . . .	370
<b>Abbildung 2.3.2.e:</b> AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013; BKK Dachverband) . . . . .	371
<b>Abbildung 2.3.3.a:</b> Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen 2010 – 2013 (BMAS) . . . . .	372
<b>Abbildung 2.3.5. c:</b> Bevölkerungsberechnung für das Jahr 2015 (StBA) . . . . .	374
<b>Abbildung 2.3.5. d:</b> Bevölkerungsberechnung für das Jahr 2035 (StBA) . . . . .	374
<b>Abbildung 2.3.5.e:</b> Natürliche Bevölkerungsbewegung und Wanderungssaldo (StBA). . . . .	375
<b>Abbildung 2.4.3.5.d:</b> Modell eines integrierten BGM (nach Rimbach) . . . . .	377

<b>Abbildung 3.1.d:</b> <i>The model of illness flexibility (nach Johansson &amp; Lundberg)</i> . . . .	380
<b>Abbildung 3.1.e:</b> <i>Integratives Modell des Krankheitsverhaltens am Arbeitsplatz</i> <i>(nach Hägerbäumer)</i> . . . . .	380
<b>Abbildung 3.2.2:</b> <i>Stanford-Formel zur Gesundheitskostenrechnung</i> <i>(nach Schulte-Meßtorff &amp; Wehr)</i> . . . . .	381
<b>Abbildung 3.4.1.b:</b> <i>Beeinträchtigungen der Arbeit durch Gesundheitsprobleme</i> <i>nach WPAI (aus den Teilstichproben der Befragten mit gesundheitlichen</i> <i>Problemen, in Anzahl &amp; Prozent; nach Bödeker &amp; Hüsing)</i> . . . . .	381
<b>Abbildung 4.1.2:</b> <i>Die Grundidee der Leverage-Salience-Theorie (nach Proner)</i> . . . .	383
<b>Abbildung 4.2.1.a:</b> <i>Anschreiben Unternehmensbefragung (Seite 1)</i> . . . . .	386
<b>Abbildung 4.2.1.b:</b> <i>Anschreiben Unternehmensbefragung (Seite 2)</i> . . . . .	387
<b>Abbildung 4.2.2.a:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung</i> <i>(Deckblatt &amp; Bearbeitungshinweise)</i> . . . . .	388
<b>Abbildung 4.2.2.b:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 3)</i> . . . . .	389
<b>Abbildung 4.2.2.c:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 4)</i> . . . . .	390
<b>Abbildung 4.2.2.d:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 5)</i> . . . . .	391
<b>Abbildung 4.2.2.e:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 6)</i> . . . . .	392
<b>Abbildung 4.2.2.f:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 7)</i> . . . . .	393
<b>Abbildung 4.2.2.g:</b> <i>Fragebogen Kurzbefragung (Seite 8)</i> . . . . .	394
<b>Abbildung 4.3.1.d:</b> <i>Anzahl der Beschäftigten</i> . . . . .	395
<b>Abbildung 4.3.2.1:</b> <i>Bestehen eines Systematischen BGM</i> . . . . .	396
<b>Abbildung 4.3.4.f:</b> <i>Führungskräfte-Schulungen Krankheit am Arbeitsplatz</i> <i>(Frage 16)</i> . . . . .	402
<b>Abbildung 5.1.1.c:</b> <i>BGM: Ergebnis der Diagnose einer ausgewählten</i> <i>Abteilung (MAN Truck &amp; BUS AG)</i> . . . . .	412

# Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 2.1.2.1:</b> Verhaltens- und gesundheitsorientierte Präsentismus-Definitionen . .	39
<b>Tabelle 2.1.2.2:</b> Produktivität- und defizitorientierte Präsentismus-Definitionen . . .	41
<b>Tabelle 2.1.2.3:</b> Erweiterte Präsentismus-Definitionen . . . . .	42
<b>Tabelle 2.1.3.1.2:</b> Bestimmungsfaktoren von Präsentismus und Absentismus (nach Preisendörfer) . . . . .	49
<b>Tabelle 2.2.1:</b> Grundformen der Arbeit (nach Rudow nach Luczak 1998) . . . . .	58
<b>Tabelle 2.2.5:</b> Die 7 WAI-Dimensionen . . . . .	74
<b>Tabelle 2.4.4:</b> Abgrenzung transaktionaler und transformationaler Mitarbeiterführung (nach Stock-Homburg) . . . . .	143
<b>Tabelle 3.2.1.a:</b> Präsentismus-Skala (nach Hägerbäumer) . . . . .	158
<b>Tabelle 3.2.1.b:</b> Präsentismus-Skala (nach Ulich & Nido) . . . . .	159
<b>Tabelle 3.2.2:</b> Messinstrumente zur Erfassung von Präsentismus (gekürzte Darstellung; nach Steinke & Badura) . . . . .	161
<b>Tabelle 3.2.2:</b> Fragebogen zur Erfassung der Präsentismusneigung (nach Emmermacher) . . . . .	162
<b>Tabelle 3.3.1:</b> Häufigkeit von Präsentismus in Deutschland . . . . .	165
<b>Tabelle 3.5.1:</b> Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste nach Erkrankungen - pro Mitarbeiter und Jahr (nach Steinke & Badura) . . . . .	180
<b>Tabelle 3.6.1.2:</b> Häufigkeitsverteilung von Gründen für Präsentismus und Absentismus nach Beschwerdeart und Vergleich mit den AU-Fällen (nach Wieland & Hammes) . . . . .	194
<b>Tabelle 3.6.1.5:</b> Gründe für Präsentismus (n = 786, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich) (nach Ulich & Nido; Antworten gekürzt) . .	200
<b>Tabelle 4.1.4:</b> Befragungstechniken im technisch-methodischen Vergleich (nach Häder) . . . . .	232
<b>Tabelle 4.3.4.b:</b> Offene Angaben zu weiteren präsentismusbezogenen Maßnahmen . . . . .	259
<b>Tabelle 4.3.4.c:</b> Zusammenfassung empfohlener präsentismusbezogener Maßnahmen . . . . .	260
<b>Tabelle 5.2.1:</b> Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (nach Leppin) . . . . .	303
<b>Tabelle 5.2.4:</b> Interventionsmatrix Präsentismus . . . . .	313
<b>Tabelle 2.2.2:</b> Maximen für eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit . . . . .	362
<b>Tabelle 2.2.6:</b> Überblick wesentlicher Generalisierter Widerstandsressourcen (nach Franke) . . . . .	369
<b>Tabelle 2.3.2:</b> Krankenstandsentwicklung nach Kassenarten (BMG) . . . . .	370
<b>Tabelle 2.3.3.:</b> Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen 2010 – 2013 (BMAS) . . . . .	373
<b>Tabelle 2.4.3.5:</b> Drei Ebenen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (nach Oppolzer) . . . . .	378
<b>Tabelle 2.4.3.7:</b> BGM Maßnahmenportfolio mit Beispielen (nach DGFP) . . . . .	379

<b>Tabelle 3.4.2.a:</b> Übersicht der Prävalenzen verschiedener Krankheitsbilder (Goetzel et al.)	382
<b>Tabelle 3.4.2.b:</b> Produktivitätsverluste der zehn wichtigsten Krankheitsbilder (Goetzel et al.)	382
<b>Tabelle 4.1.2:</b> Grundaussagen der Leverage-Saliency-Theorie (nach Menold)	383
<b>Tabelle 4.2.a:</b> Ansätze zur Optimierung schriftlich-postalischer Befragungen (nach Dilman)	384
<b>Tabelle 4.2.b:</b> TDM: Anweisungen DILLMANNs (nach Hippler)	385
<b>Tabelle 4.3.2.1:</b> Erhebung/Analyse sonstiger gesundheitsbezogene Daten	396
<b>Tabelle 4.3.2.2.a:</b> Vergleichsauswertung Frage 7 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse	397
<b>Tabelle 4.3.2.2.b:</b> Vergleichsauswertung Frage 8 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse	398
<b>Tabelle 4.3.2.2.c:</b> Vergleichsauswertung Frage 18 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse	398
<b>Tabelle 4.3.2.3:</b> Teilauswertung Frage 7 bei Unternehmen mit Präsentismus-Analyse	399
<b>Tabelle 4.3.2.4:</b> Einschätzung Handlungsbedarfe (tabellarisch)	400
<b>Tabelle 4.3.3.a:</b> Gegenüberstellung Verständnis und Bewertung von Präsentismus	401
<b>Tabelle 4.3.3.b:</b> Herausforderungen präsentismusbezogener Sachverhalte (Frage 14)	401
<b>Tabelle 4.3.4.d:</b> Bewertung externer Kooperationen im Umgang mit Präsentismus	403
<b>Tabelle 4.3.4.e:</b> Offene Angaben zu Regelungen, Handlungsanweisungen oder standardisierten Maßnahmen im Umgang mit erkrankten und nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz (Frage 15)	405
<b>Tabelle 4.3.4.f:</b> Offene Angaben bezüglich weiterer Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter (Frage 19)	407
<b>Tabelle 4.3.4.g:</b> Als wirksam bewertete Maßnahmen im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern	409
<b>Tabelle 5.1.1.a:</b> Übersicht Arbeitsplatz- und Mitarbeiterprofile (nach MAN Truck & BUS AG)	410
<b>Tabelle 5.1.1.b:</b> Auszug Werksatlas (nach MAN Truck & BUS AG)	411

# 1 Einleitung

*„Viele Mitarbeiter gehen zur Arbeit,  
obwohl sie krank sind oder sich krank fühlen!“*

Zu diesem Ergebnis gelangten zahlreiche deutsche Studien in den letzten Jahren und konstatierten in relativer Übereinstimmung, dass mehr als jeder zweite Mitarbeiter dieses Verhalten mindestens einmal im Jahr zeigte – viele von ihnen sogar mehrfach<sup>1</sup>. Eine große Zahl unterschiedlichster Studien suggeriert darüber hinaus, dass die Produktivitätsverluste durch anwesende, aber in ihrer Produktivität beeinträchtigte Mitarbeiter die Verluste durch Fehlzeiten weit übersteigen<sup>2</sup>. Für dieses Phänomen wird sowohl im wissenschaftlichen als auch gesellschaftlichen Diskurs die Bezeichnung ‚*Präsentismus*‘ verwendet. Und obwohl angenommen werden darf, dass dieses Phänomen ebenso alt ist wie die Erwerbsarbeit selbst, so ist erst seit einigen Jahren zu beobachten, dass Präsentismus stärker in den Blick von Wissenschaft, Gesellschaft und Unternehmen rückt.

Gleichzeitig ist festzustellen, dass der Faktor ‚*Gesundheit in der Arbeit*‘ als gegenwärtig wichtiger denn je wahrgenommen wird<sup>3</sup>. Immer mehr Unternehmen ergreifen Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Und auch politisch gewinnt das Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheit zunehmend an Bedeutung, wie sich jüngst an der Verabschiedung des *Präventionsgesetzes* durch den deutschen Bundestag und die damit einhergehende Initiierung einer *gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie* zeigte. Dabei ist unschwer zu erkennen, dass die steigende Bedeutung der betrieblichen Gesundheit in engem Zusammenhang mit den gravierenden Veränderungen der soziodemografischen Strukturen in unserem Land sowie den aktuellen Trends und Entwicklungen in der Arbeitswelt (Globalisierung, Flexibilisierung, Digitalisierung, Individualisierung, steigender Wettbewerbsdruck etc.) steht – wobei die „Rolle des Humankapitals als (kritischer) Erfolgsfaktor immer deutlicher“<sup>4</sup> wird.

Blickt man hierzu auf das Fehlzeitengeschehen in Deutschland, so ist der Krankenstand über die zurückliegenden Dekaden insgesamt stark gesunken. Während dieser nach Berechnung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) im Jahr 1980 noch bei 5,67 Prozent lag, sank er bis zum Jahr 2007 auf 3,22 Prozent und bewegt sich seit inzwischen mehr als einem Jahrzehnt auf dem relativ niedrigen Niveau von unter vier Prozent (3,68

- 1 Vgl. z. B.: (DAK-Gesundheit, 2014); (Schnee & Vogt, 2013); (Oldenburg, 2012); (Wieland & Hammes, 2010); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009); . (Schmidt & Schröder, 2010); (Preisendörfer, 2010); (Zok, 2008a)
- 2 Vgl. z. B.: (Baase, 2007, S. 52); (Goetzel, et al., 2004); (Bödeker & Hüsing, 2008); (Fissler & Krause, 2010)
- 3 Vgl. (Rudow, 2011, S. 5f.)
- 4 (Scholz, 2014, S. V)

Prozent im Jahresdurchschnitt 2014)<sup>5</sup>, wenngleich manche Krankenkassen seit einigen Jahren wieder leicht steigende Krankenstände konstatieren<sup>6</sup>.

Da sich Arbeitslosenquote und Krankenstand in der Tendenz leicht gegenläufig entwickeln und der Krankenstand speziell in wirtschaftlichen Krisenzeiten sinkt<sup>7</sup>, scheint (zumindest) ein Teil des langfristigen Rückgangs der Krankenstände auf die hohe Arbeitslosigkeit zu Beginn sowie die Wirtschaftskrise (mit Kurzarbeit) zum Ende der 2000er Jahre zurückzuführen zu sein und scheint auch zur Erklärung der (im Zuge der wirtschaftlichen Belebung der letzten Jahre) wieder leicht steigenden Krankenstände einiger Krankenkassen beizutragen. Stellt man dem moderaten Anstieg der Fehlzeiten jedoch die außerordentlich gute Wirtschafts- und Beschäftigungslage (mit einer Arbeitslosenquote von deutlich unter sieben Prozent)<sup>8</sup> gegenüber, so erklärt dieses Muster allerdings kaum noch die anhaltend niedrigen Krankenstände.

Darüber hinaus zeichnet sich eine deutliche Kausalverschiebung innerhalb des Fehlzeitengeschehens ab, wonach insbesondere psychisch bedingte Erkrankungen seit Ende der 1990er Jahre signifikant an Bedeutung hinzugewonnen haben<sup>9</sup>. Weitgehend unklar ist allerdings, in welchem Maße jeweils höhere Belastungen der Arbeitswelt, ein verändertes Diagnoseverhalten der Ärzte oder auch die stärkere Sensibilisierung und Bereitschaft der Betroffenen ihre psychischen Erkrankungen anzuerkennen den Anstieg der Fehlzeiten bedingen<sup>10</sup>.

Betrachtet man die Entwicklungen der niedrigen Krankenstände, des Präsentismus-Verhaltens sowie der Kausalverschiebungen innerhalb des Fehlzeitengeschehens gemeinsam und aus der Perspektive des Personalmanagements, so wird deutlich, dass das Phänomen Fehlzeiten und seine Zusammenhänge dringender denn je einer genaueren Analyse bedarf – obwohl (oder gerade weil) die Krankenstände auf einem historisch niedrigen Niveau liegen.

Dabei ergibt sich eine Vielzahl grundsätzlicher und betrieblicher Fragen, wie die nach dem Zusammenhang zwischen Fehlzeiten und Präsentismus, die nach den Ursachen für anhaltend niedrige Krankenstände, die nach der allgemeinen und betrieblichen Bedeutung des relativ „neuen“ Phänomens Präsentismus oder natürlich die nach den Folgerungen und Konsequenzen, welche es im Hinblick auf den demografischen Wandel und die Veränderungen der Arbeitswelt für das Personalmanagement daraus abzuleiten gilt.

5 Vgl. (BMG, 2015a, S. 20)

6 Vgl. z. B. (Meyer, Böttcher, & Glushanok, 2015, S. 346f.); (Techniker Krankenkasse, 2015, S. 98); (Knieps & Pfaff, 2014, S. 36f)

7 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 26); (Oppolzer, 2010, S. 187f.)

8 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015a)

9 Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 19ff.); (Meyer, Böttcher, & Glushanok, 2015, S. 368ff.); (BKK Bundesverband, 2012, S. 41f.)

10 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrandt, 2013, S. 54ff.); (Lohmann-Haislah, 2012); (Badura, 2010, S. 10f.)

Während dabei zumindest die grundsätzlichen Zusammenhänge zum Phänomen Fehlzeiten wissenschaftlich gut erforscht sind<sup>11</sup> und die Herausforderung für das Personalmanagement primär in der betrieblichen Analyse und der konkreten Anwendung des bestehenden Wissens zu suchen ist, steht die Forschung zu Präsentismus erst am Anfang, sodass bislang nur wenig anwendungsbezogene Erkenntnisse zum betrieblichen Umgang mit dem Präsentismus vorliegen und auch der theoretisch-konzeptionelle Rahmen noch großen Forschungsbedarf aufweist.

Die vorliegende Arbeit soll daher diesem spannenden Themenkomplex gewidmet werden und das Phänomen Präsentismus aus Sicht des Personalmanagements und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements näher beleuchten.

Dabei entspricht es der Intention des Autors, mit dieser Arbeit sowohl einen wissenschaftlichen Beitrag zur weiteren Fundierung und Differenzierung des Phänomens Präsentismus zu leisten, als auch einen praxis- und anwendungsbezogenen Orientierungsrahmen für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus zu schaffen, welcher Hintergründe und Zusammenhänge erläutert, aber auch Handlungsmöglichkeiten und -strategien aufzeigt.

## 1.1 Zielsetzung

Obwohl das wissenschaftliche Interesse am Phänomen Präsentismus in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist, steht seine Erforschung noch am Anfang und erfolgte bislang insbesondere aus einer medizinisch-psychologisch oder aber ökonomisch geprägten Perspektive heraus. Folglich wurden vor allem Aspekte wie Risikofaktoren, Verbreitung, Ursachen und Folgen in zahlreichen Studien (teils detailliert) untersucht oder Instrumente zur Messung von Präsentismus entwickelt (siehe Kapitel 3). Ebenso liegen (auch für Deutschland) erste unternehmensbezogene Untersuchungen vor, die sowohl die Häufigkeit als auch die wirtschaftlichen Konsequenzen für das jeweilige Unternehmen analysieren.

Blickt man jedoch aus der *Perspektive des Personalmanagements* auf das Phänomen Präsentismus, so liegt hierzu bislang keine wissenschaftliche Arbeit vor, die eine *unternehmensübergreifende und praxisorientierte Analyse des Phänomens Präsentismus* vornimmt oder ein *integriertes Konzept zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus* vorstellt.

Ziel der vorliegenden Arbeit soll es daher sein, diese Lücke zu schließen und die folgenden drei Fragestellungen zu beantworten:

1. *Welche wissenschaftliche Bedeutung hat das Phänomen Präsentismus für das Personal- und Betriebliche Gesundheitsmanagement?*

<sup>11</sup> Vertiefend hierzu siehe: (Brandenburg & Nieder, 2009); (Marr, 1996)



2. Welche betriebliche Relevanz hat das Phänomen Präsentismus für das Personal- und Gesundheitsmanagement in deutschen Unternehmen?
3. Wie sollte ein integriertes Konzept zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus aus Sicht der Personalführung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gestaltet sein?

Somit folgt diese Arbeit im Wesentlichen zwei Pfaden, die in einem integrierten Konzept zusammengeführt werden sollen. Mit dem ersten Pfad soll der theoretisch-konzeptionelle Rahmen zu Präsentismus möglichst umfassend ermittelt und in den Kontext des Personalmanagements gerückt werden. Hierbei kommt es dem Autor neben der Aufarbeitung des aktuellen Forschungsstandes besonders darauf an, die interdisziplinären Zusammenhänge (beispielsweise zum Arbeitsrecht oder den Sozial- und Gesundheitswissenschaften) herauszuarbeiten, um einen Beitrag zu einem ganzheitlichen Präsentismus-Verständnis zu leisten.

Der zweite Pfad bildet den praxis- und anwendungsorientierten Kern dieser Arbeit. Hierbei sollen vor allem Erkenntnisse über Begriffsverständnis und Relevanz, aber auch konkrete Ansätze zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus ermittelt werden, die ebenfalls einem ganzheitlicherem (und praxisbezogenerem) Präsentismus-Verständnis dienen und final in das integrierte Konzept einfließen sollen.

Das abschließende Ziel bildet das integrierte Konzept zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus. Dieses soll zum einen die Integration eines Präsentismus-Managements in das Konzept des BGM aufzeigen und zum anderen konkrete Handlungsansätze bieten, die dem hohen Stellenwert der Personalführung beim Umgang mit Präsentismus Rechnung tragen. In diesem Fall geht es neben der wissenschaftlichen Erweiterung des Präsentismus-Konzeptes primär um ein praxistaugliches Konzept für die betriebliche Personalarbeit (im Sinne eines Leitfadens für die Implementierung eines Präsentismus-Managements).

## 1.2 Vorgehensweise

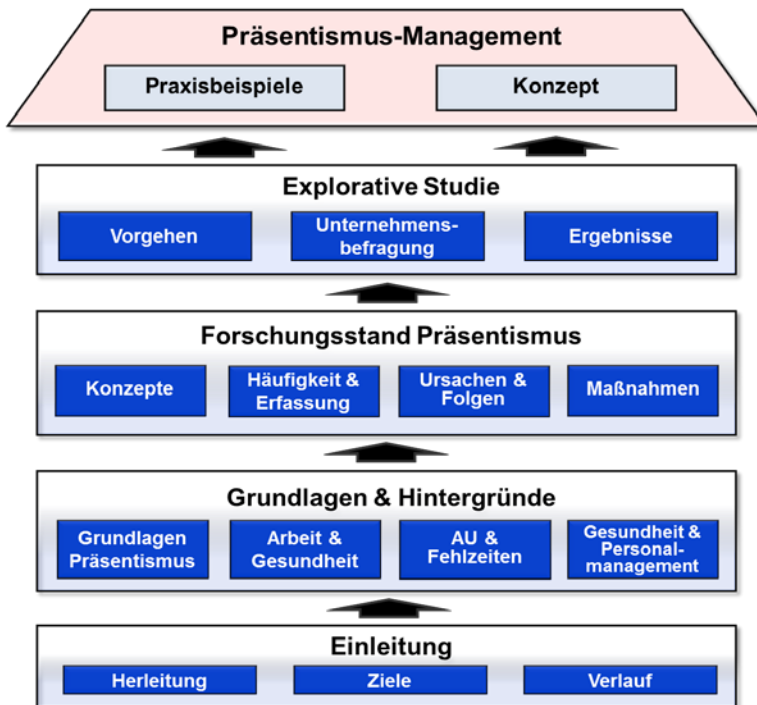
Nachdem der Bezugsrahmen für die Arbeit hergeleitet und die forschungsleitenden Fragen definiert sind, soll nachfolgend die weitere Vorgehensweise der Untersuchung systematisch erläutert werden (siehe Abbildung 1.2).

Die ersten beiden Schritte (*Grundlagen und Stand der Forschung*) richten sich dabei auf die Beantwortung der ersten Forschungsfrage und die *wissenschaftliche Bedeutung des Phänomens Präsentismus für Personalmanagement und BGM*.

Aufgrund der komplexen und interdisziplinären Verflechtung des Phänomens und seiner Einflussbereiche ist es im Rahmen der Grundlagenbetrachtung (Kapitel 2) erforderlich, dieses nicht isoliert, sondern in seinen unmittelbaren und mittelbaren Handlungsbereichen zu untersuchen, um eine annäherungsweise Darstellung seiner vielschichtigen

Zusammenhänge zu ermöglichen – was jedoch einen umfangreicheren Rahmen (als in vergleichbaren Arbeiten üblich ist) zur Folge hat. Hierbei gilt es insbesondere die Bereiche *Arbeit und Gesundheit* (siehe Kapitel 2.2), *Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeiten* (siehe Kapitel 2.3) und (im übertragenen Sinne) das *Handlungsfeld der Mitarbeitergesundheit im Rahmen des Personalmanagements* (siehe Kapitel 2.4) näher zu beleuchten.

Darauf aufbauend erfolgt im Rahmen der nächsten beiden Schritte die Untersuchung des Forschungsgegenstandes im Feld. Durch eine explorative Feldstudie sollen dabei zunächst die betriebliche Relevanz, das in der Praxis vorherrschende Begriffsverständnis sowie der betriebliche Umgang mit Präsentismus untersucht werden (Kapitel 4). Über drei ausgewählte Unternehmensbeispiele werden außerdem Strategien und Lösungsansätze zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus aufgezeigt (Kapitel 5.1). Im Rahmen eines anwendungsorientierten Konzeptes für ein integriertes Präsentismus-Management erfolgt schließlich eine Zusammenführung der theoretisch und praktisch gewonnenen Erkenntnisse (Kapitel 5.2):



**Abbildung 1.2:** Vorgehensweise in der Arbeit (schematische Darstellung)

**Grundlagen & Hintergründe (Kapitel 2):**

Inhaltlich richtet sich der erste Blick unmittelbar auf das Phänomen Präsentismus, um die definitorische und konzeptionelle Grundlage für den weiteren Verlauf dieser Arbeit zu schaffen. Dabei sollen einerseits die verschiedenen Definitionsansätze, Grundverständnisse und Forschungsstränge hergeleitet und zum anderen Abgrenzungen zu anderen Konzepten des Personalmanagements (Absentismus, Innere Kündigung, Workaholismus und Burnout) vorgenommen werden. In Kapitel 2.1.2.4 erfolgt darüber hinaus eine zusammenfassende Betrachtung der heterogenen Definitionen und Grundverständnisse und in Kapitel 2.1.4 wird abschließend ein eigenes Definitionsverständnis von Präsentismus (im engeren und weiteren Sinne) hergeleitet, welches zugleich die Arbeitsdefinition für den weiteren Gang der Untersuchung bildet.

Entsprechend der ersten Fragestellung besteht ein Kernziel der Arbeit darin, die *wissenschaftliche Bedeutung des Phänomens Präsentismus für die Handlungsfelder des Personalmanagements und des BGM zu eruieren* (siehe Kapitel 1.1). Hierzu sollen durch das Kapitel „Grundlagen“ zentrale Begriffe geklärt, Abgrenzungen vorgenommen und wichtige interdisziplinäre Zusammenhänge aufgezeigt beziehungsweise hergeleitet werden.

Das zweite Grundlagenkapitel zu *Arbeit und Gesundheit* erläutert zentrale Hintergründe und theoretische Konzepte bezüglich Arbeit und Gesundheit. Neben einer interdisziplinären Betrachtung von Gesundheit sollen unter anderem wichtige Unterscheidungen wie die zwischen *Krankheit und Arbeitsunfähigkeit* oder *Gesundheit und Krankheit* vorgenommen sowie die zentralen Konzepte der *Salutogenese* sowie der *Arbeitsbewältigungsfähigkeit* hergeleitet werden. Im Hinblick auf Präsentismus ist dabei speziell dessen Zuordnung und auf dem *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* (Kapitel 2.2.4) von konzeptioneller Bedeutung.

Aufgrund der inhaltlich-konzeptionellen Nähe des Phänomens Präsentismus zu den Aspekten der *Arbeitsunfähigkeit (AU)* und *Fehlzeiten* befasst sich das nächste Teilkapitel mit deren Zusammenhängen und Hintergründen sowie zentralen Entwicklungen und Trends wie dem *demografischen Wandel*, der steigenden Bedeutung der *psychischen Gesundheit* sowie dem individuellen *Gesundheitsverhalten*.

Darüber hinaus gilt es einen schließenden Blick auf die Gesundheit als zentrales Handlungsfeld für das Personalmanagement zu richten. Neben *Kennzahlen und Routinedaten* soll hierbei der *rechtliche und normative Bezugsrahmen* hergeleitet werden und in Kapitel 2.4.2.4 eine *arbeitsrechtliche Bewertung von Präsentismus* vorgenommen werden. Außerdem sollen Grundlagen und (im Hinblick auf Präsentismus) zentrale Handlungsfelder des BGM diskutiert sowie die wichtige Rolle der Vorgesetzten für das Gesundheits- und Präsentismusverhalten ihrer Mitarbeiter aufgezeigt werden.

**Forschungsstand Präsentismus (Kapitel 3):**

Während in Kapitel 2.1 bereits der definitorische und begriffliche Rahmen zu Präsentismus hergeleitet wurde, soll auf der Grundlage des aktuellen Forschungsstandes in Kapitel 3 darüber hinaus eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung vorgenommen werden.

Im Fokus der Untersuchung sollen dabei der *konzeptionelle Rahmen* von Präsentismus, *Ursachen* und *Determinanten*, mögliche *Erfassungsmethoden* sowie die *Häufigkeit*, *Produktivitätsverluste* und *Kosten*, aber auch *gesundheitliche Folgen* und *Interventionsmöglichkeiten* stehen.

#### ***Explorative Studie (Kapitel 4):***

Bereits die Herleitung des theoretischen Rahmens zu Präsentismus zeigt auf, welcher ausgeprägten Heterogenität und Inkonsistenz die gegenwärtigen Definitionen und Begriffsverständnisse zu Präsentismus unterliegen (siehe Kapitel 2.1) und sich mutmaßlich auch in der betrieblichen Praxis widerspiegeln. Insofern erscheint es grundsätzlich zielführend zu sein, Grundlagenforschung im Hinblick auf das in den Unternehmen vorherrschende Präsentismus-Verständnis zu betreiben, um langfristig einen inhaltlichen Referenzrahmen für etwaige Interventionsmaßnahmen und Handlungsempfehlungen zu schaffen. Ein kleiner Beitrag soll hierzu im Rahmen einer explorativen branchenübergreifenden Unternehmensbefragung geleistet werden (Kapitel 4). Hierdurch sollen zum einen Erkenntnisse über das in der betrieblichen Praxis vorliegende Präsentismus-Verständnis sowie zum anderen über Handlungs- und Interventionsbedarfe sowie bereits ergriffene Maßnahmen gewonnen werden.

#### ***Präsentismus-Management (Kapitel 5):***

Dem praxis- und anwendungsorientierten Anspruch dieser Arbeit folgend, sollen abschließend Möglichkeiten eines gezielten *Präsentismus-Managements* aufgezeigt werden. Und wenngleich die individuellen Besonderheiten der Unternehmen und ihrer Mitarbeiter kein Patentrezept zum Umgang mit Präsentismus zulassen, soll durch ausgewählte Unternehmensbeispiele (Kapitel 5.1) sowie der Herleitung eines integrierten Konzeptes zum Umgang mit Präsentismus (Kapitel 5.2) zumindest ein erster Orientierungsrahmen für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus geschaffen werden, der die theoretisch-konzeptionellen Erkenntnisse der vorherigen Schritte reflektiert.



## 2 Grundlagen und Hintergründe zu Präsentismus

Das Phänomen Präsentismus umfasst mehr als „nur“ krank zur Arbeit zu gehen, wenn man es ganzheitlich und vor dem Hintergrund seiner interdisziplinären Zusammenhänge definiert. Um diese jedoch verständlich darstellen zu können, bedarf es zunächst einiger Begriffsklärungen, Abgrenzungen und theoretischer Herleitungen, die den inhaltlichen Rahmen dieses Kapitels bilden und in perspektivischer Anlehnung an das Personalmanagements erfolgen sollen.

Beginnend mit dem Forschungsgegenstand dieser Arbeit wird in *Kapitel 2.1* eine definitorische Eingrenzung und begriffliche Herleitung des *Phänomens Präsentismus* vorgenommen. Diese solle zum einen die Komplexität und Heterogenität des Themas verdeutlichen, aber zugleich eine klare inhaltliche Abgrenzung zu anderen Konzepten des Personalmanagements sowie eine umfassende Erläuterung der verschiedenen Forschungsstränge und Grundverständnisse ermöglichen und durch eine eigene Präsentismus-Definition zusammengeführt werden.

In *Kapitel 2.2* werden zentrale Hintergründe und theoretische Konzepte zum Themenkomplex *Arbeit und Gesundheit* hergeleitet. Neben Differenzierungen und Erläuterungen der Aspekte *Arbeit und Arbeitswelt* sowie Gesundheit und Krankheit werden dabei unter anderem die zentralen Konzepte der Salutogenese sowie der Arbeitsbewältigungsfähigkeit diskutiert.

Der nächste Themenblock befasst sich mit *Arbeitsunfähigkeiten und Fehlzeiten* (siehe *Kapitel 2.3*). Dabei sollen Grundlagen und Berechnungsverfahren dargestellt sowie aktuelle Trends und Entwicklungen thematisiert und Schwerpunktthemen wie psychische Erkrankungen, demografische Veränderungen sowie das Gesundheits- und Fehlzeitenverhalten von Mitarbeitern analysiert werden.

Kapitel 2.4 bringt darüber hinaus die elementare Bedeutung des Handlungsfeldes der *Gesundheit* für das *Personalmanagement* zum Ausdruck. Neben der Thematisierung gesundheitsrelevanter Kennzahlen und Routinedaten werden sowohl rechtliche als auch normative Regelungen und Rahmen für das Handlungsfeld der Gesundheit im Unternehmen dargestellt und in Kapitel 2.4.2.4 eine arbeitsrechtliche Bewertung von Präsentismus vorgenommen. Dabei soll der abschließende Blick der Grundlagenbetrachtung auf die zentralen Themen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie die gesunde Personalführung gerichtet werden.

## 2.1 Grundlagen des Phänomens Präsentismus

Versucht man sich dem Phänomen Präsentismus inhaltlich zu nähern, so wird sehr schnell deutlich, dass es sich um ein sehr komplexes und sowohl in der öffentlichen als auch wissenschaftlichen Diskussion äußerst heterogen definiertes und interpretiertes (mitunter sogar instrumentalisiertes) Phänomen handelt.

Bevor jedoch der Forschungsstand zu Präsentismus (in Kapitel 3) dargestellt wird, soll im Rahmen der nachfolgenden Teilkapitel zunächst eine begriffliche Herleitung und definitorische Eingrenzung des Phänomens vorgenommen werden (siehe Kapitel 2.1.1/2). Wie diese Kapitel dabei bereits zeigen werden, haben sich zu Präsentismus verschiedene Grundverständnisse und Forschungsstränge herausgebildet die in Kapitel 2.1.2.4 zusammengefasst und erläutert werden sollen.

Weil es bislang aber nicht gelungen ist, eine einheitliche und allgemeingültige Definition von Präsentismus zu erarbeiten, wird im Hinblick auf ein klares Verständnis des Phänomens außerdem eine inhaltliche Abgrenzung zu anderen Konzepten des Personalmanagements vorgenommen, welche größere Schnittmengen zum Phänomen Präsentismus aufweisen (siehe Kapitel 2.1.3), um in Kapitel 2.1.4 (über die Entwicklung einer eigenen Präsentismus-Definition) schließlich die definitorische Grundlage für den weiteren Verlauf dieser Arbeit zu schaffen.

### 2.1.1 Der Begriff Präsentismus und seine Entwicklung

Unter dem deutschen Begriff ‚*Präsentismus*‘ und seinen verschiedenen englischsprachigen Bezeichnungen werden sowohl in der nationalen wie internationalen Betrachtung eine Vielzahl unterschiedlicher Sachverhalte und Zusammenhänge dargestellt und diskutiert (siehe auch Kapitel 2.1.2).

Abgeleitet aus dem englischen Wort ‚*present*‘ (anwesend) und angelehnt an den Terminus ‚*absenteeism*‘ (Abwesenheit oder Fehlzeiten) entstand der Begriff ‚*presenteeism*‘ (Präsentismus) zunächst in Nordamerika. Die erstmalige Verwendung des Begriffs ‚*presentee*‘ wird dabei dem Autor Mark Twain und seinem im Jahr 1892 erschienenen Buch „The American Claimant“ zugeschrieben<sup>12</sup> – („*there was an absentee who ought to be a presentee*“<sup>13</sup>). Vereinzelte Verwendungen des Begriffs „*presenteeism*“ lassen sich daneben auch in Fachzeitschriften der 1930er und 40er Jahre belegen<sup>14</sup>.

Im arbeitswissenschaftlichen Kontext wird die erstmalige Verwendung des Begriffs ‚*presenteeism*‘ dem US-amerikanischen Arbeitswissenschaftler Auren Uris zugeschrieben<sup>15</sup>, der die Bezeichnung zugleich als Titel für seinen im Jahr 1955 publizierten Artikel „*How to build Presenteeism*“ verwendete<sup>16</sup>. Im selben Jahr erschien der von Canfield und Soash

12 Vgl. Oxford English Dictionary Online zit. n. (Johns, 2012, S. 204)

13 (Twain, 1892, S. 140)

14 (Johns, 2010, S. 520)

15 Vgl. (Smith D. J., 1970, S. 670); (Steinke & Badura, 2011a, S. 14); (O’Donnell, 2009, S. 21)

16 (Uris, 1955)

verfasste Aufsatz „*Presenteeism – A constructive View*“<sup>17</sup>. Inhaltlich sind beide Publikationen vor dem Hintergrund hoher Fehlzeiten in Unternehmen zu sehen – denen über die Erhöhung der Anwesenheit begegnet werden sollte („*changing absenteeism to presenteeism*“<sup>18</sup>). Beide Arbeiten folgten dabei einem insgesamt positiven Grundverständnis von Präsentismus und setzten Präsentismus mit der Anwesenheit von Mitarbeitern am Arbeitsplatz gleich.<sup>19</sup> Bedeutsamen Einzug in die Literatur erfuhr der Begriff in jener Zeit hingegen nicht.

Im Jahr 1970 griff David Smith den Begriff in seiner Publikation „*Absenteeism and presenteeism in industry*“ erneut auf und bemerkte einleitend, dass der Term ‚presenteeism‘ bis zu diesem Zeitpunkt in keinem Dictionary zu finden sei<sup>20</sup>. Dabei entsprach Smiths Begriffsverständnis noch weitgehend dem der Publikationen der 1950er Jahre, wenngleich der Titulierung seines Aufsatzes bereits die Intention zum Ausdruck bringt, den Begriff Präsentismus parallel zu „absenteeism“ zu implementieren und den inhaltlichen Fokus stärker auf die Anwesenheit zu lenken<sup>21</sup>.

Im Zuge weitreichender Restrukturierungs- und Rationalisierungsmaßnahmen vieler Unternehmen in den 1980er und 1990er Jahren wurde der Begriff Präsentismus – insbesondere im britischen Raum – auch für die Beschreibung unverhältnismäßig langer Arbeits- beziehungsweise Präsenzzeiten („Face Time“) genutzt<sup>22</sup> und bereits vereinzelt auf das Arbeiten von Beschäftigten unter Stress oder trotz Krankheit erweitert<sup>23</sup>. Einhergehend mit dieser Erweiterung erfolgte zudem eine negative Konnotation des Begriffs, indem Aspekte wie die Angst vor beruflichen Nachteilen oder dysfunktionale Folgeerscheinungen (etwa unproduktiv genutzte Arbeitszeit) mit Präsentismus assoziiert wurden. 1996 definierte der britische Wirtschaftswissenschaftler Cooper Präsentismus als „*being at work when you should be at home either because you are ill or because you are working such long hours that you are no longer effective*“<sup>24</sup> und schrieb dem Begriff damit sowohl eine verhaltens- und gesundheits- als auch produktivitätsorientierte Komponente zu. In einer Studie zu unverhältnismäßig langen Anwesenheitszeiten wählte Simpson diesbezüglich sogar die Bezeichnung „*competitive presenteeism*“ und beschrieb damit die Instrumentalisierung von Anwesenheitszeiten zum gegenseitigen Wettbewerb in Unternehmen<sup>25</sup> – („*compete over who stays longest in the office*“<sup>26</sup>).

Eine nachhaltige Etablierung des Begriffs ‚Präsentismus‘ in die wissenschaftliche sowie ökonomische Diskussion lässt sich ab Ende der 1990er Jahre verzeichnen, als insbesondere in Nordamerika und Skandinavien zahlreiche Publikationen zum Thema erschienen. So gaben etwa Burton und Conti dem Präsentismus-Diskurs im Jahr 1999

17 (Canfield & Soash, 1955)

18 (Canfield & Soash, 1955, S. 94)

19 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 14)

20 Vgl. (Smith D. J., 1970)

21 Vgl. (Johns, 2012, S. 204f.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 14); (O’Donnell, 2009, S. 22f.)

22 Vgl. z. B. (Smith S., 1996); (Simpson, 1998); (Worrall, Cooper, & Campbell, 2000); (Heery & Noon, 2008, S. 360f.); (Lowe, 2002, S. 1)

23 Vgl. (Cooper, 1994, S. 1f.); (Cooper, 1996)

24 (Cooper, 1996) zit. n. (Simpson, 1998, S. 38)

25 Vgl. (Simpson, 1998, S. 38ff.)

26 (Simpson, 1998, S. 37)



einen maßgeblichen Impuls, als sie mit „*The real measure of productivity*“ eine Untersuchung publizierten, in der sie – bezogen auf Mitarbeiter der US-Amerikanischen Großbank ‚Bank One‘ – Produktivitätsverluste und Kosten analysierten, die durch anwesende, aber in ihrer Leistung eingeschränkte Mitarbeiter am Arbeitsplatz hervorgerufen werden<sup>27</sup>. Einen weiteren zentralen Beitrag zur wissenschaftlichen Etablierung des Begriffs Präsentismus leisteten Koopmann et al., als sie im Jahr 2002 mit der „*Stanford Presenteeism Scale*“ ein Messinstrument vorstellten, durch welches Präsentismus (im Sinne von individuellen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und Produktivität durch gesundheitliche Probleme) explizit gemessen werden konnte<sup>28</sup>. Vor allem in den USA entwickelte sich in den darauffolgenden Jahren ein primär produktivitäts- und kostenorientiertes Forschungsinteresse an Präsentismus<sup>29</sup> (siehe auch Kapitel 2.1.2).

Außerhalb von Nordamerika wird das Phänomen Präsentismus seit Ende der 1990er Jahre insbesondere in Skandinavien intensiv erforscht. Entgegen dem Begriffsverständnis, welches jenseits des Atlantiks dominiert, entwickelte sich in Europa indes ein weniger produktivitäts- und kostenorientiertes als vielmehr verhaltens- und gesundheitsorientiertes Forschungsinteresse an Präsentismus<sup>30</sup>. Prägende Impulse für den Diskurs setzten dabei insbesondere Aronsson, Gusafsson und Dallner mit ihrer vielzitierten Querschnittsstudie „*Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism*“<sup>31</sup>. Zum Teil wird dem Phänomen – in Europa – dabei auch eine Bedeutung beigemessen, die deutlich über ein produktivitäts- und/oder verhaltensorientiertes Verständnis von Präsentismus hinaus geht und Präsentismus eine „eigenständige Bedrohung der Gesundheit“<sup>32</sup> zuspricht – etwa durch Verschleppung, Chronifizierung und damit Verschlechterung des Krankheitsbildes (siehe Kapitel 3.7.1)<sup>33</sup>.

In Deutschland nahm der Begriff Präsentismus erst Mitte der 2000er Jahre nachhaltigen Einzug in den wissenschaftlichen Diskurs. Besonderen Einfluss hatte dabei der im Jahr 2005 ins Deutsche übersetzte Aufsatz von Paul Hemp „*Krank am Arbeitsplatz*“ (engl. Originaltitel: „*Presenteeism: At Work – But Out of It*“), in welchem er neben der Darstellung des Phänomens auf die immensen Kosten verweist, die der amerikanischen Studien zufolge durch Präsentismus entstehen<sup>34</sup>. Dennoch entwickelte sich – analog zu Skandinavien – aber auch in Deutschland ein überwiegend verhaltens- und gesundheitsorientiertes Forschungsinteresse und Begriffsverständnis von Präsentismus<sup>35</sup>, in dessen Kontext inzwischen eine Vielzahl Studien durchgeführt wurden<sup>36</sup> (siehe Kapi-

27 (Burton & Conti, 1999a)

28 (Koopman, et al., 2002)

29 Vgl. z.B. (Goetzel, Hawkins, Ozminkowski, & Wang, 2003); (Collins, et al., 2005); (Pauly, Nicholson, Polsky, Berger, & Sharda, 2008); (Loeppke, et al., 2007); (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003); (Prater & Smith, 2011); (Lofland, Pizzi, & Frick, 2004);

30 Vgl. z. B. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000); (Kivimäki, et al., 2005); (Hansen & Andersen, 2008); (Bergström, et al., 2009b); (Engström & Janson, 2009); (Böckerman & Laukkanen, 2010)

31 (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000)

32 (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 91)

33 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 91); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 7); (Bergström, et al., 2009b, S. 1179ff.); (Hansen & Andersen, 2009, S. 397ff.); (Jungreuthmayer, 2012, S. 81); (Ulich & Nido, 2014, S. 188)

34 Vgl. (Hemp, 2004); (Hemp, 2005)

35 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 19)

36 Vgl. (Zok, 2004); (Zok, 2008a); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009); (DGB-Index Gute Arbeit,

tel 3.3.1). Eigene Befragungsergebnisse zum Verständnis von Präsentismus in deutschen Unternehmen und Behörden zeigen allerdings auch, dass der Begriff zwar weitgehend bekannt ist, weiterhin aber sehr heterogen definiert und interpretiert wird (siehe Kapitel 4.3.3).

Dennoch lässt sich für den deutschsprachigen Diskurs resümierend festhalten, dass der Begriff „*Präsentismus*“ trotz verschiedener Definitionen und Grundverständnisse (siehe Kapitel 2.1.2) zumindest sprachlich einheitlich gebraucht wird.

Für den englischsprachigen Diskurs lässt sich diese begriffliche Uniformität hingegen nicht konstatieren. Neben der Bezeichnung ‚*presenteeism*‘ wird analog auch der Begriff ‚*sickness presenteeism*‘ von zahlreichen Autoren verwendet<sup>37</sup>. Ferner existieren eine Vielzahl begrifflicher Abwandlungen und alternierender Termini wie ‚*impaired presenteeism*‘<sup>38</sup>, ‚*inappropriate non-use of sick leave/ working through illness*‘<sup>39</sup>, ‚*sickness presence*‘<sup>40</sup>, ‚*sickness attendance*‘<sup>41</sup>, ‚*competitive presenteeism*‘<sup>42</sup>, ‚*pregnant presenteeism*‘<sup>43</sup>, ‚*decreased presenteeism*‘<sup>44</sup>, ‚*non-sickness presenteeism*‘<sup>45</sup> oder ‚*non-work presenteeism*‘<sup>46</sup>, womit in vielen Fällen Teilaspekte oder Spezifizierungen des Phänomens pointiert werden sollen.

## 2.1.2 Definitionen und Grundverständnisse von Präsentismus

Die Herleitung und Begriffsbestimmung von Präsentismus hat bereits aufgezeigt, dass es sich um ein sehr vielschichtiges und interdisziplinär diskutiertes Phänomen handelt, dem verschiedenste Definitionen zugrunde liegen. In der Literatur haben sich dabei – weitgehend unabhängig voneinander – zwei zentrale Forschungsstränge beziehungsweise Grundverständnisse herausgebildet (siehe unten) auf die sich der wesentliche Teil der bisherigen Forschungsaktivitäten konzentriert. Dennoch ist es bislang weder gelungen den Begriff Präsentismus allgemeingültig zu definieren noch theoretisch-konzeptionell klar zu umreißen<sup>47</sup> (siehe auch Kapitel 3.1).

2009); (Preisendörfer, 2010); (Schmidt & Schröder, 2010); (Wieland & Hammes, 2010); (Oldenburg, 2012); (DAK-Gesundheit, 2014)

37 Vgl. z.B. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000); (Bergström, et al., 2009b) (Kivimäki, et al., 2005); (Elstad & Vabo, 2008); (Böckerman & Laukkanen, 2010); (Leineweber, et al., 2010); (Kraane, et al., 2014); (Galon, et al., 2014); (Conway, Hogh, Rugulies, & Hansen, 2014)

38 Vgl. z. B. (Turpin, et al., 2004); (Pauly, Nicholson, Polsky, Berger, & Sharda, 2008)

39 (McKevitt, Morgan, Dundas, & Holland, 1996); (Grinyer & Singleton, 2000)

40 Vgl. z. B. (Hansen & Andersen, 2009); (Vingård, Alexanderson, & Norlund, 2004); (Gustafsson & Marklund, 2014); (Claes, 2011)

41 (Johansson & Lundberg, 2004)

42 (Simpson, 1998)

43 (Gatrell, 2011)

44 (Koopman, et al., 2002)

45 (Quazi, 2013)

46 (Wan, Downey, & Stough, 2014)

47 Vgl. (Johns, 2012, S. 204ff.); (Badura, Walter, & Steinke, 2012, S. 560); (Steinke & Badura, 2011a, S. 101); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010, S. 1055f.); (Schultz, Chen, & Edington, 2009, S. 366f.); (Jungreuthmayer, 2012, S. 83); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 3)

So definiert Hemp Präsentismus zum Beispiel als „*Produktivitätsverluste auf Grund tatsächlicher Gesundheitsprobleme*“<sup>48</sup>, Simpson betrachtet das Phänomen im Sinne einer unverhältnismäßig langen Präsenz am Arbeitsplatz<sup>49</sup> und nach Ulich wird Präsentismus als der „*Sachverhalt beschrieben, dass Mitarbeitende zwar anwesend, aber infolge einer gesundheitlichen oder anderweitigen Beeinträchtigung nicht voll leistungsfähig sind*“<sup>50</sup>. Nach Brandenburg & Nieder sowie Hansen & Andersen handelt es sich dabei allgemein um das „*Verhalten von Mitarbeitern, trotz Krankheit zur Arbeit zu kommen*“<sup>51</sup>/„*turning up at work despite ill-health*“<sup>52</sup> und Jungreuthmayer definiert Präsentismus als gefühlten „*Drang, der Arbeitspflicht nachzukommen, auch [...] unter eingeschränkter Leistungsfähigkeit und Gefährdung der psychischen und physischen Gesundheit [...]*“<sup>53</sup>.

Um das breite Definitions-Spektrum von Präsentismus dennoch strukturiert aufzeigen zu können, sollen in den nachfolgenden Teilkapiteln verschiedene Definitionsansätze näher betrachtet werden. In Anlehnung an die beiden zentralen Grundverständnisse (welche selbst in Kapitel 2.1.2.4 zusammenfassend diskutiert werden) erfolgt die Übersicht der Definitionen getrennt nach gesundheits- und verhaltensorientierten Definitionen (Kapitel 2.1.2.1), nach produktivitäts- und defizitorientierten Definitionen (Kapitel 2.1.2.2) sowie im erweiterten Sinne von Präsentismus (Kapitel 2.1.2.3).

Die Herleitung und Diskussion des eigenen Definitionsverständnisses – dieser Arbeit – wird darüber hinaus in Kapitel 2.1.4 vorgenommen.

### 2.1.2.1 Gesundheits- und verhaltensorientierte Definitionen

Wie Tabelle 2.1.2.1 zeigt, weisen insbesondere die gesundheits- und verhaltensorientierten Definitionen von Präsentismus eine ausgeprägte Heterogenität auf:

- 48 (Hemp, 2005, S. 49);
- 49 Vgl. (Simpson, 1998, S. 37)
- 50 (Ulich, 2011, S. 557)
- 51 (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 17)
- 52 (Hansen & Andersen, 2009, S. 397)
- 53 (Jungreuthmayer, 2012, S. 81)
- 54 (Zok, 2008a, S. 121); vgl. auch: (Preisendörfer, 2010, S. 402); (Wieland & Hammes, 2010, S. 66); (Hägerbäumer, 2011, S. 76); (Yang & Liern, 2009, S. 339); (Gosselin, Lemyre, & Corneil, 2013, S. 75)
- 55 (Johansson & Lundberg, 2004, S. 1857)
- 56 (Vingård, Alexanderson, & Norlund, 2004, S. 216)
- 57 (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 2); vgl. auch: (Jahn, 2010, S. 355)
- 58 (Hansen & Andersen, 2008, S. 957) vgl. auch: (Hansen & Andersen, 2009, S. 397); (Löve, Grimby-Ekman, Eklöf, Hagberg, & Dellve, 2010, S. 603); (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1537); (MacGregor, Cunningham, & Caverly, 2008, S. 607)
- 59 (Schmidt & Schröder, 2010, S. 93); vgl. auch: (Klein, 2013, S. e139); (Meilicke, von Gottberg, Krumm, & Kilian, 2014, S. 123)
- 60 (Kivimäki, et al., 2005, S. 98)
- 61 (Gatrell, 2011, S. 478)

	Begriff	Definition / Beschreibung	Autor
A	<b>Präsentismus</b>	„Phänomen, dass „Kranke“ zur Arbeit gehen“ <sup>54</sup>	Zok
B	<b>Sickness attendance</b>	„going to work in spite of illness“ <sup>55</sup>	Johansson & Lundberg
C	<b>Sickness presence</b>	„situations where the ability to work is impaired due to disease, but yet the person goes to work“ <sup>56</sup>	Vingård et al.
D	<b>Präsentismus</b>	„Verhalten – krank zur Arbeit zu gehen, obgleich eine Krankmeldung gerechtfertigt und auch möglich wäre“ <sup>57</sup>	Kramer et al.
E	<b>Sickness presenteeism</b>	„situation in which an employee goes to work despite perceiving herself to be sufficiently ill to have legitimately called sick“ <sup>58</sup>	Hansen & Andersen
F	<b>Präsentismus</b>	„Verhalten, sich bei einer Erkrankung nicht krankzumelden sondern arbeiten zu gehen“ <sup>59</sup>	Schmidt & Schröder
G	<b>Sickness presenteeism</b>	„people, although sick, bring themselves to work and record no absences“ <sup>60</sup>	Kivimäki et al.
H	<b>Pregnant presenteeism</b>	„describe pregnant employees who resist taking sick leave“ <sup>61</sup>	Gatrell
I	<b>Sickness presenteeism</b>	„people, despite complaints and ill health that should prompt rest and absence from work, still turning up at their jobs“ <sup>62</sup>	Aronsson et al.
J	<b>Sickness presenteeism</b>	„when an employee goes to work despite feeling so ill that he or she judges that sick leave would have been proper“ <sup>63</sup>	Bergström et al.
K	<b>Präsentismus</b>	„Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher oder anderweitiger Beeinträchtigungen, die eine Abwesenheit legitimiert hätte“ <sup>64</sup>	Ulich & Nido
L	<b>Präsentismus</b>	„Präsenz am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Beschwerden, inklusive der damit verbundenen negativen Folgen für die Produktivität im Arbeitsprozess“ <sup>65</sup>	Emmermacher
M	<b>Präsentismus</b>	„gefühlter Drang, der Arbeitspflicht nachzukommen, auch wenn dies unter eingeschränkter Leistungsfähigkeit und bei Gefährdung der psychischen und physischen Gesundheit geschieht“ <sup>66</sup>	Jungreuthmayer

Tabelle 2.1.2.1: Verhaltens- und gesundheitsorientierte Präsentismus-Definitionen

62 (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 503); vgl. auch: (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 958); (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 50); (Dew, Keefe, & Small, 2005)

63 (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009a, S. 629); vgl. auch: (Leineweber, Westerlund, Hagberg, Svedberg, & Alexanderson, 2012, S. 905)

64 (Ulich & Nido, 2014, S. 187)

65 (Emmermacher, 2008, S. 33)

66 (Jungreuthmayer, 2012, S. 81)

Betrachtet man die ersten beiden Definitionen (A und B), so wird Präsentismus aus einer allgemeinen verhaltensbezogenen Perspektive heraus als der Sachverhalt beschrieben, dass Beschäftigte *‚krank zur Arbeit gehen‘*, ohne dabei Folgen zu benennen oder Aussagen über mögliche Gründe oder Motive zu treffen – also Begriffsbildung mit Ursachenforschung zu vermengen<sup>67</sup>. Zugleich dient dieses Definitionsmuster sehr oft als eine Art „Kurzprofil“ von Präsentismus und bildet im Kern den Ausgangspunkt der nachfolgenden Definitionen.

Vingård et al. (C) definieren Präsentismus sehr ähnlich als *‚Situationen des Arbeitens trotz krankheitsbedingter Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit‘*. Im Unterschied zur vorherigen Definitionsgruppe sind die Folgen aber bereits Teil der Definition. Dabei beziehen sie sich nicht auf den Überbegriff ‚Krankheit‘, sondern auf tatsächlich vorhandene Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, sodass etwa chronische Erkrankungen nicht in jedem Falle eingeschlossen werden.

In Rahmen des dritten Definitionsmusters (D und E) wird über das suggerierte *‚Erreichen der Arbeitsunfähigkeitsschwelle, bei dem eine Krankmeldung gerechtfertigt wäre‘* außerdem eine indirekte Objektivierung des Krankheitsaspektes vorgenommen. Dieser Arbeitsunfähigkeitsbezug spiegelt sich auch in den Definitionen der nächsten Gruppe (F bis H) wieder, in der Präsentismus im Sinne des *‚Unterlassens einer Krankmeldung beziehungsweise des Verzichts auf Genesung, zugunsten der Arbeit‘* definiert wird. Ohne dass Motive oder Folgen definitorisch einbezogen werden, macht diese Begriffswahl ferner deutlich, dass es sich bei Präsentismus um ein *‚entscheidungsbasierendes Verhalten‘* des Betroffenen handelt.

Die Auswahl I bis J bezieht sich einerseits auf das verhaltens- und gesundheitsorientierte Grundschema von Präsentismus als *‚Arbeiten trotz Erkrankung oder gesundheitlicher Beschwerden‘*, nimmt durch den expliziten Zusatz *‚obwohl es ratsam oder empfehlenswert wäre, sich krank zu melden‘* zugleich aber auch eine ausdrücklich negative Konnotation dieses Verhaltens vor.

Ulich & Nido (Definition K) stellen wie viele andere in ihrer Definition einen direkten Arbeitsplatzbezug her, lösen sich aber ausdrücklich vom Begriff Krankheit und beziehen sich (ähnlich wie Vingård et al.) nur auf *‚tatsächlich vorhandene gesundheitliche oder anderweitige Beeinträchtigungen, die eine Abwesenheit legitimieren‘*. Erläuternd betonen sie, dass eine Erkrankung am Arbeitsplatz (etwa bei chronisch Kranken) „nicht notwendigerweise eine tägliche Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zur Folge haben“ müsse<sup>68</sup>.

Mit Definitionsbeispiel L wählt Emmermacher eine gesundheitsorientierte Präsentismus-Definition mit Arbeitsplatzbezug, die zugleich *‚negative Folgen für die Produktivität im Arbeitsprozess‘* ausdrücklich einschließt. Damit schlägt er die Brücke zum Faktor Produktivität, ohne jedoch den Aspekt der *‚gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Beschwerden‘* näher zu spezifizieren.

Auch Jungreuthmayer (Definition M) bezieht die Präsentismus-Folgen unmittelbar in ihre Definition ein. Dabei skizziert sie das Phänomen nicht als Verhalten, sondern in Form eines Zustands, der auch losgelöst von der Präsenz am Arbeitsplatz bestehen kann. Dieser *‚Zustand des gefühlten Dranges der Arbeitspflicht nachzukommen‘* kann sowohl mit *‚Leistungseinschränkungen‘* einhergehen, als auch eine *‚eigenständige Gefähr-*

67 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 402); (Johns, 2010, S. 520ff.); (Johns, 2012, S. 204ff.)

68 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 187)

„*derung der psychischen und physischen Gesundheit*“ zur Folge haben. Zugleich löst sich diese Definition räumlich vom Arbeitsort, um auch die modernen Möglichkeiten der Arbeitserfüllung via Internet, Handy oder Smartphone (im Sinne einer digital-geistigen Präsenz) einzubinden<sup>69</sup>.

### 2.1.2.2 Produktivitäts- und defizitorientierte Definitionen

Über die gesundheits- und Verhaltensorientierten Definitionsansätze hinaus, bietet Tabelle 2.1.2.2 eine Übersicht verschiedener produktivitäts- und defizitorientierter Präsentismus-Definitionen:

	Begriff	Definition / Beschreibung	Autor
<b>N</b>	<b>Presenteeism</b>	“the percentage of time impaired while on the job (eg, decreased productivity and below-normal work quality)” <sup>70</sup>	Boles et al.
<b>O</b>	<b>decreased presenteeism</b>	„when employees are physically present at their jobs, they may experience decreased productivity and below-normal work quality” <sup>71</sup>	Koopman et al.
<b>P</b>	<b>Präsentismus</b>	„wenn Beschäftigte zur Arbeit kommen, aber durch Krankheit oder Beschwerden nicht voll einsatzfähig sind” <sup>72</sup>	Iverson & Krause
<b>Q</b>	<b>Presenteeism</b>	“decreased on-the-job performance due to the presence of health problems” <sup>73</sup>	Schultz & Edgington
<b>R</b>	<b>Impaired presenteeism</b>	“when workers are physically present but function at less than full productivity because of illness or other health conditions” <sup>74</sup>	Turpin et al.
<b>S</b>	<b>Sickness presenteeism</b>	“employees are working less productively due to health or medical problems” <sup>75</sup>	Caverley et al.
<b>T</b>	<b>Presenteeism</b>	„the productivity loss that occurs when workers are on the job but not fully functioning” <sup>76</sup>	Burton & Conti
<b>U</b>	<b>Presenteeism</b>	“on-the-job productivity loss attributed to poor health and other personal issues” <sup>77</sup>	Merrill et al.

**Tabelle 2.1.2.2:** Produktivitäts- und defizitorientierte Präsentismus-Definitionen

Bereits auf den ersten Blick weisen diese Definitionen (im Vergleich zu den Gesundheits- und Verhaltensorientierten Ansätzen) eine deutlich größere Homogenität auf. Entsprechend der selektiven Einstufung in Produktivitäts- und defizitorientierte Defi-

<sup>69</sup> Vgl. (Jungreuthmayer, 2012, S. 13f.)

<sup>70</sup> (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 739); (Pelletier, Boles, & Lynch, 2004, S. 748)

<sup>71</sup> (Koopman, et al., 2002, S. 14)

<sup>72</sup> (Iverson & Krause, 2007, S. 48)

<sup>73</sup> (Schultz & Edgington, 2007, S. 548); vgl. auch (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia, & Cote, 2011, S. 1); (Bansback, et al., 2012, S. 376); (Mannion, et al., 2009, S. 1256); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edgington, 2010, S. 1056); (Hemp, 2004, S. 49); (Fissler & Knospe, 2009, S. 48); (Widera, Chang, & Chen, 2010, S. 1244); (Druss, Schlesinger, & Allen, 2001, S. 733)

<sup>74</sup> (Turpin, et al., 2004, S. 1123)

<sup>75</sup> (Chaverley, Cunningham, & MacGregor, 2007, S. 305)

<sup>76</sup> (Burton & Conti, 1999a, S. 34)

<sup>77</sup> (Merrill, et al., 2012, S. 293)

nitionen ist allen Ansätzen gemein, dass Präsentismus primär über die daraus resultierenden Konsequenzen definiert wird.

Wesentliche Definitionsunterschiede ergeben sich letztlich nur aus den Fragen, inwieweit ein Kausalbezug zwischen dem Gesundheitszustand und den Produktivitätsverlusten hergestellt wird und welcher Art die Konsequenzen sind.

Angelehnt an Tabelle 2.1.2.2 lässt sich Präsentismus somit zusammenfassend als Leistungsbeeinträchtigungen und/oder Produktivitätsverlust im Arbeitsprozess durch gesundheitliche Beeinträchtigungen eines Mitarbeiters definieren.

2.1.2.3 Definitionen im erweiterten Sinne von Präsentismus

Über die zuvor betrachteten Definitionsansätze hinaus kann präsentistisches Verhalten in bestimmten Fällen auch dort beobachtet werden, wo keine konkrete Erkrankung oder gesundheitliche Beeinträchtigung eines Mitarbeiters vorliegt (siehe Tabelle 2.1.2.3):

	Begriff	Definition / Beschreibung	Autor
V	presenteeism	"the tendency to stay at work beyond the time needed for effective performance on the job" <sup>78</sup>	Simpson
W	Non-work presenteeism	"refers to the behaviour of employees who engage in personal activities instead of work-related activities whilst at work" <sup>79</sup>	Wan et al.
X	Non-sickness presenteeism	"come to work while physically fine but suffer from conditions like personal financial difficulties, perceived workplace pressure, legal and family problems, and performing at below capacity [...]; spend time at work on personal matters thereby losing available work hours" <sup>80</sup>	Quazi

Tabelle 2.1.2.3: Erweiterte Präsentismus-Definitionen

Unabhängig von der Gesundheit eines Mitarbeiters betrachtet Simpson (Definition V) Präsentismus aus einer effizienzorientierten Perspektive heraus. Wie bereits dargestellt (siehe Kapitel 2.1.1), wird Präsentismus in diesem Zusammenhang als die ‚*unverhältnismäßig lange Präsenz am Arbeitsplatz*‘ oder auch ‚*Face Time*‘ definiert und somit als Zeit- und Effizienzverlust im Arbeitsprozess verstanden.

Wan et al. lösen sich in ihrer Definition (W) ebenfalls gänzlich vom Gesundheitsbezug und beschreiben unter „*non-work presenteeism*“ das kontraproduktive Verhalten von Mitarbeitern am Arbeitsplatz, die persönlichen Betätigungen nachgehen, anstatt ihre Arbeitsaufgabe zu verrichten.

Unter dem Begriff „*non-sickness presenteeism*“ verschmelzen bei Quazi die beiden vorherigen Definitionsverständnisse und werden inhaltlich erneut weiter gefasst. In Abgrenzung zu „*sickness presenteeism*“ schließt „*non-sickness presenteeism*“ (physische) Gesundheitsprobleme explizit aus, während sämtliche in der Person des Beschäftigten

78 (Simpson, 1998, S. 37); vgl. auch (Heery & Noon, 2008, S. 360f.); (Lowe, 2002, S. 1)  
79 (Wan, Downey, & Stough, 2014, S. 86)  
80 (Quazi, 2013, S. 19)

und dessen Umfeld liegenden Beeinträchtigungen und Produktivitäts- sowie Zeitverluste (die nicht unmittelbar auf eine Erkrankung zurückzuführen sind) in das erweiterte Definitionsverständnis einbezogen werden.

#### 2.1.2.4 Zusammenfassende Betrachtung der Definitionen und Grundverständnisse von Präsentismus

Die aufgeführten Definitionen machen deutlich, welche Breite und Heterogenität das inhaltliche Spektrum aufweist, das mit dem Phänomen Präsentismus verbunden wird. Ebenso uneinheitlich bis kontrovers gestaltet sich die Frage der grundsätzlichen Bewertung dieses Phänomens. *Handelt es sich dabei um ein Problem, das es zu lösen bzw. zu verhindern gilt, um ein normales Phänomen, das es in Kauf zu nehmen gilt oder um etwas, das grundsätzlich begrüßt werden sollte?*

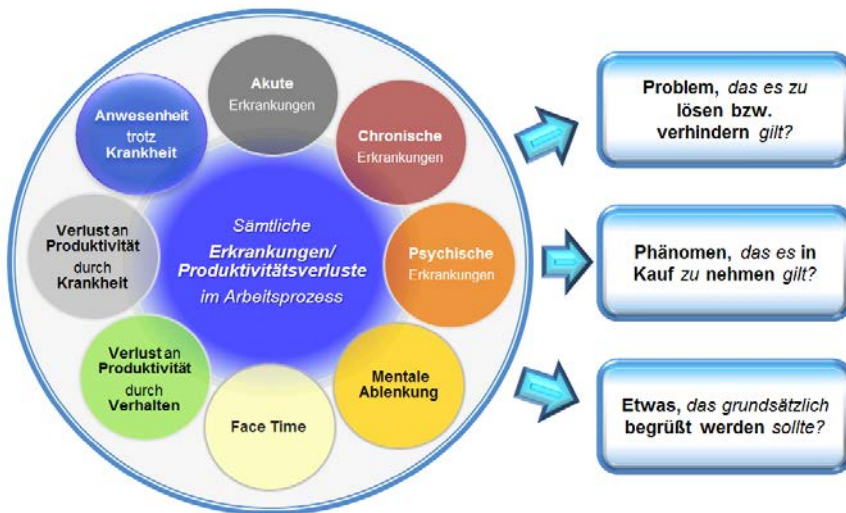


Abbildung 2.1.2.4: Definitions- und Bewertungsrahmen von Präsentismus

Mit Abbildung 2.1.2.4 wird diesbezüglich versucht, die beschriebene Vielfalt der bestehenden Definitions- und Bewertungsmöglichkeiten von Präsentismus zusammenfassend darzustellen. Sie greift Aspekte auf, die in den einzelnen Betrachtungen des Phänomens Berücksichtigung finden und unterstreicht zugleich das theoretisch-konzeptionelle Grundproblem einer fehlenden allgemeingültigen Definition von Präsentismus. Je nach Kontext, Intention sowie einem eher selektiven oder erweiterten Blickwinkel auf das Phänomen und seine Elemente ergeben sich folglich abweichende Definitionen und Bewertungen desselben Begriffs. Darüber hinaus wird in vielen Definitionen der Aspekt des *Verhaltens* (zum Beispiel: Krank zur Arbeit gehen) mit dem der *Konsequenzen* (wie Produktivitätsverluste)<sup>81</sup> zusammengefasst (beispielsweise Definitionen O bis U), sodass die Schnittmengen dessen, was die jeweiligen Autoren mit Präsentismus verbinden extrem variieren.

81 Vgl. (Johns, 2012, S. 209f.)



Dennoch lassen sich die Ansätze – entsprechend ihrer Grundausrichtung – kategorisieren und (wie bereits dargelegt) zunächst in zwei wesentliche Definitions- und Forschungsstränge unterteilen. Diese sind entweder am „*Verhalten von Mitarbeitern*“ (trotz Krankheit arbeiten zu gehen) oder aber den daraus resultierenden „*wirtschaftlichen Konsequenzen*“ (Einbußen in der Arbeitsproduktivität und/oder daraus resultierende Kosten) ausgerichtet<sup>82</sup>. In einem dritten Definitionsstrang (der im wissenschaftlichen Diskurs aber nur eine nachgeordnete Rolle spielt) wird Präsentismus im „*weiteren Sinne*“ dargestellt und auf gesundheitsunabhängige Aspekte mit Einfluss auf Arbeitsleistung übertragen (siehe Kapitel/Abbildung 2.1.4).

Der erste Definitionsstrang (siehe Kapitel 2.1.2.1) bezieht sich somit auf das Verhalten trotz Erkrankung und/oder gesundheitlicher Beeinträchtigung den Arbeitsplatz aufzusuchen beziehungsweise der Arbeit nachzugehen. Diesem Ansatz liegt insgesamt ein verhaltens- und gesundheitsorientiertes Forschungsinteresse zugrunde, welches sich primär auf die Verbreitung, Ursachen und Einflussfaktoren sowie den Entscheidungsprozess und die Folgen dieses Verhaltens konzentriert.

Betrachtet man Präsentismus dabei aus der verhaltensorientierten Perspektive, so lassen sich – angelehnt an eine ärztlich attestierte AU-Bescheinigung – „*objektive*“ und „*relative Komponenten*“ unterscheiden<sup>83</sup> (siehe Abbildung 2.1.4). Objektiv präsentistisches Verhalten liegt demnach vor, wenn dem Mitarbeiter eine Arbeitsunfähigkeit oder gesundheitliche Beeinträchtigung ärztlich attestiert worden ist (oder aufgrund seines Gesundheitszustands objektiv festgestellt werden würde), dieser aber dennoch seiner Arbeitstätigkeit nachgeht. Der „*relative Präsentismus*“ leitet sich dagegen aus der Erkenntnis ab, dass Gesundheit und Krankheit keine dichotomen Zustände sind (siehe Kapitel 2.2.4) und bezieht sich auf krankheitsbezogene Erscheinungen, die den Mitarbeiter zwar beeinträchtigen die Schwelle zur Arbeitsunfähigkeit (siehe Kapitel 2.2.3) aber noch nicht überschreiten.

Diese definitorische Unterteilung in objektive und relative Komponenten sowie die Koppelung an eine vorliegende (attestierbare) Arbeitsunfähigkeit erscheinen dabei sinnvoll, um den – nur schwer zu operationalisierenden Begriff Krankheit – zu objektivieren und etwa (leichte oder chronische) Erkrankungen, die im Betrachtungszeitraum zu keinen Beschwerden oder Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit führen, definitorisch abzugrenzen.

Offenkundig ist dabei aber auch, dass eine trennscharfe Abgrenzung zwischen Krankheit und Gesundheit in vielen Fällen schwierig ist und oft eine „Grauzone“ dazwischen bestehen bleibt. Oppolzer löst dieses Problem mithilfe des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (siehe Kapitel/Abbildung 2.2.4), das eine dreistufige Kategorisierung zwischen „*arbeitsfähig gesund*“ und „*arbeitsunfähig krank*“ ermöglicht<sup>84</sup>, wobei die höchste Stufe der Arbeitsunfähigkeit (Stufe c: „legitime Kranke“) weitgehend dem ersten Grundverständnis von Präsentismus entspricht<sup>85</sup>.

82 Vgl. (BAuA, 2009, S. 5); (Steinke & Badura, 2011a, S. 15ff.); (Johns, 2012, S. 206)

83 In Anlehnung an (BAuA, 2009, S. 5) und (Oppolzer, 2010, S. 176ff.)

84 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 175ff.)

85 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 15ff.)

In diesem Zusammenhang gilt es jedoch auch zu berücksichtigen, dass ein Arbeiten trotz Krankheit in bestimmten Fällen – wie Rückenleiden oder psychischer Erkrankungen – auch salutogen wirken, den Krankheitsverlauf also positiv beeinflussen kann (siehe Kapitel 3.7.2) und insofern ein undifferenziertes Krankheitsverständnis der falschen Annahme Vorschub leisten könnte, dass Arbeiten mit Krankheit eine grundsätzlich zu behebende Fehlentwicklung darstelle<sup>86</sup>.

Definitionen im Grundverständnis des zweiten Stranges (siehe Kapitel 2.1.2.2) stammen insbesondere aus dem US-amerikanischen Raum und betrachten Präsentismus – aus einer ökonomischen Sicht – vor dem Hintergrund der Produktivitätsverluste und/oder Kosten, die durch Krankheit oder gesundheitliche Beeinträchtigungen im Arbeitsprozess entstehen. Neben der *betriebswirtschaftlichen Perspektive*, die Präsentismus hinsichtlich Effizienz und Effektivität des Betroffenen im Kontext des Unternehmens analysiert, wird Präsentismus überdies im Hinblick seiner *volkswirtschaftlichen Auswirkungen* untersucht<sup>87</sup> (siehe Abbildung 2.1.4). Gemäß Oppolzers Kontinuum werden dabei – neben Arbeitsunfähigkeit – auch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Befindlichkeitsstörungen geringerer Ausprägung (Stufen b und c: „legitime“ und „bedingt legitime Kranke“)<sup>88</sup> einbezogen. Hinsichtlich der Forschungsbreite zu diesem Definitionsstrang ist allerdings zu beobachten, dass vor allem chronische Erkrankungen berücksichtigt werden<sup>89</sup>.

Vergleicht man die beiden Definitionsstränge und Grundverständnisse miteinander, so lässt sich – trotz der bestehenden Unterschiede – festhalten, dass den meisten Definitionen die physische Anwesenheit erkrankter oder gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter am Arbeitsplatz gemein ist. Folglich können die beiden Ansätze auch nicht als Gegensatz verstanden werden. Vielmehr handelt es sich um unabhängige und parallel zueinander entstandene Betrachtungen unterschiedlicher Teilaspekte desselben Phänomens.

Wesentliche größere Unterschiede bestehen hingegen zu den Überlegungen des dritten Grundverständnisses, bei dem es sich anbietet, von ‚*Präsentismus im weiteren Sinne*‘ zu sprechen (siehe Kapitel 2.1.2.3 sowie Abbildung 2.1.4). Die Grundgedanken dieses Stranges richten sich – ähnlich wie die des zweiten – auf das Verhältnis von Anwesenheit und Produktivität der Mitarbeiter, ohne jedoch unmittelbar einen Bezug zur Gesundheit herzustellen. Stattdessen steht die reine ‚*physische Anwesenheit*‘ des Mitarbeiters im Fokus.

Dabei beziehen sich die Überlegungen beispielsweise auf den Aspekt *Face Time*, also der „unverhältnismäßig lange[n] Anwesenheit am Arbeitsplatz, mittels derer der Betroffene eine sehr hohe Motivation für und Identifikation mit dem jeweiligen Arbeitgeber signalisieren möchte“<sup>90</sup>. Vereinzelt bezieht sich dieser Ansatz aber auch auf verhaltensbedingte Situationen, in denen Mitarbeiter zwar rein physisch am Arbeitsplatz anwesend sind, nicht aber im erwarteten Maße der Arbeitspflicht nachkommen, da sie

86 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 24f.); (Ulich & Nido, 2014, S. 187f.); (Oppolzer, 2010, S. 175ff.)

87 Vgl. z. B. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003); (Econtech, 2007); (KPMG Econtech, 2011)

88 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 16f.)

89 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 20)

90 (Steinke & Badura, 2011a, S. 15)

etwa privaten Beschäftigungen, Telefonaten oder Emails nachgehen beziehungsweise ein unverhältnismäßig ausgeprägtes Pausen- oder Diskussionsverhalten aufzeigen. Auch kann Präsentismus in diesem Sinne durch ‚mentale Ablenkungen‘ der Mitarbeiter während des Arbeitsprozesses begründet sein, wenn diese zum Beispiel finanzielle oder private Probleme beziehungsweise soziale Konflikte beschäftigen, wodurch die Arbeitsleistung beeinträchtigt wird.<sup>91</sup>

In der Gesamtbetrachtung des dritten Grundverständnisses lässt sich aber konstatieren, dass es sich weniger um einen eigenständigen (weiteren) Definitionsstrang handelt, der selbstständig neben den anderen besteht, als vielmehr um deren inhaltliche Erweiterung bei einer weitgehenden Loslösung vom Gesundheitsbezug. Entsprechend ergibt sich auch die Begriffswahl zu diesem Grundverständnis von „Präsentismus im erweiterten Sinne“.

Hinsichtlich dieser Erweiterung des Präsentismus-Verständnisses ist allerdings zu konstatieren, dass eine Loslösung vom Gesundheitsbezug durch einige Autoren explizit ausgeschlossen wird<sup>92</sup> und damit im logischen Widerspruch zu jenen Definitionen steht, die sich auf tatsächliche Gesundheitsprobleme beziehen. Um aber eine ganzheitliche Betrachtung des Phänomens zu ermöglichen und keine normierende Beschränkungen der Erforschung des Phänomens vorzunehmen, soll dieser Ansatz auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit berücksichtigt werden.

### 2.1.3 Präsentismus in Abgrenzung zu anderen Konzepten des Personalmanagements

Um das Phänomen Präsentismus im Kontext des Personalmanagements diskutieren zu können (siehe Kapitel 4 und 5), ist es zunächst erforderlich, eine Abgrenzung zu anderen Konzepten des Personalmanagements vorzunehmen.

Im Hinblick auf die zum Teil großen inhaltlichen Schnittmengen mit diesen Konzepten sollen dabei in den nachfolgenden Teilkapiteln die Konzepte *Absentismus* und *Innere Kündigung* (Kapitel 2.1.3.1) sowie Workaholismus und *Burnout* (Kapitel 2.3.1.2) hinsichtlich ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede diskutiert werden.

#### 2.1.3.1 Absentismus, innere Kündigung und Präsentismus

Im Gegensatz zu Präsentismus handelt es sich bei *Absentismus* um einen in der personalwirtschaftlichen Literatur etablierten und gut erforschten Begriff<sup>93</sup>, der nach Johns bereits im Jahr 1932 von Kornhauser und Sharp wissenschaftlich untersucht worden ist<sup>94</sup>. Aber ungeachtet seiner langen Forschungstradition ist der Begriff in der (deutsch- wie auch englischsprachigen) Literatur nach wie vor heterogen belegt. Dabei beziehen sich zwar alle Verständnisse auf das Phänomen Fehlzeiten, jedoch besteht Uneinigkeit hinsichtlich der Komponenten von Fehlzeiten die dem Absentismus zugeordnet werden sollen.

91 Vgl. (Quazi, 2013, S. 19ff.)

92 Vgl. z.B. (Hemp, 2005, S. 49); (BAuA, 2009, S. 5)

93 Vgl. z. B. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1536); (Preisendörfer, 2010, S. 402); (Johns, 2008, S. 160)

94 Vgl. (Johns, 2008, S. 160)

Der Begriff *Fehlzeiten* steht nach Brandenburg & Nieder für „alle Zeiten, [...] in denen der Mitarbeiter seine Arbeitskraft dem Unternehmen nicht zur Verfügung stellt“<sup>95</sup>. Neben Ursachen wie Kuren, Rehabilitationen oder anderen entschuldigten und unentschuldigten Abwesenheiten geht ein Großteil mit dem betrieblichen Krankenstand einher, welcher wiederum eine medizinisch notwendige sowie eine motivationsbedingte Komponente aufweist (siehe Kapitel/Abbildung 2.3.1). Während einige Autoren den Begriff *Absentismus* dabei allgemein im Sinne von Fehlzeiten<sup>96</sup> beziehungsweise synonym zum Krankenstand verwenden<sup>97</sup>, sehen andere hierin ausschließlich ein motivationsbedingtes Phänomen, bei dem Mitarbeiter nicht zur Arbeit erscheinen, ohne krank zu sein oder ohne eine medizinische Notwendigkeit aufzuweisen, die das Fernbleiben rechtfertigen würde<sup>98</sup>.

Entsprechend schwierig ist es, eine Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Studien zu erzielen und es ist kritisch zu beobachten, dass die Diskussion häufig darunter leidet, dass die Begrifflichkeiten *Fehlzeiten*, *Krankenstand* und *Absentismus* unterschiedlich gebraucht oder gar miteinander verwechselt werden<sup>99</sup>. Doch obwohl dieses Abgrenzungsproblem seit vielen Jahren aufgezeigt und thematisiert wird<sup>100</sup>, entsteht insbesondere im Rahmen des (durch englischsprachige Publikationen geprägten) Präsentismus-Diskurses der Eindruck, dass die Begrifflichkeit Absentismus wörtlich in den deutschen Sprachgebrauch übernommen wird, wenngleich auch dort Empfehlungen für eine systematische Differenzierung der Begrifflichkeiten krankheitsbedingter Fehlzeiten (absence) und Absentismus (absenteeism) geäußert werden<sup>101</sup>.

Und obwohl zurecht von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen wird, dass es in der Praxis oft problematisch bleibt, eine klare Abgrenzung zwischen medizinisch notwendigen und motivationsbedingten Fehlzeiten zu erzielen<sup>102</sup>, soll der Begriff *Absentismus* im weiteren Verlauf dieser Arbeit ausschließlich auf *motivationsbedingte Abwesenheiten* bezogen werden, um so (zumindest) eine begriffliche Klarheit zu schaffen. Oppolzer spricht hierbei auch von „*Missbrauchsfällen*“ und beziehungsweise auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Kapitel 2.2.4) von „*illegitimen Kranken*“ oder „*Simulanten*“<sup>103</sup>.

Als Motive für Absentismus gelten in der Literatur zum Beispiel arbeitsbedingter Stress<sup>104</sup>, Verärgerung oder Überforderung<sup>105</sup>, aber auch private oder familiäre Probleme<sup>106</sup>. In der Personalpsychologie wird Absentismus darüber hinaus auch im Kontext

95 (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13)

96 Vgl. (Fissler & Knospe, 2009, S. 48); (Jahn, 2010, S. 355)

97 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 134); (Wieland & Hammes, 2010, S. 66); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 2);

98 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 189); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 51); (Berthel & Becker, 2013, S. 306) (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1537); (Uhle & Treier, 2015, S. 503); (Muck, 2006, S. 550)

99 Vgl. (Rudow, 2011, S. 237); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 14)

100 Vgl. Nieder 1979, zit. n. (Marr, 1996, S. 16); Whitston & Edwards (1990), zit. n. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1537)

101 Vgl. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1537ff.)

102 Vgl. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1237); (Nieder, 1998b, S. 12); (Marr, 1996, S. 16f.)

103 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 176f.)

104 Vgl. (Barthold & Schütz, 2010, S. 55ff.)

105 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 51)

106 Vgl. (Heery & Noon, 2008, S. 1)

eines (intentionalen) kontraproduktiven Verhaltens von Mitarbeitern diskutiert, das gegen die legitimen Interessen der Organisation verstößt<sup>107</sup>.

Betrachtet man Absentismus also als motivationales Verhalten, so ergeben sich Schnittmengen zum Phänomen der *Inneren Kündigung*<sup>108</sup>. Einer austauschtheoretischen Überlegung folgend besteht zwischen dem Mitarbeiter und seiner Organisation ein sogenannter *psychologischer Vertrag*, über den beide Seiten implizite Erwartungen und Wünsche an die jeweils andere richten. Werden diese enttäuscht beziehungsweise nimmt der Mitarbeiter ein Ungleichgewicht im Sinne einer Ungerechtigkeit in dieser Austauschbeziehung wahr, kann es zur Aufkündigung dieses Vertrages kommen. Verbleibt der Mitarbeiter im Unternehmen, folgt oft in eine „stille Leistungsverweigerung“ des Mitarbeiters (die sogenannte innere Kündigung), worüber dieser versucht, das „Gleichgewicht der Gerechtigkeit“ ansatzweise wiederherzustellen.<sup>109</sup> Dabei wird zwischen einer aktiven und einer passiven Form der inneren Kündigung unterschieden, wobei es einerseits um „Rache am Unternehmen“ geht, während andererseits eine Form der „Angepasstheit“ eintreten kann, in der ein Mitarbeiter letztlich nur noch „Dienst nach Vorschrift“ verrichtet<sup>110</sup> oder gar motivationsbedingt der Arbeit fernbleibt – also Absentismus zeigt. Dem Gallup-Engagement Index zufolge wiesen im Jahr 2014 nur 15 Prozent der Beschäftigten in Deutschland eine hohe emotionale Bindung zu ihrer Arbeit auf, aber ebenso viele hatten innerlich gekündigt (keine Bindung)<sup>111</sup>.

Hinsichtlich der Beziehung von Absentismus und Präsentismus zeichnen viele Autoren ein opponierendes Bild und bezeichnen die beiden Phänomene beispielsweise als „zwei Seiten einer Medaille/Münze“<sup>112</sup> oder betonen, dass Präsentismus als „Gegenbegriff“ zu Absentismus entstanden sei<sup>113</sup>. Allerdings beziehen sich diese Arbeiten (wie der Großteil der Publikationen) nicht auf motivationsbedingten Absentismus, sondern allgemein auf (krankheitsbedingte) Fehlzeiten (siehe hierzu Kapitel 3.8). Nur wenige Studien haben sich hingegen explizit dem Verhältnis von (motivationsbedingten) Absentismus und Präsentismus gewidmet:

Im Rahmen einer deutschen Pilotstudie zu einem größeren Forschungsprojekt untersuchte zum Beispiel Preisendörfer diesen Zusammenhang und konstatiert, dass „Präsentismus weitaus häufiger auftritt als Absentismus“ und dabei kein simples Gegenstück zu Absentismus bzw. betrieblichen Fehlzeiten ist, sondern eigenständigen Charakter hat<sup>114</sup> (siehe Tabelle 2.1.3.1):

107 Vgl. (Blickle & Nerdinger, 2014, S. 768ff.); (Muck, 2006, S. 548ff.)

108 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Wüstner, 2014, S. 27f.); (Behr, Rixinger, & Badura, 2013, S. 56ff.)

109 Vgl. (Behr, Rixinger, & Badura, 2013, S. 57); (Wüstner, 2014, S. 27)

110 Vgl. (Behr, Rixinger, & Badura, 2013, S. 57)

111 Vgl. (Gallup, 2015)

112 Vgl. (Jahn, 2010); (Oldenburg, 2012)

113 vgl. (Steinke & Badura, 2011b, S. 7f.)

114 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 405ff.)

	Präsentismus		Absentismus	
	Koeffizient	(T-Wert)	Koeffizient	(T-Wert)
Geschlecht (1=Frau)	0,26	(1,12)	-0,70	(2,55)*
Alter in Jahren	0,07	(1,23)	-0,05	(4,83)*
Alter in Jahren quadriert/10	-0,01	(1,10)		
Bildung in Jahren	-0,11	(2,49)*	-0,11	(1,92)
Kinder im Haushalt (1=Ja)	0,34	(1,10)	-0,77	(2,17)*
Arbeitszufriedenheit (Skala 1-5)	-0,04	(0,28)	0,10	(0,60)
<b>Angst vor Arbeitslosigkeit (1=Ja)</b>	<b>0,64</b>	<b>(2,04)*</b>	<b>0,78</b>	<b>(2,35)*</b>
Eigene wirtschaftliche Lage (Skala 1-5)	0,03	(0,20)	-0,02	(0,14)
Gewissenhaftigkeit (Skala 1-7)	0,21	(2,13)*	-0,11	(0,98)
Konstante	-1,72	(1,24)	2,75	(2,52)*
Pseudo-R <sup>2</sup>	5,3%		14,2%	
Fallzahl	320		320	

**Erläuterungen:** \* signifikant auf 5%-Niveau. Präsentismus-Variable: „1=oft, sehr oft“ versus „0=gelegentlich, selten, nie“. Absentismus-Variable: „1=selten, gelegentlich, oft, sehr oft“ versus „0=nie“. (logische Regressionen, unstandardisierte Regressionskoeffizienten)

**Tabelle 2.1.3.1.2:** Bestimmungsfaktoren von Präsentismus und Absentismus (nach Preisendörfer)<sup>115</sup>

Interessant ist dabei zu beobachten, dass das Auftreten von Präsentismus nicht ohne weiteres zu einer reduzierten Absentismusrate führt. Bezieht man sich auf die Variable „Angst vor Arbeitslosigkeit“, so führt diese erwartungsgemäß zu vermehrtem Präsentismus, gleichzeitig jedoch auch zu vermehrtem Absentismus im Sinne vorgetäuschter Krankmeldungen, was zunächst etwas erstaunt. Preisendörfer interpretiert diesen Zusammenhang als eine Art „Gegenreaktion“ des Betroffenen auf den Umstand, dass er sich zur Präsenz am Arbeitsplatz „genötigt“ fühlte und mit dem „Krankmachen“ der „Idee ausgleichender Gerechtigkeit“ folgt.<sup>116</sup> Zu ähnlichen Schlussfolgerungen gelangten Bierla et al. in einer französischen Studie in der sie Zusammenhänge von Präsentismus mit Absentismus und Fehlzeiten untersuchten<sup>117</sup> (siehe auch Kapitel 3.8). So kamen sie unter anderem zu der Erkenntnis, dass Präsentismus als Teil des *Psychologischen Vertrags* angesehen werden könne, wobei er ein Weg sei, über den Mitarbeiter über ihre Loyalität beziehungsweise Commitment gegenüber der Organisation zu zeigen oder über Absentismus auch entsprechend Missbilligung zum Ausdruck zu bringen.<sup>118</sup>

Insgesamt wird damit deutlich, dass Präsentismus kein „simples Gegenstück“ zu Absentismus ist und ebenso wie das Phänomen der inneren Kündigung als Konsequenz persönlicher Motive sowie austauschtheoretischen Überlegungen angesehen werden kann. Hierbei scheint der Psychologische Vertrag zwischen Mitarbeiter und Unternehmen

<sup>115</sup> Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 407)

<sup>116</sup> Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 408)

<sup>117</sup> Vgl. (Bierla, Huver, & Richard, 2013)

<sup>118</sup> Vgl. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1546ff.); (Bierla, Huver, & Richard, 2011, S. 104f.)

eine wichtige Rolle zu spielen, jedoch wirken auf die Entscheidung, Präsentismus oder Absentismus zu zeigen, zahlreiche andere Faktoren ein (siehe Kapitel 3.7).

### 2.1.3.2 Workaholismus und Burnout

Zwei Phänomene, die bereits auf den ersten Blick einen Zusammenhang mit Präsentismus suggerieren, sind *Workaholismus* (englisch: *Workaholism*) und *Burnout*. Beiden Sachverhalten ist gemein, dass sie keiner einheitlichen Definition unterliegen, durch eine Vielzahl an Symptomen gekennzeichnet sind und offiziell nicht als Krankheit gemäß ICD-10 – dem internationalen Klassifikationssystem der WHO (siehe Kapitel 2.2.3) – anerkannt werden, während sie zugleich einer breiten öffentlichen und wissenschaftlichen Diskussion unterzogen werden.

*Workaholismus* (auch *Arbeitssucht* genannt) ist nach Schaufeli et al. definiert als „ein unwiderstehlicher innerer Drang exzessiv zu arbeiten“<sup>119</sup> und bezieht sich nach Heide auf eine „fortschreitende pathologische Fixierung auf Arbeit bzw. das Arbeiten, zu der wesentlich Kontrollverlust und Entzugserscheinungen gehören“<sup>120</sup>. Dabei entspricht die Charakteristik von Workaholismus weitgehend der anderer Suchterkrankungen, wobei in diesem Fall ‚Arbeit‘ das Suchtmittel darstellt. Betroffene sind der Arbeit „völlig verfallen“, während sich ihr gesamtes Denken und Handeln mehr oder weniger um die Arbeit kreist<sup>121</sup>. Auch lassen sich verschiedene Verlaufsstadien im Sinne eines dynamischen Prozesses skizzieren, die in der Anfangsphase zum Beispiel mit einem „Gefühl der Leistungsfähigkeit, des Tatendrangs oder des Sich-beweisen-Wollens“ einhergehen und im Endstadium zu schweren manifesten Erkrankungen und gravierenden negativen Persönlichkeitsveränderungen führen können oder gar den Tod zur Folge haben<sup>122</sup>. In den letzten Jahren hat hierfür sukzessive der aus Japan stammende (und dort als berufsbezogene Krankheit anerkannte) Begriff ‚*Karoshi*‘<sup>123</sup> Einzug in den Sprachgebrauch gehalten. Übersetzt bedeutet er sinngemäß „Tod durch Überarbeitung“ und bezieht sich auf die permanente Arbeitsunfähigkeit oder den Tod (etwa durch Herzinfarkt oder Schlaganfall) infolge exzessiver Arbeitsüberlastung<sup>124</sup>. Für Suizide durch Überarbeitung existiert in Japan daneben der Begriff „*Karo-jisatsu*“<sup>125</sup>.

Nach Poppelreuter und Mierke handelt es sich bei Arbeitssucht um ein „universelles Phänomen“, von dem grundsätzlich jeder betroffen sein kann „der in irgendeiner Form produktiv tätig ist (oder sein möchte), unabhängig von Alter, Geschlecht oder Beruf“<sup>126</sup>. Hierbei spielen nicht nur „grundsätzliche Prädispositionen“ eine Rolle, sondern auch ob und inwieweit „Arbeiten als Suchtmittel überhaupt zur Verfügung steht“<sup>127</sup>. Versucht

119 (Schaufeli, Bakker, Heijden van der, & Prins, 2009); (Eigene Übersetzung)

120 (Heide, 2010, S. 84)

121 Vgl. (Poppelreuter & Mierke, 2005, S. 110)

122 Vgl. z. B. (Heide, 2010, S. 84f.); (Stock-Homburg, 2013a, S. 796ff.); (Wüstner, 2006, S. 158f.)

123 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Kanai, 2009); (Wüstner, 2006, S. 159f.); (The Japan Times, 2014)

124 Im Jahr 2006 wurden in Japan 355 Fälle offiziell anerkannt worden, wobei 147 Menschen verstarben. Im Jahr 2013 waren es 133 Todesfälle. Vgl. (Kanai, 2009, S. 209ff.); (The Japan Times, 2014)

125 Vgl. (Kanai, 2009, S. 209f.); (The Japan Times, 2014); (Wüstner, 2014, S. 159f.)

126 Vgl. (Poppelreuter & Mierke, 2005, S. 116)

127 Vgl. (Heide, 2010, S. 85)

man die Prävalenz (Fallhäufigkeit) von Arbeitssucht in Deutschland zu quantifizieren, so verweist Poppelreuter darauf, dass das Fehlen einheitlicher definitorischer Merkmale und diagnostischer Kriterien dieses Vorhaben „nahezu unmöglich“ machen. Untersuchungen, die er mit Windholz in zwei Industrieunternehmen durchgeführt hat, lassen aber wohl auf etwa zwei- bis dreihunderttausend arbeitssüchtige Personen in Deutschland schließen.<sup>128</sup>

Hägerbäumer untersuchte den Zusammenhang zwischen arbeitssüchtigem Verhalten und Präsentismus im Rahmen einer Befragung an einem Krankenhaus in Deutschland und fand diesbezüglich signifikant positive Korrelationen sowohl zum exzessiven ( $r=.317$ ,  $p < 0,01$ ) als auch zwanghaften Arbeitsstil ( $r=.278$ ,  $p < 0,01$ ) der Befragten<sup>129</sup>.

Auch hinsichtlich *Burnout*<sup>130</sup> lässt sich konstatieren, dass niemand genau weiß, wie verbreitet das Phänomen ist und ob es insgesamt zunimmt<sup>131</sup>, wenngleich die Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen seit Mitte der 2000er Jahre einen massiven Anstieg (und zuletzt Stabilisierung) entsprechender Fehltage suggerieren<sup>132</sup> (siehe auch Kapitel 2.3.4). Jedoch existiert für Burnout kein offizielles Diagnosemuster (gemäß ICD-10), sodass Diagnosen nur indirekt über die Zusatzkennzeichen (Diagnoseschlüssel: Z 73.0: *Ausgebrannt sein; Zustand der totalen Erschöpfung*) oder alternativ über andere Diagnosen<sup>133</sup> erfolgen können<sup>134</sup>. Dabei ist *Burnout als Syndrom* zu verstehen, das sich nicht durch charakteristische Einzelmerkmale diagnostizieren lässt, sondern je nach Verlaufsstadium durch eine Vielzahl verschiedener Symptome gekennzeichnet sein kann<sup>135</sup>.

Die Entstehung von Burnout verläuft zumeist als schleichender und langwieriger Prozess, von oft mehreren Jahren<sup>136</sup>. Nach Freudenberg und North verspüren die Betroffenen zu Beginn ihres Burnout-Zyklus (ähnlich wie bei Workaholismus) oft den Zwang sich zu beweisen und zeigen verstärkten Einsatz. Der weitere Verlauf kann wiederum durch eine Vernachlässigung eigener Bedürfnisse, der Verdrängung von Konflikten oder dem Verleugnen auftretender Probleme, sozialen Rückzug oder gar den Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit gekennzeichnet sein. Neben dem Gefühl innerer Leere kann Burnout im fortgeschrittenen Stadium Depressionen sowie die völlige Erschöpfung zur Folge haben.<sup>137</sup> Als Kernsymptome von Burnout gelten die nachfolgen-

128 Vgl. (Poppelreuter, 2006, S. 331)

129 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 131ff.)

130 Vertiefend siehe z. B.: (Burisch, 2014); (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001); (Schaufeli & Enzmann, 1998)

131 Vgl. (Burisch, 2014, S. 239ff.)

132 Vgl. (Knieps & Pfaff, 2014, S. 114); (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 368f.); (Grobe, Gerr, Steinmann, & AQUA-Institut, 2014, S. 85ff.); (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 48ff.)

133 Beispielsweise die ICD-10-Schlüssel: F43.0: Akute Belastungsreaktion, F48.0: Neurasthenie (Ermüdungssyndrom) oder dem R53: Unwohlsein und Ermüdung.

134 Vgl. (Jung T., 2011, S. 22ff.); (Knieps & Pfaff, 2014, S. 114)

135 Vgl. (Burisch, 2014, S. 25ff.); (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 19ff.)

136 Vgl. (Burisch, 2014, S. 40ff.)

137 Vgl. (Freudenberg & North, 2005, S. 121ff.)



den Dimensionen, welche zugleich die drei Messskalen des Maslach Burnout Inventory (MBI) abbilden:

- **Emotionale Erschöpfung** (Gefühl geistiger und körperlicher Ausgelaugtheit im Sinne von: „Ich kann nicht mehr“; Frustration und Unzufriedenheit),
- **Depersonalisation** (Negative, zynische Einstellung und Distanzierung gegenüber Kollegen, Kunden, dem sozialen Umfeld und der Arbeit),
- **Reduzierte Leistungsfähigkeit** (Leistungsunzufriedenheit, mangelnde Tatkraft, Gefühl der Inkompetenz oder des Versagens)<sup>138</sup>.

Hinsichtlich des Versuchs, die Beziehung zwischen Workaholismus und Burnout sowie ihr Verhältnis zu Präsentismus zu klären, konnten in den letzten Jahren signifikante Zusammenhänge durch verschiedene Studien belegt werden. So konnten Schaufeli et al. im Rahmen einer niederländischen Studie belegen, dass Workaholismus und Burnout signifikant zusammenhängen. Bezogen auf die Dimensionen *Working Excessively* (WE) und *Working Compulsively* (WC) – die sie zuvor bereits als Kernkomponenten von Workaholismus identifizierten und mit Burnout sowie Präsentismus assoziierten<sup>139</sup> – wiesen sie nach, dass Workaholismus insbesondere mit *Emotionaler Erschöpfung* und *Depersonalisation* signifikant korreliert.<sup>140</sup> Darüber hinaus wiesen sie nach, dass Arbeitssucht (WE und WC) mit deutlich mehr Präsentismus und weniger Fehlzeiten einhergeht<sup>141</sup>.

Einen Zusammenhang zwischen Präsentismus und Burnout belegen darüber hinaus auch zwei Studien aus Skandinavien. Mittels Oldenburg Burnout Inventory zeigten Peterson et al. in einer schwedischen Querschnittsstudie (mit 3719 Beschäftigten verschiedener Berufsgruppen) auf, dass die Burnout-Dimensionen „exhaustion“ (Erschöpfung) und „disengagement“ (fehlendes Engagement) stark mit Präsentismus assoziiert sind. Hierbei wies die Dimension Erschöpfung von beiden den insgesamt stärkeren Zusammenhang zu Präsentismus auf.<sup>142</sup> Vergleichbare Korrelationen belegten Thun et al. in einer Studie mit 2078 Ärzten an Universitätskliniken in Norwegen, Schweden, Island und Italien<sup>143</sup>.

Im Rahmen einer niederländischen Längsschnittstudie (mit 258 Pflegekräften in Krankenhäusern) konnten Demerouti et al. signifikante Zusammenhänge zwischen Präsentismus und Burnout belegen (siehe Abbildung 2.1.3.2).

Mit drei Befragungen in anderthalb Jahren wiesen sie anhand der Kernsymptome *Depersonalisation* und *Emotionale Erschöpfung* nach, dass Präsentismus zu Burnout führt. Dabei zeigte sich das Verhältnis zwischen Präsentismus und „Emotionale

138 Vgl. (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001, S. 402f.); (Burisch, 2014, S. 53f.); (Schnee & Vogt, 2013, S. 100)

139 Vgl. (Schaufeli, Taris, & Bakker, 2008)

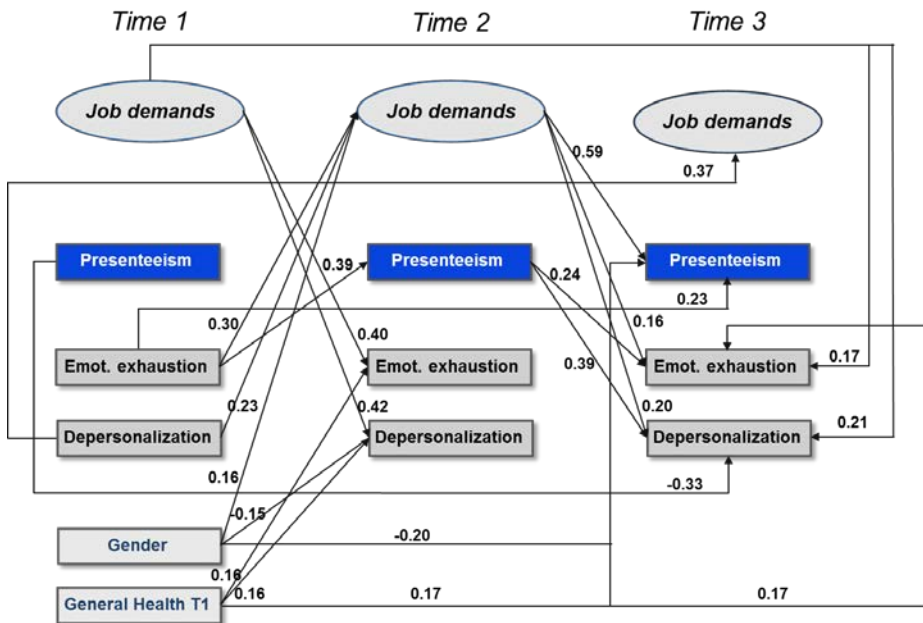
140 Vgl. (Schaufeli, Bakker, Heijden van der, & Prins, 2009, S. 259ff.)

141 Vgl. (Schaufeli, Taris, & Bakker, 2008, S. 216f.); (Schaufeli, Bakker, Heijden van der, & Prins, 2009, S. 262ff.)

142 Vgl. (Peterson, Demerouti, Bergström, Asberg, & Nygren, 2008)

143 Vgl. (Thun, Fridner, Minucci, & Løvseth, 2014)

Erschöpfung“ reziprok, indem Emotionale Erschöpfung einerseits durch Präsentismus verstärkt wird, während es selbst wiederum zu höheren Präsentismuswerten in der Folgemessung führte. Für Depersonalisation ließ sich diese reziproke Beziehung hingegen nicht belegen.<sup>144</sup> Die Autoren vermuten, dass hierin ein temporärer Selbstschutzmechanismus, der Präsentisten vor weiteren Belastungen bewahrt und es ermöglicht, seine begrenzten Ressourcen zu schonen<sup>145</sup>.



**Abbildung 2.1.3.2:** Standardized solution (maximum likelihood estimates) of the three-wave model of presenteeism,  $N = 258$  (nach: Demerouti et al.)<sup>146</sup>

Auch in deutschen Studien konnte der Zusammenhang zwischen Präsentismus, Mobbing und Burnout bereits belegt werden. Schnee & Vogt haben im Rahmen der Frühjahrsbefragung des Gesundheitsmonitors 2012 (der Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK) untersucht, wie Burnout und Präsentismus bei Erwerbstätigen zusammenhängen. Hierbei fanden sie heraus, dass die Burnoutgefährdungen der Arbeitnehmer signifikant mit erhöhtem Präsentismus assoziiert sind. Dabei interpretieren sie Präsentismus als eine „Vorstufe zum endgültigen Burnout“<sup>147</sup>, wobei „hohe emotionale Anforderungen bei der Arbeit und Burnoutgefährdung als Prädiktor für Präsentismus identifiziert wurden“. Arbeitsbedingungen hingegen werden nur indirekt (über die Verstärkung von Mobbingereignissen und Burnoutgefährdung) mit Präsentismus assoziiert.<sup>148</sup> Auch Fissler & Knospe ziehen auf Grundlage einer Erhebung bei einem großen Markenti-

144 Vgl. (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 57ff.)

145 Vgl. (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 60f.)

146 Darstellung nach: (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 60)

147 (Schnee & Vogt, 2013, S. 99)

148 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 111ff.)

kelhersteller ähnliche Schlüsse und konstatieren, dass das Burnout-Risiko deutlich mit Präsentismus korreliert<sup>149</sup>.

Fasst man die Erkenntnisse zusammen, so wird deutlich, dass die Relevanz der Phänomene Workaholismus und Burnout für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus außerordentlich groß ist. Da beide Phänomene nur schwer und meist erst in weit fortgeschrittenem Stadium erkannt werden können, wenn eine langwierige Arbeitsunfähigkeit kaum mehr zu vermeiden ist, bedarf es aus betrieblicher Sicht möglichst frühzeitiger verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen. Im Hinblick auf die individuelle Charakteristik und den Verlauf der Phänomene kommt dem Thema Führung dabei eine zentrale Bedeutung zu (siehe Kapitel 2.4.3).

#### 2.1.4 Präsentismus-Definitionen im Sinne dieser Arbeit

An verschiedenen Stellen wurde bereits deutlich, dass das Phänomen Präsentismus im wissenschaftlichen, ökonomischen und gesellschaftlichen Diskurs einem extrem heterogenen Begriffsverständnis unterliegt und eine allgemeingültige oder gar theoretisch-konzeptionell klar umrissene Definition nicht existiert. Folglich gilt es für den weiteren Verlauf dieser Arbeit, eine eigene Definition herzuleiten.

Als schematische Darstellung skizziert Abbildung 2.1.4 eine zusammenfassende Übersicht der bisherigen Erkenntnisse bezüglich der verschiedenen Begriffs- und Definitionsverständnisse für Präsentismus:

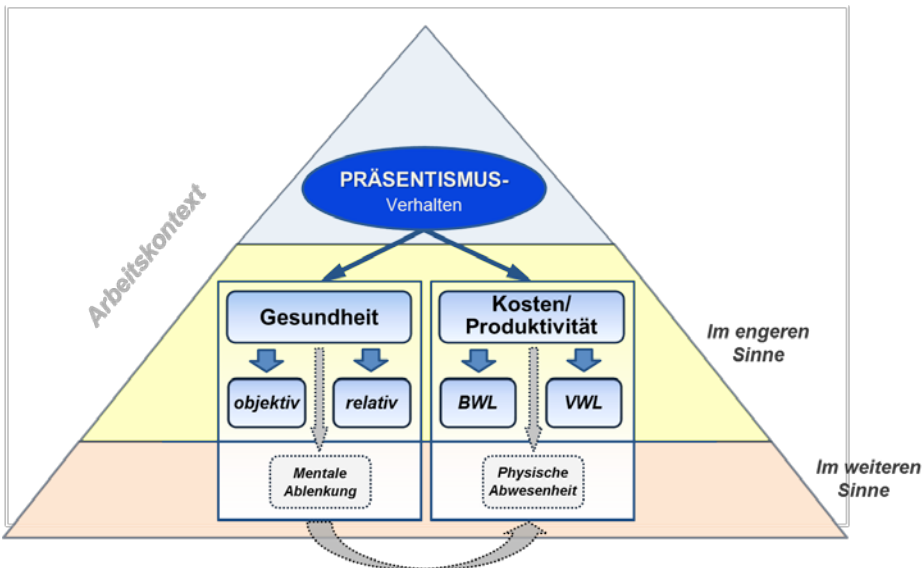


Abbildung 2.1.4: Integrierte Darstellung von Präsentismus

149 Vgl. (Fissler & Knospe, 2009, S. 49f.)

Ausgehend von der Grundannahme, dass Präsentismus im Kern ein Verhalten abbildet, das aus verschiedenen Perspektiven heraus definiert werden kann, wird mit Abbildung 2.1.4 versucht, eine integrierte Darstellung von Präsentismus vorzunehmen, welche die beiden zentralen Grundverständnisse (siehe Kapitel 2.1.2.4) skizziert und zugleich die notwendige Differenzierung zwischen den zentralen Subkategorien (Perspektiven) innerhalb der Grundverständnisse vornimmt.

Als Kernelemente werden hierbei die Dimensionen ‚*Gesundheit*‘ (im Sinne von Beeinträchtigungen der Gesundheit) und ‚*Kosten*‘ (im Sinne der wirtschaftlichen Konsequenzen) gewählt, welche jeweils im Arbeitskontext zu betrachten sind. In Anlehnung an objektiv vorliegende Arbeitsunfähigkeiten erfolgt darüber hinaus eine weitere Differenzierung des Gesundheitsverhaltens in eine *objektive* und eine *relative Komponente* (siehe Kapitel 2.1.2.4). Das kostenorientierte Grundverständnis unterscheidet daneben zwischen einer *betriebswirtschaftlichen* und einer *volkswirtschaftlichen Perspektive*.

Um das Phänomen ganzheitlich abzubilden, bietet diese Darstellungsform außerdem eine Differenzierungsmöglichkeit zwischen *Präsentismus im engeren* und *im weiteren Sinne*. Aufbauend auf den ersten beiden Definitionssträngen erfolgt bei Präsentismus im erweiterten Verständnis der Einbezug des dritten Definitionsstranges. Wie in Kapitel 2.1.2.4 bereits erläutert wurde, bildet hier die reine physische Präsenz eines Mitarbeiters in der Relation zu mentalen Beeinträchtigungen oder Leistungs- und Produktivitätseinbußen die zentrale Definitionsgrundlage. Es werden daher explizit auch Faktoren einbezogen, die keinen unmittelbaren Krankheitsbezug aufweisen. Hierzu zählen einerseits ‚*Mentale Ablenkungen*‘ (wie finanzielle, private oder soziale Probleme), welche sich negativ auf die Arbeitsleistung auswirken. Andererseits werden über den Aspekt ‚*Physische Anwesenheit*‘ auch Aspekte wie Face Time oder kontraproduktive Verhaltensweisen während der Arbeitszeit (beispielsweise private Beschäftigungen, Telefonate und Email-Korrespondenzen oder gar unverhältnismäßiges Pausenverhalten) definitorisch eingeschlossen.

Wie durch den Verbindungspfeil in Abbildung 2.1.4 dargestellt, ist in den meisten Fällen davon auszugehen, dass sich Krankheit, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder mentale Ablenkungen am Arbeitsplatz auch auf der Kostenseite widerspiegeln (siehe auch Kapitel 3.5 und 3.6), sodass sie zwar definitorisch getrennt werden können, speziell im betrieblichen Kontext aber einem integrierten Verständnis unterliegen sollten. Ebenso gilt es zu berücksichtigen, dass eine mentale Ablenkungen auch zu Stress und damit wiederum zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Angesichts der komplexen Definitions- und Begriffsgrundlage wird deutlich, dass eine einzelne Definition dieses Spektrum wohl entweder zu allgemein oder zu speziell abbilden würde. Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit soll daher eine zweigeteilte Operationalisierung von Präsentismus getroffen werden, die einerseits ein präzises und handhabbares Verständnis von ‚Präsentismus‘ im engeren Sinne gewährleistet („*Präsentismus im engeren Sinne*“ kurz: *Präsentismus*) sowie andererseits die Fülle der Teilaspekte des Phänomens in einem erweiterten Verständnis („*Präsentismus im weiteren Sinne*“) definitorisch Rechnung trägt:

### a) Präsentismus im engeren Sinne:

**Präsentismus im engeren Sinne** bezeichnet die Anwesenheit von Mitarbeitern am Arbeitsplatz trotz Krankheit oder gesundheitlicher Beschwerden; i. d. R. einhergehend mit einer Beeinträchtigung ihrer individuellen Leistungsfähigkeit.

### b) Präsentismus im weiteren Sinne:

**Präsentismus im weiteren Sinne** bezeichnet die Anwesenheit von Mitarbeitern am Arbeitsplatz, die aufgrund gesundheitlicher, mentaler oder sonstiger Ursachen nicht ihre normale Leistungsfähigkeit und Produktivität abrufen (können oder wollen).

Um Ursachen und Folgen nicht undifferenziert zu vermengen, sind beide Definitionen bewusst so allgemein formuliert, dass keine definitorischen Rückschlüsse auf Motive gezogen werden. Auch wird der Begriff Krankheit nicht näher spezifiziert, um keine pauschalen Abgrenzungen individueller Krankheitsbilder vorzunehmen. Der Begriff Arbeitsplatz schließt indes sämtliche Orte der Arbeitserbringung (wie Homeoffice) ein.

Darüber hinaus gilt es anzumerken, dass eine Normierung der Leistungsfähigkeit und Produktivität von Mitarbeitern, wie sie in der zweiten Definition suggeriert wird, oft schwer zu objektivieren ist, weil unterschiedliche Bezugsgrößen möglich sind. Normal soll demzufolge im Sinne eines Durchschnitts (bezogen auf den Mitarbeiter und/oder die Arbeitsaufgabe) verstanden werden.

## 2.2 Arbeit und Gesundheit

Sowohl ‚Arbeit‘ (siehe Kapitel 2.2.1) als auch ‚Gesundheit‘ (siehe Kapitel 2.2.2) sind Begriffe, unter denen sich in unserer Gesellschaft zwar jeder etwas vorstellen kann, die aufgrund ihrer Vieldimensionalität und je nach (wissenschaftlichem, politischem, ökonomischem oder sozialem) Kontext aber auch sehr mannigfaltigen Verständnissen und Auslegungen unterliegen. Allgemein anerkannt ist jedoch die zentrale Bedeutung – und häufig auch bedingende Voraussetzung –, die ‚Gesundheit‘ und ‚Wohlbefinden‘ grundsätzlich für die Arbeit spielen. Ebenso stellen ‚Krankheit‘ und ‚Arbeitsunfähigkeit‘ (siehe Kapitel 2.2.3) Aspekte zentraler arbeitswissenschaftlicher und -rechtlicher sowie ökonomischer Tragweite dar.

Versucht man die Begriffe Gesundheit und Krankheit inhaltlich einander gegenüberzustellen, so führt dies zu einer grundlegenden ‚Abgrenzungsproblematik‘ (siehe Kapitel 2.2.4), deren Auflösung die weitgehende Abkehr von dichotomen Verständnismodellen zur Folge hat. Hierzu bieten insbesondere die Konzepte der ‚Arbeits(bewältigungs)fähigkeit‘ (siehe Kapitel 2.2.5) sowie der ‚Salutogenese‘ (siehe Kapitel 2.2.6) einen theoretisch-konzeptionellen Rahmen in deren Kontext sich – auch im Hinblick auf Präsentismus – zentrale Zusammenhänge und Grundmuster dieses Themenkomplexes darstellen und erläutern lassen.

## 2.2.1 Arbeit und Arbeitswelt

Im weitesten Sinne lässt sich Arbeit definieren als *„jede menschliche Tätigkeit, sei es körperlicher oder geistiger Art, die zur Herstellung von Gütern und Eintreten von Situationen führt“*<sup>150</sup>. Dabei wird Arbeit „meist als Erwerbsarbeit verstanden“<sup>151</sup> der „in unserer Gesellschaft eine überragende Rolle für die Persönlichkeitsentwicklung und die soziale Stellung des Einzelnen“<sup>152</sup> zugesprochen wird. Neben der Persönlichkeitsentwicklung und sozialen Vernetzung dient Arbeit vielfach der Existenzsicherung, kann die Gesundheit beeinflussen und weist für viele Menschen auch eine erhebliche subjektive Bedeutung auf<sup>153</sup>. So ergab eine repräsentative Befragung, dass 79 Prozent der Männer und 84 Prozent der Frauen finden, dass ihnen ihre Arbeit Anerkennung bringt<sup>154</sup>. Im Vergleich mit anderen Lebensbereichen vieler Menschen rangiert der Stellenwert von (Erwerbs- oder Berufs-) Arbeit nach Semmer und Meier in der Regel an zweiter Stelle hinter der Familie<sup>155</sup>.

Seit jeher werden dem Aspekt Arbeit sowohl positive als auch negative Konnotationen zugeschrieben, die sich schon in der Bibel finden, wo Arbeit bereits mit Last und Mühsal, aber auch Befriedigung und Stolz in Verbindung gebracht wird<sup>156</sup>. Wissenschaftlich betrachtet weist Ulich<sup>157</sup> neben anderen frühen Arbeiten auf ein Werk von Kurt Lewin<sup>158</sup> aus dem Jahre 1920 hin, in dem er schreibt, dass die Arbeit dem Einzelnen mit *„zwei verschiedenen Gesichtern“* entgegentritt. Sie ist *„einmal Mühe, Last und Kraftaufwand [...], unentbehrliche Voraussetzung zum Leben, aber [...] selbst noch nicht wirkliches Leben [...], eine Last ohne eigenen Wert, nichts als Mittel“*<sup>159</sup>. Gleichsam beschreibt er sie als *„dem Menschen unentbehrlich in ganz anderem Sinne [...] Weil das Leben ohne Arbeit hohl und halb ist [...] sucht jeder Mensch [...] eine Arbeit, irgend ein Wirkungsfeld. Dieses Bedürfnis nach Arbeit [...] beruht nicht auf bloßer Gewohnheit [...], sondern gründet sich auf dem Lebenswert der Arbeit [...], sie hemme die persönliche Entwicklungsmöglichkeit nicht, sondern bringe sie zur vollen Entfaltung“*<sup>160</sup>.

Dieses in Auszügen skizzierte Bild von Arbeit und ihren beiden Gesichtern sowie die damit einhergehende Diskussion, ob Arbeit Last oder Lust sei, besteht im Wesentlichen bis heute fort<sup>161</sup> und kommt etwa über die Diskussion um „Work-Life-Balance“ zum Ausdruck<sup>162</sup>. Auf der einen Seite gibt es nach Felfe<sup>163</sup> das Belastungsrisiko (etwa durch unzureichende Arbeitsbedingungen, Ärger mit Kollegen und Vorgesetzten, Stress und

150 (Ulfig, 2003, S. 39)

151 (Rosenstiel von, 2006, S. 18f.)

152 (Nieder, 1997, S. 15)

153 Vgl. (Rosenstiel von, 2006, S. 21ff.); (Michalk & Nieder, 2007, S. 19); (Felfe, 2012a, S. 14ff.)

154 Vgl. (Hassenmöller, et al., 2014, S. 10)

155 Vgl. (Semmer & Meier, 2014, S. 562)

156 (Semmer & Meier, 2014, S. 560); (Rosenstiel von, 2006, S. 16)

157 Vgl. (Ulich, 2011, S. 20ff.)

158 (Lewin, 1920)

159 (Lewin, 1920, S. 11)

160 (Lewin, 1920, S. 11f.)

161 Vgl. z. B. (Rosenstiel von, 2006, S. 39); (Felfe, 2012a, S. 15f.); (Semmer & Meier, 2014, S. 560ff.)

162 Vgl. (Michalk & Nieder, 2007, S. 19)

163 Vgl. (Felfe, 2012a, S. 15f.)

Zeitdruck), welches sich auf die Gesundheit, Leistung und Zufriedenheit auswirken kann, während Menschen auf der anderen Seite über Arbeit ebenso Stolz, Freude und Zufriedenheit erleben können. Ein Verzicht auf Arbeit ginge daher mit dem Verlust positiver Ressourcen (wie soziale Kontakte, Identität und Status sowie Sinn und Selbstverwirklichung) einher.<sup>164</sup>

Hinsichtlich der Formen von Arbeit bestehen nach Jung verschiedene Kategorisierungsmöglichkeiten. Arbeitswissenschaftlich lässt sich der Arbeitsbegriff dabei in „Bewegungsarbeit, Haltearbeit sowie geistige Arbeit“ unterteilen. Bezüglich der Produktionsfaktoren ist eine Unterteilung in „ausführende [objektbezogene] und dispositive Arbeit“ sowie anhand der Ergonomie in „energetische und informative Arbeit“ möglich<sup>165</sup>. Tabelle 2.2.1 bietet daneben eine Übersicht in der Rudow (in Anlehnung an Luczak) Grundformen der Arbeit systematisch darstellt:

Typ der Arbeit	Energetische Arbeit				
	Informatorische Arbeit				
Art der Arbeit	mechanisch	motorisch	reaktiv	kombinativ	kreativ
Was verlangt die Erledigung der Aufgabe vom Menschen?	Kräfte abgeben	Bewegungen ausführen	Reagieren und Handeln	Informationen kombinieren	Informationen erzeugen
	„Mechanische Arbeit“ im Sinne der Physik	Genauere Bewegungen bei geringer Kraftabgabe	Informationen aufnehmen und darauf reagieren	Informationen mit Gedächtnisinhalten verknüpfen	Verknüpfen von Informationen zu „neuen“ Informationen
Welche Organe oder Funktionen werden beansprucht?	Muskeln Sehnen Skelett Atmung Kreislauf	Sinnesorgane Muskeln Sehnen Kreislauf	Sinnesorgane Reaktions-, Merkfähigkeit sowie Muskeln	Denk- und Merkfähigkeit sowie Muskeln	Denk-, Merk sowie Schlussfolgerungsfähigkeit
Beispiele	Tragen	Montieren	Autofahren	Konstruieren	Erfinden

Tabelle 2.2.1: Grundformen der Arbeit (nach Rudow nach Luczak 1998)<sup>166</sup>

Darüber hinaus ist die Arbeit stets auch im Kontext der Arbeitswelt zu betrachten, die sich nach Michalk und Nieder<sup>167</sup> grundsätzlich anhand der folgenden drei Parameter beschreiben lässt:

- *Zeit* (z. B. Arbeitszeit)
- *Tätigkeiten und Handlungen* (z. B. Dienstreisen, Arbeitsaufgaben)
- *Strukturelle Gegebenheiten* (z. B. Ort des Arbeitsplatzes, Ausstattung)

164 Vertiefend zu psychosozialen Funktionen der Erwerbsarbeit siehe z.B.: (Semmer & Meier, 2014, S. 561ff.)  
165 Vgl. (Jung H. , 2006, S. 201f.)  
166 (Rudow, 2011, S. 11)  
167 Vgl. (Michalk & Nieder, 2007, S. 19f.)

Betrachtet man hierzu die zurückliegenden Jahre, so lassen sich im Zuge der Globalisierung, Flexibilisierung sowie des technologischen Fortschritts fundamentale Veränderungsprozesse konstatieren, sie sich auf alle drei Parameter ausgewirkt und die Arbeitswelt nachhaltig verändert haben.

Bereits Ende der 1990er Jahre beschrieb der Soziologe Richard Sennett diese Umbrüche der Arbeitswelt und ihre Folgen für den Einzelnen in seinem Essay „Der flexible Mensch“<sup>168</sup> und unterzog diese Entwicklung und den „Flexiblen Kapitalismus“ einer kritischen Würdigung. So werde „von den Arbeitnehmern [...] verlangt, sich flexibler zu verhalten, offen für Veränderungen zu sein, ständig Risiken einzugehen und weniger abhängig von Regeln und förmlichen Prozeduren zu werden“<sup>169</sup>. Die (Eigen-)Verantwortung des Einzelnen steigt, während Beschäftigungsverhältnisse kurzfristiger und Erwerbsbiografien weniger geradlinig verlaufen<sup>170</sup>. Bezogen auf die Arbeitsformen betont Rudow, dass mit Einzug des Informations- und Dienstleistungszeitalters eine Verschiebung von vorwiegend körperlicher und energetischer Arbeit hin zu geistiger und informatorischer sowie sozialer Arbeiten (und entsprechenden Belastungen) zu beobachten sei<sup>171</sup>.

Sehr deutlich werden die beschriebenen Umbrüche<sup>172</sup>, wenn man die strukturellen Verschiebungen der Erwerbstätigkeit zwischen den Wirtschaftssektoren<sup>173</sup> in Deutschland betrachtet (siehe Anlage/Abbildung 2.2.1.1.a). So waren im Jahr 2012 zwischen 72 und 74 Prozent der Erwerbstätigen im tertiären (Dienstleistungs)-Sektor<sup>174</sup> beschäftigt, während dieser Anteil gut zwei Dekaden zuvor noch zwischen 55 und 62 Prozent lag<sup>175</sup>. Ebenso deutliche Verschiebungen lassen sich hinsichtlich der beruflichen Stellung der Erwerbstätigen konstatieren, wonach klassische Beschäftigungen als „Arbeiter“ massiv zurückgegangen sind, während der Anteil „Angestellter“ nachhaltig gestiegen ist (siehe Anlage/Abbildung 2.2.1.1.b). Darüber hinaus zeichnet sich eine zunehmende Heterogenisierung der Beschäftigungsformen ab, wo neben die „Normalarbeitsverhältnisse“ (unbefristet in Vollzeit) – in denen sich rund 60 Prozent der Erwerbstätigen befinden – zunehmend „flexible Beschäftigungsformen“ (befristet, Teilzeit, geringfügig beschäftigt etc.) treten<sup>176</sup> (siehe Anlage/Abbildungen 2.2.1.2).

Begleitet werden diese Umbrüche von einer Vielzahl sehr unterschiedlicher Dynamiken und Herausforderungen, die sowohl dem Einzelnen als auch dem Unternehmen (und in besonderem Maße dem Personalmanagement) zum Teil erhebliche Gestaltungs-

168 (Sennett, 2007)

169 (Sennett, 2007, S. 10)

170 Vgl. (Sennett, 2007, S. 11f.)

171 Vgl. (Rudow, 2011, S. 11)

172 Vertiefend hierzu siehe (Geißler, 2014, S. 185ff.)

173 Die Sektoren-Zuordnung ist mit einer Reihe von Definitions- und Messproblemen verbunden, sodass insgesamt von einer noch stärkeren Tertiärisierung ausgegangen und von einer „industriellen Dienstleistungsgesellschaft“ gesprochen werden kann. Vgl. (Geißler, 2014, S. 187ff.)

174 Tertiärer Sektor der Dienstleistungen: Handel, Verkehr, Kommunikation, Verwaltung, Bildung, Wissenschaft, Beratung, Sozial- und Gesundheitswesen u. a.; vgl. (Geißler, 2014, S. 185)

175 Vgl. (Geißler, 2014, S. 187)

176 Vgl. (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 47ff.)



und Anpassungsleistungen abverlangen. Hierzu zählen beispielsweise die *demografische Entwicklung und Diversifizierung* der Belegschaften, die Zunahme von *atypischen Beschäftigungsverhältnissen* und Schwierigkeiten bei der *Fachkräftebedarfsdeckung*, die *Leistungsverdichtung und Entgrenzung von Arbeit und Freizeit* oder auch ein generationenübergreifender *Wertewandel* – um nur einige zu nennen<sup>177</sup>.

Besondere Bedeutung kommt dabei der Veränderung von Lebensentwürfen und Lebensformen vieler Menschen zu, wodurch sich neue Anforderungen an die Gestaltung der Arbeit ergeben haben<sup>178</sup>. Der Stellenwert der „außerberuflichen Lebensbereiche“ wächst<sup>179</sup>, sodass gesundheits- sowie sozialorientierte Lebenskonzepte inzwischen dominieren, während „ausschließlich arbeitsorientierte Lebenskonzepte“ nach Opaschowski kaum mehr existent sind<sup>180</sup>. Jedoch ist diese Entwicklung nicht im Sinne einer „Abkehr von der Erwerbsarbeit“<sup>181</sup> oder einer „allgemein abnehmenden Arbeitsorientierung“<sup>182</sup> zu verstehen, vielmehr „soll Erwerbsarbeit heute Bestandteil eines Lebensentwurfs sein, der nicht im Gegensatz zu den anderen Lebensbereichen steht“<sup>183</sup>.

Neben der Notwendigkeit, den Bedingungen des globalen Wettbewerbs gerecht zu werden, gilt es für Unternehmen daher die Grundstrukturen der Arbeit so zu gestalten, dass sie im Einklang mit den veränderten Anforderungen und Erfordernissen der Lebensführung ihrer Mitarbeiter stehen<sup>184</sup>. Widuckel spricht in diesem Zusammenhang von einem erforderlichen Paradigmenwechsel für die Arbeitskultur der Zukunft. Im Sinne der Loslösung vom „Muster permanenter Verfügbarkeit und Beschleunigung“ bedarf es folglich der Möglichkeit des „Wechsels zwischen Leistung, Lernen, Reflexion und Regeneration“ – eingebettet in eine differenzierte und lebensphasenorientierte Schwerpunktsetzung der Lebensbereiche – sowie eines adäquaten (auch gesellschaftlich getragenen) regulatorischen Rahmens dieser flexiblen Strukturen.<sup>185</sup>

Für die Zukunft ist davon auszugehen, dass sich die Trends zur Globalisierung und Digitalisierung ebenso fortsetzen werden wie die Flexibilisierung und Diversifizierung der Arbeitswelt und es auch kaum mehr zutreffend ist – wenn es dies jemals war – von der (einen) Arbeitswelt zu sprechen<sup>186</sup>. Im Spannungsfeld dieser Trends und Entwicklungen sind Mitarbeiter nach Scholz „gleichermaßen als Objekte und Subjekte“ zu betrachten<sup>187</sup>, wobei die Interessenslagen des Einzelnen – wie beschrieben – zwar stärker in den

177 Vertiefen hierzu siehe z. B.: (Widuckel, 2015); (Badura, Ducki, Schöder, Klose, & Meyer, 2014); (Scholz, 2014, S. 3ff.); (Stock-Homburg, 2013b); (Bruder, 2013); (Lohmann-Haislah, 2012); (Badura, Ducki, Schröder, Klose, & Meyer, 2012); (Michalk & Nieder, 2007); (Sennett, 2007); (Wüstner, 2006)

178 Vgl. (Bauer, 2015, S. 1)

179 Vgl. (Widuckel, 2015, S. 35)

180 Vgl. (Opaschowski, 2013, S. 445f.)

181 Vgl. (Widuckel, 2015, S. 35)

182 Vgl. (Michalk & Nieder, 2007, S. 19)

183 (Bauer, 2015, S. 1)

184 Vgl. (Bauer, 2015, S. 1f.)

185 Vgl. (Widuckel, 2015, S. 36ff.)

186 Vgl. z. B. (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 54f.); (Stock-Homburg, 2013b, S. 618ff.)

187 Vgl. (Scholz, 2014, S. 31ff.)

Blick rücken, gleichzeitig aber auch unternehmerische Risiken auf die Individuen verlagert werden<sup>188</sup>. Somit steigen die Anforderungen an den Einzelnen und damit die Notwendigkeit (sowohl für Unternehmen als auch das Individuum) aktiv auf den Erhalt und die Förderung der Arbeits-/Beschäftigungsfähigkeit sowie die Gesundheit einzuwirken (siehe nachstehende Teilkapitel), um sich in der Arbeitswelt dauerhaft behaupten zu können<sup>189</sup>. Ebenso zeichnet sich heute bereits ab, dass die Bedeutung und Sensibilität für die psychische Gesundheit sowie Erkrankungen (siehe Kapitel 2.3.4) mit den vielfältigen sozialen und ökonomischen Veränderungen weiter zunehmen oder zumindest auf dem aktuell bereits hohen Niveau stagnieren wird<sup>190</sup>.

## 2.2.2 Gesundheit und Wohlbefinden

Mit dem vielzitierten Aphorismus *„Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit“*<sup>191</sup> zeichnete Ludwig Börne schon vor rund 200 Jahren ein bipolares Bild mit ‚Gesundheit‘ auf der einen und ‚Krankheiten‘ auf der anderen Seite. Zugleich kommt über diese Gegenüberstellung bereits eine semantische Ganzheitlichkeit und Einmaligkeit von ‚Gesundheit‘ zum Ausdruck, die sich in zahlreichen Definitionen späterer Autoren und Organisationen widerspiegelt.

Die wohl bekannteste und bedeutendste ganzheitliche Gesundheitsdefinition stammt von der Weltgesundheitsorganisation (WHO)<sup>192</sup>, wonach Gesundheit im Juli 1946 definiert wurde als: *„Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur [als] das Freisein von Krankheit und Gebrechen“*<sup>193</sup>. Diese Definition hatte zu jener Zeit revolutionären Charakter, da sie neben ihrer ganzheitlichen Ausrichtung und ihrem gesellschaftlich-programmatischen Ansatz<sup>194</sup> mit einer „Lösung vom medizinisch-biologischen Grundverständnis“ von Gesundheit einherging und diese nicht mehr als die „Abwesenheit von Krankheit“ verstand<sup>195</sup>. Als wesentlicher Schwachpunkt dieser Definition wird hingegen die idealisierende Zielsetzung eines „vollständigen Wohlbefindens“ und der – kaum erreichbaren oder gar utopischen – Beschreibung eines statischen (Ideal-)Zustands von Gesundheit angesehen<sup>196</sup>, infolgedessen Gesundheit auch nicht als Prozess dargestellt wird<sup>197</sup>.

Dieser Prozess-Bezug wurde durch die WHO (im Jahr 1986) im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung über die „Ottawa-Charta (zur Gesundheitsförderung)“<sup>198</sup> hergestellt. Hierin heißt es: *„Gesundheitsförderung zielt auf*

188 Vgl. (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 53ff.); (Wüstner, 2006, S. 42); (Sennett, 2007, S. 99ff.)

189 Vgl. (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 54f.); (Michalk & Nieder, 2007, S. 25); (Rump & Eilers, 2010)

190 Vgl. (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 54); (Stock-Homburg, 2013b, S. 620); (Lohmann-Haislah, 2012)

191 (Börne, 1862, S. 195)

192 Vgl. (WHO, 1946, S. 1)

193 Deutsche Übersetzung: (Franke A., 2010, S. 184)

194 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 33)

195 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 10)

196 Vgl. (Rudow, 2011, S. 16f.); (Ulich & Wülser, 2015, S. 33);

197 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 33); (Emmermacher, 2008, S. 10f.)

198 (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 1986)

einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“<sup>199</sup>. Flankierend dazu wurde durch die WHO das „Konzept der gesundheitsfördernden Settings“ erarbeitet<sup>200</sup>, wonach auch die Gestaltung von Lebenswelten und sozialen Zusammenhängen (Settings) – welche starken Einfluss auf Gesundheit und Krankheit nehmen – als eine „zentrale Handlungsebene verstanden und gesundheitsförderlich gestaltet werden soll“<sup>201</sup>.

Damit wird Gesundheit von der WHO als ein lebenslanger Prozess betrachtet, der vielfältigen sozialen und betrieblichen Einflussfaktoren unterliegt<sup>202</sup>, wobei auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen einen besonderen Stellenwert erhält<sup>203</sup>. Gleichzeitig wird dem Menschen hierdurch eine „aktive Rolle für den Aufbau und die Aufrechterhaltung seiner Gesundheit zugesprochen“<sup>204</sup> und auch im privaten oder im familiären liegende Einfluss- oder Belastungsfaktoren werden begrifflich eingeschlossen<sup>205</sup>. In diesem Sinne ist Gesundheit konsequenterweise „als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel“<sup>206</sup>. Folglich bedarf dieser Prozess der lebenslangen Anpassung an die jeweilige Lebens- und Arbeitssituation, die verfügbaren Ressourcen sowie die aktuellen Gestaltungsspielräume einer beständigen Reflexion<sup>207</sup>. Kritik an diesem Verständnis bezieht sich insbesondere auf die sehr abstrakte Beschreibung von Gesundheit, die sowohl im wissenschaftlichen wie auch betrieblichen Kontext jeweils eine weitere Konkretisierung erfordert<sup>208</sup>.

Trotz der hohen Bekanntheit und Referenzwirkung dieser umfassend und normativ ausgerichteten Gesundheits-Definition der WHO bestehen eine Vielzahl weiterer Perspektivmöglichkeiten, aus denen heraus sich Gesundheit betrachten und definieren lässt. Franke versucht das komplexe Phänomen anhand der folgenden sechs Dimensionen zusammenfassend zu kategorisieren<sup>209</sup>:

- *Gesundheit als Störungsfreiheit*
- *Gesundheit als Wohlbefinden*
- *Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerwartung*
- *Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)*
- *Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)*
- *Gesundheit als Anpassung*

199 (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 1)

200 Vgl. (Altgeld & Kolip, 2007, S. 44f.); (Faller, 2012, S. 19)

201 Vgl. (Kuhn, 2012, S. 28); (Faller, 2012, S. 19); (Rimbach, 2013, S. 14)

202 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 14); (Westermayer & Stein, 2006, S. 107)

203 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 33)

204 (Ulich & Wülser, 2015, S. 33)

205 Vgl. (Westermayer & Stein, 2006, S. 107)

206 (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 1)

207 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 14f.)

208 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 33)

209 (Franke A., 2010, S. 34ff.); zu ähnlichen Zusammenfassungen siehe z. B.: (Rimbach, 2013, S. 15f.) (Westermayer & Stein, 2006, S. 107); (Ducki, 2000, S. 44)

Ulich & Wülser<sup>210</sup> legen aus arbeitspsychologischer Sicht nahe, neben objektiven Parametern auch „subjektive Konzepte“<sup>211</sup> – also das „individuelle Verständnis sowie persönliche Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit“ – zu berücksichtigen sowie das psychische und körperliche Wohlbefinden in ein gemeinsames Gesundheitsverständnis zu fassen. Aus einem dynamischen und prozessbezogenen Verständnis heraus, welches Gesundheit mit „Leistungs- bzw. Handlungsfähigkeit“ assoziiert, gilt es daneben die individuellen und organisationalen Ressourcen (speziell auch im Hinblick auf das Konzept der Salutogenese; siehe Kapitel 2.2.5 und 2.2.6) systematisch einzubeziehen<sup>212</sup>.

Auch Hurrelmann & Richter<sup>213</sup> plädieren aus einer interdisziplinären Sicht heraus für eine geeignete Abbildung subjektiver Alltagstheorien in wissenschaftlichen Gesundheitsdefinitionen sowie umgekehrt für ein strukturiertes wissenschaftliches Einwirken auf die Alltagsvorstellungen. Stark vereinfacht definieren sie Gesundheit<sup>214</sup> als *„das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das dem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt“*<sup>215</sup>.

Badura et al.<sup>216</sup> sehen in Gesundheit „immer zugleich Voraussetzung und auch Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Personen, Verhalten und Umwelt“ – sowie „Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung“. Einem salutogenen Grundverständnis folgend definieren sie Gesundheit als *„Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“*<sup>217</sup>. *Gesundheit ist demnach etwas Erlernbares und geht mit der Fähigkeit zur Problemlösung im Sinne der Bildung eines Kohärenzgefühls (siehe Kapitel 2.2.5) sowie der Fähigkeit zur Gefühlsregulierung, die „Geist“ und „Körper“ verbindet einher*<sup>218</sup>. *Zugleich lässt sich in der Fähigkeit zur (salutogenen oder pathogenen) Gefühlsregulierung eine Art emotionsbezogenes Selbstreflexions- und Steuerungsvermögen sehen, welches hinsichtlich der Verknüpfung sozialer und somatischer Prozesse ein unverzichtbares Element jeder Gesundheitstheorie darstellt*<sup>219</sup>.

Versucht man die Vielschichtigkeit der bestehenden Gesundheitsdefinitionen – von denen hier nur ein Ausschnitt behandelt werden kann<sup>220</sup> – zusammenzuführen, so bleibt

210 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 31ff.)

211 Vertiefend zu subjektiven Gesundheitstheorien siehe z. B.: (Franke A., 2010, S. 235ff.)

212 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 37ff.)

213 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 116)

214 In Anlehnung an die Modelle der Salutogenese und Sozialisation: (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120ff.)

215 (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147)

216 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 32)

217 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 32)

218 Vgl. (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 32)

219 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 32f.)

220 Zu weiteren Definitionen siehe z. B.: (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 113ff.); (Franke A., 2010,

auch drei Jahrzehnte nach Ottawa festzuhalten, dass es bislang nicht gelungen ist, sich auf eine allgemeingültige Definition zu verständigen<sup>221</sup>. In der Literatur<sup>222</sup> scheint sich jedoch der Konsens herauszubilden, dass Gesundheit nicht schlicht als die Abwesenheit von Krankheitssymptomen, sondern als ein aktiv zu gestaltender Prozess zielgerichteter Handlungen verstanden werden sollte, in dem körperliche (somatische) und psychische Faktoren ganzheitlich und in Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt zu betrachten sind. Speziell im Hinblick auf die Betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 2.4.3.7) ist ein solches, am persönlichen Potenzial und der Handlungsfähigkeit orientiertes Gesundheitsverständnis hilfreich, da es Gesundheit im Sinne des Gleichgewichts (Balance) bei der Bewältigung/Problemlösung innerer und äußerer Anforderungen objektiviert. Einhergehend damit hat sich (besonders im Kontext des BGM) ein am Kohärenzgefühl und der Salutogenese ausgerichtetes Gesundheitsverständnis durchgesetzt (siehe Kapitel 2.2.6), welches es ermöglicht, Gesundheit sowohl als Voraussetzung als auch Ergebnis dieses Prozesses zu betrachten, der bei positivem Verlauf mit Wohlbefinden und Lebensfreude einhergeht.

In Anlage/Tabelle 2.2.2 sind ergänzend acht Maximen von Hurrelmann & Richter<sup>223</sup> aufgeführt, in denen sie Grundsätze und Leitvorstellungen erarbeitet haben, die sich (im Hinblick auf eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit) in der Fachdiskussion der letzten Jahre „als konsensfähig“ und im wissenschaftlichen Diskurs als haltbar und belastungsfähig erwiesen“ haben<sup>224</sup>.

### 2.2.3 Krankheit und Arbeitsunfähigkeit

„Krankheit“ ist ein ebenso vielschichtiger und gleichermaßen uneinheitlich verwendeter und definierter Begriff wie „Gesundheit“. Beiden Begriffen ist neben dem Fehlen einer allgemeingültigen Definition gemein, dass sie „einem stetigen gesellschaftlichen Konstruktionsprozess“ unterliegen<sup>225</sup> und seit jeher nicht nur der Beeinflussung durch Entwicklungen der Medizin, sondern auch den „dominierenden philosophischen, gesellschaftlichen, politischen Denkrichtungen und [...] juristischen Anforderungen unterliegen“<sup>226</sup>. Entsprechend heterogen und perspektivisch wird der Krankheitsbegriff auch heute noch definiert.

Nimmt man die medizinische Perspektive ein, so wird Krankheit beispielsweise als „*Störung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens*“<sup>227</sup> definiert oder auch als „*Abweichung von Gesundheit oder Wohlbefinden verstanden, die sich in einer Störung der Funktion eines Organs, der Psyche oder des gesamten Organismus zeigt*“<sup>228</sup>. Diesem

S. 31ff.)

221 Vgl. z. B. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 119f.); (Franke A., 2010, S. 32)

222 Zu Übersichten von Gemeinsamkeiten von Gesundheitsdefinitionen und -modelle siehe z. B. (Rimbach, 2013, S. 15f.); (Westermayer & Stein, 2006, S. 107); (Ducki, 2000, S. 44)

223 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 138ff.)

224 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 139)

225 (Beivers, 2014, S. 14)

226 (Franke A., 2010, S. 55)

227 (F. A. Brockhaus, 2004, S. 695)

228 (Burchert, 2011, S. 168)

biomedizinischen (pathogenen) Verständnis von Krankheit sind jeweils Normen (definierte Krankheitsbilder/-symptome) hinterlegt, wobei Gesundheit als das ‚Normale‘ gilt, während Abweichungen mit Krankheitssymptomen assoziiert werden<sup>229</sup>. Zur Klassifikation gibt die WHO<sup>230</sup> die „*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*“ (ICD)<sup>231</sup> – also einen international einheitlichen Diagnoseschlüssel für Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (aktuell in der 10. Revision) – heraus, auf deren Grundlage Diagnosen international einheitlich erstellt werden können. Auch „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind Bestandteil des ICD-10 (Kapitel V)<sup>232</sup>.

Analog zu ihrer Gesundheits-Definition (siehe Kapitel 2.2.2) sehen Hurrelmann & Richter in Krankheit ein Stadium, welches Menschen eine Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens und der Lebensfreude vermittelt<sup>233</sup>. Sie schlagen vor, dieses als „*Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren [zu definieren], das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt*“<sup>234</sup>.

Ebenso beinhaltet Krankheit auch nach Badura et al. „*mehr als nur körperliche Fehlfunktionen oder Schädigungen. Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten, aber auch auf das Immun- und Herz-Kreislauf-System als Krankheitssymptome begriffen werden*“<sup>235</sup>. Sie machen damit deutlich, dass Krankheit ebenso wenig wie Gesundheit eindimensional zu verstehen ist und immer auch einer ganzheitlichen Betrachtung negativ wirkender Einflussfaktoren auf den Gesundheitsprozess unterliegen sollte.

Neben der medizinisch-psychologischen Sicht auf Krankheit spielt für das Personalmanagement (und BGM) speziell die *rechtliche Perspektive* von Krankheit eine zentrale Rolle, da sich hieraus sowohl für Mitarbeiter und Arbeitgeber als auch externe Akteure (wie beispielsweise Krankenkassen oder Rentenversicherungsträger) Leistungsansprüche und Verpflichtungen ergeben können<sup>236</sup> (siehe auch Kapitel 2.3). Eine gesetzliche Definition von Krankheit gibt es jedoch weder in arbeitsrechtlichen noch sozialversicherungsrechtlichen Gesetzen<sup>237</sup>, sodass eine entsprechende Begriffsklärung über verschiedene Urteile des Bundesarbeitsgerichts (BAG) erfolgte<sup>238</sup>. Demnach ist Krankheit

229 Vgl. (Beivers, 2014, S. 14)

230 Vgl. (WHO, 2015)

231 Die ICD-10-WHO ist eine amtliche Diagnosenklassifikation und wird in unveränderter Übersetzung in Deutschland vor allem für die Todesursachenverschlüsselung angewendet. In der ambulanten und stationären Versorgung wird daneben eine an die Erfordernisse des deutschen Gesundheitswesens angepasste modifizierte Fassung angewendet: Die ICD-10-GM. Vgl. (DIMDI, 2015)

232 Vertiefend hierzu seine z. B.: (Dilling, Mombour, Schmidt, Schulte-Markwort, & Remschmidt, 2014)

233 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147)

234 (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147)

235 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 33)

236 Vgl. (Beivers, 2014, S. 14); (Burchert, 2011, S. 169); (Franke A., 2010, S. 58f.)

237 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16); (Franke A., 2010, S. 22)

238 Vgl. (Hromadka & Maschmann, 2015, S. 326f.); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16)

„jeder regelwidrige körperliche oder geistige Zustand, der einer Heilbehandlung bedarf.“<sup>239</sup> Regelwidrig ist [dieser], wenn er nach allgemeiner Erfahrung unter Berücksichtigung eines natürlichen Verlaufs des Lebensgangs nicht bei jedem anderen Menschen gleichen Alters und Geschlechts zu erwarten ist.<sup>240</sup> Was regelwidrig ist, bestimmt sich nach dem Stand der Wissenschaft.<sup>241</sup> Damit folgt das BAG im Kern einem wissenschaftsaktuellen Krankheitsverständnis, das unabhängig von Ursache und Krankheitsgeschehen<sup>242</sup> „jedes körperlich-organische (physische) oder seelische (psychische) Fehlverhalten, das einer Heilbehandlung bedarf“<sup>243</sup>, einschließt.

„Krankheit“ ist darüber hinaus von „Kranksein“ zu unterscheiden, womit ein individuelles Erleben von Krankheit beschrieben wird, welches ein subjektives Krankheitsgefühl oder Verhaltensänderungen einschließen kann<sup>244</sup>. Rechtlich gesehen spielt hierbei das Vorliegen einer ‚krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit‘ (AU) die entscheidende Rolle, weil sich aus einer Krankheit allein noch kein Recht ableiten lässt, der Arbeit fernzubleiben<sup>245</sup>. Eine AU liegt gemäß BAG „nur vor, wenn der Arbeitnehmer objektiv außerstande ist, die ihm nach dem Arbeitsvertrag obliegende Arbeit zu verrichten, oder wenn er die Arbeit nur unter der Gefahr aufnehmen oder fortsetzen könnte, dass sich sein Gesundheitszustand in absehbar naher Zeit verschlimmert“<sup>246</sup> oder dieser aufgrund von Ansteckungsgefahr für Dritte nicht weiterarbeiten darf<sup>247</sup>. Die Feststellung der AU erfolgt jeweils im Einzelfall und ist auf die konkrete Person sowie die von ihr zu verrichtenden Tätigkeiten bezogen<sup>248</sup>. Dauert die AU länger als drei Kalendertage, so ist dem Arbeitgeber eine ärztliche Bescheinigung über die AU und die voraussichtliche Dauer vorzulegen, soweit der Arbeitgeber dies nicht schon früher verlangt<sup>249</sup>.

Sollte der Mitarbeiter krankheitsbedingt seine Arbeit nur teilweise (hinsichtlich Zeit oder Umfang) verrichten können, so ist – abgesehen von der tatsächlichen betrieblichen Praxis – in Bezug auf die Klärung des AU- Status eine Entscheidung für oder gegen die AU zu treffen, da die Rechtsprechung eine „teilweise Arbeitsunfähigkeit“ – wie sie etwa bei der Bundeswehr praktiziert wird<sup>250</sup> – nicht anerkennt<sup>251</sup>. Aller-

239 BAG 1.6.1983, 7.8.1991, AP Nr. 52, 94 zu § 1 LohnFG m.w.N.; zit. n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

240 BAG 7.12.2005, AP Nr. 34 zu § 1 TVG Tarifverträge: Lufthansa; zit. n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

241 ErfK/Dörner, § 3 EfzG Rn.6f.; Schaub/Linck, ArbR-Hdb, § 98 Rn.10f; zit.n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

242 Vgl. (Hromadka & Maschmann, 2015, S. 326); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16)

243 (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16)

244 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 14)

245 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16); (Hromadka, 2014, S. 196f.)

246 St. Rspr., vgl. BAG 23.1.2008, NZA 2008, 595, 596 m.w.N.; zit. n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

247 Vgl. BAG 26.4.1978, AP Nr. 6 zu § 6 LohnFG.; zit. n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

248 Vgl. BAG 29.1.1992, NZA 1992, 643; zit.n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

249 Vgl. § 5 (1) Entgeltfortzahlungsgesetz (EfzG)

250 Hier erfolgt die „Krankschreibung“ entweder als vollständige oder teilweise (auf die Erkrankung und die für den Soldaten zu erwartenden Tätigkeiten angepasste) Befreiung von den Dienstpflichten, wobei der behandelnde Arzt eine Empfehlung ausspricht, die vom disziplinarischen Vorgesetzten angepasst umgesetzt wird.

251 Vgl. BAG 29.1.1992, NZA 1992, 643; BAG 13.6.2006, NZA 2007, 91. zit.n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

dings stellt eine attestierte AU-Bescheinigung des Arztes für den Betroffenen auch kein Arbeitsverbot dar<sup>252</sup>.

Liegt eine krankheitsbedingte AU vor, so entsteht hieraus für den Beschäftigten ein verbindlicher Leistungsanspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall<sup>253</sup> sowie nach sechs Wochen auf Krankengeld<sup>254</sup>. Bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen können ferner Ansprüche auf Verfahren wie beispielsweise eine stufenweise Wiedereingliederung<sup>255</sup> oder auf ein Betriebliches Eingliederungsmanagement<sup>256</sup> entstehen (siehe Kapitel 2.4.2.4). Auf der anderen Seite kann Krankheit (insbesondere bei Langzeiterkrankungen und Vorliegen einer negativen Entwicklungsprognose) aber auch einen Kündigungsgrund darstellen<sup>257</sup>.

In der Gesamtbetrachtung muss dem Aspekt Krankheit – neben den bereits dargestellten Perspektiven – folglich auch eine „bedeutende wirtschaftliche Dimension“ zugesprochen werden<sup>258</sup>, die sich sowohl auf der individuellen, der betriebswirtschaftlichen sowie der volkswirtschaftlichen Ebene (siehe Kapitel 2.3.2) auswirken kann. Aus dieser Perspektive heraus wäre daher auch eine Definition von Krankheit im Sinne eines Produktivitätsverlustes oder Kostenfaktors denkbar.

## 2.2.4 Differenzierung zwischen Gesundheit und Krankheit

Versucht man die Begriffe Gesundheit und Krankheit trennscharf voneinander abzugrenzen, so ist dieses Vorhaben mit diversen Schwierigkeiten verbunden<sup>259</sup>. Wie die vorstehenden Teilkapitel hierzu bereits suggerieren, liegt die wohl größte Herausforderung im Fehlen eindeutiger Definitionen. Darüber hinaus hängt die Diagnose vieler Krankheiten eng mit den gegebenen (technischen und personellen) Möglichkeiten sowie Art und Umfang der jeweiligen Untersuchung zusammen. Eine stetige Forschung und Entwicklung führt daneben zur Elaborierung der technischen Möglichkeiten und sorgt so zur ständigen Erweiterung des Spektrums potenzieller Krankheiten. Auch verändern sich die statistischen Normierungsverfahren, auf deren Grundlage Krankheitsschwellen definiert werden, ohne jedoch gewährleisten zu können, dass sie sich immer auf alle Menschen transferieren lassen beziehungsweise jede Normabweichung tatsächlich einen Krankheitswert aufweist.<sup>260</sup> Ebenso liegt es in der Natur der Sache, dass Befund und Befinden, also der objektive Gesundheitszustand (objektivierbarer Befund) und subjektive Gesundheitszustand (Krankheitsgefühl), nicht immer gleichbedeutend sind<sup>261</sup> und

252 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 19f.)

253 Vgl. § 3 EfzG

254 Vgl. § 44ff. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V)

255 Vgl. § 74 SGB V

256 Vgl. § 84 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX)

257 Vgl. (Böhm, 2014, S. 314ff.); (Hromadka, 2014, S. 200)

258 Vgl. (Beivers, 2014, S. 14f.)

259 Vgl. (Franke A. , 2010, S. 19ff.)

260 Vgl. (Franke A. , 2010, S. 22ff.)

261 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 16); (Franke A. , 2010, S. 23f.)



eine klare Abgrenzung mitunter schwierig ist. Hierbei kommen beispielsweise auch kulturelle Unterschiede zum Tragen<sup>262</sup>.

Die Liste der Differenzierungsproblematiken ließe sich fortführen, sie verdeutlicht aber bereits, dass eine trennscharfe Abgrenzung nicht in jedem Fall gelingt. Vielmehr gehören Gesundheit und Krankheit in unterschiedlicher Hinsicht eng zueinander, wie es beispielsweise das Konzept der Salutogenese verdeutlicht (siehe Kapitel 2.2.6) oder es auch die von Hurrelmann & Richter entwickelten ‚*Maximen für eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit*‘<sup>263</sup> zum Ausdruck bringen (siehe Anlage/Tabelle 2.2.2).

Konzeptionell besteht nach Franke<sup>264</sup> die Möglichkeit, das Verhältnis von Krankheit und Gesundheit aus einer *dichotomen*, einer *bipolaren* oder aber einer *orthogonalen Relation* heraus zu differenzieren:

Gemäß dem *dichotomen Konzept*<sup>265</sup> sind Gesundheit und Krankheit (im bio-medizinischen Sinne) als voneinander unabhängige Zustände definiert, die sich gegenseitig ausschließen und nicht gleichzeitig auftreten können (siehe Anlage/Abbildung 2.2.4.a) – wie es etwa die Regeln zur AU im Arbeits- und Sozialversicherungsrecht vorsehen (siehe Kapitel 2.2.3). Insgesamt eignet sich dieser Ansatz hervorragend für die Diagnose klar definierbarer Krankheiten und Symptome, aber nur bedingt bei psychischen oder psychosomatischen Störungen. Das *bipolare Konzept*<sup>266</sup> hingegen beschreibt Gesundheit und Krankheit als zwei Pole eines Kontinuums („*Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*“)<sup>267</sup>, auf dem man sich mehr in die eine oder andere Richtung bewegen kann (siehe Anlage/Abbildung 2.2.4.b). Dabei ist man in der Regel weder vollständig gesund noch krank, sondern immer mehr oder weniger beides. Überdies unterliegen Krankheit und Gesundheit hierbei einem mehrdimensionalen Verständnis, wodurch (verglichen mit dichotomen Konzepten) ein höherer Differenzierungsgrad erreicht und hierdurch die Einbeziehung subjektiver Faktoren erleichtert wird.

Ein im Hinblick auf *Präsentismus* und *Arbeitsunfähigkeit* viel beachtetes Gesundheits-Krankheits-Kontinuum hat Oppolzer<sup>268</sup> vorgelegt (siehe Abbildung 2.2.4), über das sich verschiedene Stadien der Arbeitsfähigkeit abbilden lassen:

262 Vgl. (Franke A., 2010, S. 23ff.)

263 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 139ff.)

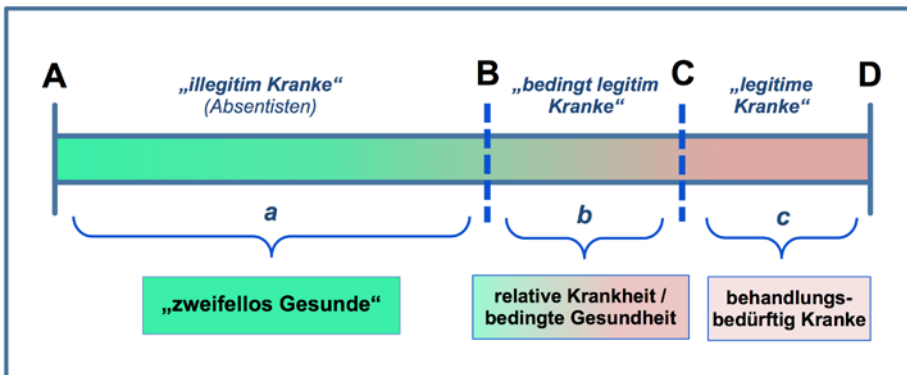
264 Vgl. (Franke A., 2010, S. 91ff.)

265 Vgl. (Franke A., 2010, S. 91ff.)

266 Vgl. (Franke A., 2010, S. 93f.)

267 Vgl. z. B.: (Antonovsky, 1997, S. 22f.); (Oppolzer, 2010, S. 175ff.)

268 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 175ff.)



**Abbildung 2.2.4:** Gesundheits-Krankheits-Kontinuum der Arbeitsfähigkeit (nach Oppolzer)<sup>269</sup>

Die großgeschriebenen Buchstaben (Punkte „A“ und „D“) bilden die Extremwerte des Kontinuums und stehen für einen objektiven und subjektiven „Zustand völliger Gesundheit und Beschwerdelosigkeit („A“) beziehungsweise „Zustand schwerer, manifester Krankheit“ („D“) in Übereinstimmung mit objektiv-medizinischen Befunden und einhergehend einer auch subjektiv empfundenen gravierenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit.<sup>270</sup> Der „Punkt B charakterisiert das Auftreten einer Befindensstörung oder eines Unwohlseins, wobei das Individuum sich in seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit gestört fühlt. Punkt C markiert den Schritt [...] professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und den Arzt aufzusuchen, weil die Leistungsfähigkeit herabgesetzt und die Gesundheit »angeschlagen« ist, sodass es zur Krankschreibung kommen kann“<sup>271</sup>. In Bezug auf die mittleren Punkte („B“ und „C“) gilt es aber zu berücksichtigen, dass ihre Lage auf dem Kontinuum rein hypothetisch gewählt ist. Sie sind daher immer auf den konkreten Einzelfall bezogen und werden über eine Vielzahl von Faktoren, wie Merkmale der Person oder Charakteristika des Befunds (speziell bei Chronifizierung) bestimmt<sup>272</sup>.

Aus den vier Punkten des Kontinuums leiten sich drei Stufen der Arbeitsfähigkeit ab. Die erste Stufe („a“) „umfasst zweifelloso Gesunde, die aufgrund objektiver und subjektiver Kriterien als »gesund« zu betrachten und in ihrer Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt sind“<sup>273</sup>. Sofern diese Personen „krankheitsbedingt“ ihrer Arbeit fernbleiben, handelt es sich um „illegitime Kranke“ (Absentisten) und um Missbrauch der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall. Die zweite Stufe („b“) „erstreckt sich auf die Grauzone relativer Krankheit bzw. bedingter Gesundheit, die ein breites Spektrum von Befindlichkeiten sowie Krankheitsvor- und Frühstadien einschließlich Erschöpfungszuständen oder chronischen Krankheitsbeschwerden umfassen kann“<sup>274</sup>. Oppol-

269 Darstellung nach (Oppolzer, 2010, S. 176ff.)

270 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 176)

271 (Oppolzer, 2010, S. 176)

272 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 17)

273 (Oppolzer, 2010, S. 176)

274 (Oppolzer, 2010, S. 177)

zer spricht in diesem Zusammenhang von „bedingt legitimen Kranken“, deren gesundheitliche Beeinträchtigungen „zwar einen faktischen Anlass“, aber keinen zwingenden Grund für eine Abwesenheit darstellen<sup>275</sup>. Die dritte Stufe („c“) bezieht sich auf „behandlungsbedürftig Kranke“, die „schwerwiegendere, manifeste Erkrankungen aufweisen und unter massiven Leistungsminderungen leiden“<sup>276</sup>. Hierbei handelt es sich um „legitime Kranke“, die eine Abwesenheit zur Regeneration und Wiederherstellung ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit benötigen und ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen<sup>277</sup>.

Steinke & Badura beziehen sich ebenfalls auf das Kontinuum von Oppolzer und betonen, dass die Unterscheidung zwischen den Stufen „b“ und „c“ wesentlich für das Verständnis der beiden Präsentismus-Stränge (siehe Kapitel 2.1.2) ist<sup>278</sup>. Folgt man dem ersten (verhaltensorientierten) Präsentismus-Strang, so befindet man sich auf der Stufe „c“ des Kontinuums, während der zweite (produktivitätsorientierte) Präsentismus-Strang die beiden Stufen „b“ und „c“ berücksichtigt<sup>279</sup>.

Richtet man den Blick wieder auf die Differenzierung und Modelle von Gesundheit und Krankheit, so wird am Arbeitsfähigkeitskontinuum (exemplarisch) der Nachteil bipolarer Konzepte deutlich, nämlich dass sie „Gesundheit und Krankheit als eine gemeinsame Menge [abhängiger Faktoren] auffassen“<sup>280</sup>, sodass ein mehr an Krankheit automatisch ein weniger an Gesundheit zur Folge hat<sup>281</sup>. Diesen Nachteil versuchen orthogonale Konzepte auszuschließen, indem Gesundheit und Krankheit als unabhängige (koexistierende) Faktoren dargestellt werden<sup>282</sup> (siehe Anlage/Abbildung 2.2.4.c/d). Sie eignen sich daher gut, um zum Beispiel Übereinstimmungen und Abweichungen von objektiven und subjektiven Parametern (wie Befund und Befinden) sichtbar zu machen<sup>283</sup>.

Auf den Präsentismus-Diskurs übertragen finden von diesen hauptsächlich bipolare Konzepte und Modelle (wie das von Oppolzer oder das der Salutogenese) Berücksichtigung, um zum Beispiel das Präsentismus-Verhalten oder die Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2.5) einzustufen beziehungsweise Entstehungsprozesse von Präsentismus zu skizzieren. Daneben spielen aber auch dichotome Überlegungen regelmäßig eine Rolle, wenn es beispielsweise um das Arbeiten trotz Krankheit gegen ärztlichen Rat oder unter Medikation geht.

Auf orthogonale Gesundheits-Modelle wurde der Präsentismus-Diskurs<sup>284</sup> – trotz mehrdimensionaler Messinstrumente (siehe Kapitel 3.2) – bislang nicht übertragen. Jedoch erscheint es aus Sicht einer Identifizierung und Kategorisierung von Präsentismus durchaus sinnvoll, den Gedanken eines orthogonalen Präsentismus-Modells aufzugreifen, um die beiden Definitionsstränge integriert erfassen und abbilden zu können.

275 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 177)

276 (Oppolzer, 2010, S. 177)

277 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 177f.)

278 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 17)

279 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 17)

280 (Franke A., 2010, S. 94)

281 Vgl. (Franke A., 2010, S. 94)

282 Vgl. (Franke A., 2010, S. 94)

283 Vgl. (Franke A., 2010, S. 94ff.)

284 Nach aktuellem Kenntnisstand des Verfassers dieser Arbeit

So würde es etwa möglich, Präsentismus-Verhalten einerseits sowie gesundheitliche Beeinträchtigungen, Beschwerden oder Produktivitätsverluste andererseits gemeinsam abzubilden, zu rastern und schließlich Interventionsbedarfe oder potenzielle Gefährdungen zu eruieren. In Kapitel 5.2 soll diese Überlegung daher einbezogen werden.

## 2.2.5 Konzept der Arbeits(bewältigungs)fähigkeit

*Arbeitsfähigkeit* (auch als ‚*Arbeitsbewältigungsfähigkeit*‘ oder ‚*work ability*‘ bezeichnet) ist nach Ilmarinen „die Grundlage, um arbeiten zu können und zu wollen“<sup>285</sup>. Dabei ist unter Arbeitsfähigkeit (AF) nicht die „Umpolung“ von Arbeitsunfähigkeit zu verstehen<sup>286</sup>, sondern die Umschreibung, „inwieweit ein Arbeitnehmer in der Lage ist, seine Arbeit angesichts der Arbeitsanforderungen, Gesundheit und mentalen Ressourcen zu erledigen“<sup>287</sup>. Sie wird damit „nicht abstrakt und allgemein als Fähigkeit zur Arbeit verstanden, sondern als Fähigkeit zu bestimmten Aufgaben in bestimmten Situationen“<sup>288</sup>. Ilmarinen spricht diesbezüglich auch von einer „Balance zwischen dem was von uns verlangt wird (Arbeitsanforderung), und dem, was wir leisten können (individuelles Potenzial)“<sup>289</sup>.

AF steht damit im engen Zusammenhang mit den Begriffen der ‚*Leistungsfähigkeit*‘ und ‚*Beschäftigungsfähigkeit*‘, wobei die wesentliche Unterscheidung der Begriffe über den Bezugsrahmen geschieht (siehe Abbildung 2.2.5.a):

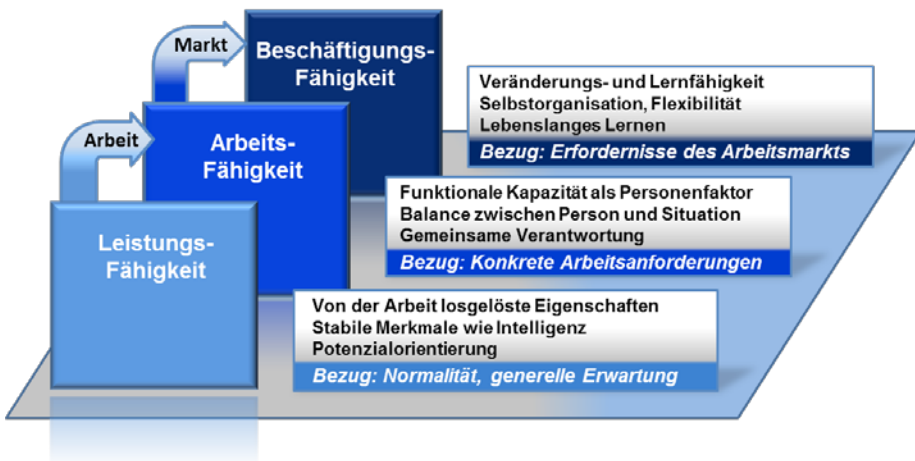


Abbildung 2.2.5.a: Arbeits-, Leistungs- und Beschäftigungsfähigkeit (nach Treier)<sup>290</sup>

285 (Ilmarinen, 2011, S. 20)

286 Vgl. (Treier, 2015, S. 3)

287 (Rimbach, 2009, S. 198)

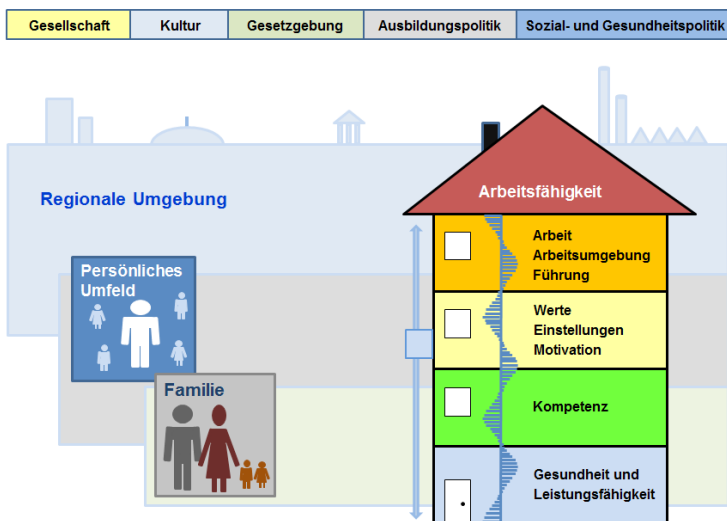
288 (Richenhagen, 2011, S. 32)

289 (Ilmarinen, 2011, S. 20)

290 Darstellung nach (Treier, 2015, S. 4)

Während sich die AF auf „konkrete Arbeitsanforderungen“ bezieht, ist die ‚*Leistungsfähigkeit*‘ ein von der Arbeit losgelöstes Konstrukt, das sich auf „relativ stabile Persönlichkeitsmerkmale wie Intelligenz, Persönlichkeit oder Gesundheit“ bezieht und etwa an „Normalverteilungen“ oder „gesellschaftlich verankerten Erwartungen“ orientiert. Die ‚*Beschäftigungsfähigkeit*‘ (auch Employability genannt) ist wiederum eng mit der AF verbunden und auf die „Erfordernisse des Arbeitsmarkts“ bezogen<sup>291</sup>. Sie stellt die „andauernde Arbeitsfähigkeit“ dar, die sich in dynamischen und sich verändernden Arbeitsmärkten, also in verschiedenen „*Person-Situation-Konstellationen*“, beweist<sup>292</sup>.

Das Konzept der AF veranschaulicht Ilmarinen mit dem – arbeitswissenschaftlich viel beachteten – „*Haus der Arbeitsfähigkeit*“ (siehe Abbildung 2.2.5.b). Dieses Modell verfügt über ein „solides sozial- und arbeitswissenschaftliches Fundament [ ] das in der Praxis mittlerweile vielfache Überprüfung, Bestätigung und Weiterentwicklung erfahren hat“<sup>293</sup>. Es „liefert ein plausibles Bild der betrieblichen Wirklichkeit“ und ermöglicht „die Schritte auf dem Weg zur Wiederherstellung, Erhaltung oder Verbesserung der Mitarbeiter-Potenziale“ zu beschreiben<sup>294</sup>.



**Abbildung 2.2.5.b:** *Haus der Arbeitsfähigkeit (nach Ilmarinen/Tempel et al.)*<sup>295</sup>

Das Haus der Arbeitsfähigkeit umfasst vier Stockwerke, welche sinngemäß die Arbeitsfähigkeit (das Dach) tragen. Das unterste Stockwerk bildet die „physische und psychische Gesundheit“ und „Leistungsfähigkeit“ und damit das Fundament, also die Voraussetzung für die AF. Treten in diesem Bereich Veränderungen auf, so wirken sich

291 Vgl. (Treier, 2015, S. 4f.); (Richenhagen, 2011, S. 33)

292 Vgl. (Richenhagen, 2011, S. 33)

293 (Ilmarinen, 2011, S. 21) vgl. auch: (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012); (Tempel, 2010, S. 225)

294 Vgl. (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 199)

295 Darstellung nach: (Ilmarinen, 2011, S. 21); (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 199)

diese unmittelbar auf die AF aus und können diese bedrohen.<sup>296</sup> Das zweite Stockwerk umfasst die Kompetenzen und Qualifikationen eines Menschen. Hierzu zählen Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso wie Wissen, fachliche Qualifikationen oder Schlüsselkompetenzen sowie die wichtige Kompetenz sich durch „lebenslanges Weiterlernen“ an die jeweiligen Begebenheiten und Arbeitsanforderungen anpassen zu können<sup>297</sup>. Neben Kompetenz geht es auf dieser Etage somit auch um die Bereiche Bildung und Fortbildung<sup>298</sup>.

Im dritten Stockwerk „werden die Rahmenbedingungen für einen gesunden Betrieb platziert, die durch Werte und Einstellungen als auch Motivation als wichtige Bedingungen für die Arbeitsfähigkeit geprägt sind“<sup>299</sup>. Hierzu zählen Aspekte wie das Betriebsklima, die Unternehmens- und dort gepflegte Kommunikationskultur oder auch verankerte Menschenbilder sowie gelebte Führungs- und Fehlerkulturen<sup>300</sup>. Für eine gute AF ist es „wichtig, dass die eigenen Einstellungen und Motivationen im Einklang mit der eigenen Arbeit sind“<sup>301</sup>.

Der vierte Stock umfasst den zentralen Bereich der Arbeit. Diese Ebene wiegt entsprechend ihrer Komplexität und Relevanz am schwersten und übt sinnbildlich den größten Druck auf die anderen Ebenen aus<sup>302</sup>. Es geht zum einen um die Arbeitsaufgabe und die damit verbundenen Anforderungen sowie Erwartung an den Mitarbeiter. Zum anderen geht es um das Umfeld der Arbeit (einschließlich der Kollegen und Vorgesetzten), um die Struktur und Organisation (in der sie verrichtet wird) sowie um die Arbeitsumgebung (etwa im Hinblick auf Lärm, Lichtverhältnisse, Mobiliar oder technische Ausstattung)<sup>303</sup>. Darüber wird dem Thema Führung (und Vorgesetztenverhalten) eine zentrale Bedeutung zugesprochen, da auf dieser Ebene der Handlungsspielraum der Mitarbeiter abnimmt, während der von Führungskräften steigt<sup>304</sup>. So legen sie Arbeitsabläufe fest, gestalten die Umgebung und Ergonomie der Arbeitsplätze oder auch die Teamsituation – was sich sowohl auf die Handlungsfähigkeit ihres Bereichs als auch die Balance von Führung, Kooperationsfähigkeit und Individualität auswirkt<sup>305</sup>. Doch auch wenn Vorgesetzte große Verantwortung tragen, so können sie eine gute AF nur gemeinsam mit den Mitarbeitern erzielen, indem „beide ihren Anteil dazu leisten“<sup>306</sup>. Natürlich wirken auch Kollegen und andere Bereiche wie Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und BGM (im besten Fall fördernd und unterstützend) auf die Aufrechterhaltung und Stärkung dieser Balance im Sinne der AF ein.<sup>307</sup>

Über die vier betrachteten Ebenen der AF hinaus macht Abbildung 2.2.5.b außerdem deutlich, dass „Arbeit und Leben keine Gegensätze sind“ und auch die Lebensbe-

296 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 21f.)

297 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 22f.)

298 Vgl. (Rimbach, 2009, S. 200)

299 (Rimbach, 2013, S. 19)

300 Vgl. (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 199f.)

301 (Ilmarinen, 2011, S. 23)

302 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 23); (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 200)

303 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 23)

304 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 20)

305 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 23f.); (Rimbach, 2013, S. 20); (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 200)

306 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 23f.)

307 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 23f.); (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 200)

reiche außerhalb der Arbeit Einfluss auf die AF nehmen. Diese können sowohl in der regionalen Umgebung, dem persönlichen Umfeld und der Familie des Beschäftigten als auch auf der gesellschaftlichen Ebene (etwa über Kultur, Gesetzgebung, Bildung oder Sozial- und Gesundheitspolitik) bedingt sein.<sup>308</sup>

Bezogen auf die verschiedenen Ebenen seines Modells weist Ilmarinen ferner darauf hin, dass der Einbezug aller vier Stockwerke erforderlich ist, um den Prozess der AF erfolgreich zu gestalten<sup>309</sup>. Auch Richenhagen betont in Anlehnung an eine deutsche Studie<sup>310</sup>, dass sich nachhaltige Zuwächse der AF dann erzielen lassen, wenn ganzheitlich vorgegangen wird und „Defizite im Bereich aller Einflussfaktoren des Hauses [...] situationsbezogen ermittelt und entsprechende Maßnahmen zur Verbesserung umgesetzt werden“<sup>311</sup>. Ilmarinen verdeutlicht diese Zusammenhänge mit dem „*Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit*“<sup>312</sup> weitergehend und skizziert hierzu ein Konzept der AF (siehe Anlage/Abbildung 2.2.5.1), das die Balance zwischen Person und Situation/Arbeit beziehungsweise die „funktionelle Kapazität“ in den Blickpunkt rückt (siehe Anlage 2.2.5.1).

Zur Einschätzung und Bewertung der Arbeitsfähigkeit begann das „Finnische Institut für Arbeitsmedizin“ um Ilmarinen bereits in den 1980er Jahren mit der Entwicklung des „*Work Ability Index*“ („WAI“)<sup>313</sup>, der mithilfe eines Fragebogens ermittelt wird<sup>314</sup>. „Er zeigt auf, inwieweit ein Arbeitnehmer angesichts seiner persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts der bei ihm vorliegenden Arbeitsbedingungen in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten“<sup>315</sup>.

Dabei sind dem WAI sieben Dimensionen hinterlegt (siehe Tabelle 2.2.5), auf die sich jeweils die Fragen beziehen:

Die 7 Dimension des WAI		Punkte
WAI 1	Derzeitige AF im Vergleich zu der besten je erreichten AF	0 - 10
WAI 2	AF in Relation zu den Arbeitsanforderungen	2 - 10
WAI 3	Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten, Krankheiten (Kurzversion 13, Langversion 51 Krankheiten)	1 - 7
WAI 4	Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeit durch Krankheiten	1 - 6
WAI 5	Krankenstand in vergangenen 12 Monaten	1 - 5
WAI 6	Einschätzung der eigenen AF in zwei Jahren	1, 4, 7
WAI 7	Psychische Leistungsreserven	1 - 4

**Tabelle 2.2.5:** Die 7 WAI-Dimensionen<sup>316</sup>

308 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 24)  
309 Vgl. (Ilmarinen, 2011, S. 21f.); (Tempel, 2010, S. 225)  
310 Vgl. (BAuA, 2013, S. 43ff.)  
311 (Richenhagen, 2011, S. 36f.)  
312 Vgl. (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 204); (Tempel, 2010, S. 226); (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 12)  
313 Im deutschsprachigen Raum auch als „*Arbeitsfähigkeitsindex*“ oder „*Arbeitsbewältigungsindex*“ (kurz: „ABI“) bezeichnet; vgl. (BAuA, 2013, S. 9)  
314 Vgl. (BAuA, 2013, S. 8); (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 14)  
315 (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 14)  
316 Vgl. (BAuA, 2013, S. 10);

Entsprechend der Komplexität der AF handelt es sich beim WAI auch nicht um ein „klassisches“ Messinstrument, sondern eher um ein Verfahren oder einen Indikator, worüber das (aus unterschiedlichen Bereichen zusammengesetzte) Konstrukt erfasst wird<sup>317</sup>. Inzwischen wurde das Instrument über eine Vielzahl multidisziplinärer klinischer Längsschnittstudien validiert und kommt in zahlreichen Sprachen und Ländern zum Einsatz<sup>318</sup>. In Deutschland wird der Fragebogen (siehe Anlage 2.2.5.2) dabei in zwei Versionen eingesetzt, deren Unterschied ausschließlich in der Anzahl der erfragten Krankheiten liegt. Die Auswertung erfolgt über ein – verhältnismäßig einfach zu handhabendes – Punktesystem<sup>319</sup>, das in einem Indexwert (WAI-Wert) zwischen 7 („minimale“ AF) und 49 („maximale“ AF) mündet<sup>320</sup>. Anhand dieses Wertes lassen sich so Aussagen über die Einstufung der Arbeitsfähigkeit (von „sehr gut“ bis „schlecht“) sowie die Zielsetzung der einzuleitenden Maßnahmen treffen (von „Erhaltung“ bis „Wiederherstellung“ der AF).

Rückt man den WAI resümierend in den BGM-Kontext, so ist dieser in erster Linie als Präventionsinstrument zu betrachten, das andere Instrumente und Verfahren (wie die Gefährdungsanalyse oder arbeitsmedizinische Maßnahmen) sinnvoll ergänzen, nicht jedoch ersetzen kann<sup>321</sup>. Das WAI-Verfahren misst nicht die Gesundheit oder Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern<sup>322</sup>, ermöglicht jedoch, das komplexe Konstrukt der AF auf einfache und transparente sowie wissenschaftlich fundierte Weise zu objektivieren und sichtbar zu machen sowie Denkprozesse anzustoßen. Dabei kann der WAI nicht nur individuelle und betriebliche Interventionsbedarfe und Handlungsfelder punktuell aufzeigen, sondern auch als Messinstrument für den Präventionserfolg und andere BGM-Maßnahmen begleitend eingesetzt werden.<sup>323</sup> Insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Herausforderungen vieler Betriebe kann der WAI eine wichtige Rolle als „Frühindikator für die zukünftige Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ im Unternehmen spielen<sup>324</sup>.

Auch im Hinblick auf Präsentismus- und Fehlzeiten-Management nimmt das Konzept der AF damit eine zentrale Rolle ein. Zum einen fördert vor allem die Betonung der „Balance“ (siehe auch Anlage/Abbildung 2.2.5.1) das Prozessverständnis von Gesundheit sowie eine differenziertere und zugleich ganzheitlichere Herangehensweise an das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Abbildung 2.2.4). Zum anderen hilft es Führungskräften und Unternehmen aber auch dabei, AF und AU aus einer langfristigen Perspektive heraus zu bewerten und BGM-Aktivitäten nachhaltiger und strategischer auszurichten sowie Präsentismus in dieses Konzept systematisch einzubeziehen.

317 Vgl. (WAI-Netzwerk Deutschland, 2015)

318 Vgl. (BAuA, 2013, S. 13); (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 14ff.)

319 Vgl. (WAI-Netzwerk Deutschland, 2013a); (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 27)

320 Vgl. (BAuA, 2013, S. 10); (Tempel, Geißler, & Ilmarinen, 2012, S. 201); (WAI-Netzwerk Deutschland, 2013a)

321 Vgl. (BAuA, 2013, S. 12)

322 Vgl. (BAuA, 2013, S. 13)

323 Vgl. (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 21f.)

324 Vgl. (Hasselhorn & Freude, 2007, S. 22); (Langhoff, 2009, S. 190f.)



### 2.2.6 Konzept der Salutogenese

Das Konzept der *Salutogenese*<sup>325</sup> wurde maßgeblich durch den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky geprägt und behandelt im Kern die Frage, *was die Gesundheit von Menschen erhält und fördert*. Ausgangspunkt dieser Überlegungen war ein Forschungsprojekt in Israel, in dem Antonovsky die bemerkenswerte Beobachtung machte<sup>326</sup>, dass Frauen, die den Horror des Aufenthalts im Konzentrationslager überstanden, ihre Heimat verloren und drei Kriege erlebt hatten, trotz alledem zu 29 Prozent (Vergleichsgruppe 51 Prozent) eine gute psychische (und physische) Gesundheit aufwiesen<sup>327</sup>.

Den Begriff der „*Salutogenese*“ leitete Antonovsky aus den lateinischen und griechischen Wörtern „*Salus*“ (Unverletztheit, Heil, Glück) und „*Genese*“ (Entstehung) ab. Er lässt sich sinngemäß als „Gesundheitsentstehung“ oder „Gesundheitsdynamik“ ins Deutsche übersetzen.<sup>328</sup> Dabei ist das Konzept der Salutogenese als Gegenentwurf zur Pathogenese zu verstehen, bei der die Frage der Entstehung und des Verlaufs von Erkrankungen im Fokus steht<sup>329</sup>.

Antonovskys Ansatz basiert dabei auf zwei Grundannahmen. Zum einen wird Krankheit nicht als Abweichung von der Normalität, sondern als normale Erscheinungen im menschlichen Leben gesehen. Zum anderen unterliegen Gesundheit und Krankheit keiner Dichotomie, sondern bilden die Pole eines gemeinsamen Kontinuums<sup>330</sup>, sodass ein Mensch in gewissen Maß immer gesund ist, solange er lebt – was auch Tod und Sterben als „Bestandteil des Lebens“ impliziert<sup>331</sup>.

Er postuliert, dass „*Heterostase, Altern und fortschreitende Entropie die Kerncharakteristika aller lebenden Organismen sind*“<sup>332</sup>. Mit *Heterostase* (griechisch: Ungleichgewichtiger Zustand) bringt er zum Ausdruck, dass sich der Mensch (entgegen der pathogenetischen Sicht) in der Regel nicht in einem Gleichgewichtszustand befindet, der nur durch ungünstige Zustände und Ereignisse gestört wird, sondern das Auftreten von (sowie die Auseinandersetzung mit) Störungen dieser Balance (etwa durch Krankheit, Leiden oder Tod) inhärente Bestandteile der menschlichen Existenz sind. Ebenso unterliegt der menschliche Organismus der *Entropie*. Damit ist gemeint, dass (alle) Systeme einer Flut von Stimuli und der Tendenz zum Übergang in einen ungeordneten/chaotischen Zustand unterliegen und durch Zuführung von Energie davon abgehalten werden können.<sup>333</sup>

325 Vgl. (Antonovsky, 1997)

326 Antonovsky bezeichnet diese 1970 gemachte Beobachtung als „absolute Kehrwenne in meiner Arbeit“ und „dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe“ (Antonovsky, 1997, S. 15)

327 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 15)

328 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 120); (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 24)

329 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 29f.); (Franke A., 2010, S. 163)

330 Vgl. (Franke A., 2010, S. 164ff.)

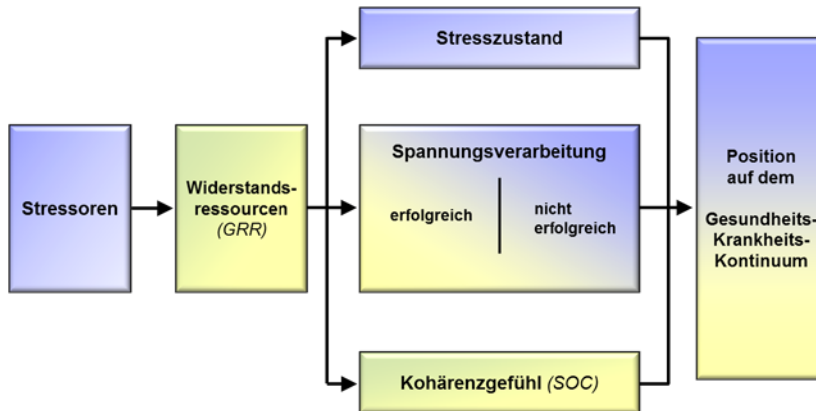
331 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 23); (Franke A., 2010, S. 166)

332 (Antonovsky, 1997, S. 29)

333 Vgl. (Franke A., 2010, S. 165f.)

Folglich wird Gesundheit als ein „labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“<sup>334</sup> verstanden und Krankheit als ein in die Geschichte des Menschen eingebetteter Prozess „im Sinne einer Ent-Gesundung (dis-ease)“.<sup>335</sup>

Das *Salutogenese-Modell* von Antonovskys<sup>336</sup> orientiert sich an den Grundzügen der Stress- und Bewältigungstheorien<sup>337</sup> und besteht im Wesentlichen aus den Komponenten „Stressoren und Spannungszustände“, „Widerstandsressourcen“, „Kohärenzgefühl“ sowie dem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“<sup>338</sup>.



**Abbildung 2.2.6:** Kernelemente des Salutogenese-Modells von Antonovsky (nach Hurrelmann & Richter)<sup>339</sup>

Wie Abbildung 2.2.6 (in stark vereinfachter Form) darstellt, bilden Stressoren den Ausgangspunkt des Modells, die (sowohl im physischen, biochemischen wie psychosozialen Bereich) als Herausforderung der (körperlichen, psychischen oder sozialen) Bewältigungskapazität wahrgenommen werden<sup>340</sup>. Antonovsky verweist dabei auf Seyles Konzepte der Stressforschung und betont, dass Stressoren nicht immer schädlich sind, sondern auch neutral oder gesundheitsförderlich wirken können<sup>341</sup>. Er definiert sie im Sinne eines physiologischen Spannungszustands (psychophysische Aktivierung)<sup>342</sup> – als „an den Organismus gestellte Anforderungen, auf die er keine direkt verfügbaren oder automatischen adaptiven Reaktionen hat“<sup>343</sup> – also als Störung des Gleichgewichts deren Wiederherstellung eine „energieverbrauchende Handlung erfordert“<sup>344</sup>.

334 (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 25)

335 Vgl. (Franke A., 2010, S. 166); (Antonovsky, 1997, S. 29f.)

336 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 200f.)

337 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 121)

338 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 28ff.)

339 Darstellung nach: (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126)

340 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)

341 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 26); (Franke A., 2010, S. 167); (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 33)

342 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 32)

343 (Antonovsky, 1997, S. 26)

344 Vgl. Antonovsky 1979 zit. n. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 32f.)

Die Bewältigung dieser Spannungszustände sieht Antonovsky als zentrale Aufgabe des Organismus an<sup>345</sup>. Inwieweit ein Mensch aber der Dauerkonfrontation mit Stressoren (siehe *Heterostase/Entropie*) gewachsen ist und diese angemessen verarbeiten kann – etwa durch einen konstruktiven Umgang oder durch Vermeidung – hängt wesentlich mit der Konstellation der *generalisierten Widerstandsressourcen* (Generalized Resistance Resources; kurz: GRR) zusammen<sup>346</sup>. Hierzu zählt er alle (gesellschaftlichen und individuellen) Faktoren (wie Intelligenz, Selbstvertrauen, körperliche Konstitution, finanzielle Unabhängigkeit oder kulturelle Stabilität), die einen konstruktiven Umgang mit Stressoren ermöglichen<sup>347</sup>. Eine Auswahl zentraler GRRs ist in Anlage/Tabelle 2.2.6 aufgeführt.

Die entscheidende Hauptdeterminante für die erfolgreiche Verarbeitung von Stressoren und damit die Gesundheitsentwicklung und Platzierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bildet das „Kohärenzgefühl“<sup>348</sup> (*Sense of Coherence: SOC*)<sup>349</sup>. Dabei handelt es sich nicht um spezielle Mechanismen oder Verfahren, sondern um eine allgemeine Grundhaltung des Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben<sup>350</sup>. Das SOC bezeichnet „eine besonders günstige und gelungene Ausgangskonstellation von Widerstandsressourcen, die ein in sich stimmiges Muster ergeben“<sup>351</sup>. Dieses beginnt sich in der Kindheit auszubilden und bleibt nach Antonovsky mit etwa 30 Jahren weitgehend stabil<sup>352</sup>.

Es setzt sich aus den Komponenten ‚Verstehbarkeit‘, ‚Handhabbarkeit‘ und ‚Bedeutsamkeit‘ zusammen<sup>353</sup> und wird definiert als eine „globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind;  
→ [Gefühl von **Verstehbarkeit**: *sense of comprehensibility*]
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen  
→ [Gefühl von **Handhabbarkeit** bzw. Bewältigbarkeit: *sense of manageability*]
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.“  
→ [Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. **Bedeutsamkeit**: *sense of meaningfulness*].<sup>354</sup>

345 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 33)

346 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125f.); (Franke A., 2010, S. 168)

347 Vgl. (Franke A., 2010, S. 167f.); (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 34)

348 Synonym auch als *Kohärenzsinn*, *-erleben oder -empfinden* bezeichnet; vgl. (Antonovsky, 1997, S. 12)

349 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126); (Franke A., 2010, S. 168); (Antonovsky, 1997, S. 33ff.)

350 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 28); (Franke A., 2010, S. 172ff.)

351 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 123)

352 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 86)

353 Vgl. (Antonovsky, 1997, S. 34ff.)

354 (Antonovsky, 1997, S. 36); vgl. auch (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 124); (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 29f.)

Das finale Element des Modells (Abbildung 2.2.6) bildet das bereits beschriebene Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, in das die vorherigen Prozessschritte münden. „Je ausgeprägter das Kohärenzgefühl einer Person ist, desto gesünder sollte sie sein bzw. desto schneller sollte sie gesund werden und bleiben“<sup>355</sup>.

Aufgrund der multidisziplinären Anschlussfähigkeit des Konzepts der Salutogenese und dem darin verankerten Gesundheits-Krankheits-Verständnis (im Sinne eines Kontinuums) findet es seit einigen Jahren eine zunehmend breiter werdende wissenschaftliche und betriebliche Berücksichtigung. Insbesondere für den Bereich der Gesundheitsförderung eröffnet das Salutogenese-Modell dabei neue Perspektiven und bietet das theoretische Fundament für eine Neuorientierung.<sup>356</sup>

Allerdings ist bis heute nicht eindeutig geklärt, inwieweit das SOC eine Ressource für die Gesundheit oder Teildimension des Gesundheitsstatus abbildet<sup>357</sup>. Hierbei gestaltet sich vor allem die Operationalisierung und Messung des Konstrukts SOC – über die bislang entwickelten Fragebögen<sup>358</sup> – schwierig<sup>359</sup> und nach Geyer „liegt der Verdacht nahe, dass die Instrumente nicht den SOC messen, sondern eine inverse Masse für Angst und Depression erbringen“<sup>360</sup>. Neben den empirischen Einschränkungen beziehen sich weitere Kritikpunkte zum Beispiel auf die unzureichende Berücksichtigung subjektiver Gesundheitseinschätzungen und gesundheitssoziologischer Faktoren<sup>361</sup>. Auch deuten Studien darauf hin, dass sich Antonovskys Einschätzung eines relativ änderungsresistenten SOC (ab dem 30. Lebensjahr) nur bedingt bestätigen lässt<sup>362</sup>.

Dennoch bildet das Konzept der Salutogenese insbesondere für das Verständnis und den Umgang mit Präsentismus eine zentrale konzeptionelle Grundlage. Einerseits hilft es die Dichotomie zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit aufzulösen beziehungsweise die Grauzone zwischen den beiden Polen zu differenzieren. Andererseits bieten die Überlegungen zu Widerstandsressourcen, Spannungsverarbeitung und SOC Anknüpfungspunkte zum Präsentismus-Verhalten und der Frage, warum Menschen trotz Erkrankung arbeiten gehen.

### 2.3 Arbeitsunfähigkeiten und Fehlzeiten

Die *Fehlzeitenquote* und *Arbeitsunfähigkeitsdaten* (AU-Daten) der Krankenkassen zählen für viele Unternehmen zu den wichtigsten personalwirtschaftlichen Indikatoren<sup>363</sup> und Standardinstrumenten für das Erkennen von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahr-

355 (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 28)

356 Vgl. (Kolip, Wydler, & Abel, 2010, S. 12f.); (Franke A., 2010, S. 177f.); (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126f.)

357 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126)

358 Vertiefend siehe: (Antonovsky, 1997, S. 191ff.); (Geyer, 2010)

359 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 126f.);

360 (Geyer, 2010, S. 71ff.)

361 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 127); (Geyer, 2010, S. 75ff.)

362 Vgl. (Bengel, Strittmatter, & Willmann, 2001, S. 150); (Geyer, 2010, S. 71f.)

363 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13)

ren<sup>364</sup>. Dennoch ist es in der Praxis bislang nicht gelungen, sich auf eine allgemeingültige Definition von Fehlzeiten zu verständigen<sup>365</sup>. Stattdessen unterliegt das Phänomen einer ausgeprägten Heterogenität hinsichtlich Ursachen und Hintergründen, womit je nach Betrachtungsschwerpunkt die drei Sichtweisen und Bewertungen von Fehlzeiten als „Kostenfaktor“, „Störfaktor“ oder als „Signale“ einhergehen<sup>366</sup>.

Da die Begriffe *Arbeitsunfähigkeit*, *Krankenstand*, *Absentismus* und *Fehlzeiten* aber oft in einem Atemzug genannt und häufig miteinander verwechselt werden<sup>367</sup>, gilt es diese im Folgenden zunächst voneinander abzugrenzen und relevante Berechnungsverfahren kurz zu erläutern (siehe Kapitel 2.3.1). Im weiteren Verlauf dieses Kapitels wird außerdem ein allgemeiner sowie ein nach Krankheitsarten differenzierter Überblick der Fehlzeitenentwicklung gegeben (siehe Kapitel 2.3.2 und 2.3.3). Aufgrund ihres herausragenden Einflusses auf die Fehlzeitenentwicklung wird hierbei gesondert auf die Bedeutung psychischer Erkrankungen (siehe Kapitel 2.3.4) sowie demografischer Veränderungen (siehe Kapitel 2.3.5) eingegangen. Abschließend soll (insbesondere im Hinblick auf das Phänomen Präsentismus) eine Betrachtung der Zusammenhänge und Einflussfaktoren des Fehlzeitenverhaltens (siehe Kapitel 2.3.6) vorgenommen werden.

### 2.3.1 Grundlagen zur Erhebung und Berechnung von Fehlzeiten

Unter ‚Fehlzeiten‘ werden – im Sinne eines Überbegriffs – alle Zeiten verstanden, in denen ein Mitarbeiter fehlt und seine Arbeitskraft nicht, wie arbeitsvertraglich vereinbart dem Unternehmen zur Verfügung stellt – folglich also eine abwesenheitsbedingte Abweichung von der Soll-Arbeitszeit vorliegt<sup>368</sup>. Dabei entfallen mehr als die Hälfte aller Fehlzeiten auf den ‚betrieblichen Krankenstand‘, worunter alle Fehlzeiten zusammengefasst werden, für die ein ärztliches Attest vorliegt<sup>369</sup>.

Wie in Abbildung 2.3.1 skizziert, können Fehlzeiten unterschiedlichste Gründe haben. Der Krankenstand selbst schließt sowohl medizinisch (und psychologisch) notwendige Fehlzeiten im Sinne einer „tatsächlichen“ Arbeitsunfähigkeit (siehe Kapitel 2.2.3) ein als auch motivationsbedingte Abwesenheiten (*Absentismus*), für die Mitarbeiter zwar auch eine AU-Bescheinigung eingereicht haben, tatsächlich aber keine AU vorliegt (siehe auch Kapitel 2.1.3.1). Eine klare Abgrenzung zwischen medizinisch notwendigen Fehlzeiten und Absentismus ist in vielen Fällen allerdings ebenso schwierig (oder gar unmöglich) wie die Differenzierung zwischen Gesundheit und Krankheit (siehe Kapitel 2.2.4).<sup>370</sup>

364 Vgl. (Bödeker, 2009, S. 239)

365 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13)

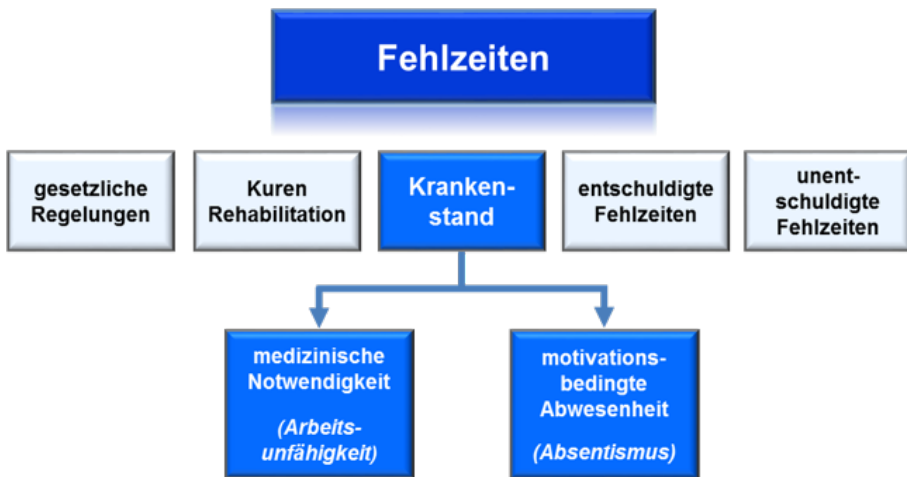
366 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 52ff.); (Nieder, 1998a, S. 10)

367 Vgl. (Nieder, 1998b, S. 11)

368 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13ff.); (Nieder, 1998b, S. 12)

369 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 13ff.); (Nieder, 1998b, S. 12)

370 Vgl. (Nieder, 1998b, S. 12)



**Abbildung 2.3.1:** Gruppen von Fehlzeiten (modifiziert nach Nieder)<sup>371</sup>

Somit wird deutlich, dass Fehlzeiten und der Krankenstand zwar oft eine große Schnittmenge mit der AU von Mitarbeitern (siehe Kapitel 2.2.3) aufweisen, einander aber nicht gleichgesetzt werden dürfen. Insbesondere die AU-Daten der Krankenkassen beziehen sich zum Beispiel ausschließlich auf Fälle mit vorliegender AU-Bescheinigung<sup>372</sup>. In der betrieblichen Praxis existieren außerdem verschiedene Verfahren und Regelungen, ab wann dem Arbeitgeber beispielsweise eine AU-Bescheinigung vorzulegen ist (siehe Kapitel 2.2.3) oder inwieweit Fehltag ohne AU-Bescheinigung im betrieblichen Krankenstand berücksichtigt werden<sup>373</sup>.

Aus statistischen Gründen bietet es sich aber an, der oben genannten Definition des betrieblichen Krankenstandes zu folgen und diesen an das Vorliegen von Atteste zu koppeln, um so eine gemeinsame Analysebasis mit den AU-Daten der Krankenkassen zu erzielen und systematisch auszuwerten zu können. Im Hinblick auf Präsentismus und die „Signalwirkung“ von Fehlzeiten wäre es dagegen ratsam, auch kürzere Fehlzeiten (etwa ab dem ersten Fehltag) systematisch einzubeziehen und auszuwerten, da verschiedene Studien darauf hindeuten, dass Präsentismus im engen Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand sowie krankheitsbedingten Fehlzeiten steht (siehe Kapitel 3.7.1).

„Ein allgemein akzeptiertes und durchgängig praktiziertes Verfahren zur Ermittlung bzw. Berechnung des Krankenstandes existiert nicht“<sup>374</sup>, sodass entsprechend unterschiedliche Berechnungsformeln angewendet werden<sup>375</sup>. In den meisten Unternehmen erfolgt die Berechnung des Krankenstandes (respektive der Fehlzeitenquote) zeitbe-

<sup>371</sup> Darstellung nach: (Nieder, 1998b, S. 13)

<sup>372</sup> Vgl. (Meyer, Arbeitsunfähigkeit, 2014, S. 146ff.)

<sup>373</sup> Vertiefend zur Krankenstandsermittlung/-berechnung siehe: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 27f.)

<sup>374</sup> (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 27)

<sup>375</sup> Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 27f.)

zogen, indem die Ausfallzeit in Relation zur Sollarbeitszeit (zum Beispiel pro Woche, pro Monat oder pro Jahr) gesetzt wird<sup>376</sup>. Exemplarisch lassen sich Fehlzeitenquote und Krankenstand über folgende Formeln berechnen:

$$\text{Fehlzeitenquote (in \%)} = \frac{\text{Fehlzeiten pro Zeitraum}}{\text{Sollarbeitszeit}} \times 100$$

$$\text{Krankenstand (in \%)} = \frac{\text{Abwesenheit auf Grund von Krankheit}}{\text{Sollarbeitszeit}} \times 100$$

Darüber hinaus verweisen Brandenburg & Nieder neben weiteren Formeln zur Berechnung des Krankenstandes auf eine Vielzahl an Faktoren (wie verschiedene Referenzzeiten, Beschäftigungsverhältnisse oder Beschäftigtengruppen), über die Krankenstandermittlungen/-berechnungen vorgenommen werden können<sup>377</sup>.

Krankenkassen (die den Unternehmen AU-Analysen bereitstellen) beziehen ihre Krankenstandsrechnungen auf die eingereichten AU-Bescheinigungen und rechnen diese auf ganze Kalenderjahre hoch, wobei Wochenenden und Feiertage in die Berechnung einfließen. Zur Operationalisierung des AU-Geschehens werden dabei üblicherweise die AU-Tage und AU-Fälle pro 100 Versichertenjahre oder pro 100 Versicherte ermittelt (siehe Kapitel 2.3.2 und 2.3.4).<sup>378</sup> Einheitliche methodische Standards existieren hierbei jedoch wiederum nicht<sup>379</sup> und werden zusätzlich erschwert durch erhebliche Unterschiede der Versichertenstrukturen<sup>380</sup>.

Im Rahmen mit der Implementierung von BGM-/BGF-Konzepten und der damit oft einhergehenden Auseinandersetzung mit salutogenen Überlegungen (siehe Kapitel 2.2.6) stellen viele Unternehmen inzwischen vermehrt die Anwesenheit ihrer Mitarbeiter in den Mittelpunkt und berechnen anstatt des Krankenstandes den ‚Gesundheitsstand‘ (health rate) beziehungsweise die ‚Gesundheitsquote‘ ihrer Mitarbeiter und Belegschaft<sup>381</sup>:

$$\text{Gesundheitsquote (in \%)} = \frac{\text{Sollarbeitszeit} - \text{Krankheitsbedingte Abwesenheit}}{\text{Sollarbeitszeit}} \times 100$$

Statistisch gesehen handelt es sich dabei also um die Differenz zwischen Sollarbeitszeit und Krankenstand – und somit prinzipiell um dessen Umkehr. Wird die Gesundheitsquote im Sinne der Gesundheitsförderung und Salutogenese jedoch ernst genommen – und dient nicht nur der „semantischen Kosmetik“ oder „Imageverbesserung“ – so geht mit ihr ein auf Prävention ausgerichteter Perspektivwechsel einher<sup>382</sup>. Dabei ist die Ge-

376 Vgl. (Rudow, 2011, S. 239); (Jung H., 2006, S. 688ff.)

377 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 27f.)

378 Vgl. (Meyer, Arbeitsunfähigkeit, 2014, S. 151ff.)

379 Vgl. (Meyer, 2014, S. 150f.); (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. XII)

380 Vgl. (Bödeker, 2009, S. 239ff.)

381 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 145f.); (Rudow, 2011, S. 239); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 28)

382 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 28); (Ulich & Wülser, 2015, S. 145f.)

sundheitsquote „präventiv orientiert“ und soll idealerweise stabilisiert oder erhöht werden, indem krankheitsbedingte Fehlzeiten erst gar nicht auftreten, wohingegen die Senkung des Krankenstandes „nachträglich korrigierend ausgerichtet ist“, da die Fehlzeiten ja bereits entstanden sind<sup>383</sup>.

Doch unabhängig davon, welche Perspektive oder Berechnungsformel für Fehlzeiten gewählt wird und welche Maßnahmen zu Reduzierung oder Verhinderung von Fehlzeiten ergriffen werden (siehe Kapitel 2.4.3.8), existiert in jedem Unternehmen immer ein gewisser „Sockelbetrag“ an Fehlzeiten, sodass eine Optimierung des Kranken- beziehungsweise Gesundheitsstandes in Richtung Null respektive 100 utopisch ist<sup>384</sup>. Eine zu starke Fixierung oder Annäherung des betrieblichen Kranken-/Gesundheitsstandes an diese Idealwerte birgt darüber hinaus das Risiko der Problem-Verlagerung auf das Phänomen Präsentismus, sodass auch die statistische Optimierung der Gesundheitsquote nicht immer positiv zu bewerten ist und jeweils einer differenzierteren Analyse unterzogen werden sollte.

### 2.3.2 Fehlzeitenentwicklung im Überblick

Neben der innerbetrieblichen Analyse des Krankenstands besteht in der Regel auch ein Interesse an überbetrieblichen, brachenbezogenen oder nationalen Vergleichswerten, um die eigenen Daten besser einordnen zu können. Hierzu bietet sich der Rückgriff auf die Gesundheitsberichterstattung der Krankenkassen an, welche ihre AU-Analysen jährlich (nach verschiedensten medizinischen, wirtschaftlichen und soziodemografischen Gesichtspunkten aufgeschlüsselt) aufbereiten sowie ausgewählte Hintergrundthemen näher beleuchten und publizieren. Beispiele sind der *Fehlzeiten-Report* der AOK<sup>385</sup> sowie die *Gesundheits-Reports* der DAK-Gesundheit<sup>386</sup>, Techniker Krankenkasse<sup>387</sup> oder des BKK Dachverbands<sup>388</sup>.

Allerdings gehen mit den verschiedenen Versichertenstrukturen der Kassen zum Teil signifikante Unterschiede der Krankenstände (siehe Anlagen 2.3.2) einher, was die Generalisierbarkeit dieser Daten begrenzt. Doch wie Abbildung 2.3.2.a zeigt, führt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine kassenübergreifende Berechnung der Krankenstandsentwicklung in Deutschland durch:

383 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 28)

384 Vgl. (Nieder, 1998b, S. 12f.); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 14f.)

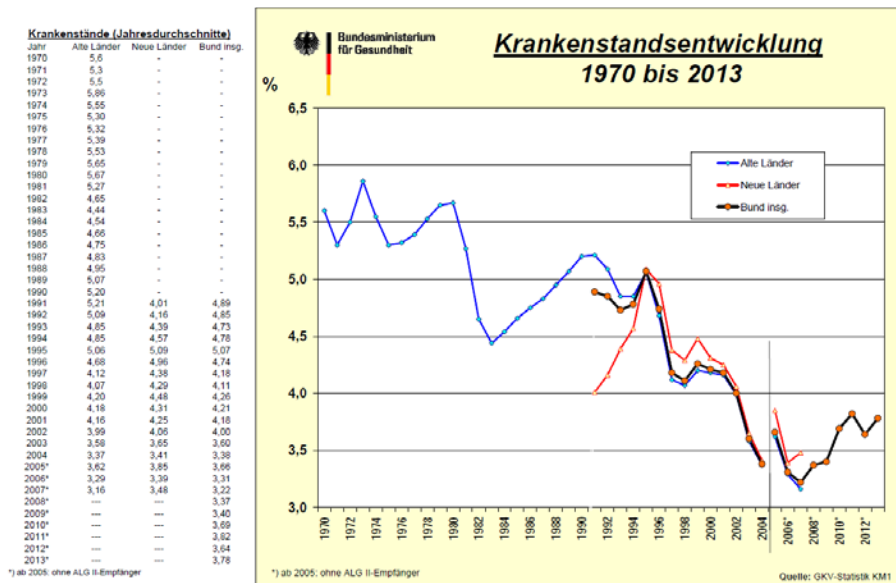
385 Vgl. z. B.: (Badura, Ducki, Schöder, Klose, & Meyer, 2014)

386 Vgl. z. B.: (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015)

387 Vgl. z. B.: (Techniker Krankenkasse, 2014)

388 Vgl. z. B.: (Knieps & Pfaff, 2014)





**Abbildung 2.3.2.a: Krankenstandsentwicklung in Deutschland (BMG)**<sup>389</sup>

Die Berechnungen des BMG erfolgen anhand von AU-Daten pflichtversicherter Arbeitnehmer, die stichtagsbezogen (jeweils zum Monatsersten)<sup>390</sup> durch die gesetzlichen Krankenkassen erhoben und an das BMG übermittelt werden<sup>391</sup>. Bereits auf den ersten Blick wird dabei deutlich, dass der Krankenstand langfristig gesehen stark zurückgegangen ist – wenngleich die Zahl der AU-Tage seit einigen Jahren wieder steigt<sup>392</sup>. So lag die Quote im Jahr 1970 noch bei 5,6 Prozent und sank bis zum Jahr 2010 (mit 3,69) um fast zwei Prozent, was unter anderem mit Veränderungen der Arbeitswelt (siehe Kapitel 2.2.1) und verbesserten Arbeitsbedingungen verbunden werden kann<sup>393</sup>. Mittelfristig gesehen zeigt sich aber ebenso deutlich, dass diese Entwicklung nicht linear verläuft sondern starken Schwankungen unterliegt. Während hinter dieser Dynamik einerseits ein komplexes Kausalgeflecht von Erklärungen steht (siehe Kapitel 2.3.6), lässt sich andererseits eine relative Konjunkturabhängigkeit beobachten (siehe Abbildung 2.3.2.b):

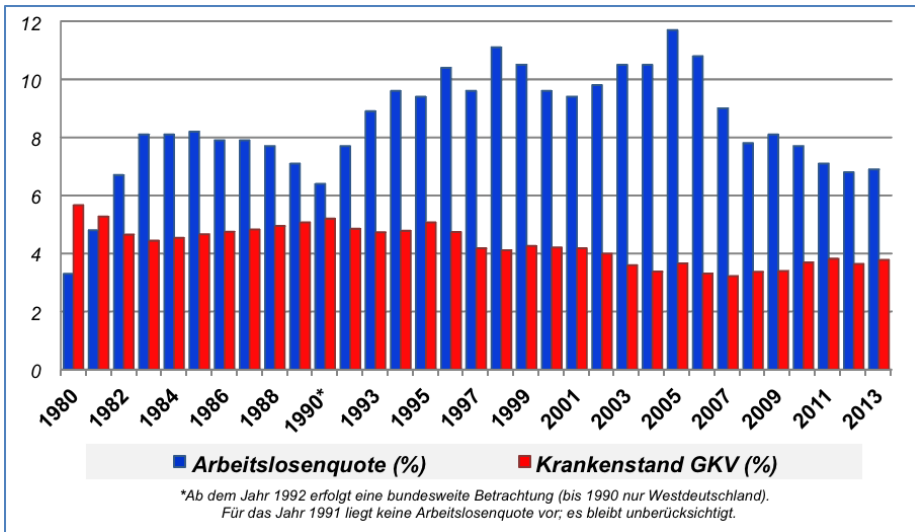
<sup>389</sup> (BMG, 2014, S. 24)

<sup>390</sup> Bei dieser Berechnung ist von einer Unterschätzung des tatsächlichen Krankenstands auszugehen, da durch das Stichtags-Verfahren und kalendarischen Schwankungen, verschiedene Erhebungen auf Wochenend-/Feiertage fallen (z. B. am 1. Januar und 1. Mai) Vgl. (Meyer, 2014, S. 152f.).

<sup>391</sup> Vgl. (BMG, 2014, S. 25f.)

<sup>392</sup> Vgl. (BMAS, 2014a, S. 152)

<sup>393</sup> Vgl. (Heipertz, 2010, S. 18)



Quellen: Krankenstand nach: (BMG, 2014, S. 24)

Arbeitslosenquote (aller zivilen Erwerbspersonen) nach: (Bundesagentur für Arbeit, 2015)

**Abbildung 2.3.2.b:** Entwicklung Krankenstand und Arbeitslosigkeit (1980 bis 2013)

Die Gegenüberstellung verdeutlicht, dass Arbeitslosenquote und Krankenstand sich in der Tendenz leicht gegenläufig entwickeln und sich der Krankenstand „in wirtschaftlichen Krisenzeiten“ verringert<sup>394</sup>. Auch Oppolzer konstatiert, dass Krankenstand und Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf korrespondieren und berechnet den Zusammenhang auf  $-0,66$ .<sup>395</sup> Diese Erkenntnis ist insofern interessant, da nicht davon auszugehen ist, dass Menschen in Krisenzeiten gesünder wären. Stattdessen ist mit einer Vermeidung von Krankmeldungen und verstärkt auftretendem Präsentismus zu rechnen (siehe auch Kapitel 3.7).

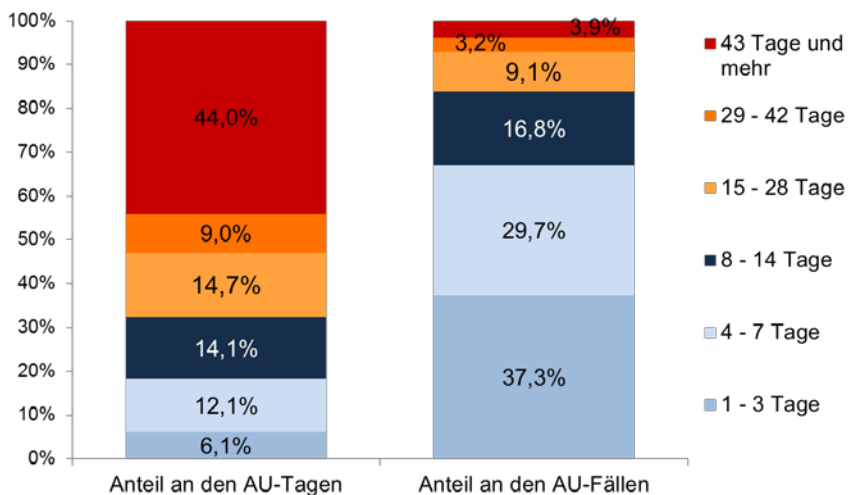
Die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten der Arbeitsunfähigkeit in Deutschland schätzt die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) für das Jahr 2013 auf insgesamt 103 Milliarden Euro (an Bruttowertschöpfung). Ausgehend von durchschnittlich 15 AU-Tagen pro Arbeitnehmer und Jahr fielen so insgesamt 1,6 Millionen Erwerbsjahre durch Arbeitsunfähigkeit aus. Bei einem durchschnittlichen Arbeitnehmerentgelt von 37.700 Euro bedeutet dies für das Jahr 2013 allein Lohnausfallkosten in Höhe von 59 Milliarden Euro.<sup>396</sup>

Analysiert man ferner die proportionale Verteilung der krankheitsbedingten Fehlzeiten, so lassen sich immense Unterschiede hinsichtlich Fallzahlen und Falldauer feststellen (siehe Abbildung 2.3.2.c):

<sup>394</sup> Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 26);

<sup>395</sup> Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 187f.)

<sup>396</sup> Vgl. (BAuA, 2015, S. 43)



**Abbildung 2.3.2.c:** Anteile der AU-Fälle unterschiedlicher Dauer an den AU-Tagen und Fällen 2014 insgesamt (nach DAK-Gesundheit)<sup>397</sup>

Bezogen auf die Daten der DAK-Gesundheit<sup>398</sup> zeigt sich exemplarisch (auch für andere Kassen<sup>399</sup>), dass weniger als acht Prozent der AU-Fälle mehr als die Hälfte aller AU-Tage verursachen. Auch lässt sich grundsätzlich konstatieren, dass die durchschnittliche AU-Dauer mit dem Lebensalter ansteigt (siehe Kapitel 2.3.5) und durch bestimmte Diagnosegruppen überrepräsentiert wird (siehe Kapitel 2.3.3).

Erwartungsgemäß weisen auch verschiedene Branchen erhebliche Unterschiede im AU-Geschehen zueinander auf. Weil dieses aber stark durch die Alters- und Geschlechtsstruktur bedingt und damit kaum vergleichbar ist, hat unter anderem die BKK ihre AU-Daten in eine Gesamtbetrachtung überführt und errechnet, wie viele AU-Tage je Wirtschaftsgruppe anfielen, wenn die Beschäftigten einer Gruppe die gleiche Alters-/Geschlechterstruktur aufwiesen wie die Gesamtheit der Pflichtversicherten in Deutschland (siehe Anlage 2.3.2). Im Ergebnis weisen demnach die Branchen der *Arbeitnehmervermittlung/-überlassung*, *Postdienste*, *Verkehr* und *Abfallbeseitigung/Recycling* die meisten AU-Tage auf. Demgegenüber wurden für die Gruppen der *Verlage/Medien*, *freiberuflichen wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen*, *Informationsdienstleistungen/Datenverarbeitung* sowie das *Kredit-/Versicherungsgewerbe* insgesamt die wenigsten AU-Tage errechnet.<sup>400</sup> Zugleich zeigt der Fehlzeitenreport der AOK aber auch, dass die verhältnismäßig geringen AU-Tage vieler Gruppen (etwa bei Banken/Versicherungen) mit einem überproportionalen Anteil an Kurzzeiterkrankungen einhergeht<sup>401</sup>.

397 Darstellung nach: (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 12)

398 Die Datenbasis bezieht sich auf rund 2,6 Millionen ganzjährig Versicherte (davon 57% Frauen).

399 Vgl. z. B. (Knieps & Pfaff, 2014, S. 48); (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 331)

400 Vgl. (Knieps & Pfaff, 2014, S. 252ff.)

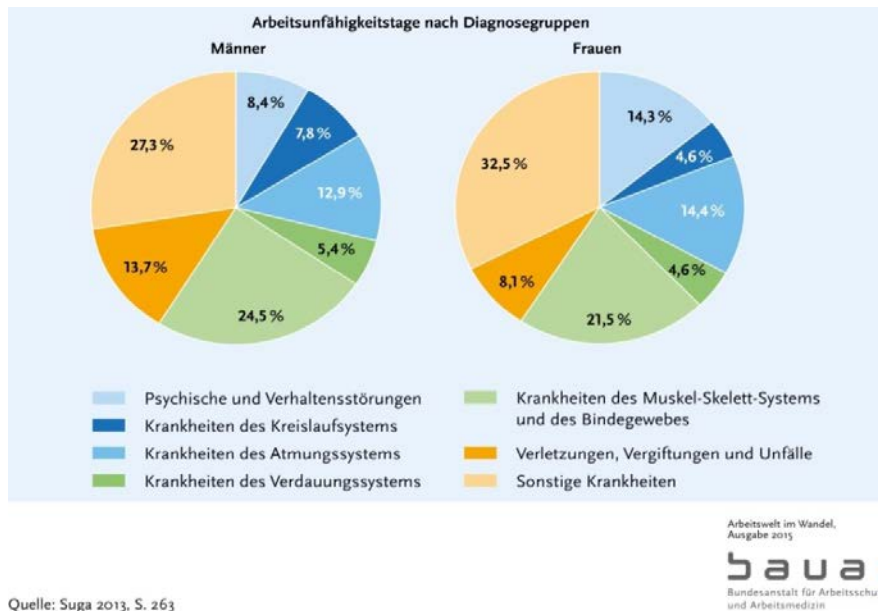
401 Vgl. (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 330ff.)

Die meisten AU-Fälle je 100 GKV-Mitglieder sieht das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) insgesamt jedoch im Bereich der *Öffentlichen Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung sowie Erziehung und Unterricht*<sup>402</sup>.

### 2.3.3 Arbeitsunfähigkeiten nach Krankheitsarten

Berechnungen des BMAS (und der BAuA)<sup>403</sup> zufolge resultierten im Jahr 2013 mit 23,2 Prozent fast ein Viertel aller AU-Tage (und 16,8 Prozent der AU-Fälle) aus Muskel-Skelett- und Bindegewebs-Erkrankungen, gefolgt von Erkrankungen des Atmungssystems mit 13,6 Prozent sowie Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen mit 11,2 Prozent aller AU-Tage (und 25,5 sowie 8,1 Prozent der Fälle). Obwohl die Diagnosegruppe der Psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen nur 4,9 Prozent der AU-Fälle entspricht, liegt ihr Anteil an den AU-Tagen bei 11 Prozent. Krankheiten des Kreislaufsystems sowie des Verdauungssystems verursachten im selben Jahr 6,4 beziehungsweise 5 Prozent der AU-Tage (beziehungsweise 3,9 und 9,2 Prozent der AU-Fälle). Die übrigen 29,6 Prozent der Tage (31,6 Prozent der Fälle) verteilen sich auf alle anderen (sonstigen) Diagnosegruppen.

Zentrale Unterschiede weist darüber hinaus die Verteilung der AU-Tage nach Diagnosegruppen zwischen den Geschlechtern auf (siehe Abbildung 2.3.3.):



**Abbildung 2.3.3: AU-Tage nach Diagnosegruppen und Geschlecht (BAuA)**<sup>404</sup>

402 Vgl. (BMAS, 2014a, S. 152)

403 Vgl. (BMAS, 2014a, S. 263)

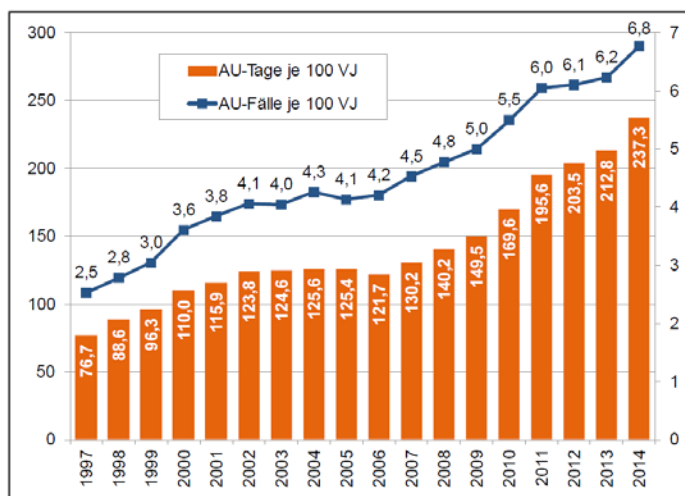
404 (BAuA, 2015, S. 42); Datenquelle nach: (BMAS, 2014a, S. 263)

Demnach entstehen bei Frauen 14,3 Prozent der AU-Tage infolge psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen, während dieser Anteil bei Männern nur 8,4 Prozent entspricht (siehe auch Kapitel 2.3.4). Bei diesen hingegen resultieren mit 13,7 Prozent wesentlich mehr AU-Tage aus Verletzungen, Vergiftungen und Unfällen als bei Frauen mit 8,1 Prozent. Auch fehlen Männer wesentlich mehr Tage durch Krankheiten des Kreislaufsystems als Frauen.

### 2.3.4 Bedeutung von psychischen Erkrankungen

Die auffälligste Entwicklung im AU-Geschehen der letzten Jahre vollzieht sich im Bereich der psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen. Ihr Anteil ist sowohl in Bezug auf die AU-Fälle als auch die AU-Tage prozentual und absolut stark angestiegen. So konstatiert beispielsweise die Techniker Krankenkasse (TK) im Vergleich der Jahre 2000 und 2012 einen Anstieg der Fehlzeiten bei Berufstätigen unter dieser Diagnosegruppe um 75 Prozent (auf 225 AU-Tage je 100 Versichertenjahre)<sup>405</sup>. Auch bei der AOK stiegen im Vergleich der Jahre 2003 und 2013 die AU-Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen um mehr als 30 und die AU-Tage um mehr als 62 Prozent an<sup>406</sup>.

Wie Abbildung 2.3.4 an den Daten der DAK-Gesundheit exemplarisch aufzeigt, erfolgte dieser Anstieg zwar vor dem Hintergrund des allgemeinen Trends der Krankenstandsentwicklung (siehe Abbildung 2.3.2.a), konsolidierte jedoch nicht, wenn dieser sank, sondern stieg (mit Ausnahme der Jahre 2005 und 2006) seitdem in jedem Jahr weiter an:



Quelle: AU-Daten der DAK-Gesundheit 1997 - 2014

**Abbildung 2.3.4:** AU-Tage und -Fälle pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer Erkrankungen (DAK-Gesundheit)<sup>407</sup>

405 Vgl. (Techniker Krankenkasse, 2014, S. 93)

406 Vgl. (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 349ff.)

407 (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 19)

Zu den wichtigsten Einzeldiagnosen dieser Gruppe gehören Depressive Episoden/ Störung, Belastungs- und Anpassungs-Störungen sowie Neurotische-, Angst- und somatoforme Störungen<sup>408</sup>. Das öffentlich viel diskutierte Burnout-Syndrom (siehe auch Kapitel 2.1.3.2) spielt statistisch gesehen dagegen nur eine nachgeordnete Rolle, wenngleich die AU-Tage pro 100 Versichertenjahre von unter einem AU-Tag im Jahr 2004 auf 9,2 beziehungsweise 10 AU-Tage im Jahr 2012 bei den AOK- respektive DAK-Versicherten gestiegen sind<sup>409</sup>. Allerdings gehört Burnout definitorisch weder zur Diagnosegruppe der Psychischen Störungen (ICD-10 V F) noch ist es als „eigenständige Krankheit“ anerkannt, sondern wird diagnostisch unter Z.73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung) subsummiert<sup>410</sup>, sodass unklar bleibt, ob und wie Ärzte bei Vorliegen eines „Burnouts“ den Z.73-Schlüssel anwenden oder stattdessen eine andere ICD-10-Diagnose der „Gruppe F“ wählen<sup>411</sup>.

Einen besonderen Stellenwert erhalten psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt vor allem durch die langen Fehlzeiten, die typischerweise mit diesen Erkrankungen einhergehen. Nach Berechnungen der BKK lag die durchschnittliche Falldauer in dieser Diagnosegruppe im Jahr 2013 bei 40,1 AU-Tagen – und damit fast doppelt so hoch wie bei Erkrankungen des Kreislaufsystems, des Muskel-/Skelett-systems oder durch Verletzungen und Vergiftungen.<sup>412</sup>

Berücksichtigt man darüber hinaus die Gesamtzahl an Diagnosen aufgrund psychischer Erkrankungen, muss sogar von einer noch weitaus höheren Relevanz dieser Thematik für die Arbeitswelt ausgegangen werden. Wie die BARMER GEK betont, wurde im Jahr 2012 bei 29,7 Prozent aller Erwerbspersonen die Diagnose mindestens einer Psychischen- oder Verhaltensstörung dokumentiert. Bei lediglich einem Fünftel der Betroffenen (6 Prozent der Erwerbspersonen) wurde aufgrund dieser Diagnose(n) aber nur eine AU gemeldet.<sup>413</sup> Auf den betrieblichen Kontext und den Präsentismus-Diskurs übertragen führt dies zu zwei zentralen Erkenntnissen: Einerseits stellen psychische Erkrankungen offensichtlich ein (relativ) normales Phänomen der Arbeitswelt dar, welches in den meisten Fällen nicht mit Fehlzeiten einhergeht. Andererseits ist von einer weit verbreiteten (wenngleich oft verdeckten) Präsenz psychischer Erkrankungen im Arbeitskontext und damit latenten Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit vieler Mitarbeiter auszugehen.

Nach Zahlen der DAK-Gesundheit gingen 37,1 Prozent der Beschäftigten innerhalb eines Jahres trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit. Zugleich zeigte sich aber auch, dass psychisch bedingte Krankschreibungen fast immer von Präsentismus flankiert werden. So gingen 89,8 Prozent der Beschäftigten, die im letzten Jahr wegen einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben waren (darüber hinaus) mindestens einmal trotz psychischer Beschwerden zur Arbeit<sup>414</sup>, was speziell im Hinblick auf die Interpre-

408 Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 20f.);

409 Vgl. (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 368); (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 49)

410 Vgl. (Jung T., 2011, S. 22f.); (Meyer, Modde, & Glushanok, 2014, S. 386)

411 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 48f.)

412 Vgl. (Knieps & Pfaff, 2014, S. 44)

413 Vgl. (Grobe, Gerr, Steinmann, & AQUA-Institut, 2014, S. 79ff.)

414 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 72f.)

tation der betrieblichen Fehlzeiten und für das BGM sowie das Präsentismusmanagement eine wichtige Erkenntnis darstellt.

Auch in den Zugangszahlen für Erwerbsminderungsrenten spiegelt sich die zentrale Bedeutung der psychischen Gesundheit für die Erwerbsarbeit wieder (siehe Anlage 2.3.3). So erfolgte in 2013 mit 42,7 Prozent fast jeder zweite der 175.135 Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen. Im Jahr 2006 lag dieser Wert noch bei 32,5 Prozent.<sup>415</sup>

Doch auch wenn das AU-Geschehen suggeriert, dass die Häufigkeit (Prävalenz) psychischer Erkrankungen massiv gestiegen sei, so belegen verschiedene Studien, dass es „keine Zunahme der tatsächlichen Prävalenz psychischer Störungen [gibt,] die auch nur annähernd der Zunahme der F-Diagnosen in den Arbeitsunfähigkeitsdaten entsprechen“<sup>416</sup>. Gleiches gilt für die Ergebnisse der jüngsten Erwerbstätigenbefragung der BIBB/BAuA, wonach sich auch die psychischen Anforderungen zwar auf einem hohen Niveau befinden, auf fünf Jahre gesehen aber keine signifikante Zunahme verzeichnet haben<sup>417</sup>.

Dass die AU-Werte dennoch steigen, kann zum einen an einer gesteigerten Sensibilität der Hausärzte liegen, deren diagnostische Sensitivität für diese Erkrankungen zugenommen haben könnte und gegebenenfalls zu einer Verlagerung von Diagnosen in Richtung psychischer Störungen geführt hat (die früher unter anderen somatischen Schlüsselern erfasst worden wären). Zum anderen lässt sich aber auch gesellschaftlich und patientenseitig von einer gestiegenen Sensibilität gegenüber dem Thema ausgehen, sodass anzunehmen ist, dass mit einer zunehmenden Offenheit auch die Bereitschaft steigt, Diagnosen aus dem psychischen Bereich zu akzeptieren.<sup>418</sup> Allerdings stützen repräsentative Befragungsergebnisse der DAK-Gesundheit diese These nicht, wonach sich im Zeitvergleich der Jahre 2004 und 2012 keine Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen feststellen ließ<sup>419</sup>.

### 2.3.5 Bedeutung von Alter und demografischer Entwicklung

Statistisch gesehen weist das Fehlzeitengeschehen in Deutschland eine starke Abhängigkeit vom Lebensalter der Beschäftigten auf. Wie Abbildung 2.3.5.a hierzu an den Zahlen der GKV-Mitglieder aus dem Jahr 2013 verdeutlicht, steigt die durchschnittliche Dauer der AU von 5 Tagen pro AU-Fall bei der Gruppe der 15- bis 20-Jährigen sukzessive bis auf 24 Tage bei den über 64-Jährigen an.

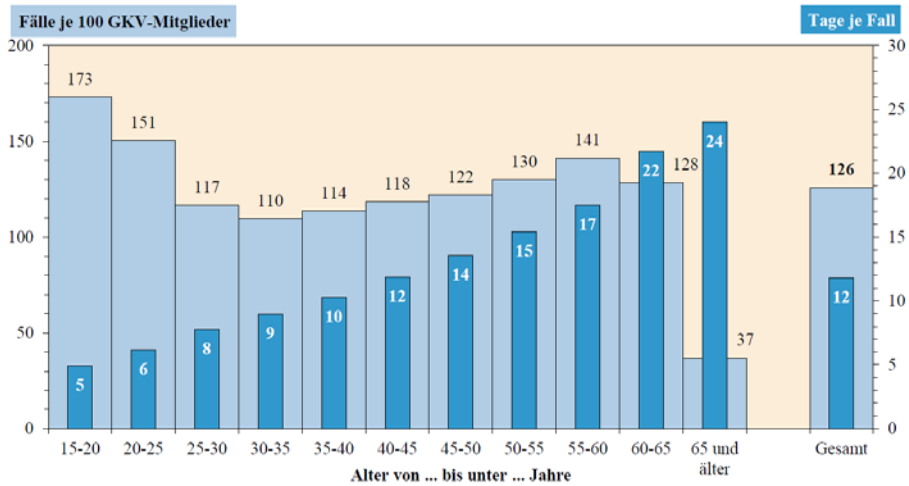
415 Vgl. (BMAS, 2014a, S. 157f.)

416 (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 54f.)

417 Vgl. (Lohmann-Haislah, 2012, S. 164ff.)

418 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 55f.); (Meyer, Böttcher, & Glushanok, 2015, S. 368ff.)

419 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 76ff.)



**Abbildung 2.3.5.a: Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen 2013 (BMAS)**<sup>420</sup>

Die meisten AU-Fälle treten allerdings in der Gruppe der 15- bis 20-Jährigen auf. Sie gehen etwa bis zum 35. Lebensjahr stark zurück und steigen dann kontinuierlich wieder an. In den Gruppen der 60- bis 65-Jährigen und speziell der über 65-Jährigen lässt sich wiederum ein massiver Rückgang der Fallzahlen konstatieren, welcher aber hauptsächlich auf Selektionseffekte durch den Eintritt in die Erwerbsunfähigkeitsrente sowie die Altersrente zurückzuführen ist.<sup>421</sup>

Im Altersverlauf gewinnen vor allem Langzeiterkrankungen (über 42 AU-Tage) an Bedeutung und verursachen bei den über 60-Jährigen (bezogen auf die Daten der DAK-Gesundheit) rund 60 Prozent ihres Krankenstandes<sup>422</sup>. Dabei steigen erwartungsgemäß die AU-Tage wegen Muskel-Skelett-Erkrankungen (gefolgt von psychischen Erkrankungen) mit zunehmendem Alter besonders stark an<sup>423</sup>.

Doch es wäre falsch, das zunehmende Lebensalter aus einer Defizit-Perspektive heraus zu betrachten und ab Mitte 30 von einer nachlassenden Leistungsfähigkeit auszugehen – wie es die AU-Statistiken suggerieren und bis in die 1990er Jahre oft anhand von Defizit-Modellen dargestellt wurde<sup>424</sup>. Langhoff betont diesbezüglich, dass „nahezu sämtliche Meta-Studien zum Zusammenhang zwischen Alter und Arbeitsleistung [...] keinen signifikanten Altersunterschied“ aufweisen<sup>425</sup>. Zwar lässt sich mit zunehmendem Alter eine Abnahme der Muskelkraft und Leistungsfähigkeit vieler Sinnesorgane (wie etwa der Sehstärke oder Fähigkeit zum Hören hochfrequenter Töne) konstatieren<sup>426</sup>,

<sup>420</sup> (BMAS, 2014a, S. 157)

<sup>421</sup> Vgl. (Langhoff, 2009, S. 45)

<sup>422</sup> Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 14f.)

<sup>423</sup> Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 23ff.); (Grobe, Gerr, Steinmann, & AQUA-Institut, 2014, S. 45ff.)

<sup>424</sup> Vgl. (Brandenburg, 2009, S. 56ff.); (Langhoff, 2009, S. 32ff.);

<sup>425</sup> (Langhoff, 2009, S. 41)

<sup>426</sup> Vgl. (Langhoff, 2009, S. 33f.); (Brandenburg, 2009, S. 56); (Regnet, 2014, S. 674f.)



insgesamt muss aber eher von einer „qualitativen Veränderung der Leistungsfähigkeit“ anstatt ihrer Verschlechterung ausgegangen werden, da es eine Vielzahl an Leistungsmerkmalen gibt, die mit steigendem Lebensalter konstant bleiben oder sich gar verbessern<sup>427</sup>. Hierzu zählen beispielsweise Erfahrungs- und Expertenwissen, Pflichtbewusstsein sowie Urteils- und Reflektionsfähigkeit (insgesamt auch als „pragmatische“ oder auch „kristalline Intelligenz“ bezeichnet)<sup>428</sup>. Inwieweit sich jedoch Kompetenzen entwickeln und Abbauprozesse beschleunigen oder verlangsamen, hängt dabei zu einem erheblichen Grad von der Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen sowie genetischen Dispositionen ab<sup>429</sup>.

Folglich gilt es für das Personal- und Gesundheitsmanagement neben der Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen den Fokus ihrer Aktivitäten stärker auf die Kompetenzen und das Gesundheitsbewusstsein ihrer älter werdenden Beschäftigten zu richten und dieses zu fördern, dabei aber auch zu berücksichtigen, dass für älter werdende Mitarbeiter:

- „körperliche anstrengende Arbeit schwerer fällt,
- längere Regenerationsphasen benötigt werden und
- Schichtarbeit [...] bei über 50-Jährigen möglichst reduziert werden sollte, da diese zusätzliche körperliche Belastungen hervorruft.“<sup>430</sup>

Stellt man diese Erkenntnisse in den Kontext der erwarteten Bevölkerungsentwicklung in Deutschland (siehe Abbildung 2.3.5.b), so werden elementare demografische Herausforderungen deutlich, vor denen die Unternehmen stehen:

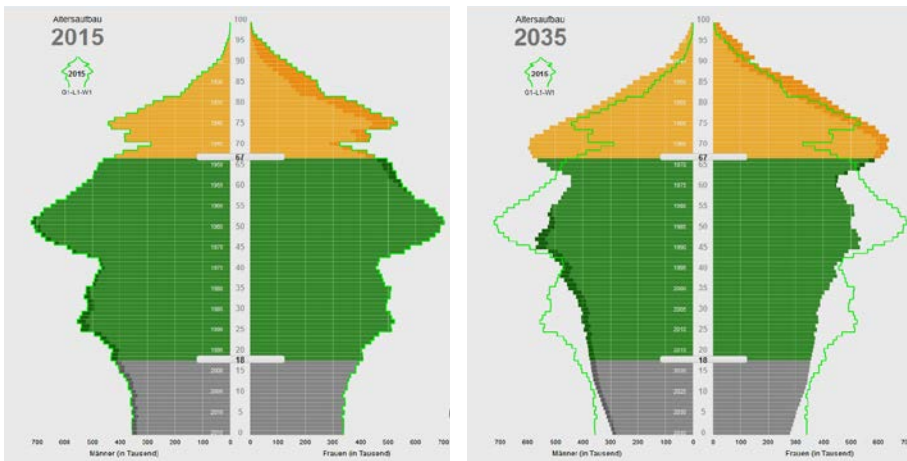


Abbildung 2.3.5.b: Bevölkerungspyramiden für die Jahre 2015 und 2035 (StBA)<sup>431</sup>

427 Vgl. (Stock-Homburg, 2013a, S. 692f.); (Brandenburg, 2009, S. 56ff.); (Langhoff, 2009, S. 34ff.)

428 Vertiefend hierzu siehe: (Stock-Homburg, 2013a, S. 690ff.); (Langhoff, 2009, S. 36ff.)

429 Vgl. (Stock-Homburg, 2013a, S. 692); (Langhoff, 2009, S. 34)

430 (Regnet, 2014, S. 675); Vertiefend siehe auch (Brandenburg, 2009, S. 57ff.)

431 (Statistisches Bundesamt, 2015e)

Auf Grundlage des „Zensus 2011“ und der Schätzung des Statistischen Bundesamtes (StBA) skizziert Abbildung 2.3.5.b, wie sich die Bevölkerung in Deutschland in den kommenden 20 Jahren etwa entwickeln wird (siehe auch Anlage 2.3.5). Bereits auf den ersten Blick wird dabei deutlich, dass die Zahl der potenziellen Erwerbspersonen (grün dargestellt) in den kommenden Jahren massiv zurückgehen wird, während die der Rentner beziehungsweise Personen über 67 Jahren (orange dargestellt) extrem ansteigt. Wie die grüne Kontur dabei verdeutlicht, bezieht sich der Rückgang des Erwerbspotenzials auf alle Altersklassen und wird langfristig noch verstärkt durch schwächere Jahrgänge der unter 18-Jährigen.

Nach der Berechnung des StBA gehörten der Erwerbsbevölkerung in Deutschland im Jahr 2013 noch 49,2 Millionen Menschen (in der Spanne zwischen 20 und 65 Jahren) an. Ab dem Jahr 2020 wird ein massiver Rückgang zu verzeichnen sein, sodass im Jahr 2030 noch etwa 44 bis 45 Millionen und im Jahr 2060 nur noch knapp 40 Millionen Menschen im Erwerbsalter sein werden. Berücksichtigt wurde hierbei bereits, dass das derzeitige Wanderungssaldo (Differenz zwischen den Zu- und Fortzügen nach/aus Deutschland) von gegenwärtig rund 500.000 Personen ab 2021 auf 200.000 pro Jahr sinken wird (siehe Anlage/Abbildung 2.3.5.e). Sollte der Saldo sogar auf 100.000 pro Jahr sinken, läge das Erwerbspotenzial im Jahr 2060 nur noch bei rund 34 Millionen Menschen.<sup>432</sup>

Im Umkehrschluss bedeuten diese Prognosen, dass sich mittelfristig die Zahl der älteren Mitarbeiter in den Unternehmen erhöht, während gleichzeitig das Erwerbspotenzial zurückgeht. Stellt man diese Zahlen außerdem in Relation zur aktuellen Arbeitsmarktsituation mit gegenwärtig rund 43 Millionen Erwerbstätigen<sup>433</sup> und einer Arbeitslosenquote von deutlich unter sieben Prozent<sup>434</sup>, so zeichnet sich deutlich ab, dass es Unternehmen zunehmend schwerer haben werden, ihre ausscheidenden Mitarbeiter adäquat ersetzen zu können. Auch werden die gegenwärtig stärksten Altersjahrgänge (zwischen 40 und 60 Jahren) in den kommenden zwei Jahrzehnten weitgehend aus dem Erwerbsleben ausscheiden<sup>435</sup>.

Weil Zuwanderung und die bessere Ausschöpfung des Erwerbspotenzials diese Differenz allein wohl nicht kompensieren können, werden die Unternehmen damit entweder gezwungen sein, ihren Personalbedarf mittel- bis langfristig zu reduzieren<sup>436</sup> oder aber es gelingt, noch weiteres Erwerbspotenzial zu generieren – was realistisch betrachtet aber wohl nur über eine erneute Erhöhung des Renteneintrittsalters zu erreichen wäre. Auch aus Sicht des Rentensystems wäre ein solcher Schritt (ohne massive Leistungskürzungen) wohl kaum zu verhindern, da gemäß Prognose des StBA im Jahr 2060 je 100 Erwerbstätigen 54 bis 57 potenzielle Leistungsempfänger gegenüberstehen (im Jahr 2013 waren es 30)<sup>437</sup>. Die Erhöhung des Renteneintrittsalters setzt allerdings voraus, dass die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbspersonen bis zum

432 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015c, S. 6ff.)

433 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015b)

434 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015a)

435 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015c, S. 6)

436 wenngleich dies aufgrund starker Unterschiede auf dem Arbeitsmarkt nicht Branchen und für alle Regionen gleichermaßen gelten wird

437 Vgl. (Statistisches Bundesamt, 2015c, S. 7)

jeweils angestrebten Renteneintrittsalter tatsächlich (noch) gegeben ist (siehe auch Kapitel 2.2.5).

Somit wird klar, dass die demografischen Entwicklungen das Thema des „richtigen“ Umgangs mit älteren Mitarbeitern und alternden Belegschaften zu einer strategischen Herausforderung machen. Explizit sollten dabei die Förderung und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern als zentrale Aufgabe wahrgenommen werden<sup>438</sup>. Blickt man hierzu beispielsweise auf die Unternehmensbefragung, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurde, so ist ein entsprechendes Problembewusstsein in Unternehmen und Behörden auch bereits erkennbar. Mehr als zwei Drittel der Befragten schätzen dabei ihren Handlungsbedarf bezüglich der „Überalterung ihrer Belegschaft“ als hoch oder sehr hoch ein (siehe Kapitel 4.3.2).

### 2.3.6 Gesundheitsverhalten und Fehlzeiten

In der Literatur herrscht seit Langem Einigkeit darüber, dass die Gründe für Fehlzeiten in Unternehmen komplex und multifaktoriell determiniert sind<sup>439</sup>. Ebenso wurde bereits deutlich, dass Fehlzeiten mehrheitlich, aber nicht vollständig auf Arbeitsunfähigkeit zurückzuführen sind und dass eine AU-Bescheinigung nur bedingt etwas darüber aussagt (und sagen kann), ob und inwieweit ein Mitarbeiter tatsächlich krankheitsbedingt arbeitsunfähig ist. Auch bestehen verschiedene Zusammenhänge zwischen Arbeit und Krankheit, die von „kausalen Beziehungen“ (sogenannte arbeitsbedingte Erkrankungen/Berufskrankheiten) bis zu „allgemeinen Krankheiten“ reichen, bei denen lediglich schwache, unklare oder inkonsistente Beziehungen zur Arbeit bestehen<sup>440</sup>. Zur Erklärung des Krankenstandes existieren nach Brandenburg & Nieder grundsätzlich vier Theorien:

- **„Belastungstheorie:** Es besteht ein Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit.
- **Missbrauchstheorie:** Arbeitsunfähigkeit wird missbraucht. Spielräume bei der Anwesenheit werden missbräuchlich ausgenutzt, wenn Fehlanreize bestehen und keine ausreichenden Kontrollmöglichkeiten vorhanden sind.
- **Coping-Theorie:** Arbeitsunfähigkeitszeiten werden aufgrund von Belastungen bewusst genommen, um den Gesundheitszustand zu verbessern. Das konsequente Nehmen von „Erholpausen“ bei leichteren Erkrankungen trägt dazu bei, dass solche Arbeitnehmer im Alter deutlich seltener als andere Langzeiterkrankungen aufweisen.
- **Selektionstheorie:** Der Anteil von Mitarbeitern mit Leistungseinschränkungen nimmt zu und damit kommt es auch zu erhöhten Arbeitsunfähigkeiten.“<sup>441</sup>

Während sich die Missbrauchstheorie auf ein „abweichendes Verhalten“ im Sinne von Absentismus bezieht und die Selektionstheorie als Gegenentwurf zum „Healthy-Wor-

438 Vgl. (Rimbach, 2009, S. 195f.)

439 Vgl. z. B. (Ulich & Wülser, 2015, S. 147); (Rimbach, 2013, S. 69); (Marshall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 4ff.); (Rudow, 2011, S. 237ff.); (Jung H. , 2006, S. 689); (Salowsky, 1996)

440 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 23f.)

441 (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 25)

ker-Effekt“<sup>442</sup> interpretiert werden kann, beziehen sich die Belastungs- und die Coping-Theorie im Kern auf unterschiedliche Arten von „Gesundheitsverhalten“<sup>443</sup> (siehe unten). Fasst man Fehlzeiten also als Folge von Belastungen oder als das Ergebnis eines mehr oder weniger bewussten Verhaltens von Mitarbeitern auf, so erscheint es für ein Unternehmen folglich auch möglich, diese zu reduzieren (siehe Kapitel 2.4.3.8). Ausgehend von einer Fehlzeitenquote von neun Prozent schätzt Nieder den beeinflussbaren Anteil der motivationsbedingten Abwesenheiten auf zwei Prozent und der medizinisch notwendigen Abwesenheiten auf drei Prozent.<sup>444</sup> Zentrale Instrumente stellen hierbei zum Beispiel Personalführung (etwa gute Vorbilder und Führung) oder BGF im Sinne von *Verhaltens- und Verhältnisprävention* dar (siehe Kapitel 2.4.3.7 sowie 2.4.4).

Auch Gerich konstatiert im Rahmen einer österreichischen Studie, dass die (individuelle) Krankenstands- und Präsentismushäufigkeit – neben der „*Vulnerabilität*“ (Erkrankungshäufigkeit) einer Person – wesentlich aus dem „Verhalten in einem Entscheidungsprozess“ resultiert (siehe Kapitel 3.1)<sup>445</sup>. Interessant ist dabei, dass sich die Präsentismushäufigkeit und damit das Verhalten trotz Krankheit arbeiten zu gehen, als besserer Indikator für den Gesundheitszustand des Betroffenen herausgestellt hat, als dessen Fehlzeiten. Für das BGM und die Personalführung bedeutet dies zugleich, dass Gesundheitsindikatoren, die ausschließlich auf dem Krankenstand (als vermeintlich harte Kennzahl) basieren, zu kurz greifen und durch Präsentismus-Indikatoren ergänzt werden sollten.<sup>446</sup>

„Stark vernachlässigt“ werden nach Hurrelmann & Richter überdies Erkenntnisse der „nicht biomedizinisch ausgerichteten Ursachenforschung“ zur „*Schlüsselrolle des Gesundheitsverhaltens*“ auf den Gesundheitsstatus<sup>447</sup> und damit indirekt auch auf Fehlzeiten. Unter Gesundheitsverhalten fassen sie alle „*diejenigen Prozesse der Aufmerksamkeit, des Erlebens, der Informationssuche, der Handlungsintention und der Handlungsausführung [zusammen], die auf die Aufrechterhaltung der körperlichen und psychischen Unversehrtheit, die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und die Vermeidung von Gesundheitsstörungen und Krankheiten abzielen*“<sup>448</sup>. Soziale und personale Faktoren bilden dabei die Ausgangsfaktoren, welche einerseits selbst Einfluss auf den Gesundheitsstatus nehmen, andererseits aber auch das Gesundheitsverhalten maßgeblich prägen, dessen Einfluss auf den Gesundheitsstatus als „mindestens ebenso stark“ angesehen wird.<sup>449</sup>

Zu ähnlichen Erkenntnissen gelangen Wieland & Hammes, die im Rahmen einer Internetstudie belegt haben, dass die „*Personale Gesundheitskompetenz*“<sup>450</sup> einen engen Zusammenhang zu Fehlzeiten und dem Präsentismusverhalten ausweist. Je höher die

442 Durch Selektionseffekte nimmt der Anteil gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter ab. Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 5)

443 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 25)

444 Vgl. (Nieder, 1998b, S. 13)

445 Vgl. (Gerich, 2014, S. 33ff.)

446 Vgl. (Gerich, 2015, S. 38ff.); (Gerich, 2014, S. 45f.)

447 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 22ff.)

448 (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 25)

449 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 26f.)

450 Vertiefen hierzu siehe: (Wieland & Hammes, 2010, S. 5ff.)

Gesundheitskompetenz einer Person ausgeprägt ist, desto weniger krankheitsbedingte Fehltage weist sie demnach auf<sup>451</sup>.

Um die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter langfristig zu sichern, sollte im Rahmen des Personal- und Gesundheitsmanagements folglich ein besonderer Fokus auf die Förderung der Gesundheitskompetenz und Verbesserung des Gesundheitsverhaltens gerichtet werden. Eigene Studienergebnisse hierzu zeigen, dass bereits jetzt alle befragten Unternehmen Handlungsbedarf im Hinblick auf das Gesundheitsbewusstsein/-verhalten ihrer Belegschaft sehen. Mehr als drei Viertel bewerten diesen sogar als hoch oder sehr hoch (siehe Kapitel 4.3.2).

Soll schließlich das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter verbessert werden, so tritt besonders das Thema Führung in den Blickpunkt, deren wichtiger Stellenwert und herausgehobene Wirkung im Zusammenhang mit Gesundheit als unumstritten gilt<sup>452</sup>. Einen vielversprechenden Ansatz hierzu bietet dabei das Konzept der „*Health-oriented Leadership*“ (HoL) nach Franke & Felfe, welches insbesondere die bislang kaum berücksichtigte Vorbildwirkung der Führungskraft nutzt, um das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter zu verbessern<sup>453</sup> (siehe Kapitel 2.4.4).

## 2.4 Gesundheit als Handlungsfeld des Personalmanagements

Das Handlungsfeld der Mitarbeitergesundheit blickt in deutschen Unternehmen auf eine lange Tradition zurück und war bereits vor der Gründung des deutschen Reichs Gegenstand von Erlassen und Verordnungen (siehe Kapitel 2.4.2.1). Allerdings änderten sich im Laufe der Zeit die Zielsetzungen, die mit Maßnahmen zum Erhalt und der Förderung von Gesundheit verbunden waren und sind. Während es etwa dem preußischen König noch darum ging, durch Einschränkung von Kinderarbeit deren Gesundheit und um damit die Wehrfähigkeit seiner heranwachsenden Rekruten vor den negativen Folgen harter körperlicher Arbeit zu schützen, so geht es Unternehmen heute in erster Linie um ihre Wettbewerbsfähigkeit, die in vielfacher Hinsicht von der Gesundheit ihrer Mitarbeiter abhängt oder sich durch Investitionen in dieses Handlungsfeld steigern lässt (siehe Kapitel 2.4.3.1/6).

Blickt man auf zentrale Trends und Entwicklungen, denen das Personalmanagement gegenwärtig ausgesetzt ist, so machen Beispiele wie die *Veränderungen der Arbeit und Arbeitswelt* (siehe Kapitel 2.2.1), die *demografische Entwicklung* (siehe Kapitel 2.3.5) oder die steigende *Bedeutung psychischer Erkrankungen* im Fehlzeitengeschehen (siehe Kapitel 2.3.4) deutlich, dass das Thema Gesundheit stärker denn je ins Handlungsfeld des Personalmanagements rückt. Parallel zur innerbetrieblichen Relevanz steigt auch das politische Interesse an diesem Handlungsfeld und hat in den letzten Jahren zu einer Reihe gesetzlicher Regelungen und Auflagen wie das Präventionsgesetz (siehe Kapitel 2.4.2) geführt.

---

451 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 72)

452 Vgl. (Nieder, 2012, S. 144)

453 Vgl. (Franke & Felfe, 2011)

Um das weite und komplex verflochtene Handlungsfeld der Mitarbeitergesundheit im Hinblick auf seine Relevanz für das Personalmanagement zu erläutern, soll in den nachfolgenden Teilkapiteln zunächst ein Blick auf wichtige *Kennzahlen und Routinedaten* sowie den Aspekt der *betrieblichen Gesundheitsberichterstattung* gerichtet werden (siehe Kapitel 2.4.1).

Daraufhin wird der *rechtliche und normative Rahmen* zum Thema Gesundheit im betrieblichen Kontext erläutert (siehe Kapitel 2.4.2). Gegenstand dieses Kapitels sind zum einen die *gesetzlichen Vorgaben und Pflichten* (siehe Kapitel 2.4.2.1) sowie *gesundheitsbezogene Normen, Standards und Selbstverpflichtungen* (wie die Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung, die OHSAS 18001 oder die DIN SPEC 91020), auf die einige Unternehmen ihre Aktivitäten zum Arbeitsschutz beziehungsweise der *Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)* oder des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)* ausrichten (siehe Kapitel 2.4.2.2). Um das Thema Gesundheit auf höchster Ebene im Unternehmen zu verankern, bietet es sich darüber hinaus an, eine an den Unternehmenszielen ausgerichtete *Betriebliche Gesundheitspolitik* zu gestalten (siehe Kapitel 2.4.2.3). Abschließend zum rechtlich-normativen Rahmen wird mit Blick auf den Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit eine *rechtliche Bewertung des Phänomens Präsentismus* (sowohl im engeren als auch im weiteren Sinne) vorgenommen (siehe Kapitel 2.4.2.4).

Aufbauend auf den Überlegungen zu Daten und rechtlichen Vorgaben der vorausgehenden Abschnitte sollen im Rahmen von Kapitel 2.4.2.3 *Grundlagen und zentrale Handlungsfelder des BGM* diskutiert werden. Neben möglichen Zielen, Handlungsbereichen, Gestaltungsansätzen und etwaigen Mindeststandards (siehe Kapitel 2.4.3.1-4) sollen auch integrierte Modelle sowie die Wirksamkeit beziehungsweise der Nutzen von BGM (siehe Kapitel 2.4.3.5/6) und wichtige Handlungsfelder des BGM wie die Betriebliche Gesundheitsförderung (Kapitel 2.4.3.7), das Betriebliche Fehlzeitenmanagement (Kapitel 2.4.3.8) und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (siehe Kapitel 2.4.3.9) behandelt werden.

Doch obwohl das Handlungsfeld der Mitarbeitergesundheit an diverse gesetzliche Auflagen gekoppelt und zum Beispiel Gegenstand von Unternehmenszielen, Betriebsvereinbarungen oder betrieblichen Selbstverpflichtungen ist, ändert dies nichts daran, dass Gesundheit (soweit der Gesetzgeber es nicht ausdrücklich anders regelt) im Grundsatz die Privatangelegenheit des jeweiligen Mitarbeiters ist und bleibt. Dennoch wird im Rahmen des BGM – aus gutem Grund – versucht, auf dessen Gesundheit, Wohlbefinden und Zufriedenheit positiv einzuwirken, um beispielsweise Fehlzeiten zu vermeiden und die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit des Mitarbeiters (siehe Kapitel 2.2.5) nachhaltig zu erhalten respektive zu erhöhen. Insofern wird deutlich, dass Gesundheitsförderung und die Gestaltung gesundheitsförderlicher Strukturen immer mit Kommunikation verbunden und eine zentrale Führungsaufgabe ist<sup>454</sup>. In Kapitel 2.4.4 sollen daher der *Einfluss von Führung auf die Gesundheit* sowie *Kriterien gesundheitsförderlicher Führung* untersucht werden.

454 Vgl. (Nieder, 2012, S. 144ff.)

### 2.4.1 Kennzahlen und Routinedaten

Gesundheitsbezogene Daten stellen nicht nur für die Sozialversicherungsträger, sondern auch für das Personal- und betriebliche Gesundheitsmanagement eine wichtige Informationsquelle und Entscheidungsgrundlage des strategischen und operativen Handelns dar. Von besonderem Nutzen sind neben betrieblichen Kennzahlen und qualitativen Gesundheitsdaten dabei vor allem die Routinedaten der Sozialversicherungsträger sowie spezielle Datensätze externer Dienstleister.

In *Kennzahlen* sind relevant erscheinende (quantitativ messbare) Zusammenhänge auf einen absoluten oder relativen numerischen Wert verdichtet<sup>455</sup>. „Sie dienen der Entscheidungsunterstützung, Steuerung und Kontrolle von Maßnahmen“<sup>456</sup> und weisen damit besonders für die „Kernprozesse des integrierten Gesundheitsmanagements“ (siehe Abbildung 2.4.3.4) eine hohe Relevanz auf. In strategischen Zusammenhängen werden Kennzahlen folglich auch als „Key Performance Indicator“ (kurz: KPI) bezeichnet<sup>457</sup>. Dabei können Kennzahlen im Grundsatz für jedes Unternehmen frei definiert und konstruiert werden, was die überbetriebliche Vergleichbarkeit allerdings einschränkt. Zu den gängigen Kennzahlen in der Unternehmenspraxis zählen nach Ueberle & Greiner der *Krankenstand* (siehe Kapitel 2.3.1), die *Unfallquote* (etwa Arbeitsunfälle pro Mitarbeiter), die *Motivation* (beispielsweise abgeleitet aus der Fluktuationsquote oder Anzahl der Verbesserungsvorschläge von Mitarbeitern), die *Qualität* (etwa über Nachbesserungskosten oder Fehler pro Erzeugnis), die *Arbeitsbelastung und -gefährdung* (zum Beispiel über Gefährdungsbeurteilungen oder die Überstundenquote) sowie *monetäre Bewertungen* (wie den ROI von BGF-Maßnahmen; siehe Kapitel 2.4.3.6)<sup>458</sup>.

Unmittelbar bezogen auf das Konzept (und Controlling) des integrierten Gesundheitsmanagements unterscheidet die DGFP dabei drei Kategorien an Kennzahlen, die sich entweder auf den *Outcome* (den Einfluss auf den Unternehmenserfolg; zum Beispiel den ROI), den *Output* (beispielsweise Fehlzeitenquote, Präsentismusquote, Platzierungen in Health-Rankings, BGM-Kosten etc.) oder auf die *Maßnahmeneffizienz* (wie die Anzahl durchgeführter Maßnahmen, Nutzungsquote/Kosten je Maßnahme, Erreichungsquote der Zielgruppe, etc.) beziehen.<sup>459</sup>

Darüber hinaus werden im betrieblichen Kontext (von verschiedenen Akteuren) regelmäßig weitere – meist qualitative – Daten mit Gesundheitsbezug erhoben. Hierzu zählen nach Böhnke beispielsweise *Daten des Personalmanagements* (neben Fehlzeitenanalysen auch Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen, Personalstammdaten oder Unterlagen zu Arbeitsplatz-, Stellen- oder Tätigkeitsbeschreibungen), *Daten der Betriebsräte* (zum Beispiel Protokolle/Dokumentationen aus Mitarbeitergesprächen), *Daten von Akteuren des Arbeits- und Gesundheitsschutzes* sowie der *Fachkräfte für Arbeitssi-*

455 Vgl. (Ueberle & Greiner, 2010, S. 254) ; (Ritter , 2013a, S. 402)

456 (Ritter , Kennzahlen, 2013a, S. 402)

457 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 88)

458 Vgl. (Ueberle & Greiner, 2010, S. 256ff.)

459 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 87f.)

cherheit, der betrieblichen Sozialberatung und natürlich Daten der Betriebsärzte<sup>460</sup> sowie Daten die aus Maßnahmen oder Elementen des BGM resultieren wie Gesundheitszirkel und Steuerungskreise oder auch Arbeitssituationsanalysen.

Unternehmen, die ihren Mitarbeitern eine externe Mitarbeiterberatung (Employee Assistance Program; kurz EAP<sup>461</sup>) anbieten haben darüber hinaus die Möglichkeit, Daten über die (insbesondere mentalen/psycho-sozialen) Probleme ihrer Beschäftigten zu gewinnen. Hierzu erhalten die Unternehmen durch den externen Anbieter in der Regel eine anonymisierte und (soweit im Rahmen des Datenschutzes möglich) auf Teilbereiche des Unternehmens bezogene Auswertung der in Anspruch genommenen Dienstleistungen und wichtigsten Probleme der Mitarbeiter.

Des Weiteren werden sogenannte *Routinedaten* von den Sozialversicherungsträgern erfasst und in abgestufter (meist in gruppierter und anonymisierter Form) den Unternehmen beziehungsweise Arbeitgebern wiederum zur Verfügung gestellt. Hierzu zählen insbesondere Arbeitsunfähigkeitsdaten und -analysen der gesetzlichen Krankenkassen (einschließlich Tätigkeitsbereiche und Diagnosegruppen) sowie Daten der gesetzlichen Rentenversicherung, die neben Rentenzugangsdaten etwa auch Daten über Rehabilitationsmaßnahmen erheben. Die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV) erheben darüber hinaus Routinedaten zu Arbeitsunfällen und Wegeunfällen sowie Berufskrankheiten, verfügen daneben aber auch über Daten zu Rehabilitationsmaßnahmen.<sup>462</sup>

Mindestens ebenso wichtig wie die Verfügbarkeit verlässlicher Daten ist aber, dass diese (insbesondere wenn sie als Kennzahlen vorliegen) „richtig interpretiert werden und die Begrenztheit der Aussage berücksichtigt wird“<sup>463</sup>, da Kennzahlen lediglich einen Ausschnitt der Realität abbilden können. Folglich sollte unter den beteiligten Akteuren darüber Einigkeit herrschen, welche Auswahl getroffen und mit den Kennzahlen erfasst werden soll.<sup>464</sup>

Speziell unter dem Gesichtspunkt der strategischen kosteneffizienten Ausrichtung des BGM und der systematischen Steuerung und Überwachung der damit einhergehenden Maßnahmen bietet es sich an, die relevanten (primären und sekundären) Gesundheitsdaten in ein gemeinsames betriebliches Berichtssystem (eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung) zu überführen (siehe Abbildung 2.4.1):

460 Vgl. (Böhnke, 2006, S. 61ff.)

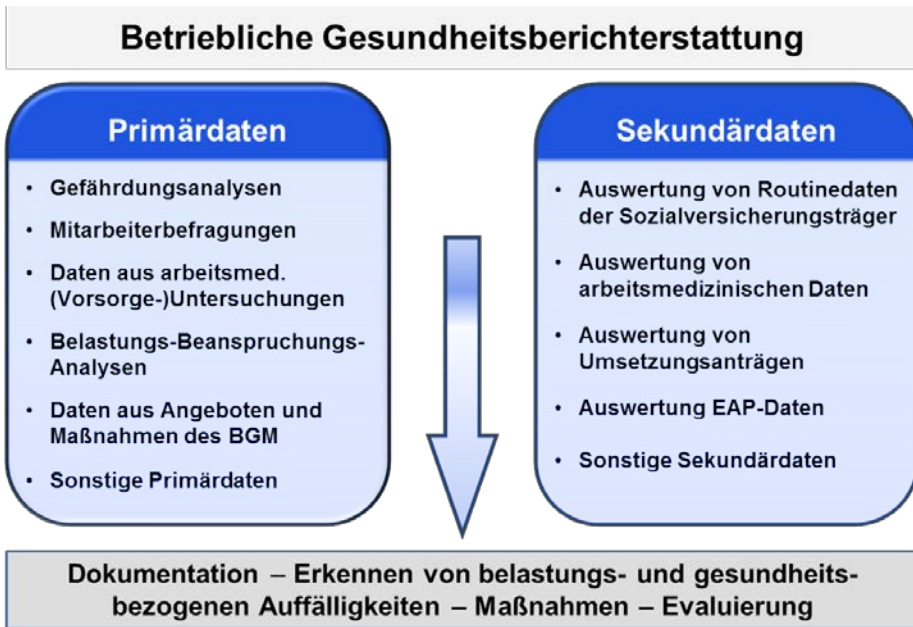
461 Vertiefend zu EAP siehe z. B.: (Schulte-Meßtorff & Wehr, 2013)

462 Vertiefend zu gesundheitsbezogenen Routinedaten siehe: (Swart, Ihle, Gothe, & Matusiewicz, 2014)

463 (DGFP e. V., 2014, S. 88)

464 Vgl. (Ueberle & Greiner, 2010, S. 254)





**Abbildung 2.4.1:** Elemente einer Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung  
(modifiziert nach Brandenburg & Nieder)<sup>465</sup>

Hierbei sollten gesundheitsbezogene Daten systematisch und regelmäßig für alle Bereiche respektive Kostenstellen des Unternehmens erhoben und dokumentiert werden (Gesundheitsstand-Controlling), um gesundheitsbezogene Auffälligkeiten sowie Interventionsbedarfe frühzeitig zu erkennen, zu kommunizieren und ihnen durch geeignete Maßnahmen entgegenwirken zu können<sup>466</sup>.

Anzumerken gilt hinsichtlich der systematischen Zusammenführung von Primär- und Sekundärdaten in der Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung allerdings, dass ihr über das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) datenschutzrechtliche Grenzen gesetzt sind<sup>467</sup> und darüber hinaus fraglich ist, „ob sich diese Daten, die teilweise zu ganz unterschiedlichen Zwecken erhoben worden sind, wirklich sinnvoll miteinander verknüpfen lassen und zu einem zusätzlichen Erkenntnisgewinn führen“<sup>468</sup>. Dennoch ist grundsätzlich zu konstatieren, dass es nur auf Grundlage verlässlicher Daten und Kennzahlen möglich ist, ein nachhaltiges BGM systematisch zu implementieren und wirksam zu steuern (siehe Kapitel 2.4.3).

<sup>465</sup> Darstellung nach: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 73)

<sup>466</sup> Vertiefend hierzu siehe: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 72f.); (Walter, 2010, S. 154)

<sup>467</sup> Vertiefend hierzu siehe: (March, Rauch, Bender, & Ihle, 2014); (Neufeld, 2011, S. 108ff.)

<sup>468</sup> (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 74)

## 2.4.2 Rechtliche und normative Regelungen und Rahmen

Wie Hromadka & Maschmann zum Arbeitsrecht einführend konstatieren, liegt es „im Schnittpunkt von Wirtschafts- und Sozialpolitik [und] ist der Versuch eines Ausgleichs der Interessen von Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Allgemeinheit; das Bemühen, wirtschaftliche Bedürfnisse und soziale Notwendigkeiten unter dem Leitgedanken der Gerechtigkeit miteinander zu versöhnen“<sup>469</sup>. Dabei existiert kein übergreifendes Arbeitsgesetz, sondern eine Fülle an nationalen und europäischen Gesetzen, Richtlinien und Rechtsverordnungen sowie zahlreiche – partiell abweichende – Gerichtsentscheidungen (speziell des Bundesarbeitsgerichts; BAG), die unmittelbaren Einfluss auf das Personalmanagement haben.<sup>470</sup>

Entsprechend komplex und unübersichtlich gestaltet sich auch der rechtliche Bezugsrahmen für das BGM, dessen Handlungsbereiche oft eng an dieser Schnittstelle liegen (siehe Kapitel 2.4.2.1). Neben gesetzlichen Vorgaben für das BGM bestehen darüber hinaus diverse Normen, Standards und Selbstverpflichtungen, wobei im weiteren Verlauf dieser Arbeit insbesondere für die Bereiche BGF, BGM sowie Arbeits- und Gesundheitsschutz insbesondere die *Luxemburger Deklaration* die *DIN SPEC 91020* sowie die *BS OHSAS 18001 und ISO 45001* näher behandelt werden sollen (siehe Kapitel 2.4.2.2). Im Hinblick auf die zahlreichen rechtlichen und normativen Determinanten für ein BGM ist es für dessen Konzeption und praktische Ausgestaltung folglich von großem Wert, wenn über eine *Betriebliche Gesundheitspolitik* (als Teil der Unternehmenspolitik) ein priorisierender Rahmen geschaffen wird (siehe Kapitel 2.4.2.3). Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit soll in Kapitel 2.4.2.4 außerdem eine arbeitsrechtliche Bewertung des Phänomens Präsentismus vorgenommen werden.

### 2.4.2.1 Rechtliche Grundlagen des BGM

Traditionell nimmt der Arbeitsschutz in Deutschland einen besonderen Stellenwert im betrieblichen Umgang mit der Gesundheit von Mitarbeitern ein. Dabei lassen sich die Wurzeln dieser Gesetzgebung bis ins Königreich Preußen zurückführen, wo im Jahr 1839 durch das Preußische Regulativ beispielsweise Kinderarbeit (unter neun Jahren) verboten oder im Jahr 1845 durch eine Gewerbeordnung Bestimmungen zu „Gesundheit und Sittlichkeit im Betrieb“ eingeführt wurden. Nach der Übernahme dieser Ordnung in das deutsche Kaiserreich wurden durch ein Abänderungsgesetz (im Jahr 1878) außerdem Regelungen zum Schutz von Frauen und werdenden Müttern sowie Lehrlingen erlassen.<sup>471</sup> In 1885 trat darüber hinaus ein Gesetz in Kraft, das die gesetzliche Unfallversicherung (GUV) schuf und zur Gründung der Berufsgenossenschaften (BG) sowie der Erstellung von Unfallverhütungsvorschriften (UVV) führte, die im Jahr 1900 für rechtlich verbindlich erklärt und ihr Erlass für die BG als zwingend vorgeschrieben wurde.<sup>472</sup> Dennoch dauerte es bis in die zweite Hälfte des letzten Jahrhunderts, bis sich in Deutschland ein substantieller Arbeits- und Gesundheitsschutz etablierte und

469 (Hromadka & Maschmann, 2015, S. V)

470 Vertiefend siehe z. B.: (Hromadka & Maschmann, 2015); (Hromadka & Maschmann, 2014)

471 Vgl. (Jäger, 2015, S. 42f.)

472 Vgl. (Jäger, 2015, S. 43f.)

heute eine zentrale Rechtsgrundlage für das Gesundheitsmanagement in Organisationen bildet.

### **Arbeitsschutzgesetz**

Als gegenwärtig wichtigstes Gesetz – im Sinne einer verbindlichen rechtlichen Basis des BGM – gilt das *Arbeitsschutzgesetz* (ArbSchG)<sup>473</sup>. Dieses trat am 21. August 1996 in Kraft und „dient dazu die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu erhalten und zu verbessern“<sup>474</sup>. Zugleich wurden mit diesem Gesetz die geltenden EG-Richtlinien (89/391/EWG und 91/383/EWG) bezüglich der Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von Arbeitnehmern umgesetzt<sup>475</sup>.

Mit den EG-Richtlinien und dem neuen ArbSchG wurde aber auch eine neue Sichtweise des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb verbunden<sup>476</sup>. Während in Deutschland bis zu dieser Zeit traditionell eine risiko- und sicherheitsorientierte Ausrichtung (im Sinne von Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) und UVV) dominierte, in dessen Logik „zwingende Verhaltenspflichten normiert wurden“, erfolgte mit der Umsetzung der europäischen Arbeitsschutzpolitik eine Erweiterung des Arbeitsschutzprinzips, welches sich stärker an Verfahren des Qualitätsmanagements anlehnt und Arbeitsschutz präventiv und einzelfallbezogen (im Sinne einer betrieblichen Arbeitsschutzpolitik) versteht<sup>477</sup>. Dabei werden den Arbeitgebern keine dezidierten Vorschriften gemacht, welche Maßnahmen sie vorzunehmen haben, sondern „allgemein gehaltene Schutzziele“ [vorgegeben], die von den Betrieben selbst anhand der spezifischen betrieblichen Bedingungen und Problemlagen zu konkretisieren sind<sup>478</sup>. Demnach fallen unter Arbeitsschutz (gemäß § 2 Abs. 1 ArbSchG) „Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“ sowie „Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit“. Konkretisierend heißt es hierzu in § 3 Abs. 1 ArbSchG:

*„Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen.*

*Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen.*

*Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben.“*

Gesondert aufgeführt wird (in §§ 5-6 ArbSchG) die Verpflichtung des Arbeitgebers Gefährdungsbeurteilungen für Arbeitsplätze und Tätigkeiten durchzuführen und zu do-

---

473 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 46); (Rudow, 2011, S. 27)

474 (Rudow, 2011, S. 27)

475 Vgl. (Rudow, 2011, S. 26); Siehe auch ArbSchG: Hinweis/Fußnote

476 Vgl. (Rudow, 2011, S. 27); (Faller & Faber, 2012, S. 40)

477 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 46ff.); (Faller & Faber, 2012, S. 39f.)

478 (Faller & Faber, 2012, S. 40)

kumentieren. Darüber hinaus hat dieser (nach § 3 Abs. 2 ArbSchG) für eine geeignete Organisation und die Bereitstellung der erforderlichen Mittel zu sorgen, die Maßnahmen in die betrieblichen Führungsstrukturen einzubinden und den Beschäftigten zu ermöglichen, ihren Mitwirkungspflichten nachzukommen. Der zunehmenden Bedeutung psychischer Belastungen und Erkrankungen in der Arbeitswelt (siehe Kapitel 2.3.4) wurden mit der Novellierung des ArbSchG im Oktober 2013 (mit § 4 Satz 1 sowie § 5 Abs. 3 Satz 6) auch *psychische Belastungen* als Risikofaktoren bei der Arbeit explizit benannt<sup>479</sup>.

In der Praxis erfolgt die Umsetzung des betrieblichen Arbeitsschutzes (inklusive Gesundheitsschutz, Ergonomie und Gesundheitsförderung) besonders in großen Unternehmen oft über sogenannte Arbeitsschutzmanagementsysteme, denen standardisierte Konzepte und Verfahren wie zum Beispiel die *OHSAS 18001* (siehe Kapitel 2.4.2.2) oder die „*Technical Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems*“ (ILO-OSH-MS 2001) zugrunde liegen<sup>480</sup>.

Demgegenüber gestaltet sich der Arbeitsschutz aus behördlicher und staatlicher Sicht durch seine ebenen- und institutionsübergreifende Kompetenzverteilung relativ unübersichtlich. Während die Aufgaben des *Bundes* im Arbeitsschutz primär im Bereich der Gesetzgebung, Arbeitsschutzforschung und Berichterstattung liegen, erfolgt die Exekutive (wie die Überwachungsaufgaben und Sanktionierung bei Verstößen) über die Aufsichtsbehörden der 16 Bundesländer sowie die *Unfallversicherungsträger* (*Berufsgenossenschaften* und *Unfallkassen*) – welche (gemäß § 1 SGB VII) *mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren in den Betrieben* zu sorgen, die Einhaltung zu überwachen und die Unternehmer und Beschäftigten zu beraten haben.

Um die Aktivitäten und Ziele der verschiedenen Akteure (im Interesse eines wirksamen Arbeitsschutzes) besser zu koordinieren und für Betriebe Anreize zu schaffen die Sicherheit und Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu stärken, wurden im Jahr 2008 durch eine Änderungen im Arbeitsschutzgesetz (§§ 20f. ArbSchG) und im Sozialgesetzbuch VII (§§ 20a-b SGB VII) die *Gemeinsame deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)* sowie die *Nationalen Arbeitsschutzkonferenz (NAK)* initiiert, welche die GDA entwickelt, steuert und fortschreibt.<sup>481</sup>

In der GDA arbeiten Bund, Länder und UV-Träger zusammen, um die in § 20a Abs. 2 definierten Aufgaben der GDA wie etwa die *Entwicklung gemeinsamer Arbeitsschutzziele*, die *Festlegung vorrangiger Handlungsfelder und Eckpunkte für Arbeitsprogramme und deren Ausführung nach einheitlichen Grundsätzen* oder die Herstellung eines verständlichen, überschaubaren und abgestimmten Vorschriften- und Regelwerks zu erreichen. „Im Zeitraum 2013 - 2018 arbeiten die Träger der GDA gemeinsam an der Verwirklichung der folgenden Arbeitsschutzziele:

479 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 81)

480 Vgl. (Ritter, 2013b, S. 57ff.); (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014, S. 3ff.)

481 Vgl. (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, 2015a)

- Verbesserung der Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes
- Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich
- Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung<sup>482</sup>

### Arbeitssicherheitsgesetz

Neben dem Arbeitsschutzgesetz hat in der betrieblichen Praxis auch das *Arbeitssicherheitsgesetz* (ASiG) eine zentrale Bedeutung inne, dessen legislativer Fokus auf die Wirksamkeit des Arbeitsschutzes und Unfallverhütung durch die Bestellung betrieblicher Experten gerichtet ist. Wie dessen vollständige Bezeichnung „*Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit*“ bereits suggerieren und in § 1 ASiG deutlich wird, geht der Gesetzgeber davon aus, dass Arbeitgeber die gesetzlichen Vorgaben im Bereich Arbeitsschutz und Unfallverhütung regelmäßig nicht ohne Unterstützung von Experten umfassend erfüllen, sodass ihnen Betriebsärzte (BA), Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (FASi) unterstützend zur Seite stehen sollen<sup>483</sup>.

### Sozialgesetzbücher

Ein überaus komplexes Rechtsgebiet sind die Regelungen der Sozialgesetzbücher, zu denen in verschiedener Hinsicht ein Bezug zum BGM hergestellt werden kann. Aus Kapazitätsgründen ist es jedoch nicht möglich, diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit umfassend zu erläutern, sodass sich ihre Darstellung auf ausgewählte Aspekte wie das *Betriebliche Eingliederungsmanagement* (siehe Kapitel 2.4.3.9), die *Prävention und Gesundheitsförderung* (siehe unten: Präventionsgesetz) sowie die *arbeitsrechtlichen Aspekte zu Präsentismus* respektive zu kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern (siehe Kapitel 2.4.2.4) beschränken soll.<sup>484</sup>

### Weitere Gesetze und Verordnungen mit BGM-Bezug

Insbesondere aus einer salutogenetischen und ressourcenorientierten Betrachtung heraus (siehe Kapitel 2.2.6) ist darüber hinaus auch das *Arbeitszeitgesetz* (ArbZG) von Interesse für das BGM, um beispielsweise Ressourcen zu erhalten und einer physischen oder mentalen Überlastung entgegenzuwirken. Wiederum zur „Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer“ werden hierin neben Arbeitszeiten, Ruhepausen/-zeiten sowie Nacht- und Schichtarbeit auch Regelungen zum Arbeiten an Sonn- und Feiertagen verbindlich getroffen.

Darüber hinaus soll die *Arbeitsstättenverordnung* (ArbStättV) der Sicherheit und dem Gesundheitsschutz der Beschäftigten beim Einrichten und Betreiben von Arbeitsstätten dienen. Hierin sind neben Arbeitsräumen und orten beispielsweise Aspekte wie Verkehrs- und Fluchtwege, Notausgänge, Sanitärräume (Umkleide-, Wasch- und Toilettenräume), Pausen- und Bereitschaftsräume, Erste-Hilfe-Räume oder Unterkünfte geregelt. Auch wird in dieser Verordnung Bezug auf die Gefährdungsbeurteilung (nach

---

482 (Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, 2015b)

483 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Faller & Faber, 2012, S. 45f.)

484 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Faller & Faber, 2012, S. 46ff.)

§ 5 ArbSchG) genommen und der Arbeitgeber zum Nichtraucherschutz verpflichtet.

Weitere Determinanten zum Schutz der Gesundheit von Mitarbeitern respektive zu Mindestansprüchen der Beschäftigten enthalten beispielsweise das *Mutterschutzgesetz* (MuSchG) und die *Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz* sowie das *Bundesurlaubsgesetz* (BUrlG) oder auch die *Bildschirmarbeitsverordnung* (BildscharbV) – um nur eine Auswahl zu benennen.<sup>485</sup>

Darüber hinaus bietet § 3 Nr. 34 des Einkommenssteuergesetzes (EStG) dem Arbeitgeber die Möglichkeit, pro Kalenderjahr und Mitarbeiter 500 Euro lohnsteuersteuerfrei zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands und der betrieblichen Gesundheitsförderung (im Sinne SGB V; siehe unten) zu investieren<sup>486</sup>.

### Präventionsgesetz

Aus legislativer Sicht ist gegenwärtig aber vor allem das Themenfeld Prävention und Gesundheitsförderung hochaktuell. Am 18. Juni 2015 beschloss der Deutsche Bundestag das Präventionsgesetz (PrävG)<sup>487</sup>, welches mit dem 1. Januar 2016 vollständig in Kraft tritt und die Bedeutung der Betrieblichen Gesundheitsförderung deutlich stärkt. Hierzu werden die Krankenkassen nach § 20 Abs. 6 SGB V unter anderem verpflichtet 7 statt bisher 3,17 Euro pro Jahr und Versicherten für „Primäre Prävention und Gesundheitsförderung“ auszugeben, wovon mindestens zwei Euro explizit für die *Betriebliche Gesundheitsförderung* (§ 20b SGB V) aufzuwenden sind. Hierzu heißt es im § 20b SGB V:

(1) „Die Krankenkassen fördern mit Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (betriebliche Gesundheitsförderung) insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen. Hierzu erheben sie unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sowie der Betriebsärzte und der Fachkräfte für Arbeitssicherheit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale und entwickeln Vorschläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation sowie zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen und Fähigkeiten und unterstützen deren Umsetzung. [...]“

(2) „Bei der Wahrnehmung von Aufgaben nach Absatz 1 arbeiten die Krankenkassen mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie mit den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammen. Sie können Aufgaben nach Absatz 1 durch andere Krankenkassen, durch ihre Verbände oder durch zu diesem Zweck gebildete Arbeitsgemeinschaften (Beauftragte) mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. [...]“

(3) Die Krankenkassen bieten Unternehmen unter Nutzung bestehender Strukturen in gemeinsamen regionalen Koordinierungsstellen Beratung und Unterstützung an. Die Beratung und Unterstützung umfasst insbesondere die Information

485 Zur weitführenden Übersicht des Rechtsrahmens zum BGM siehe: z. B.: (Uhle & Treier, 2015, S. 93ff.)

486 Vertiefend hierzu siehe: (BMG, 2015b)

487 Vertiefend hierzu siehe: (BMG, 2015c)

*über Leistungen nach Absatz 1 und die Klärung, welche Krankenkasse im Einzelfall Leistungen nach Absatz 1 im Betrieb erbringt. Örtliche Unternehmensorganisationen sollen an der Beratung beteiligt werden. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen regeln einheitlich und gemeinsam das Nähere über die Aufgaben, die Arbeitsweise und die Finanzierung der Koordinierungsstellen sowie über die Beteiligung örtlicher Unternehmensorganisationen durch Kooperationsvereinbarungen. [...]“*

Hervorzuheben ist bei dieser Gesetzesnovelle zur BGF die systematische Vernetzung und Kooperation der beteiligten Akteure. So werden die Krankenkassen explizit verpflichtet, im Rahmen der Förderung von BGF-Leistungen mit den zuständigen Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit zu kooperieren, haben mit dem zuständigen Unfallversicherungsträger sowie den für den Arbeitsschutz zuständigen Landesbehörden zusammenzuarbeiten und sollen bei der Aufgabenwahrnehmung mit anderen Krankenkassen zusammenarbeiten. Im Rahmen sogenannter „*Regionaler Koordinierungsstellen*“ werden sie darüber hinaus verpflichtet Versicherten niederschwellig Zugang zu Beratung und Unterstützung anzubieten. Aufgaben, Arbeitsweise und Finanzierung der Koordinierungsstellen haben die Krankenkassen einheitlich und gemeinsam zu regeln und sollen dabei mit örtlichen Unternehmensorganisationen kooperieren.

Analog zur GDA und der NAK (siehe oben) wird mit dem PräVG außerdem dauerhaft eine nationale *Präventionskonferenz* (NPK) mit Krankenkassen und Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, Unfallversicherung und den Pflegekassen initiiert, die (im Interesse einer wirksamen und zielgerichteten Gesundheitsförderung und Prävention) eine gemeinsame *nationale Präventionsstrategie* (GNP)<sup>488</sup> erarbeiten und alle vier Jahre (erstmalig 2019) einen nationalen trägerübergreifenden Präventionsbericht erstellen soll (§§ 20d und e SGB V), der über den Stand von Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland informiert und Empfehlungen zur Weiterentwicklung dieser Bereiche abgibt. Die konstituierende Sitzung der NPK fand am 26.10.2015 als Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Spitzenorganisationen von Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung statt.<sup>489</sup>

Aus betrieblicher Sicht sollten insbesondere kleinere Betriebe – die aufgrund ihrer geringen Mitarbeiter- beziehungsweise Versichertenzahl bislang nicht im Fokus der Unterstützungsleistungen vieler Krankenkassen standen – durch das PräVG profitieren, indem sie niedrigschwelligen Zugang zu Beratung und Unterstützung erhalten. Ebenso scheint der Ansatz zielführend, die verschiedenen Akteure der BGF stärker zu vernetzen und ihre Aktivitäten besser aufeinander abzustimmen.

Abzuwarten bleibt allerdings, welchen Effekt dieses Gesetz bei „zwei“ Euro pro Versicherten und Jahr in der Praxis tatsächlich erzielen kann. Wie bisher werden dabei der

488 Im Sinne der Vereinbarung einer bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (nach § 20d Abs. 3 SGB V)

489 Vgl. (DGUV, 2015)

jeweilige Gestaltungswille und die Bereitschaft von Arbeitgebern und Krankenkassen weiterführende Angebote zu offerieren entscheidend sein, wenngleich die jüngsten Beitragserhöhungen der Krankenkassen (trotz Rekordbeschäftigung) nur bedingte finanzielle Handlungsspielräume erwarten lassen. Nichtsdestotrotz ist das PrävG als klares politisches Bekenntnis für die BGF und das BGM und sollte mittelfristig wohl insbesondere durch die Arbeit der NPK und die Erstellung einer GNP die Dynamik in diesem Handlungsfeld erhöhen.

#### 2.4.2.2 Normen, Standards und Selbstverpflichtungen

Über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehend ist das Handlungsfeld Gesundheit Gegenstand zahlreicher Normen, Standards und freiwilliger Selbstverpflichtungen. Zu den wichtigsten im Kontext des BGM zählen dabei die Luxemburger Deklaration, die DIN SPEC 91020 sowie die OHSAS 18001 (respektive die ISO 45001).

##### Luxemburger Deklaration

Mit Unterstützung des zuständigen Dienstes der Europäischen Kommission, aber *ohne legislativen Anspruch*, wurde das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion) aufgebaut, auf dessen Basis der Erfahrungsaustausch zur BGF gefördert und nachahmenswerte Praxisbeispiele identifiziert und verbreitet werden sollen<sup>490</sup>. Dabei wurde im Rahmen dieses Netzwerkes im Jahr 1997 die *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung* verabschiedet. Mit ihrer Unterzeichnung bekennen sich Betriebe und Organisationen des Netzwerkes freiwillig zu den Grundsätzen dieses Postulats und konstatieren, ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz im Geiste dieser fortzuführen. Hierzu gehören zum einen die *Verbesserung der Arbeitsorganisation und -bedingungen* sowie zum anderen die *Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen*<sup>491</sup> (zum Wortlaut der Erklärung siehe Anlage 2.4.2.2).

Von Bedeutung ist diese Selbstverpflichtung vor allem dadurch, dass sie in Erweiterung der europäischen Gesetzgebung zum Arbeitsschutz (siehe oben) eine „moderne Arbeitsschutzstrategie beschreibt“ und dabei die Gesundheitsperspektive des Arbeits- und Gesundheitsschutzes um Kerngedanken der Ottawa-Charta zu erweitert respektive ergänzt,<sup>492</sup> wonach Gesundheitsförderung auf den Prozess abzielt „*allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen*“ (siehe Kapitel 2.2.2). Wie bereits an den Ausführungen zum Präventionsgesetz deutlich wurde, hält dieses Verständnis auch sukzessiven Einzug in die aktuelle Gesetzgebung (siehe Kapitel 2.4.2.1).

##### DIN SPEC 91020 (Betriebliches Gesundheitsmanagement)

Im Juli 2012 veröffentlichte das Deutsche Institut für Normung e. V. (DIN) mit der *DIN SPEC 91020 (BGM)*<sup>493</sup> eine Spezifikation, welche „Anforderungen an ein Betriebli-

490 Vgl. (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2007, S. 2)

491 Vgl. (Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, 2015)

492 Vgl. (Schmidt & Wilkens, 2014, S. 615)

493 Vertiefend siehe: (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012); (Becker, Krause, & Siegemund, 2014)



*ches Gesundheitsmanagementsystem [festlegt], die es einer Organisation ermöglichen, ihre betrieblichen Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse so zu entwickeln und umzusetzen, dass das Arbeitssystem und die Organisation gesundheitsgerecht und leistungsfördernd gestaltet und die Mitglieder der Organisation zum gesundheitsfördernden Verhalten befähigt werden“.*<sup>494</sup>

Bei einer DIN SPEC handelt es sich formal allerdings um keine verbindliche Norm oder einen allgemein anerkannten Standard, sondern um eine nach dem PAS-Verfahren (Public Available Specification)<sup>495</sup> und über das Mehrheitsprinzip erzielte Übereinkunft eines temporär zusammengestellten freiwilligen Gremiums, dessen Befürworter namentlich in der DIN SPEC aufgeführt werden<sup>496</sup>.

Anspruch der DIN SPEC 91020 ist es, im Anwendungsbereich über die rechtlichen Verpflichtungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie Maßnahmen der BGF hinauszugehen und auf alle Organisationen anwendbar und kompatibel zu anderen Managementsystemen (wie ISO 9001) zu sein<sup>497</sup>. Konzeptionell orientiert sich die Spezifikation am Managementprozess (plan-do-check-act), bezieht sich auf den Gesundheitsbegriff der WHO (siehe Kapitel 2.2.2) und definiert BGM als „*systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten*“<sup>498</sup>. Alle in der DIN SPEC 91020 formulierten Anforderungen an ein BGM sind dabei allgemein gehalten und umfassen neben Erläuterungen zum Anwendungsbereich und Normativen Verweisen sowie Begriffsbestimmungen die folgenden Punkte:

- *Umfeld der Organisation* (Umfeld der Organisation verstehen, Interessierte Parteien verstehen, Anwendungsbereich des BGM-Systems, BGM-System)
- *Führungsverhalten* (Führung und Selbstverpflichtung der Leitung, Betriebliche Gesundheitspolitik sowie Aufgaben, Verantwortung & Befugnisse)
- *Planung* (Ermittlung und Bewertung von Gesundheitschancen & -risiken, Betriebliche Gesundheitsziele, Planung der Zielerreichung)
- *Unterstützung* (Bereitstellung von Ressourcen, Kompetenz & Qualifikation, Bewusstsein, Kommunikation, Dokumentation)
- *Betrieb* (Betriebliche Planung & Prüfung)
- *Evaluation der Leistung* (Überwachung, Messung, Analyse & Evaluation, Internes Audit, Managementbewertung)
- *Verbesserung* (Fehler, Korrektur- & Vorbeugungsmaßnahmen im BGM-System, Kontinuierliche Verbesserung)<sup>499</sup>

Inzwischen bieten zahlreiche Dienstleister freiwillige Zertifizierungen und Rezertifizierungen nach DIN SPEC 91020 an, wobei diese neben den positiven Effekten eines BGM

494 (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 6)

495 Vertiefend zum PAS-Verfahren der DIN SPEC siehe: <http://www.din.de/de/ueber-normen-und-standards/din-spec/entstehung/9-schritte-auf-dem-weg-zu-ihrer-din-spec-pas-66574>

496 Vgl. (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 4f.)

497 Vgl. (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 6)

498 (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 7)

499 Vgl. (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 6ff.)

auf die Mitarbeitergesundheit und Produktivität insbesondere mit einer positiven medialen Außenwirkung der Arbeitgebermarke beworben wird.

Empirische Untersuchungen zeigen allerdings, dass die Akzeptanz der DIN SPEC BGM gering ist. Eine Anfang 2013 durchgeführte Befragung von 95 bayerischen Unternehmen ergab, dass die DIN SPEC 91020 zu diesem Zeitpunkt 85 Prozent der Befragten kein Begriff war und nur fünf Befragte sich für ihre Organisationen eine Zertifizierung des BGM-Systems vorstellen konnte<sup>500</sup>. Auch nach Information der Befragten über die DIN SPEC BGM sah über die Hälfte keinen Bedarf für eine Zertifizierung, obwohl 69 Prozent von ihnen ein QM-System für den Erfolg ihres Unternehmens grundsätzlich für wichtig/sehr wichtig hielten und drei Viertel sogar angab ein (mehrheitlich zur DIN SPEC kompatibles) QM-System zu nutzen<sup>501</sup>. Grund für die fehlende Akzeptanz „war vor allem die Sorge, dass eine Zertifizierung insbesondere vor dem Hintergrund zeitlicher und personeller Ressourcen für das Unternehmen einen großen Aufwand bedeuten würde“<sup>502</sup>.

Eine weitere bundesweite Untersuchung, die im Rahmen der vorliegenden Arbeit Ende 2013 durchgeführt wurde, bestätigt die geringe Akzeptanz der DIN SPEC 91020 in deutschen Unternehmen (siehe Kapitel 4.3.2). Von den 124 Befragten (die überwiegend im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beziehungsweise des Personalmanagements tätig waren) gaben 23,39 beziehungsweise 18,55 Prozent an, die Spezifikation gar nicht respektive inhaltlich nicht zu kennen (siehe Abbildung 4.3.2.e), wohingegen weitere 39,52 Prozent die DIN SPEC 91020 zwar kannten, diese in ihrem Unternehmen aber keine Berücksichtigung findet. Lediglich 18,55 Prozent der Unternehmen gaben an, dass die DIN SPEC 91020 als Orientierungsrahmen für das BGM ihres Unternehmens diene.

Damit lässt sich trotz einer steigenden Zahl nach DIN SPEC 91020 zertifizierter Unternehmen konstatieren, dass die Bedeutung des „Standards“ in der betrieblichen Praxis gering ist. Zwar bietet die Spezifikation einen umfassenden Orientierungsrahmen für die Implementierung und des Betriebs eines BGM-Systems und stellt mit der Zertifizierung ein geeignetes Marketinginstrument (speziell für Employer Branding) dar, jedoch scheint die Aufwand-/ oder Kosten-Nutzen-Relation aus Sicht der Unternehmen mehrheitlich unbefriedigend zu sein – trotz und gerade in Unternehmen, wo bereits QM-Normen implementiert worden sind<sup>503</sup>.

Abzuwarten bleibt überdies, inwieweit sich das Präventionsgesetz in den nächsten Jahren auf eine Strukturierung und Systematisierung der BGM-Aktivitäten in den Unternehmen auswirken wird. Angesichts der gegenwärtig fehlenden Akzeptanz und der sich abzeichnenden ISO-Norm für ein präventiv ausgerichtetes Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement (ISO 45001; siehe unten) werden Unternehmen, welche einer selektiven Zertifizierungsstrategie folgen, vermutlich auf den „höherwertigen“ Standard

500 Vgl. (Reichel, Winter, & Orthmann, 2013, S. 4f.)

501 Vgl. (Winter, Orthmann, & Reichel, 2015, S. 276)

502 (Winter, Orthmann, & Reichel, 2015, S. 276)

503 Vgl. (Reichel, Winter, & Orthmann, 2013, S. 5); (Winter, Orthmann, & Reichel, 2015, S. 276ff.)

einer „echten Norm“ setzen, sodass sich die DIN SPEC 91020 stärker als nützliche Orientierungs- oder Strukturierungshilfe für die Gestaltung eines BGM denn als Zertifizierung für ein BGM-System etablieren wird.

### OHSAS 18001 und ISO 45001

Wesentlich verbreiteter als die *DIN SPEC 91020* ist in der betrieblichen Praxis die Norm *BS OHSAS 18001* (Occupational Health and Safety Assessment Standard). Hierbei handelt es sich um eine britische, aber international sehr stark verbreitete Norm (des BSI: British Standards Institution) für ein *Arbeits- & Gesundheitsschutz-Managementsystem* (A&G-MS)<sup>504</sup>. Dieses wird in der Norm definiert als „Teil des Managementsystems einer Organisation, der dazu dient, ihre A&G-Politik zu entwickeln und zu verwirklichen und ihre A&G-Risiken zu beherrschen“<sup>505</sup>. Dabei werden durch die OHSAS 18001 Mindeststandards für den Aufbau und die Gestaltung eines Arbeitsschutzmanagementsystems definiert, ohne konkrete Determinanten für Ausgestaltung der arbeits- und gesundheitsschutzorientierten Leistung in der Organisation vorzugeben<sup>506</sup>.

Dabei baut die Norm auf dem Managementprozess (plan-do-check-act)<sup>507</sup> auf und erfasst folgende Dimensionen:

- **Arbeits- und Gesundheitspolitik,**
- **Planung** (Gefährdungsbeurteilung, Rechtliche Verpflichtungen u. a. Anforderungen, Arbeits- und Gesundheitsschutzziele und -programm),
- **Umsetzung und Durchführung** (Ressourcen, Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Befugnis; Fähigkeit, Schulung und Bewusstsein; Kommunikation, Mitwirkung, Beratung; Dokumentation und deren Lenkung; Ablaufenkung; Notfallvorsorge und Gefahrenabwehr),
- **Kontroll- und Korrekturmaßnahmen** (Leistungsmessung und Überwachung; Bewertung der Einhaltung der Rechtsvorschriften; Vorfalluntersuchung, Nichtkonformität; Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen; Lenkung von Aufzeichnungen; Internes Audit),
- **Managementbewertung.**<sup>508</sup>

Darüber hinaus wurde die OHSAS 18001 so gestaltet, dass sie kompatibel mit den Normen ISO 9001:2000 (Qualitäts-Managementsystem) und ISO 14001:2004 (Umwelt-Managementsystem) ist<sup>509</sup>, ohne selbst den ISO-Status aufzuweisen<sup>510</sup>.

Aufgrund der hohen internationalen Bedeutung des Themas wurde im Jahr 2013 von der ISO (International Organization for Standardization) beschlossen die ISO 45001 (Occupational health and safety management systems<sup>511</sup>) zu entwickeln, und diese vo-

504 Vertiefend hierzu siehe: (BS OHSAS 18001, 2008); (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014)

505 (BS OHSAS 18001, 2008, S. 3)

506 Vgl. (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014, S. 7); (BS OHSAS 18001, 2008, S. V)

507 Vgl. (BS OHSAS 18001, 2008, S. vi)

508 (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014, S. 8): Punkt eins modifiziert

509 Vgl. (BS OHSAS 18001, 2008, S. iii Vorwort zur deutschen Übersetzung)

510 Vgl. (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014, S. 7)

511 Vertiefend hierzu siehe: (International Organization for Standardization, 2015); (TÜV Nord

raussichtlich im Oktober 2016 zu erlassen, wodurch die OHSAS 18001 ersetzt werden würde<sup>512</sup>. Dabei fließt die OHSAS 18001 mit in die Erstellung der neuen Norm ein, weist aber einige Neuerungen auf. Gemäß Entwurf (vom 17. Februar 2015)<sup>513</sup> soll die ISO 45001 (wie die BS OHSAS 18001) auf dem „Plan-Do-Check-Act-Modell“ beruhen und eine erleichterte Kompatibilität zu anderen Zertifizierungen im Managementsystem (ISO 9001:2015 und ISO 14001:2015) aufweisen, indem diese beispielsweise eine gemeinsame Struktur teilen oder einheitliche Kerntexte und Begriffe verwenden („High Level Structure“). Inhaltlich weist die neue Norm voraussichtlich die folgenden zehn Abschnitte auf:<sup>514</sup>

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| 1 Anwendungsbereich         | 6 Planung            |
| 2 Normative Verweisungen    | 7 Unterstützung      |
| 3 Begriffe und Definitionen | 8 Betrieb            |
| 4 Kontext der Organisation  | 9 Leistungsbewertung |
| 5 Leitung                   | 10 Verbesserung      |

Im Vergleich zu bisherigen Standards soll mit der ISO 45001 ein *stärkerer Fokus auf den Kontext der Organisation (alle externen und internen Aspekte die das A&G-Management beeinflussen)* gelegt, die *Einbindung des Top-Managements in die Verantwortung und Prozesse des Arbeits- und Gesundheitsschutzes verstärkt* sowie ein *Prozess für die Identifizierung von Chancen für die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes* eingeführt werden<sup>515</sup>. Auch soll mit der ISO 45001 einen stärkeren Fokus auf die „effectiveness“ des Managementsystems gelegt werden (um Arbeitsschutz „mithilfe von sinnvollen, messbar greifenden Maßnahmen“ im Unternehmen zu verankern) sowie der „innerbetrieblichen Bewusstseinsbildung“ („awareness“) eine höhere Relevanz verliehen werden, wodurch vor allem die Vorbildfunktion der Führungskräfte gefragt sein wird<sup>516</sup>.

Im Ergebnis scheint mit der ISO 45001 ein international anerkannter Standard für Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement zu entstehen, der nicht nur die OHSAS 18001 ersetzen, sondern inhaltlich voraussichtlich substanziell darüber hinausgehen wird. Aufgrund der bereits hohen Akzeptanz der britischen Norm OHSAS 18001 und des aktuell hohen Stellenwertes der Prävention und Gesundheit in Politik und Unternehmen ist im Falle der Aufwertung des Themas durch eine ISO-Normierung auch mit einer hohen Relevanz der Norm in der betrieblichen Praxis zu rechnen. Je nachdem, wie weit die Norm in ihrer endgültigen Fassung die Bereiche der BGF und des BGM tangiert und in der Praxis potenzielle Synergien eines Managementsystems offeriert, sollte der Stellenwert dieser Norm auch inhaltlich weit über die OHSAS hinausgehen, was wiederum mit einem Bedeutungsverlust der DIN SPEC 91020 einhergehen würde.

Cert, 2015)

512 Vgl. (Brauweiler & Zenker-Hoffmann, 2014, S. 8); (BSI Group Deutschland, 2015); (TÜV Nord Cert, 2015)

513 Committee Draft vom 17. Februar 2015; Vgl. Fact Sheet (TÜV Nord Cert, 2015)

514 Vgl. (TÜV Nord Cert, 2015, S. 2)

515 Vgl. (TÜV Nord Cert, 2015, S. 2f.)

516 Vgl. (TÜV SÜD, 2015)

### 2.4.2.3 Betriebliche Gesundheitspolitik

Die Gesundheit der Mitarbeiter ist für Unternehmen ebenso Kapital und Grundlage ihrer Innovation und Wettbewerbsfähigkeit wie rechtliche Verpflichtung und soziale Verantwortung zugleich. Um diese Faktoren systematisch zusammenzuführen und wirksame Maßnahmen und Interventionen implementieren zu können, bedarf es eines strategischen Ansatzes im Sinne einer *Betrieblichen Gesundheitspolitik* der obersten Führungsebene. Folglich definieren sowohl die DIN SPEC 91020 und Luxemburger Deklaration als auch die OHSAS 18001 und ISO 45001 die Unterstützung der obersten Leitung/Führungsebene und eine dortige Verankerung ihrer Maßnahmen als erfolgskritischen Faktor für ein systematisches BGM, BGF respektive den Arbeits- und Gesundheitsschutz (siehe Kapitel 2.4.2.2).

Eine *Betriebliche Gesundheitspolitik (BGP)* ist Teil der Unternehmenspolitik und sowohl an den Unternehmenszielen als auch dem Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ausgerichtet<sup>517</sup>. Sie lässt sich nach Oppolzer als „*die Gesamtheit aller strukturierten betrieblichen Anstrengungen verstehen, arbeitsbedingte Gefährdungen der Gesundheit zu vermeiden oder zu verringern, die Gesundheit und Persönlichkeit der Beschäftigten zu fördern sowie die Arbeit menschengerecht zu gestalten*“<sup>518</sup>. Durch sie werden *Prioritäten zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit* der Mitarbeiter sowie das dabei zugrunde gelegte *Gesundheitsverständnis* (siehe Kapitel 2.2.2) definiert und angenommene Wirkungsketten festgelegt<sup>519</sup>.

Inhaltlich beruht die BGP nach Oppolzer im Wesentlichen auf den drei einander ergänzenden Ansätzen des *öffentlich-rechtlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes* (siehe Kapitel 2.4.2.2), der *BGF* (siehe Kapitel 2.4.3.7) sowie des Integrierten Managements (welches „implizit das Gesundheitsthema in alle Aspekte und Überlegungen des Managements [...] einbezieht und explizit im Rahmen der betrieblichen Personalpolitik [...] das Ziel verfolgt, die Gesundheit der Beschäftigten als Quelle beruflicher Leistungsfähigkeit und als Faktor wirtschaftlicher Rentabilität zu erhalten und zu fördern“)<sup>520</sup>. Hierzu definieren Standards wie die OHSAS 18001 oder DIN SPEC 91020 einen Rahmen, um das Thema Gesundheit in die Managementprozesse zu integrieren (siehe Kapitel 2.4.2.2). Übertragen auf das BGM lässt sich dort, wo sich das Thema Gesundheit zu einem *strategischen und kulturellen Leitthema* entwickelt und *in alle Unternehmensstrukturen und Prozesse integriert* wurde, gemäß DGFP dann von einem *integrierten Gesundheitsmanagement* (als höchste Ausprägung) sprechen<sup>521</sup> (siehe Kapitel/Abbildung 2.4.3.5.b).

Bezüglich des Zusammenhangs von BGP und BGM lässt sich damit resümierend festhalten, dass beide „eine Kombination von gesetzlichem Arbeits- und Gesundheitsschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und integriertem Management“ darstellen<sup>522</sup>, wobei die BGP der *mitarbeiterorientierten Unternehmensführung* einschließlich

517 Vgl. (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 1)

518 (Oppolzer, 2010, S. 21)

519 Vgl. (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 1)

520 (Oppolzer, 2010, S. 22f.)

521 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 25ff.)

522 (Oppolzer, 2010, S. 21)

der Formulierung von *Visionen* und *Strategien* sowie der *Festlegung von Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten*“ dient, während das BGM (siehe Kapitel 2.4.3) für die operative Umsetzung verantwortlich ist<sup>523</sup>.

#### 2.4.2.4 Präsentismus aus arbeitsrechtlicher Sicht

Neben den rechtlichen Grundlagen des BGM ist für den weiteren Verlauf dieser Arbeit auch die arbeitsrechtliche Bewertung von Präsentismus und seinen verschiedenen „Erscheinungsformen“ von Relevanz. Hierzu soll Präsentismus (im engeren und weiteren Sinne) als Verhalten betrachtet werden.

#### Arbeitsrechtliche Aspekte zu Präsentismus im engeren Sinne

Wie in Kapitel 3.3.2 noch ausführlich dargestellt wird, sind viele Mitarbeiter nicht nur bereit trotz Erkrankung ihrer Arbeit nachzugehen, sondern unternehmen zum Teil sogar Anstrengungen, um Fehlzeiten zu verhindern oder die Anzahl ihrer Fehltage gering zu halten. Hinsichtlich der Erscheinungsformen des Präsentismus-Verhaltens lassen sich dabei drei Grundmuster erkennen, die sich auf den *Verzicht auf Genesung*, das *Verhalten gegen einen ärztlichen Rat der Arbeit nachzugehen* sowie die *Medikation zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit* (und „Alternative“ zu Krankschreibung) beziehen (siehe Kapitel 3.3.2).

Besonders aus arbeitsrechtlicher Sicht ist es wichtig, die in Kapitel 2.2.3 getroffene Unterscheidung zwischen *Krankheit* und *Arbeitsunfähigkeit* zu beachten, da das BAG eine Teilarbeitsunfähigkeit für Arbeitnehmer (AN) ausgeschlossen hat<sup>524</sup>.

Fasst man die ersten beiden Grundmuster zusammen, so lassen sich aus arbeitsrechtlicher Sicht nach Hromadka mindestens acht Fallgruppen möglicher Konstellationen von Krankheit im Arbeitskontext unterscheiden und bewerten:<sup>525</sup>

- Ist ein AN *krank, aber arbeitsfähig, darf und muss* dieser *arbeiten*.
- Kann ein AN wegen Krankheit seiner *Arbeit inhaltlich oder zeitlich nicht mehr im vollen Umfang nachgehen*, so gilt er als *arbeitsunfähig*, wenn der AG ihm (nach dem Arbeitsvertrag; ArbV) *keine anderen Arbeiten* zuweisen respektive ihn für die restliche Arbeitszeit anderweitig beschäftigen kann.
- Kann ein AN seine *bisherige Tätigkeit dauerhaft nicht mehr verrichten*, wohl aber eine andere, so kann (gemäß Direktionsrecht des AG; siehe unten) ein anderer Arbeitsplatz (AP) zugewiesen werden, wenn dies über den ArbV möglich ist. Ist im ArbV hingegen eine konkrete Tätigkeit vereinbart, bedarf es der Zustimmung des ANs und ggf. des Betriebsrates (nach § 99 BetrVG).
- Kann ein AN seine bisherige Tätigkeit zwar weiter ausführen, der *Arzt empfiehlt* aber gesundheitsbedingt einen *AP-Wechsel*, so hat der AG (wenn vorhanden) einen leidensgerechten AP anzubieten.

523 Vgl. (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. VI); (DGFP e. V., 2014, S. 27)

524 Vgl. BAG 29.1.1992, NZA 1992, 643; BAG 13.6.2006, NZA 2007, 91. zit. n. (Hromadka & Maschmann, 2015)

525 Vgl. (Hromadka, 2014, S. 200ff.)

- Ist ein AN *arbeitsunfähig krank und arbeitet weiter*, so ist dies grundsätzlich zulässig. Sollte der Vorgesetzte aber erkennen, dass der AN arbeitsunfähig ist, sollte er den AN anhalten, die Arbeit einzustellen, darf ihm jedoch auf keinen Fall eine Tätigkeit zuweisen, die dessen Gesundheitszustand „extrem nachteilig beeinflussen kann“, da sich der Vorgesetzte bei Eintritt eines Arbeitsunfalls nach § 110 SGB VII (wegen grober Fahrlässigkeit oder Unterlassung) sonst regresspflichtig machen würde.
- Ist ein AN (noch) vom Arzt *arbeitsunfähig krankgeschrieben, möchte aber arbeiten*, so kann (und muss) er die *Arbeit vorzeitig wieder aufnehmen*. Bleiben dem Vorgesetzten Zweifel an der Arbeitsfähigkeit, so sollte dieser angehalten werden den Betriebsarzt oder Hausarzt aufzusuchen um diese festzustellen. Das Einfordern einer „Gesundschreibung“ durch den AG ist hingegen unzulässig.
- Kann ein AN nach längerer Erkrankung seine bisherige *Tätigkeit teilweise wieder verrichten*, so kann (im Einvernehmen von AG und AN) mit schriftlicher Empfehlung des behandelnden Arztes (bezüglich Art und Umfang der Tätigkeit) eine „*Stufenweise Wiedereingliederung*“ nach § 74 SGB V erfolgen. Während dieser gilt der AN weiterhin als arbeitsunfähig und hat Anspruch auf Krankengeld (siehe Kapitel 2.2.3).
- Ist ein AN *auf Dauer arbeitsunfähig*, braucht der AG ihn nicht weiter zu beschäftigen, unabhängig davon, ob sich der AN subjektiv imstande sieht, die Arbeit zu verrichten.

Im Hinblick auf die *Einnahme von Medikamenten* gilt zunächst das in Artikel 2 des Grundgesetzes (GG) verbrieft Recht auf Selbstbestimmung im Sinne der freien Entfaltung der Persönlichkeit und körperlichen Unversehrtheit. Folglich hat der Arbeitgeber im Grundsatz weder das Recht noch die Möglichkeit dieses Verhalten zu unterbinden oder zu kontrollieren, soweit arbeitsvertraglich keine anderweitige Absprache hierzu getroffen wurde. Resultiert aus dem Medikamentengebrauch allerdings eine Gefährdung für den Mitarbeiter oder andere, so werden Unfallverhütungsvorschriften berührt, wodurch ein Eingreifen des Arbeitgebers erforderlich wird. Hierzu heißt es in § 15 Abs. 2 der UVV-Vorschrift 1 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV)<sup>526</sup>: „Versicherte dürfen sich durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder anderen berauschenden Mitteln nicht in einen Zustand versetzen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können“. Dies „gilt [nach § 15 Abs. 3 explizit] „auch für die Einnahme von Medikamenten“.<sup>527</sup>

### Arbeitsrechtliche Aspekte zu Präsentismus im weiteren Sinne

Definiert man Präsentismus überdies im weiteren Sinne (siehe Kapitel 2.1.4) und schließt damit Aspekte wie *Face Time* oder *kontraproduktive Verhaltensweisen* (etwa ein unverhältnismäßiges Pausenverhalten oder private Korrespondenzen beziehungsweise Aktivitäten während der Arbeitszeit) mit in die arbeitsrechtliche Betrachtung ein, so tangiert dies insbesondere das Arbeitszeitgesetz sowie das Direktionsrecht des AG, welches sich aus § 106 der Gewerbeordnung (GewO) ableitet. Grundlage einer rechtlichen

<sup>526</sup> DGUV Vorschrift 1: Unfallverhütungsvorschrift „Grundsätze der Prävention“ (Muster-UVV)

<sup>527</sup> (DGUV, 2013, S. 11)

Bewertung sind neben den Weisungen des AGs der jeweils geltende ArbV sowie bestehende Betriebsvereinbarungen (BV) und Tarifverträge (TV), die nicht befolgt oder erfüllt werden. Je nachdem welche Regelungen hierzu im ArbV oder etwaigen BV/TV getroffen wurden, kann ein solches Verhalten entweder akzeptiert sein oder aber eine Pflicht- beziehungsweise Vertragsverletzung darstellen, die neben dem Intervenieren der Führungskraft auch zu disziplinarischen Maßnahmen bis hin zur Abmahnung oder der außerordentlichen Kündigung (als Ultima Ratio) führen kann.<sup>528</sup>

Hinsichtlich *Mentale Ablenkungen* (wie finanzielle, private oder soziale Probleme) und daraus resultierender Produktivitätsverluste gilt zwar ebenfalls, dass der Mitarbeiter seine arbeitsvertraglichen Pflichten zu erfüllen hat, jedoch tritt hier praktisch (und faktisch) ein Problem der Objektivierung auf. AN schließen in der Regel mit ihrem AG einen „Dienstvertrag“ (nach § 611 BGB), womit sie dem AG ihre Arbeitsleistung, nicht aber ein Ergebnis schulden<sup>529</sup>. Damit führen mentale Ablenkungen zwar häufig zu Produktivitätsverlusten, jedoch lassen sich diese – soweit sie nicht mit anderweitigen Pflichtverletzungen einhergehen – über arbeitsrechtliche Instrumente kaum lösen. Wesentlich zielführender wären in diesem Kontext gute Führung sowie Beratungs- und Unterstützungsangebote (wie eine externe/interne Mitarbeiterberatung).

### 2.4.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) – Grundlagen und zentrale Handlungsfelder

Um die gesundheitsförderlichen Visionen und Strategien der Betrieblichen Gesundheitspolitik (siehe Kapitel 2.4.2.3) im Unternehmen wirksam und nachhaltig auf der operativen Ebene zu realisieren, bedarf es neben klaren Zuständigkeiten und Ressourcen eines systematischen Vorgehens hinsichtlich der Definition und Umsetzung sowie Steuerung und Evaluation konkreter Maßnahmen. Diese werden im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) geschaffen.

In Kapitel 2.4.3.1 sollen hierzu zunächst typische *Ziele und Erwartungen*, die mit einem BGM verbunden sind, dargestellt werden und in Kapitel 2.4.3.2 *Handlungsbereiche des BGM* aufgezeigt werden. Und, wenngleich es nicht „das“ BGM gibt, so erscheint es im Hinblick auf ein „möglichst maßgeschneidertes“ BGM sinnvoll, sich an „erprobten“ *Vorgehensweisen und Gestaltungsprinzipien* (siehe Kapitel 2.4.3.3) sowie *Kernprozessen des BGM* (siehe Kapitel 2.4.3.4) zu orientieren. Im weiteren Verlauf werden außerdem der Ansatz des *integrierten BGM* erläutert (siehe Kapitel 2.4.3.5) sowie *Wirksamkeit und Nutzen von BGM-Maßnahmen* diskutiert (siehe Kapitel 2.4.3.6), bevor die Handlungsfelder der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* (siehe Kapitel 2.4.3.7), des *Betrieblichen Fehlzeitenmanagements* (siehe Kapitel 2.4.3.8) und des *Betrieblichen Eingliederungsmanagement* (siehe Kapitel 2.4.3.9) behandelt werden.

528 Vertiefend hierzu siehe: (Hromadka, 2014, S. 233ff. und 293f.)

529 Vgl. (Hromadka & Maschmann, 2015, S. 2ff.); (Hromadka, 2014, S. 44ff.)



*Aufgrund der immensen Zahl an Einzelmaßnahmen, die in der Praxis verwendet und in der Literatur beschrieben werden, muss im Rahmen dieser Arbeit jedoch von dem Versuch abgesehen werden, diese umfänglich wiederzugeben. Alternativ werden hierzu an den entsprechenden Textpassagen Verweise auf weiterführende Literatur gegeben.*

#### **2.4.3.1 Definitionen und Ziele von BGM**

Seit Ende der 1990er-Jahre werden nach Rimbach „Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Mitarbeitergesundheit unter dem Dach des betrieblichen Gesundheitsmanagements“ convoluiert<sup>530</sup>. Allerdings ist nach wie vor ein heterogener Gebrauch des Begriffs BGM zu konstatieren, wobei sich zum Beispiel im Kontext gesundheitsbezogener Dienstleister beobachten lässt, dass häufig selbst einzelne punktuelle Angebote oder Projekte als BGM dargestellt werden.<sup>531</sup> Auch für den innerbetrieblichen Kontext ergab eine Analyse von 125 Betriebs- und Dienstvereinbarungen der Hans Böckler Stiftung, dass die Begriffe BGF und BGM „nicht immer exakt definiert und vielfach synonym, falsch oder zumindest nicht trennscharf genutzt“ werden<sup>532</sup>. Im wissenschaftlichen Diskurs hat sich in den letzten Jahren hingegen ein relativ homogenes Grundverständnis dessen herausgebildet, was BGM im Kern definiert:

So lässt sich BGM nach Uhle & Treier – plastisch dargestellt – als die:

*„Dachorganisation aller Handlungsfelder rund um die gesunde Arbeit [verstehen]. Es integriert verschiedene Bereiche und setzt dabei auf Managementinstrumente sowie auf nachhaltige Verankerung in Strukturen und Prozesse. Bestandteile des BGM sind die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), der Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), die Personalpflege sowie spezifische Bereiche der Personal- und Organisationsentwicklung“<sup>533</sup>.*

Badura, Walter & Hehlmann verstehen unter BGM die:

*„Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“<sup>534</sup>.*

Gemäß der DIN SPEC 91020 ist BGM die:

*„Systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten“<sup>535</sup>.*

530 (Rimbach, 2013, S. 27)

531 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 27)

532 (Kiesche, 2013, S. 18) (DGFP e. V., 2014, S. 40)

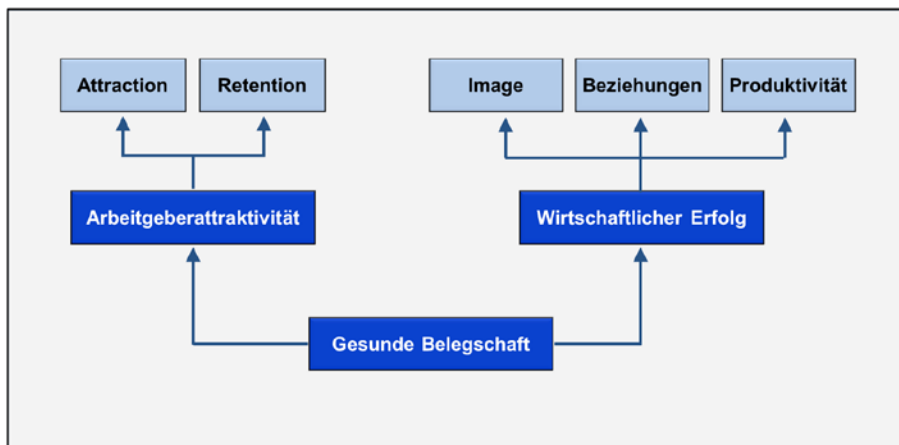
533 (Uhle & Treier, 2015, S. 36)

534 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 33)

535 (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 7)

Dabei verfolgt BGM das Hauptziel einer *gesunden Organisation* mit gesunden Mitarbeitern, gesunder und sicherer Arbeit sowie einer gesunden Umwelt<sup>536</sup>. Oder mit anderen Worten, „wenn bewirkt wird, dass gesündere, motivierte und leistungsfähige Menschen im Unternehmen arbeiten, werden die Ziele von BGM erreicht.“<sup>537</sup> Folglich geht es BGM nicht nur darum, *Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und -risiken* zu vermeiden oder die *Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern*, sondern auch um die Gestaltung *gesundheitsförderlicher Settings* (im Sinne der WHO; siehe Kapitel 2.2.2.) und um *menschengerechte Arbeit* (etwa im Sinne des ArbSchG; siehe Kapitel 2.4.2.1), sondern auch um die *Erweiterung und Ausschöpfung von Gesundheitsressourcen und -potenzialen* (siehe Kapitel 2.2.2 und 2.2.6) sowie die Entwicklung einer personalen und insbesondere organisationalen *Gesundheitskompetenz* (siehe Kapitel 3.6.2.4)<sup>538</sup>.

Allerdings ist das Ziel der *gesunden Organisation* respektive der *gesunden und leistungsfähigen Belegschaft* aus betriebswirtschaftlicher Sicht auch kein altruistischer Selbstzweck. Folgt man einem integrierten und an den Unternehmenszielen und -strategien ausgerichteten Verständnis von BGM, so leiten sich hieraus die beiden weiteren Kernziele der *Arbeitgeberattraktivität* und letztlich des *wirtschaftlichen Erfolges des Unternehmens* ab, denen BGM dient (siehe Abbildung 2.4.3.1):



**Abbildung 2.4.3.1:** Zielhierarchie des integrierten Gesundheitsmanagements (nach: DGFP)<sup>539</sup>

Angesichts des zunehmenden *Arbeitgeberwettbewerbs* und der Probleme vieler Unternehmen ihren Personalbedarf adäquat und nachhaltig decken zu können, werden neben gesundheitsbezogenen Zielen verstärkt auch *Personalmarketinginteressen* mit BGM verknüpft, um als Arbeitgeber sowohl in der Innen- als auch in der Außenperspekti-

536 Vgl. (Rudow, 2004, S. 24) zit. n. (Rimbach, 2013, S. 29);

537 (Nieder, 2013, S. 203)

538 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 29ff.); (Wieland & Hammes, 2010, S. 5ff.)

539 Darstellung nach: (DGFP e. V., 2014, S. 39)

ve attraktiv wahrgenommen und als gesundheitsförderliches Unternehmen gesehen zu werden und hierdurch qualifiziertes Personal gewinnen und zu binden zu können<sup>540</sup>. Entsprechend hoch ist in den letzten Jahren daher auch die Beteiligung an medienwirksamen Wettbewerben (wie zum Beispiel dem Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit oder dem Corporate Health Award)<sup>541</sup>.

Darüber hinaus soll BGM einen Beitrag zum wirtschaftlichen Erfolg leisten und etwa die Produktivität des Unternehmens erhöhen, um hierdurch Kosten zu senken. Dabei zeigt die Praxis, dass BGM Krankenstand, Absentismus, Unfallzahlen und Fluktuation senken kann und soll<sup>542</sup> (siehe Kapitel 2.4.3.6). Verschiedene Studien haben überdies belegt, dass Präsentismus zu hohen Produktivitätsverlusten führt (siehe Kapitel 3.4), ein guter Gesundheitszustand jedoch mit weniger Präsentismus einhergeht (siehe Kapitel 3.6.1.2). Neben einer höheren Produktivität werden Gesundheit und BGM dabei auch zum Imagefaktor und tragen zur sozialen Verantwortung des Unternehmens bei<sup>543</sup>. Dabei kann sich das Unternehmen über sein BGM als „mitarbeiterorientierter und sozialer Arbeitgeber darstellen, seine CSR-Orientierung verdeutlichen und dadurch Imagegewinne [und positive] Effekte hinsichtlich der Kunden- und Lieferantenbeziehungen“ erzielen<sup>544</sup>.

#### 2.4.3.2 Handlungsbereiche

Wie aus den Erläuterungen zu Definitionen und Zielen des BGM sowie zur Betrieblichen Gesundheitspolitik bereits ersichtlich wurde (siehe Kapitel 2.4.2.3 und 2.4.3.1) werden dem BGM verschiedene Handlungsbereiche zugewiesen. Zwei wesentliche Bereiche des BGM liegen dabei im *Arbeits- und Gesundheitsschutz* (siehe Kapitel 2.4.2.1) sowie der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* (siehe Kapitel 2.4.3.7)<sup>545</sup>. Darüber hinaus wird BGM nach Rudow im „Idealfall“ als „Bestandteil eines ganzheitlichen Managementsystems verstanden“<sup>546</sup> und auch Oppolzer definiert den Bereich des *integrierten Managements* als dritte tragende Säule des BGM<sup>547</sup>, wodurch das Thema Gesundheit als „Querschnittsaufgabe in alle Aspekte und Überlegungen des Managements (auf normativer, strategischer und operativer Ebene) einbezogen werden soll. Seit einigen Jahren wird außerdem das *Betriebliche Eingliederungsmanagement* (BEM) nach § 84 Abs. 2 SGB IX (siehe Kapitel 2.4.3.9) mehreren Autoren als zentraler Handlungsbereich des BGM beschrieben<sup>548</sup>. Weitere Handlungsbereiche, die mit BGM assoziiert werden, sind zum Beispiel das Betriebliche Fehlzeitenmanagement (BFM; siehe Kapitel 2.4.3.8), die Personalbetreuung<sup>549</sup>, Betriebliche Beratungs- und Unterstützungsangebote (wie EAP oder Suchhilfe)<sup>550</sup> oder spezifische Bereiche der Personal- und Organisationsentwick-

540 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 31); (Hey, 2014, S. 51ff.)

541 Vgl. (BKK Dachverband e. V., 2013); (EuPD Research Sustainable Management, 2013)

542 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 44f.)

543 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 416)

544 (DGFP e. V., 2014, S. 41)

545 Vgl. z. B. (Ulich & Wülser, 2015, S. 12); (Rimbach, 2013, S. 45ff.); (Oppolzer, 2010, S. 23);

546 (Rudow, 2011, S. 63)

547 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 23ff.)

548 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 36); (Rimbach, 2013, S. 51ff.); (Nieder & Michalk, 2007, S. 45f.)

549 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 141)

550 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 58ff.)

lung<sup>551</sup> – wenngleich sich letztgenannte Bereiche auch dem Integrierten Management zuordnen ließen.

Blickt man hinsichtlich der zentralen Handlungsfelder des BGM in die DIN SPEC 91020, so wird betont, dass Maßnahmen des BGM vorrangig dort ansetzen sollten, wo die Einflussmöglichkeiten der Organisation am größten sind<sup>552</sup>. Zu solchen Handlungsbereichen zählen gemäß der DIN SPEC BGM insbesondere:

- „Arbeitsbedingungen und -umgebung,
- Arbeitsinhalte und -anforderungen,
- Arbeitsorganisation,
- Betriebliches Eingliederungsmanagement,
- Führung, Management und Kommunikation,
- Personalplanung, -auswahl, -einsatz und -bewertung,
- Qualifikation,
- Soziales Arbeitsumfeld und kollegiale Zusammenarbeit,
- Unternehmenskultur“.<sup>553</sup>

Für den weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen aufgrund ihrer zentralen Bedeutung für das Thema Präsentismus die Handlungsbereiche der *BGF*, *BFM*, *BEM* sowie *Gesunde Personalführung* im Vordergrund stehen und als Rahmen für die weiterführende Darstellung der vielschichtigen Handlungsbereiche des BGM dienen.

#### 2.4.3.3 Gestaltungsgrundsätze

Wie die Bezeichnung Betriebliches Gesundheits-MANAGEMENT bereits suggeriert und auch in Kapitel 2.4.2.2 und 2.4.2.3 an den Beispielen der DIN SPEC 91020 und OH-SAS 18001 sowie der BGP deutlich wird, orientiert sich ein systematisches BGM stark an den Grundsätzen des (integrierten) Managements sowie des Qualitäts- und Projektmanagements und zielt auf eine nachhaltige Verankerung seiner Strukturen und Prozesse im Unternehmen.

In Anlehnung an die Luxemburger Deklaration und weitere Autoren fasst zum Beispiel Rimbach fünf zentrale Gestaltungsprinzipien als Voraussetzung für ein effektives und nachhaltiges Erreichen der Ziele des BGM zusammen:<sup>554</sup>

551 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 36); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 141)

552 Vgl. (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 17)

553 (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 17)

554 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 34ff.); (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2007, S. 4)

Die mit „\*“ gekennzeichneten Prinzipien sind bereits explizit in der Luxemburger Deklaration für Gesundheitsfördernd aufgeführt: Vgl. (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2007, S. 4)

- **Ganzheitlichkeit\*** (*Prävention* von gesundheitsgefährdenden und *Förderung* salutogenetischer Faktoren in der Wechselbeziehung zwischen Mitarbeitern und Arbeitsbedingungen)
- **Partizipation\*** (Verantwortlicher Einbezug aller Beschäftigten)
- **Integration\*** (Systematische und zielgerichtete Integration des Themas Mitarbeitergesundheit in alle strategischen und sonstigen wichtigen Entscheidungen aller Bereich)
- **Projektorientierung\*** (BGM als kontinuierlicher Prozess in Abfolge von Projekten (Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse; siehe Abbildung 2.4.3.3). Dabei sind Aufbau und Entwicklung des BGM-Systems auch selbst als Projekt und OE-Prozess zu sehen<sup>555</sup>).
- **Berücksichtigung von Unterschieden** (Berücksichtigung von Gender Mainstreaming und Diversity Management hinsichtlich Gesundheitssituation, Belastungs- und Beanspruchungsbedingungen, Leistungsvermögen, Ressourcen oder Gesundheitsverhalten)

Betrachtet man BGM dabei als eigenständiges Handlungsfeld, welches nicht nur als integrales Element in anderen Bereichen berücksichtigt, sondern eigenständig gestaltet und „gemanaged“ wird, so sind aus Sicht des Autoren (in Anlehnung an Uhle & Treier) darüber hinaus die Prinzipien der **Wirtschaftlichkeitsorientierung** und **Kennzahlenbasierung** von wesentlicher Bedeutung für ein nachhaltig erfolgreiches BGM<sup>556</sup>. Hierbei geht es vor allem darum, BGM aus der wirtschaftlichen Perspektive des Unternehmens heraus zu bewerten und dessen Nutzen herauszustellen, indem der Wertschöpfungsbeitrag (siehe Kapitel 2.4.3.6) vorzugsweise über Kennzahlen aufgezeigt wird, um hierdurch die Unterstützung von Management und Entscheidungsträgern und damit letztlich die finanziellen und strukturellen Ressourcen für das BGM zu sichern. Denn betriebswirtschaftlich gesehen stellen die Maßnahmen und Programme des BGM zunächst einmal einen finanziellen Aufwand dar, der erst dann wirtschaftlich sinnvoll erscheint, wenn sich daraus ein höherer Ertrag und damit Gewinn für das Unternehmen erzielen lässt. Und wenngleich sich viele Aspekte des wirtschaftlichen Nutzens von BGM nicht oder nur sehr schwer quantifizieren lassen, so bieten Kennzahlen und eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung (siehe Kapitel 2.4.1) die Möglichkeit, diesen Nutzen argumentativ zu belegen oder zumindest in Ansätzen herauszustellen.

#### 2.4.3.4 Mindeststandards und Kernprozesse

Wie das BGM für ein Unternehmen im Detail konzipiert und ausgestaltet werden sollte, hängt maßgeblich von den Gegebenheiten und Besonderheiten des jeweiligen Unternehmens ab. Dennoch können Standards hierzu einen nützlichen Orientierungsrahmen schaffen. Mit der DIN SPEC 91020 (siehe Kapitel 2.4.2.2) liegt diesbezüglich ein Vorschlag eines deutschsprachigen Mindeststandards für ein BGM vor. Daneben beste-

555 Vertiefend zur Integration des BGM in die OE siehe: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 36ff.)

556 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 416f.)

hen weitere (zum Teil schon früher entwickelte) Standards, wie der Social Capital and Occupational Health Standard (SCOHS).

Übersichtlich dargestellt fasst Walter nachfolgend eine Reihe von Mindeststandards zusammen, die aus ihrer Sicht für ein erfolgreiches Handeln im Gesundheitsmanagement unabdingbar sind:

- „Formulierung einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung,
- Abschluss schriftlicher Vereinbarungen,
- Einrichtung eines Lenkungsausschusses<sup>557</sup>,
- Bereitstellung von Ressourcen,
- Festlegung personeller Verantwortlichkeiten,
- Qualifizierung von Experten und Führungskräften,
- Beteiligung und Befähigung der Mitarbeiter,
- Betriebliche Gesundheitsberichterstattung,
- Internes Marketing,
- Durchführung der vier Kernprozesse (siehe unten).“<sup>558</sup>

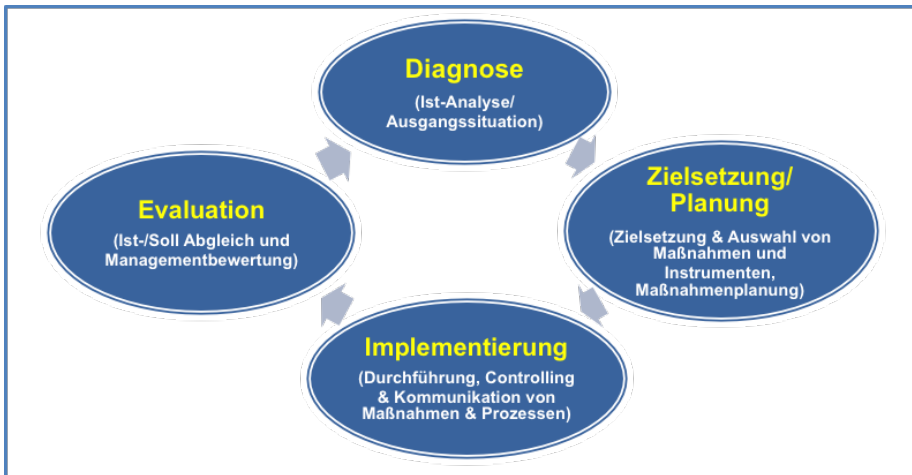
Im Hinblick auf die Realisierung eines BGM wurde bereits auf den zentralen Stellenwert eines projektierten Vorgehens hingewiesen (siehe Kapitel 2.4.3.3). Folglich ist es für Konzeption und praktische Umsetzung des BGM sinnvoll, nicht gleich flächendeckend vorzugehen, sondern mit besonders erfolgversprechenden Pilotprojekten zu beginnen, um unternehmensbezogene Bedarfe und die Wirksamkeit der Maßnahmen systematisch eruieren und optimieren zu können.<sup>559</sup> Demzufolge ist BGM auch als systematischer Lern- und Entwicklungsprozess zu sehen.

Bei der Einführung eines integrierten BGM und seiner Maßnahmen bietet es sich daher an, in Anlehnung an den PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) einem Regelkreis aus den vier Kernprozessen (Diagnose, Planung, Implementierung und Evaluation) zu folgen (siehe Abbildung 2.4.3.4):

557 Der Lenkungsausschuss bzw. die Steuerungs- und Lenkungsgruppe ist ein Gremium für die Einführung und dauerhafte Steuerung des BGM; vertiefend siehe z. B. (Walter, 2010, S. 150f.); (Rimbach, 2013, S. 38f.)

558 (Walter, 2010, S. 147)

559 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 49)



**Abbildung 2.4.3.4:** Lernzyklus: Kernprozesse des BGM (modifiziert nach Walter)<sup>560</sup>

Im Idealfall beginnt der Zyklus mit einer umfassenden *Diagnose* der physischen und psychischen Gesundheit im Unternehmen. Hierzu zählen neben einer organisationsbezogenen sowie möglichst feingliederigen bereichsbezogenen Strukturanalyse der gesundheitsrelevanten Parameter (siehe Kapitel 2.4.1) vor allem ein Abgleich mit den Soll-Vorgaben (beispielsweise abgeleitet aus den betrieblichen Zielvorgaben für das BGM) und die aus dem Soll-Ist-Abgleich abgeleiteten „*Priorisierten Handlungsbedarfe*“, die zugleich die Grundlage für die eigentliche Ziel- und Maßnahmenplanung bildet.<sup>561</sup> Soweit vorhanden kann die Diagnose auch in unmittelbaren Rückgriff auf den Gesundheitsbericht des Unternehmens erfolgen, wenn dieser eine entsprechende Definition priorisierter und konkreter Handlungsbedarfe ermöglicht. Da Kennzahlen und Routinedaten aber oft nur ein generalisiertes und komplexitätsreduziertes Bild der Wirklichkeit zeichnen, sollten die Erkenntnisse Rückschlüsse auf die Arbeitssituationen und Belastungen der Mitarbeiter ermöglichen, die neben Daten aus Gefährdungsbeurteilungen etwa über Gruppendiskussionsverfahren (wie die Arbeitssituationsanalyse) oder schriftliche Mitarbeiterbefragungen gewonnen werden können.<sup>562</sup>

In der Phase *Zielsetzung/Planung* (Interventionsplanung) sind „messbare, organisations- und personenbezogene Ziele im Bereich BGM zu definieren sowie gesundheitsförderliche Projekte zur Zielerreichung konzeptionell vorzubereiten und zu planen“<sup>563</sup>. Im Ergebnis sollten dabei nach Walter prioritäre Handlungsbedarfe identifiziert und festgelegt, konkrete operationale Interventionsziele formuliert und die Adressaten der Intervention ausgewählt sein. Ebenso sollten Zuständigkeiten hinsichtlich der Maßnahme geklärt und ein detaillierter Zeit-, Arbeits- und Kostenplan erstellt sein.<sup>564</sup>

In der dritten Phase geht es um die Umsetzung der zuvor geplanten Maßnahmen und Projekte. Dabei sind die *Implementierungen* (Interventionen) aktiv zu überwa-

560 Vgl. (Walter, 2010, S. 155)

561 Vgl. (Walter, 2010, S. 156f.)

562 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 49f.); (Nieder, 2013, S. 205f.)

563 (Walter, 2010, S. 158)

564 Vgl. (Walter, 2010, S. 158)

chen und zu steuern sowie kommunikativ (sowohl hinsichtlich Beteiligter als auch des Unternehmens) zu begleiten.<sup>565</sup>

Der vierte Kernprozess des BGM respektive die vierte Phase der Intervention umfasst die Evaluation. Ausgewertet und überprüft wird dabei einerseits das Erreichen der qualitativen und quantitativen Ziele des Projekts/der Maßnahme (zum Beispiel Erhöhung der Arbeitszufriedenheit oder Reduzierung von Fehlzeiten)<sup>566</sup> –*Ergebnisevaluation*. Andererseits dient dieser Kernprozess auch der Überprüfung und Einhaltung von etwaigen Standards – *Struktur- und Prozessevaluation*.<sup>567</sup>

Da es sich um einen Zyklus handelt, schließt sich – soweit das Projekt mit Abschluss der Evaluation nicht sein definiertes Ende erreicht hat – eine Optimierung der getroffenen Maßnahmen an. Hierzu können im Zuge eines neuerlichen oder gegebenenfalls vereinfachten Durchlaufens der Kernprozesse Optimierungen oder aber auch weiterführende beziehungsweise alternative Maßnahmen durchgeführt werden. In jedem Falle sollte die Phase – soweit noch nicht im Zuge der Evaluation geschehen – einen Schwerpunkt auf Kommunikation und die Information der Mitarbeiter gelegt werden, indem diese zum Beispiel unmittelbar zu den Ergebnissen der Maßnahme befragt werden oder die Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen und deren konkreten Folgen (Verbesserungen) rückgekoppelt werden.<sup>568</sup>

Um die zentrale Bedeutung der Projektorientierung für das BGM besser berücksichtigen zu können, differenzieren Wienemann und Rimbach die vier Kernprozesse des BGM darüber hinaus in weitere Teilprozesse. Diese sind die *Analyse, Maßnahmenplanung, Auswahl/Aushandlung, Umsetzung/Intervention, verhaltens- und/oder verhältnisorientierte Maßnahmen, Evaluation/Wirkungskontrolle sowie Bewertung/Zielerreichung*<sup>569</sup>.

Das Portfolio an Kernprozessen oder Lernschritten macht zugleich aber auch deutlich, dass ein aktives Planen, Gestalten und Umsetzen dieser Schritte interdisziplinäre Kompetenzen erfordert. Hierzu zählen nach Walter insbesondere *Management-Kompetenz, gesundheitswissenschaftliche Kompetenz sowie Fähigkeit im Beherrschen der Kernkompetenzen*<sup>570</sup>.

#### 2.4.3.5 Integrierte BGM-Modelle

Dem Prinzip der Integration kommt aus Management-Gesichtspunkten eine besondere Bedeutung zu, sodass auch ein BGM in das Management-System und damit sämtliche Managementebenen und -prozesse des Unternehmens integriert werden sollte, um die größtmögliche Wirkung zu erzielen. Folglich intendieren gesundheitsbezogene Standards (siehe Kapitel 2.4.2.2) und auch die Luxemburger Deklaration auf eine systematische und zielgerichtete Integration des Themas Mitarbeitergesundheit in alle strategischen und sonstigen wichtigen Entscheidungen aller Bereich sowie das Manage-

565 Vgl. (Walter, 2010, S. 158f.)

566 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 50f.)

567 Vgl. (Walter, 2010, S. 160)

568 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 51)

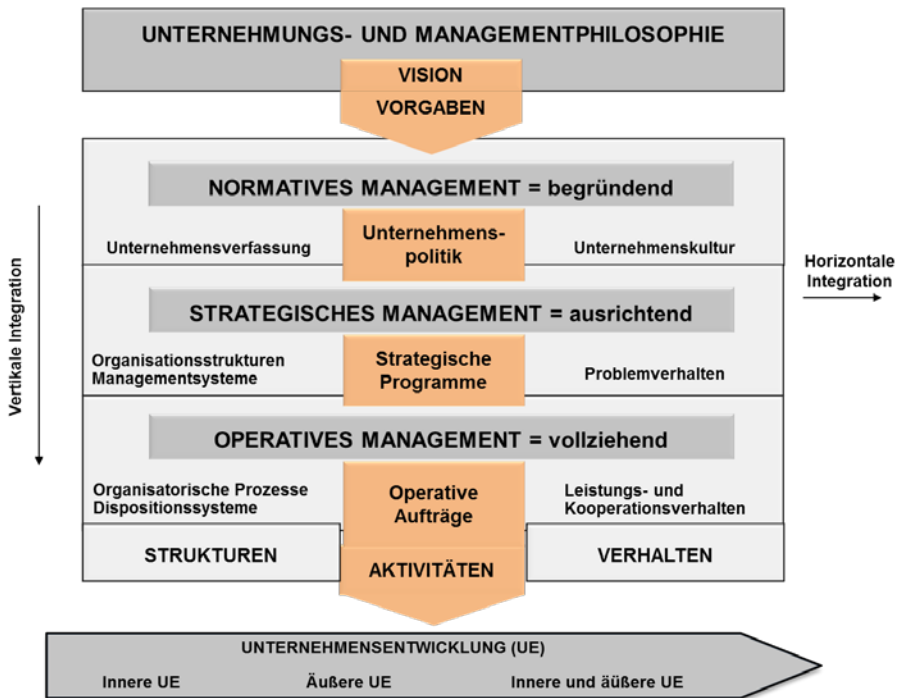
569 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 42ff.)

570 Vgl. (Walter, 2010, S. 155)



ment-System des Unternehmens. Darüber hinaus deuten Studien darauf hin, dass ein integrierter BGM-Ansatz den höheren wirtschaftlichen Erfolg verspricht<sup>571</sup> (siehe auch Kapitel 2.4.3.6).

Das „Konzept des integrierten Managements“ geht auf Knut Bleicher zurück und baut inhaltlich auf dem „St. Galler Management Modell“ von Ulrich & Krieg auf, das einem systemisch ganzheitlichen Ansatz folgt. Bleicher „greift insbesondere die bei Ulrich hervorgehobenen *Management-Ebenen (normativ, strategisch, operativ)* auf und verbindet sie durch eine „Harmonisierung“ des „Dreiklangs“ *Strategie, Struktur und Kultur*<sup>572</sup>. Dabei ergeben sich die drei Ebenen „eines konstituierenden normativen, eines ausrichtenden strategischen und eines vollziehenden operativen Managements“<sup>573</sup>, denen je drei voneinander abgrenzbare Probelfelder (*Strukturen, Aktivitäten und Verhalten*) hinterlegt sind und sich gegenseitig sowie ebenenübergreifend durchdringen<sup>574</sup> (siehe Abbildung 2.4.3.5.a):



**Abbildung 2.4.3.5.a: Gesamtzusammenhang des integrierten Managementkonzepts**  
(nach Bleicher)<sup>575</sup>

571 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 13)

572 (Gesellschaft für Integriertes Management St. Gallen, 2015)

573 (Bleicher, 2003, S. 159)

574 Vgl. (Bleicher 2004 S. 77f.) zit. n. (Rimbach, 2013, S. 88)

575 Darstellung nach: (Bleicher, 2003, S. 159)

Ausgehend von der *Unternehmungs- und Managementphilosophie* erfolgt die Entwicklung und Integration der *Vision* über die verschiedenen Ebenen (*vertikale Integration*), während auf vertikaler Ebene eine Vor- und Rückkopplung der Vision beziehungsweise der *Aktivitäten* (mit den Bereichen der *Strukturen* und *Verhalten*) erfolgt. Insgesamt ist das Vorgehen dabei als Unternehmensentwicklung angelegt.

Versucht man das BGM auf dieses Konzept zu übertragen, so ist es aus einer systemtheoretischen Betrachtungsweise heraus als ein *Subsystem der Gesamtsystemebene (Unternehmung)* zu verstehen, dessen Inhalte und Vorgehensweisen unterschiedlich tief in die Ebenen und Subsysteme des Unternehmens (wie Geschäftsbereich, Abteilungen oder Berufsgruppen) hineinreichen und anwendbar sein müssen. Dabei berücksichtigt das Konzept des integrierten BGM die gewachsenen Strukturen in einem Unternehmen, wobei die Umsetzung insbesondere als Führungsaufgabe verstanden wird, da es auf normativer, strategischer und operativer Ebene realisiert werden muss.<sup>576</sup> Oppolzer überträgt diese drei Ebenen (in Anlehnung an das St. Galler Modell) explizit auf das BGM und konkretisiert Ziele und Maßnahmen für die Bereiche des *Arbeits- und Gesundheitsschutzes*, der *BGF* sowie des *integrierten Managements* (siehe Anlage/Tabelle 2.4.3.5)<sup>577</sup>.

Rimbach stellt (in Anlehnung an Wienemann & Rimbach) überdies ein Modell für ein integriertes BGM vor (siehe Anlage/Abbildung 2.4.3.5.d), welches auf den vier Säulen des *Arbeits- und Gesundheitsschutzes*, des *BEM*, der *Vorsorge und Gesundheitsförderung* sowie der *Suchtprävention, Sichtberatung/-hilfe und Mitarbeiterberatung* basiert. Ihr Modell führt alle gesundheitsbezogenen Aktivitäten einer Organisation hinsichtlich zielgerichteter Planung und Steuerung unter Einbezug der rechtlichen Rahmenbedingungen, der wichtigsten (internen und externen) Akteure sowie des Leitbildes der Organisation systematisch zusammen.<sup>578</sup> Damit bietet dieses Modell eine gute Übersicht über zentrale Facetten des integrierten BGM, ermöglicht (ohne weitere Darstellung) jedoch noch keine Zuordnung der vier Kernprozesse oder der Projektstruktur (siehe Kapitel 2.4.3.4).

Die Deutsche Gesellschaft für Personalführung (DGFP) hat darüber hinaus ein *Modell für ein integriertes BGM* entwickelt, dessen Grundstruktur sich ebenfalls an den drei *Ebenen* des integrierten Managements sowie den verschiedenen Problemfeldern dieser Ebenen orientiert, insgesamt indes die *Kernprozesse* des BGM stärker betont – und damit einen sehr praxisnahen, aber unternehmensneutralen Ansatz für ein integriertes BGM-Modell offeriert (siehe Abbildung 2.4.3.5.b).

Ausgangspunkt des DGFP-Modells ist die Annahme, dass ein integriertes BGM die höchste Ausprägung beziehungsweise den höchsten Reifegrad eines BGM abbildet und das Thema Gesundheit ein strategisches und kulturelles Leitthema des Unternehmens darstellt und in alle Unternehmensstrukturen und Prozesse integriert ist<sup>579</sup>. Initiiert

576 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 92ff.)

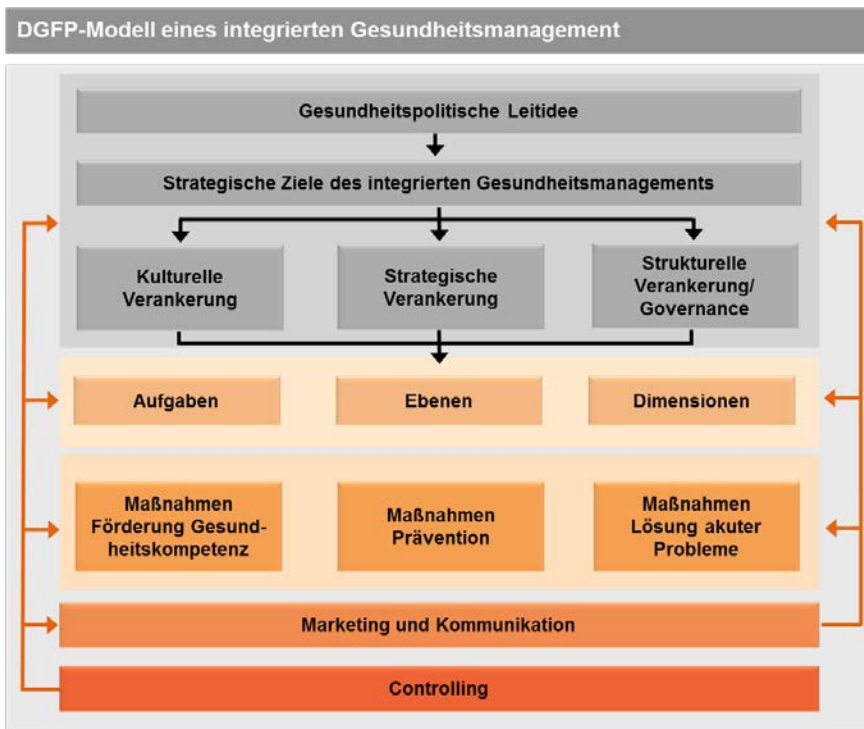
577 Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 30ff.)

578 Vgl. (Rimbach, 2013, S. 84ff.)

579 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 25f.)

durch die *gesundheitpolitische Leitidee* des Unternehmens (in der etwa Zuständigkeiten und Verständnisse festgelegt werden; siehe Kapitel 2.4.2.3) lassen sich dabei vier aufeinanderfolgende Phasen oder Konzeptebenen des BGM unterscheiden:

Auf der Ebene der *Gesundheitsmanagement-Strategie* werden in Einklang mit der Gesundheitspolitik und vor dem Hintergrund unternehmensspezifischer Determinanten (wie Unternehmensstrategie, Alleinstellungsmerkmale, Kernkompetenzen etc.) sowie externen Kontextfaktoren (wie Arbeitsmarkt, gesellschaftliche Trends, Gesundheitssystem etc.) strategische Ziele für das integrierte BGM definiert und dreidimensional in *kultureller*, *strategischer* und *struktureller* Hinsicht verankert (siehe Abbildung 2.4.3.5.b)<sup>580</sup>:



**Abbildung 2.4.3.5.b:** DGFP-Modell eines integrierten Gesundheitsmanagements (nach DGFP)<sup>581</sup>

Darauf aufbauend erfolgt über das BGM-Portfoliomanagement die Konzeption der späteren Maßnahmen und Programme. Hierzu werden die Dimensionen (physisch, psychisch, sozial) und Ebenen (individuell, organisatorisch) festgelegt sowie Aufgaben (Förderung, Prävention, Lösung) definiert – wobei im Sinne eines „Baukastensystems“ zwischen bedarfsorientierten Maßnahmen (zum Beispiel anlassbezogenen Aufklärungskampagnen) und regelmäßig operativen Maßnahmen (wie EAP) unterschieden

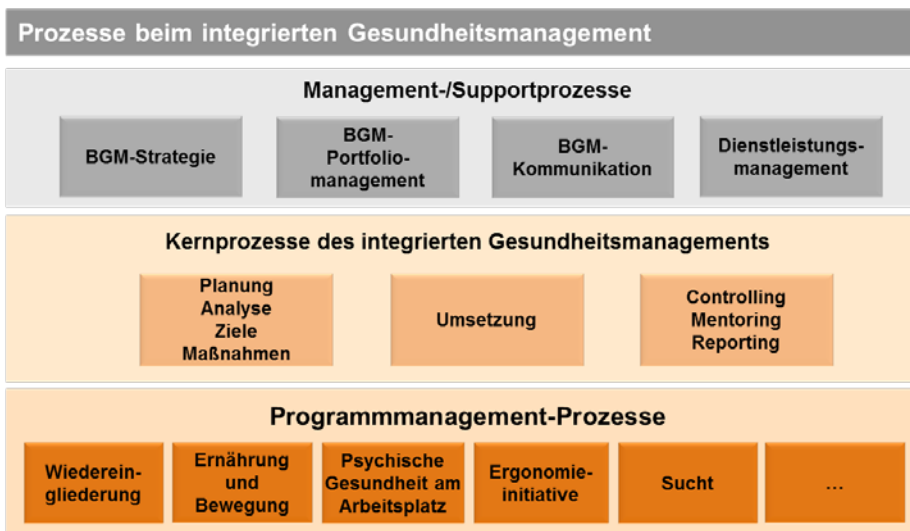
<sup>580</sup> Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 27f.)

<sup>581</sup> Darstellung nach: (DGFP e. V., 2014, S. 29)

wird. Im nächsten Schritt (BGM-Umsetzung) erfolgt die zielgruppengerechte und situationsangemessene Realisierung der Maßnahmen unter Anwendung von Projektmanagement-Verfahren.<sup>582</sup>

Wie die Pfeile überdies verdeutlichen, sollten die genannten Prozessschritte durch *Marketing und Kommunikation* (integrierte *BGM-Kommunikation*) flankierend unterstützt werden, um beispielsweise über die Bedeutung von Gesundheit im Arbeitskontext aufzuklären und Interesse an den Maßnahmen zu fördern. Außerdem gilt es (über ein *integriertes BGM-Controlling*) das Vorgehen einer maßnahmen- und funktionsbezogenen Effizienz- und Effektivitätsbetrachtung zu unterziehen, um die Steuerung, kontinuierliche Verbesserung und die mittelfristige Planung des integrierten BGM zu optimieren.<sup>583</sup>

Ferner unterscheidet dieses Modell drei *Prozessebenen* des integrierten BGM:



**Abbildung 2.4.3.5.c:** Prozessebenen des integrierten BGM (nach DGFP)<sup>584</sup>

Wie Abbildung 2.4.3.5.c zeigt, beziehen sich diese *Management-/Support-prozesse* auf den spezifischen Strategieprozess, die Übersetzung der Strategie in ein integriertes BGM-Portfolio sowie die BGM-Kommunikation und Aufgaben des Dienstleistungsmanagements. *Kernprozesse* des BGM umfassen im Wesentlichen die Standardphasen des Management-Prozesses (siehe Kapitel 2.4.3.4), und die *Programmmanagement-Prozesse* dienen der Ausgestaltung einzelner Handlungsfelder wie dem BEM oder der Förderung der psychischen Gesundheit.<sup>585</sup>

582 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 28)

583 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 28f.)

584 Darstellung nach: (DGFP e. V., 2014, S. 53)

585 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 52ff.)

Betrachtet man die Abbildungen 2.4.3.5.b und c als Einheit, so wird deutlich, dass ein ganzheitliches und integriertes BGM mit einer Vielzahl an Prozessen verbunden ist und nur unter Berücksichtigung der unternehmensbezogenen Determinanten und Besonderheiten seine volle Wirkung erzielen kann. Insofern zeigt sich, dass die Integration eines BGM immer auch als Veränderungs- und OE-Prozess betrachtet und unter Beteiligung der Mitarbeiter realisiert werden sollte<sup>586</sup>.

#### 2.4.3.6 Wirksamkeit und betriebswirtschaftlicher Nutzen

Obwohl bereits deutlich wurde, dass ein BGM und seine Maßnahmen erst dann eine optimale Wirkung erzielen können, wenn sie auf die jeweiligen spezifischen Rahmenbedingungen von Unternehmen und Belegschaft zugeschnitten werden, lässt sich grundsätzlich konstatieren, dass BGM wirkt und einen ökonomischen Nutzen erzielt<sup>587</sup>. So zeigt etwa die Praxis nach Nieder, „dass durch Projekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements Krankenstand, Absentismus, Unfallzahlen und Fluktuation verringert und damit z. B. die Lohnfortzahlungskosten reduziert werden können“<sup>588</sup>. Und auch aus Sicht der evidenzbasierten Wissenschaft gilt der ökonomische Nutzen von BGF nach Bödeker als „eindrucksvoll belegt“<sup>589</sup>.

Im Zentrum der evidenzbasierten Untersuchungen stehen dabei zumeist Maßnahmen der Prävention und BGF (siehe Kapitel 2.4.3.7), welche hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen Effekte (gegenüber einer Kontrollgruppe) und/oder ihres Kosten-Nutzen-Verhältnisses analysiert werden<sup>590</sup>. Über die Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA) wurden hierzu seit dem Jahr 2003 wiederholt Metaanalysen durchgeführt, um die wissenschaftliche Evidenz zu Wirksamkeit und Nutzen von Maßnahmen zur *betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung* sowie zuletzt auch des *betrieblichen Arbeitsschutzes* zu ermitteln. Dabei ergab die jüngste Metaanalyse (in Einklang mit den vorherigen Analysen<sup>591</sup>), dass BGF und Prävention allgemein „hinsichtlich des gesundheitlichen wie auch des ökonomischen Nutzens weiterhin als evident bezeichnet werden“ können<sup>592</sup> und die betrachteten Studien im Durchschnitt eine Senkung der krankheitsbedingten Fehlzeiten sowie Kosten für Berufsunfähigkeit und medizinische Kosten um circa 25 Prozent zeigten<sup>593</sup> (verglichen mit rund 27 respektive 26 Prozent in der vorherigen Metastudie<sup>594</sup>). Folglich weisen die herangezogenen Reviews auf einen positiven Return on Investment (ROI) von zum Beispiel 1:3,27 für Einsparungen medizinischer Kosten oder 1:2,73 für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten hin<sup>595</sup>. Modelle wie das von Booz & Company rechnen indes mit deutlich höheren ROIs von 2,5 bis 10,1 durch

586 Vgl. (Nieder, 2013, S. 203ff.); (Rimbach, 2013, S. 97ff.); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 36ff.)

587 Vgl. z.B. (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 64); (Nieder, 2013, S. 203); (Bödeker, 2012, S. 180)

588 (Nieder, 2013, S. 203)

589 Vgl. (Bödeker, 2012, S. 180)

590 Vgl. (Bödeker, 2012, S. 180)

591 Vertiefend hierzu siehe: (Sockoll, Kramer, & Bödeker, 2008, S. 58ff.); (Kreis & Bödeker, 2003, S. 31ff.)

592 (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 64)

593 Vgl. (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 64)

594 Vgl. (Sockoll, Kramer, & Bödeker, 2008, S. 58f.) in Anlehnung an Chapman (2005)

595 Vgl. (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 68)

Einsparungen von Fehlzeiten<sup>596</sup>. Auch die Auswertung von drei Studien zum Arbeits- und Gesundheitsschutz durch Bäunig & Kohstall zeigte, dass entsprechende Präventionsmaßnahmen für die Unternehmen eine „lohnende Investition“ (von in etwa 1 zu 2) darstellen<sup>597</sup>. In den Kapiteln 3.4 und 3.5 wird ferner aufgezeigt, dass Präsentismus eine hohe betriebswirtschaftliche Relevanz aufweist und besonders arbeitsbezogene Faktoren – die sich unter anderem durch BGM verbessern lassen – eine wichtige Ursache darstellen (siehe Kapitel 3.6.2).

Hinsichtlich der Wirksamkeit von Maßnahmen der betrieblichen Prävention und BGF resümieren Pieper et al., dass ein Großteil der Studien eine „*Verbesserung der körperlichen beziehungsweise psychischen Verfassung*“ zeigt und „*arbeitsorganisatorische und arbeitsplatzbezogene Zielgrößen positiv beeinflusst*“ werden. Aufgrund der großen inhaltlichen und methodischen Heterogenität der Studien und Komplexität der Sachverhalte lassen sich allerdings nur schwer unmittelbare Vergleiche ableiten oder Handlungsleitfäden entwickeln. So ließ sich im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen bezüglich Interventionen gegen Erkrankungen des Bewegungsapparates zum Beispiel nur eine moderate Evidenz zum präventiven Nutzen körperlicher Bewegungs- und Kräftigungsprogramme belegen und hinsichtlich der Prävention psychischer Erkrankungen zeigte sich, dass sich vor allem Kombinationen aus organisationalen und individuellen Maßnahmen (die im Durchschnitt auch länger wirken als nur individuelle) wirksamer gezeigt haben.<sup>598</sup>

Übertragen auf das BGM bekräftigt dies wiederum die Forderung nach einem ganzheitlichen und integrierten Vorgehen (siehe Kapitel 2.4.3.3/5).

Wie in Kapitel/Abbildung 2.4.3.1 bereits aufgezeigt wurde, beruht der betriebswirtschaftliche Nutzen eines BGM jedoch nicht bloß auf der Reduzierung etwaiger Ausfallkosten und Produktivitätsverluste, sondern auch in der Steigerung der internen und externen Arbeitgeberattraktivität sowie Marketinggesichtspunkten hinsichtlich eines verbesserten Images gegenüber Kunden und/oder Geschäftspartnern (siehe Kapitel/Abbildung 2.4.3.1). Hierzu gilt es allerdings anzumerken, dass es bereits schwierig ist, den exakten ROI für verhinderte Fehlzeiten zu ermitteln (siehe auch Kapitel 3.5.3), so dass die Berechnung des ROI bezüglich Image und Arbeitgeberattraktivität seriös kaum abzubilden ist.

#### 2.4.3.7 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) stellt aus salutogener Sicht ein Kernelement des BGM dar – kann jedoch auch unabhängig von diesem betrieben werden. Bestehen beide nebeneinander, so schafft das BGM durch systematische Strukturen und Prozesse sinngemäß den Rahmen (siehe Kapitel 2.4.3.1) für die konkreten Maßnahmen und Programme der BGF.

596 Vgl. (Booz & Company, 2011, S. 9)

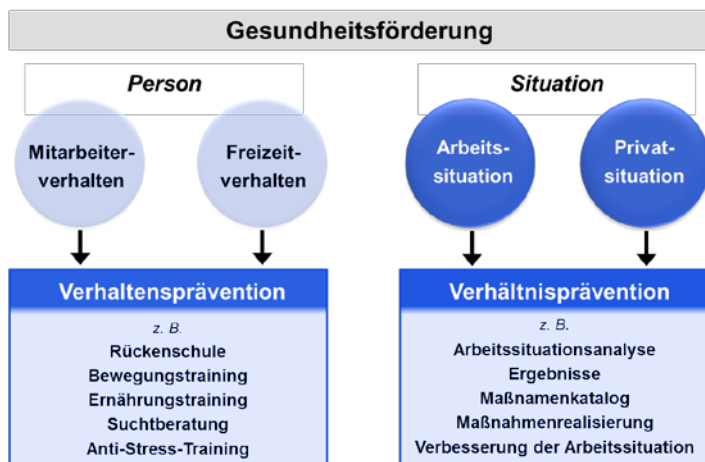
597 Vgl. (Bräunig & Kohstall, 2015, S. 123)

598 Vgl. (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 68f.)

Wie in Kapitel 2.2.2 hierzu bereits diskutiert wurde, bietet es sich im Hinblick auf die BGF an, Gesundheit nicht als Zustand, sondern (im Sinne der Ottawa-Charta) als einen aktiv zu gestaltenden *salutogenen Prozess* (siehe auch Kapitel 2.2.6) und die Betriebe als *gesundheitsförderliche Settings*<sup>599</sup> zu verstehen. Gesundheitsförderung soll den Menschen (im Sinne der WHO) ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen<sup>600</sup>. Dabei wird BGF durch die Luxemburger Deklaration als *moderne Unternehmensstrategie* postuliert, die darauf zielt, *Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern*<sup>601</sup>. Eine *Zusammenführung finden diese Ansätze beispielsweise in der BGF-Definition der DIN SPEC 91020*:

*„Maßnahmen [auch punktuell oder zeitlich befristet] des Betriebes unter Beteiligung der Organisationsmitglieder zur Stärkung ihrer Gesundheitskompetenzen sowie Maßnahmen zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Bedingungen (Verhalten und Verhältnisse), zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden im Betrieb sowie zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit.“<sup>602</sup>*

Und obwohl Gesundheitsförderung wissenschaftlich gesehen in einer salutogenen Tradition steht und auf Schutzfaktoren ausgerichtet ist (siehe Kapitel 2.2.6), hat sich zur Unterscheidung ihrer Maßnahmen das (sprachlich pathogenetische) Wortpaar von *Verhaltens- und Verhältnisprävention* durchgesetzt<sup>603</sup>, wie das Modell von Nieder & Michalk (siehe Abbildung 2.4.3.7) strukturierend verdeutlicht:



**Abbildung 2.4.3.7.a: Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung**  
(nach Nieder & Michalk)<sup>604</sup>

599 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Altgeld & Kolip, 2007, S. 44f.); (Faller, 2012, S. 19)

600 Vgl. (WHO, Weltgesundheitsorganisation, 1986, S. 1)

601 Vgl. (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2007, S. 3)

602 (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 7)

603 Vgl. (Altgeld & Kolip, 2007, S. 41ff.); (Leppin, 2007, S. 33); (Rudow, 2011, S. 219ff.)

604 Darstellung nach: (Nieder & Michalk, 2007, S. 46)

Maßnahmen der *Verhaltensprävention* zielen dabei *auf die Person* beziehungsweise den Mitarbeiter als Individuum und die „Entwicklung gesundheitserhaltender und -förderlicher personaler oder Humanressourcen“, während die *Verhältnisprävention* auf eine „gesundheitsstabilisierende und -förderliche *Gestaltung der Arbeitssituation*, d. h. der Arbeitsaufgabe und -bedingungen“ zielt<sup>605</sup>. Zugleich verdeutlicht Abbildung 2.4.3.7 die bereits in Kapitel 2.2.5 (am Beispiel der Arbeitsfähigkeit) aufgezeigte Bedeutung der „außerberuflichen“ Umstände und Verhaltensweisen (das Freizeitverhalten sowie die private Situation) für Gesundheit und Wohlbefinden und damit die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter.

Rudow merkt allerdings an, dass Maßnahmen der Verhaltensprävention in der Praxis überwiegen, obgleich die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen der Verhältnisprävention oft höher sei<sup>606</sup>. Betrachtet man indes wie häufig verhaltens- und verhältnispräventive Handlungsbereiche in den Unternehmen mit Angeboten und Maßnahmen des BGM/der BGF hinterlegt sind, so zeigen eigene Untersuchungen (siehe auch Kapitel 4.3.2) keine relevanten Unterschiede. Vielmehr wurde erwartungsgemäß deutlich, dass Unternehmen, die bereits ein systematisches BGM eingeführt haben, alle erfragten Themengebiete (zum Teil wesentlich) häufiger abdecken, als Unternehmen, deren BGM sich erst in der Planung beziehungsweise Einführung befindet. Demnach schätzten drei von vier Befragten den Handlungsbedarf ihres Unternehmens zum Gesundheitsbewusstsein/-verhalten der Belegschaft (und damit ihren Bedarf an Verhaltensprävention) als hoch oder sehr hoch ein (siehe Kapitel/Abbildung 4.3.2/d).

Überdies weist Faller darauf hin, dass die Begriffe der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Sinne eines ganzheitlichen Vorgehens wenig zielführend oder gar obsolet seien, weil eine Trennung von Verhalten und Verhältnissen beziehungsweise eine klare Grenze zwischen menschlichem Verhalten und äußeren Strukturen aufgrund der Wechselwirkungen oft nicht zu ziehen sei<sup>607</sup>. Belegen lässt sich dies beispielsweise für den Bereich der psychischen Erkrankungen für den Pieper et al. resümieren, dass sich vor allem Kombinationen aus organisationalen und individuellen BGF-Maßnahmen als wirksamer und nachhaltiger erwiesen als rein verhaltenspräventive<sup>608</sup>.

Die Konzeption bedarfsgerechter BGF-Maßnahmen und -Programme sollte dabei an den Kernprozessen des BGM (siehe Kapitel 2.4.3.4) orientiert erfolgen. Dabei steht und fällt der Erfolg der Maßnahme auch mit der Qualität der Analyse und Ableitung der richtigen Interventions-Ziele. Während Kennzahlen, Routinedaten, Gefährdungsbeurteilungen oder auch Daten externer Dienstleister (wie EAP-Auswertungen) bereits wichtige Anhaltspunkte für personale oder organisationale Interventionsbedarfe liefern können (siehe auch Kapitel 2.4.1 und 2.4.2.1), ist es für eine präzise Diagnose wichtig, die Mitarbeiter „als die wahren Experten für ihre Arbeitssituation“ zu verstehen und zu befragen<sup>609</sup>. So bieten sich nach Nieder vor allem die Instrumente der *Expertenbefragungen* (etwa von Werksärzten oder Sicherheitsbeauftragten), der *schriftlichen Befragungen*

605 (Rudow, 2011, S. 219); vgl. auch (DIN Deutsches Institut für Normung e. V., 2012, S. 8)

606 Vgl. (Rudow, 2011, S. 220)

607 Vgl. (Faller, Was ist eigentlich BGF?, 2012, S. 23f.)

608 Vgl. (Pieper, Schröder, Haupt, & Kramer, 2015, S. 68f.)

609 Vgl. (Nieder, 2005, S. 54); (Nieder, 2013, S. 203) (Rimbach, 2013, S. 57)



sowie qualitative Verfahren wie die Arbeitssituationsanalyse<sup>610</sup> (ein dreistufiges Gruppendiskussionsverfahren) an<sup>611</sup>. Sollen daneben individuelle Interventionsbedarfe detailliert ermittelt werden, kann es überdies sinnvoll sein, den WAI/ die AF (siehe Kapitel 2.2.5) zu erfassen.

Konkrete Maßnahmen zur BGF lassen sich nach dem Modell der DGFP hinsichtlich *Dimension* (physisch, psychisch, sozial), *Ebene* (individuell, organisatorisch) und *Aufgabe* (Förderung der Gesundheitskompetenz, Prävention, Lösung akuter Probleme) zielgerichtet definieren und konzipieren (siehe Kapitel 2.4.3.5)<sup>612</sup>. In der Kombination der drei Kategorien ergibt sich eine Portfolio-Matrix mit 18 Feldern, die bedarfsgerecht erstellt und angepasst werden kann (siehe als Beispiel-Matrix Anlage/Tabelle 2.4.3.6). Aufgrund der Interdependenzen der drei Gesundheitsdimensionen sind die Zuordnungen entsprechend flexibel und dienen primär als Orientierungsrahmen für die Intervention und stützen überdies das Vorgehen in „abgestimmten Maßnahmenbündeln“ respektive BGF/BGM-Kampagnen<sup>613</sup>.

In Anlehnung an Uhle & Treier soll nachfolgend ein Ausschnitt möglicher Themenfelder und Einzelmaßnahmen der BGF schematisch aufgeführt werden.<sup>614</sup>

- **Arbeits(platz)gestaltung** (Arbeitsorganisation, ergonomische/alter(n)sgerechte Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomieberatung etc.)
- **Bewegungsförderung** (Betriebssport/Lauftreff, Fitnesskurse, Rückenschulen/ Sitz-training, Ausgleichsgymnastik etc.)
- **Gesunde Ernährung** (Ernährungsberatung, Kochkurse, Kantinenaktionen, Gewichtsmanagement etc.)
- **Gesundheitsbewusstsein/-verhalten** (Gesundheitsgespräche/-coaching, Körperwahrnehmung, Empowerment Seminare etc.)
- **Entspannung** (Autogenes Training, Yoga, Entspannungsoasen, Progressive Muskelentspannung etc.)
- **Psychosoziale Betreuung** (Sozialberatung, externe Mitarbeiterberatung/EAP, Konfliktmanagement/-mediation, Suchtprävention, Elder Care etc.)
- **Führung** (Führungskräfte-Schulung, Gesundheitskultur, Gesundheitszirkel, Management-Check-Up etc.)
- **Medizinische Vorsorge** (Impfberatung, Hautkrebs-, Darmkrebs-Screenings, Gesundheitsbefragungen, WAI etc.)
- **Information und Marketing** (Info-Portale, Gesundheitstage, Gesundheitsschichten, Wettbewerbe etc.)
- **Aktuelle/individuelle Themen** (Physiotherapie, Raucherentwöhnung, Wiedereingliederung, Stressmanagement, Work-Life-Balance etc.)
- ...

610 Vertiefend zur Arbeitssituationsanalyse siehe z. B.: (Nieder, 2005); (Nieder, 2013, S. 207ff.)

611 Vgl. (Nieder, 2013, S. 205ff.)

612 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 61ff.)

613 Vgl. (DGFP e. V., 2014, S. 64ff.)

614 Vgl. (Uhle & Treier, 2015, S. 47)

Mit dieser Auflistung soll keinesfalls ein Anspruch auf eine umfassende Darstellung gesundheitsförderlicher Maßnahmen erhoben werden, wohl aber verdeutlicht diese Auswahl die Vieldimensionalität und Vernetzung, in der BGF gedacht und betrieben werden muss, um einem ganzheitlichen Anspruch gerecht zu werden.

#### 2.4.3.8 Betriebliches Fehlzeitenmanagement (BFM)

Fehlzeiten (FZ) stellen zwar eine wichtige betriebswirtschaftliche Kennzahl dar, werden häufig jedoch primär als „Kostenfaktor“ oder „Spätindikator“ für Krankheit und damit aus einem retrospektiv-pathogenen Verständnis heraus betrachtet (siehe Kapitel 2.3 und 2.3.1). Aus Sicht eines integrierten BGM bieten Fehlzeiten aber auch wichtige Hinweise und Signale auf Interventionsbedarfe und salutogene Gestaltungsmöglichkeiten im Unternehmen, die allerdings erst dann ausgeschöpft werden, wenn diese *systematisch analysiert und nachhaltig reduziert* werden. In diesem Sinne umfasst das *Betriebliche Fehlzeitenmanagement (BFM) ein zielgerichtetes und an Managementverfahren sowie der Organisationsentwicklung (OE) orientiertes Vorgehen, um betriebliche Fehlzeiten dauerhaft zu reduzieren, ohne dabei das Phänomen Präsentismus nennenswert zu verstärken*. Dabei geht es ausdrücklich nicht darum „Jagd auf Kranke“ zu machen, sondern die Bedingungen von Arbeit, Organisation und Person im Hinblick auf ihren Einfluss auf den Krankenstand zu prüfen und gegebenenfalls zu verbessern<sup>615</sup>.

Wie in Kapitel 2.3.6 bereits dargelegt wurde, sind Fehlzeiten in Unternehmen komplex und multifaktoriell determiniert, sodass eine Ursachenermittlung, die sich auf einzelne Merkmale der Arbeit oder Person stützt nach Ulich & Wülser meist zu kurz greift und daher problematisch ist<sup>616</sup> und auch Nieder konstatiert in diesem Sinne, dass eine Reduzierung der Fehlzeiten beziehungsweise eine Erhöhung der Anwesenheit „durch Schnellschußaktionen, spontane Aktivitäten und reine disziplinarische Maßnahmen“ dauerhaft nicht möglich ist<sup>617</sup>. Stattdessen ist es erforderlich, umfassend und präventiv zu arbeiten, was im Grundsatz den Fokus auf alle Mitarbeiter richtet, die Reduzierung von FZ als Führungs-/Personen-Aufgabe definiert und berücksichtigt, dass FZ nicht nur isoliert auftreten, sondern auch „mögliche Reaktionsformen der Mitarbeiter“ abbilden können.<sup>618</sup> Damit steht weniger die Fehlzeitenquote als der Prozess zu deren Reduzierung im Mittelpunkt.

Um systematisch vorzugehen, bietet es sich wiederum an, das BFM und dessen Maßnahmen am Regelkreis der Kernprozesse auszurichten und durchzuführen (siehe Kapitel/Abbildung 2.4.3.4). Insofern bestehen eine zentrale Wirksamkeitsvoraussetzung und der erste Schritt des BFM in der Analyse von Umfang und Ursachen der betrieblichen FZ<sup>619</sup>. Als Ausgangspunkt können hierbei die Kennzahlen und Routinedaten des BGM dienen (siehe Kapitel 2.4.1) und darauf aufbauend zum Beispiel Vergleiche mit Zahlen der Vorjahre oder Benchmarks gegenüber anderen Unternehmen der Branche angestellt werden. Größere Abweichungen können dabei als Anhaltspunkt für eine „gestör-

615 Vgl. (Rudow, 2011, S. 242); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 49f.)

616 Vgl. (Ulich & Wülser, 2015, S. 147f.)

617 Vgl. (Nieder, 1998, S. 157)

618 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 49f.)

619 Vgl. (Salowsky, 1996, S. 52); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 29f.);

te Arbeitssituation“ und einen betrieblichen Handlungsbedarf (auf struktureller Ebene) gedeutet werden.<sup>620</sup>

Um aus *Unternehmenssicht* eine betriebliche Handlungsstrategie ableiten zu können, bedarf es zunächst einer weiteren strukturellen Aufschlüsselung der FZ. Hierbei können prinzipiell drei FZ-Muster auftreten, dass *wenige Mitarbeiter* im gesamten Unternehmen einen großen Teil der FZ verursachen (Fall 1), dass die FZ überwiegend in einem *bestimmten Bereich/einer bestimmten Abteilung* verursacht werden (Fall 2) oder dass sich die FZ auf das *gesamte Unternehmen gleichmäßig* (ohne auffälligen Personenkreis) verteilen (Fall 3)<sup>621</sup>.

Während es im erstgenannten Fall nach Brandenburg & Nieder meist ausreicht, einzelne Instrumente zur Fehlzeitenreduzierung (siehe unten) anzuwenden, bedarf es beim Auftreten hoher FZ in bestimmten Bereichen/Abteilungen (Fall 2) eines über Einzelmaßnahmen hinaus weitergehenden Konzeptes. Geeignet sind etwa OE-Verfahren (die ggf. über externe Berater angewandt werden). Diese sollen für Vertrauen und Transparenz sorgen, die Mitarbeiter einbinden und in Anlehnung an den Regelkreis (siehe oben) eine umfassende Problemanalyse durchführen und darauf aufbauend bedarfsgerechte Maßnahmen erarbeiten und umsetzen. Sollten die FZ (wie im dritten Fall) keiner speziellen Personengruppe oder Abteilung zugeordnet werden können, sondern das gesamte Unternehmen betreffen, so empfehlen die Autoren in Gänze von „isolierten Einzelmaßnahmen“ abzusehen (da diese Misstrauen hervorrufen würden) und stattdessen ein strategisches Vorgehen im Sinne eines „komplexen OE-Projektes“<sup>622</sup> durchzuführen.<sup>623</sup> Um wirksame Veränderungen erzielen zu können, ist darauf zu achten, dass keine externen Universallösungen angewandt werden, sondern *der Prozess das Ergebnis bestimmt* (Betroffene zu Beteiligten gemacht werden), die *Maßnahmen zum Reifegrad der Organisation passen, zum richtigen Zeitpunkt erfolgen und in sich stimmig sind*<sup>624</sup>.

Bricht man das BFM auf die Ebene der Mitarbeiter herunter, so diversifizieren sich die möglichen Interventionsstränge deutlich (siehe Abbildung 2.4.3.8.a):

620 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 29)

621 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 30)

622 Vertiefend zu OE siehe z. B.: (Nieder & Michalk, 2001); (Rimbach, 2013, S. 98ff.); (Michalk, 2005, S. 55ff.);

623 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 31); (Schein, 1998); (Nieder, 1997a, S. 114ff.)

624 Vgl. (Nieder & Michalk, 2001, S. 286ff.); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 37f.)

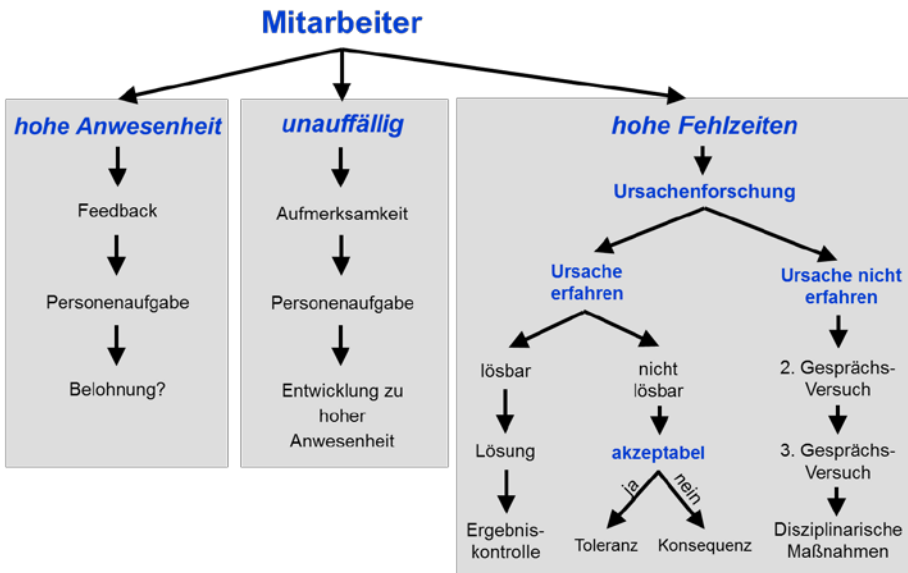


Abbildung 2.4.3.8.a: Zielgruppen unter den Mitarbeitern (nach Nieder)<sup>625</sup>

Wie aus der Abbildung hervorgeht, erfordert ein systematisches BFM den Blick auf *alle Mitarbeiter* zu richten, denn eine Reduzierung des Blicks ausschließlich auf die Mitarbeitergruppe mit FZ würde letztlich zu einem „rein reaktiven“ Verhalten führen, da deren FZ ja bereits vorliegen<sup>626</sup>. Vielmehr soll gewährleistet werden, dass „alle Mitarbeiter [...] merken, dass sich das Unternehmen um die Fehlzeiten kümmert, dass unterstützt und geholfen wird und gegebenenfalls auch disziplinarische Maßnahmen ergriffen werden“<sup>627</sup>.

Im Kern lassen sich somit drei (Ziel-)Gruppen des BFM bilden, wovon nur ein kleiner Teil *hohe Fehlzeiten* aufweist (siehe Kapitel 2.3.2). Nach Rudow richtet sich der Fokus des BFM in dieser Gruppe vor allem auf das Phänomen *Absentismus* und damit den motivationsbedingten Anteil des Krankenstandes (siehe Kapitel 2.3.1)<sup>628</sup>. Daneben zeigen der bisherige und weitere Verlauf dieser Arbeit aber ebenso auf, dass es vielfältige betriebliche Möglichkeiten gibt (speziell im Bereich der BGF und des BEM), mit denen erkrankte oder verletzte Mitarbeiter wirksam unterstützt und damit FZ reduziert werden können (siehe Kapitel 2.4.3.7/9).

Die sehr große Mehrheit der Mitarbeiter gehört allerdings den anderen beiden Gruppen mit *moderatem* oder *sehr geringem/keinem Krankenstand* an. Aus Sicht der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens kommt es nach Badura besonders auf den Ge-

625 Darstellung nach: (Nieder, 2009b, S. 353)

626 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 49)

627 (Nieder & Michalk, 2007, S. 45)

628 Vgl. (Rudow, 2011, S. 235)

sundheitszustand dieser großen Mehrheit an, dem folglich „größte Aufmerksamkeit“ gewidmet und der „kontinuierlich beobachtet, berichtet, geschützt und gefördert werden“ sollte<sup>629</sup>. Damit rückt vor allem die „Personenaufgabe“ und das „Kümmern“ des Vorgesetzten in den Fokus und macht das BFM explizit zur Führungsaufgabe<sup>630</sup>. Ziel ist es, die Mitarbeiter zu motivieren, ihre hohe Anwesenheit (im salutogenen Sinne) beizubehalten oder gar noch zu erhöhen<sup>631</sup>. Wie nachstehend (aufgrund der hohen Bedeutung des Themas) noch gesondert behandelt wird, hat der Vorgesetzte über die Art und Weise, wie er seine Personenaufgabe wahrnimmt und als Vorbild agiert, großen Einfluss auf Zufriedenheit und Wohlbefinden und damit die Motivation und das Leistungsverhalten seines Teams (siehe hierzu Kapitel 2.4.4).

Das breite Spektrum an Maßnahmen zur Verbesserung der Anwesenheit lässt sich nach Rudow beispielsweise in *personenbezogene* (Rückkehr- und Fehlzeitengespräche, Gesundheitscoaching etc.), *organisationsbezogene* (Gesundheitszirkel, Fehlzeiterfassung und -analyse, Kontakte zu Ärzten etc.) und *arbeitsbezogene Maßnahmen* (Arbeitsanalyse, Workshops für Führungskräfte etc.) strukturieren<sup>632</sup>. Alternativ fassen Brandenburg & Nieder das Interventions-Portfolio über eine Vierfelder-Matrix aus *präventiven* und *kurativen* Maßnahmen auf *personaler* und *struktureller Ebene* zusammen<sup>633</sup> (siehe Abbildung 2.4.3.8.b):

---

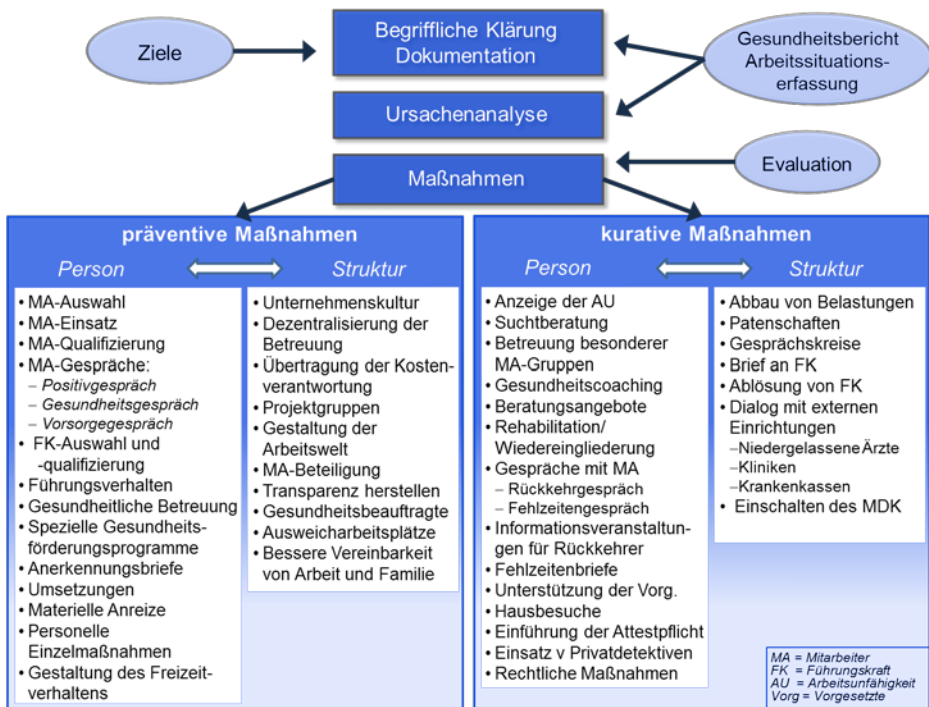
629 Vgl. (Badura, 2013, S. 12)

630 Vgl. (Nieder, 1997a, S. 92f.); (Nieder, 1998, S. 157ff.)

631 Vgl. (Nieder & Michalk, 2007, S. 45)

632 Vgl. (Rudow, 2011, S. 242ff.)

633 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 75ff.)



**Abbildung 2.4.3.8.b: Maßnahmen zur Erhöhung der Anwesenheit (nach Brandenburg & Nieder)<sup>634</sup>**

Aufgrund der Vielzahl und komplexen Zusammenhänge der Maßnahmen soll an dieser Stelle auf eine weiterführende Erläuterung der Instrumente verzichtet werden<sup>635</sup>. Es wird jedoch deutlich, dass die Maßnahmen und das BFM immer auch im Kontext des BGM und des Personalmanagements (als deren übergeordnete Handlungsbereiche) zu betrachten sind. Dabei spielen klar definierte (und strategisch verankerte) Ziele ebenso eine wichtige Rolle wie die Instrumente und Verfahren der *Gesundheitsberichterstattung* (siehe Kapitel 2.4.1) und der *Evaluation*.

Zusammenfassend betrachtet geht es beim Betrieblichen Fehlzeiten-Management also um mehr als nur Interventionen, die den Krankenstand senken – auch und gerade um eine „Problemverschiebung“ der Fehlzeiten zu mehr Präsentismus zu verhindern. Denn bloße Anwesenheit ist weder eine *hinreichende Bedingung für Leistung und Produktivität* noch ein *Beitrag zum Organisationserfolg*<sup>636</sup>, auf den es zum Fortbestehen des Unternehmens letztlich ankommt. Mitarbeiter, die krank zur Arbeit gehen oder innerlich gekündigt haben (siehe hierzu Kapitel 2.1.3.1), führen zwar zu einer kosmetischen Ver-

634 Darstellung nach: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 78)

635 Zur weiterführenden Erläuterung siehe: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 78ff.); (Rudow, 2011, S. 242ff.)

636 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 137); (Badura, 2013, S. 14)

besserung der Fehlzeiten- oder Gesundheitsquote (siehe Kapitel 2.3.1), erbringen aber häufig nur eine eingeschränkte Produktivität und verursachen zum Teil erhebliche Kosten (siehe auch Kapitel 3.4). Folglich muss Fehlzeitenmanagement (im Einklang mit dem BGM) auf den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 2.2.5) der Mitarbeiter zielen, was im Umkehrschluss eines *gemeinsamen Fehlzeiten- und Präsentismus-Konzeptes* bedarf (siehe Kapitel 5.2).

#### 2.4.3.9 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Ist ein Mitarbeiter binnen eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, so ist der Arbeitgeber gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX verpflichtet, ein *betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)* durchzuführen. Ziel des BEM ist es, die betroffenen Mitarbeiter dabei zu unterstützen die *Arbeitsunfähigkeit (AU)* möglichst zu *überwinden*, einer *erneuten AU vorzubeugen* und die *Arbeitsplätze* von Mitarbeitern (mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit oder gesundheitlichen Problemen) zu *erhalten*<sup>637</sup>.

Im Rahmen des BEM-Verfahrens soll herausgefunden werden, „ob und unter welchen Bedingungen die Möglichkeit einer Weiterbeschäftigung besteht und welche Maßnahmen hierfür getroffen werden müssen“<sup>638</sup>. Dazu schreibt das Gesetz jedoch weder konkrete inhaltliche Anforderungen noch ein bestimmtes Verfahren vor<sup>639</sup>, sondern zielt ausdrücklich auf möglichst „betriebsbezogene Lösungen“<sup>640</sup>. Dem Arbeitgeber wird dabei eine Initiativ-Pflicht auferlegt, wohingegen das BEM für den betroffenen Mitarbeiter als ein freiwilliges Angebot dargestellt und insofern inhaltlich auch vom Instrument des (*Kranken-)*Rückkehrgesprächs (siehe Kapitel 2.4.3.8) zu unterscheiden ist, dessen Teilnahme für den Mitarbeiter verpflichtend gestaltet werden kann<sup>641</sup>. Darüber hinaus ist die Ausgestaltung des BEMs mitbestimmungspflichtig und der Betriebsrat (BR) ist berechtigt zu verlangen, dass ihm die Mitarbeiter benannt werden, die die Voraussetzungen für ein BEM erfüllen<sup>642</sup>. Dabei hat er nach § 93 SGB IX die Einhaltung der Arbeitgeberpflichten zum BEM zu überwachen. Auch für die konkrete Durchführung des BEM sieht das Gesetz eine Beteiligung der Interessenvertretung und (soweit zuständig respektive erforderlich) der Schwerbehindertenvertretung sowie des Betriebsarztes vor – wenngleich der betroffene Mitarbeiter immer die Möglichkeit hat, deren Beteiligung abzulehnen<sup>643</sup>.

Hinsichtlich des Ablaufs eines möglichen BEM-Verfahrens lassen sich mehrere Prozessstufen und Entscheidungspfade unterscheiden (siehe Abbildung 2.4.3.9):

637 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 34); (Nieder & Michalk, 2007, S. 45)

638 (BMAS, 2014b, S. 25)

639 Vgl. (Hromadka, 2014, S. 198)

640 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 34)

641 Vgl. (BMAS, 2014b, S. 14); (Oppolzer, 2010, S. 219ff.)

642 Vgl. (Hromadka, 2014, S. 198)

643 Vgl. (BMAS, 2014b, S. 20)

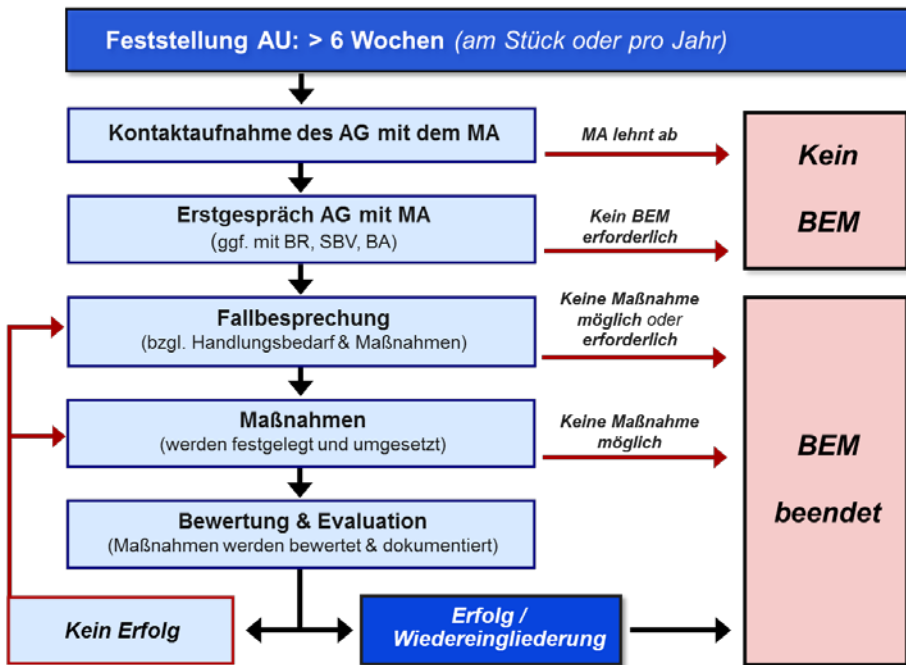


Abbildung 2.4.3.9: Prozess des Betrieblichen Eingliederungsmanagements<sup>644</sup>

Ausgangspunkt des BEM-Verfahrens ist immer zuerst die Feststellung, dass ein Mitarbeiter binnen eines Jahres mehr als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig ist. Daraufhin wird der Arbeitgeber (AG) aktiv und nimmt mit der Bitte um ein Gespräch (schriftlich und damit nachweisbar) Kontakt mit dem Betroffenen auf, wobei dieser bereits über das Instrument des BEM und dessen Ziele informiert werden sollte. Lehnt der Mitarbeiter (MA) ein Gespräch ab, so wird dieses dokumentiert und der Prozess ist beendet. Stimmt der MA hingegen zu, so kommt es zu einem Gespräch (ggf. unter Beteiligung des Betriebsrates (BR), der Schwerbehindertenvertretung (SBV) sowie des Betriebsarztes BA), in dem geprüft wird, ob ein BEM erforderlich ist. In den weiteren Schritten werden unter Einbezug der betrieblichen Besonderheiten sowie der fallbezogenen Handlungsbedarfe und -möglichkeiten eruiert, beschlossen und umgesetzt oder aber das BEM beendet, wenn keine Maßnahmen (mehr) möglich, erforderlich oder erwünscht sind. Stellt sich kein Erfolg ein, so werden der Fall und/oder die Maßnahmen neu bewertet, festgelegt und umgesetzt, bis der MA im Idealfall wieder in den Betrieb eingegliedert und damit das BEM beendet/abgeschlossen ist<sup>645</sup>. Hierbei soll ein BEM die krankheitsbedingte Kündigung des MAs vermeiden, schließt diese jedoch nicht aus, wenn das BEM dauerhaft nicht zum Erfolg führt<sup>646</sup> (siehe Kapitel 2.4.2.4).

644 Darstellung in Anlehnung an: (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 36); (BMAS, 2014b, S. 22f.); (Seel, 2012, S. 208f.)

645 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Seel, 2012, S. 208ff.); (Rimbach, 2013, S. 51ff.)

646 Vgl. (Hromadka & Maschmann, 2015, S. 448); (Hromadka, 2014, S. 198ff.)



Welche betrieblichen Maßnahmen im Einzelfall ergriffen oder umgesetzt werden, bleibt letztlich dem betroffenen MA und seinem AG überlassen. Jedoch leiten sich nach Auffassung des Bundesarbeitsgerichts (BAG) aus dem Gesetz Mindeststandards für ein BEM ab, die aus Arbeitgebersicht (insbesondere im Hinblick auf eine krankheitsbedingte Kündigung) einzuhalten sind: *„Demnach entspricht jedes Verfahren den gesetzlichen Anforderungen, das die zu beteiligenden Stellen, Ämter und Personen einbezieht, das keine vernünftigerweise in Betracht zu ziehende Anpassungs- und Änderungsmöglichkeit ausschließt und in dem die von den Teilnehmern eingebrachten Vorschläge sachlich erörtert werden“*<sup>647</sup>.

Doch inwieweit ein BEM in der Praxis Erfolg haben kann, hängt nach Seel stark von der Akzeptanz und Unterstützung der Arbeitgeber sowie den beteiligten BEM-Akteuren und des betroffenen MAs ab<sup>648</sup>. Hierzu ergab eine Studie der Universität zu Köln jedoch, dass die Betroffenen (im Spannungsfeld zwischen der Hoffnung auf Arbeitsplatzverlust und der Angst um dessen Verlust) oft negative Effekte durch das BEM befürchten<sup>649</sup>. Neben einer guten Information über die Möglichkeiten und Prozesse gilt es in den Unternehmen daher ein gegenseitiges Vertrauen zu schaffen, um die Potenziale des Instruments auch ausschöpfen zu können.

#### 2.4.4 Gesunde Personalführung

„Dass Führungskräfte Einfluss auf das Fehlzeitengeschehen und damit auf die Kosten eines Unternehmens nehmen, ist im Grundsatz ebenso wenig bestritten wie das Gegenteil“<sup>650</sup>. Auch ist seit Jahren bekannt, dass Vorgesetzte ihre Fehlzeiten bei Versetzungen mitnehmen<sup>651</sup>, was im Umkehrschluss darauf hindeutet, dass in vielen Fällen motivationale/intentionale Aspekte (im Sinne von Absentismus und Präsentismus) und nicht der Gesundheitszustand die Fehlzeiten determinieren (siehe auch Kapitel 2.1.3.1 und 3.3.2). Insofern erscheint es zielführend, die Frage der Mitarbeitergesundheit auch losgelöst von Arbeitsunfähigkeiten und Fehlzeiten zu diskutieren. Im Hinblick auf die Vision einer gesunden Organisation und die Ziele des BGM drängen sich damit zwei zentrale Fragen auf:

- Welchen Einfluss haben Führungskräfte auf die Gesundheit ihrer Mitarbeiter?
- Wie sieht gesunde Personalführung (PF) aus?

Führung ist nach Wegge und von Rosenstiel „ein Sammelbegriff für alle Interaktionsprozesse, in denen eine absichtliche soziale Einflussnahme von Personen auf andere Personen zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben im Kontext einer strukturierten Arbeitssituation zugrunde liegt“<sup>652</sup>. Entsprechend heterogen sind die Begriffsverständnisse und Kontexte

647 Vgl. BAG v. 10.12.2009, 2 AZR 400/08, S. 8; zit. n. (Kanzlei Hensche, 2015); vgl. auch (BMAS, 2014b, S. 27)

648 Vgl. (Seel, 2012, S. 213f.)

649 Vgl. (Niehaus & Vater, 2010, S. 193)

650 (Badura, Walter, & Hehlmann, 2010, S. 52)

651 Vgl. (Nieder, 1997a, S. 94); (von der Oelsnitz, 2012, S. 104)

652 (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 317) in Anlehnung an (Wunderer & Grunwald 1980)

sowie wissenschaftlichen Konzepte und Modelle zu Führung<sup>653</sup>. Bei der Frage nach Zusammenhängen zwischen Führung und Gesundheit geht es im Wesentlichen aber um *Personal- und Mitarbeiterführung* (die oft synonym verwendet werden<sup>654</sup>, wenngleich Mitarbeiterführung auch als der operative Teil der PF gesehen werden kann<sup>655</sup>) und damit um die *wechselseitige Beziehung und Interaktion* zwischen *Führungspersonen und Geführten* beziehungsweise Vorgesetzten und ihren unmittelbar unterstellten Mitarbeitern<sup>656</sup>.

Aus Sicht der Forschung ist der Zusammenhang von Führung und Gesundheit erst seit einigen Jahren stärker in den Fokus gerückt, sodass die empirische Befundlage noch lückenhaft ist<sup>657</sup>. „Grundsätzlich weisen die Ergebnisse [aber] darauf hin, dass *positives Führungsverhalten* (z. B. soziale Unterstützung, Beteiligungsmöglichkeiten einräumen) sowie *positive Führungsstile* (z. B. transformationale Führung, Mitarbeiterorientierung) mit einer besseren Gesundheit und weniger Stresserleben und gesundheitlichen Beschwerden einhergehen“<sup>658</sup>.

*Führungsstil* und *Führungsverhalten* sind inhaltlich eng miteinander verbunden. Während der *Führungsstil* (als der enger gefasste Begriff) ein „*relativ situationsinvariantes, konstantes und sinnvoll strukturiertes Verhaltensmuster einer Führungsperson im Umgang mit den geführten Mitarbeitern*“<sup>659</sup> beschreibt, können unter *Führungsverhalten* (als der weitere Begriff) hingegen „*alle Verhaltensweisen einer Person, die auf eine zielorientierte Einflussnahme zur Erfüllung von Aufgaben in oder mit einer Aufgabensituation fokussiert sind, verstanden*“<sup>660</sup> werden. Hinsichtlich dieser Differenzierung weisen Wegge und von Rosenstiel aber auch darauf hin, dass die Bezeichnung Führungsverhalten heute die treffendere sei, da diese die Einzelmerkmale stärker betont und sich Vorgesetzte gegenüber einzelnen Mitarbeitern zumeist recht unterschiedlich verhalten<sup>661</sup>.

Im Hinblick auf das *Führungsverhalten* von Vorgesetzten kamen Gregersen et al. zu dem Ergebnis, dass das Führungsverhalten sowohl *als Ressource* als auch *Stressor* wirken kann<sup>662</sup>. Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen Wolf et al. die ebenfalls positive Einflüsse (etwa durch soziale Unterstützung oder die Bereitstellung von Ressourcen) und negative Belastungen (etwa als Quelle von Ärgernissen oder durch destruktives Verhalten) des Führungshandelns auf die Mitarbeitergesundheit nachweisen konn-

653 Vertiefend zu Führung siehe z. B.: (Rosenstiel, 2014); (Nieder, 2009a); (Stock-Homburg, 2013a, S. 453ff.); (Wegge & Rosenstiel, 2014); (Scholz, 2014, S. 889ff.); (Jung H., 2006, S. 410); (Weinert, 2004, S. 457ff.)

654 Vgl. (Berthel & Becker, 2013, S. 163f.)

655 Vgl. (Scholz, 2014, S. 895)

656 Vgl. (Stock-Homburg, 2013a, S. 454); (Nieder, 2009a, S. 331)

657 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 1); (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010, S. 107f.); (Franke & Felfe, 2011, S. 4f.); (Wieland, Winizuk, & Hammes, 2009, S. 282)

658 (Felfe, 2012b, S. 93f.)

659 (Stock-Homburg, 2013a, S. 484) in Anlehnung an (Neuberger 2002)

660 (Berthel & Becker, 2013, S. 171) in Anlehnung an (Wunderer 2009)

661 Vgl. (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 334)

662 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 9)

ten<sup>663</sup>. So ergab der Review von Gregersen et al., dass sich *führungsbezogene Stressoren* (beleidigendes Vorgesetztenverhalten, Ungeduld des Vorgesetzten, Vorgesetzte die Meinungsverschiedenheiten der Mitarbeiter persönlich nehmen etc.) negativ auf die Arbeitszufriedenheit und den Erschöpfungs- sowie den allgemeinen Gesundheitszustand auswirken. Zudem zeigte sich eine Erhöhung der Fehlzeiten und Langzeitabwesenheiten sowie der Tendenz zur Fluktuation<sup>664</sup>. Nach Schyns & Schilling korreliert eine *destruktive (aversive) Führung der Vorgesetzten* zu  $r = -.34$  mit Arbeitszufriedenheit, zu  $-.35$  mit Wohlbefinden, zu  $-.20$  mit Leistung und zu  $.31$  mit Kündigungsabsichten<sup>665</sup>.

Im positiven Sinne konnten insbesondere soziale Unterstützung durch Vorgesetzte sowie andere *führungsbezogene Ressourcen* wie Mitbestimmungs- und Beteiligungsmöglichkeiten, Anerkennung und Wertschätzung, die Kommunikation mit dem Vorgesetzten sowie Gerechtigkeit empirisch bestätigt werden<sup>666</sup>. Skakon et al. konstatieren überdies einen positiven Einfluss durch Unterstützung der Vorgesetzten auf das Stresserleben und Wohlbefinden der Mitarbeiter<sup>667</sup>. Allerdings zeigten einige Studien auch, dass Stress und Wohlbefinden von FK und MA korrelieren, was auf einen Übertragungseffekt (spill-over) hindeuten könnte<sup>668</sup>.

Darüber hinaus belegte die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung ( $n = 17.562$ ) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Hilfe und Unterstützung vom direkten Vorgesetzten und der Anzahl der Gesundheitsbeschwerden der Mitarbeiter<sup>669</sup>. Daneben ergab die Analyse von WidO-Befragungsdaten durch Zok auch deutliche Zusammenhänge zwischen dem Führungsverhalten von Vorgesetzten und dem Wohlbefinden der Beschäftigten<sup>670</sup>. Auf die Frage, was die Beschäftigten zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation am Arbeitsplatz vorschlagen, bezogen sich die häufigsten Nennungen auf *mehr Einsatz der Vorgesetzten für die MA* (35,5 Prozent) sowie die *Verbesserung des Betriebsklimas* (34,4 Prozent)<sup>671</sup>.

Die Untersuchungen zur Wirkung des *Führungsstils* auf die Gesundheit wurden häufig in Anlehnung an die Konzepte der *transaktionalen* und *transformationalen* Führung (nach Bass) vorgenommen (siehe Tabelle 2.4.4):

663 Vgl. (Wolf, Hüttges, Hoch, & Wegge, 2010, S. 221f.); (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 357f.)

664 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 7)

665 Vgl. (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 358) in Anlehnung an (Schyns & Schilling, 2013)

666 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 7ff.)

667 Vgl. (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010, S. 107f.)

668 Vgl. (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010, S. 117ff.)

669 Vgl. (Stilijanow, 2012, S. 123f.)

670 Vgl. (Zok, 2011, S. 27ff.)

671 Vgl. (Zok, 2011, S. 31f.)

Facette der Führung	Transaktionale Führung	Transformationale Führung
Merkmale		
<b>Koordinationsmechanismen der Führung</b>	Verträge, Belohnung, Bestrafung	Begeisterung, Zusammengehörigkeit, Vertrauen, Kreativität
<b>Fokus der Mitarbeitermotivation</b>	Äußere Anreize (extrinsisch)	die Aufgabe selbst (intrinsisch)
<b>Fokus der Zielerreichung</b>	eher kurzfristig	mittel- bis langfristig
<b>Zielinhalte</b>	materielle Anreize	ideelle Ziele
<b>Rolle der Führungsperson</b>	Instrukteur	Lehrer, Coach

**Tabelle 2.4.4:** Abgrenzung transaktionaler und transformationaler Mitarbeiterführung (nach Stock-Homburg)<sup>672</sup>

*Transaktionale Führung* basiert im Kern auf *Austauschprozessen* nach dem Prinzip des *rational begründeten Tauschs*<sup>673</sup> und der Annahme, dass „sowohl die Führungsperson als auch der Geführte nach Maximierung des eigenen Nutzens streben“<sup>674</sup> und umfasst die Prinzipien der „*bedingten Verstärkung*“ und „*Management-by-Exception*“<sup>675</sup>. *Transformationale Führung* ist hingegen „dadurch gekennzeichnet, dass der Führer die Geführten in ihrem Verhalten und Selbstverständnis deutlich «verwandelt», und zwar so, dass die Geführten ihre (egoistischen) Eigeninteressen weitgehend vernachlässigen, um die vom Vorgesetzten verkörperte Mission zu unterstützen“<sup>676</sup>. Zentrale Komponenten der transformationalen Führung sind *Charisma*, *Inspiration*, *geistige Anregung* und *individuelle Wertschätzung*.<sup>677</sup>

Erwartungsgemäß fanden sowohl Gregersen et al. als auch Skakon et al. zahlreiche Studien, die einen positiven Einfluss der *transformationalen Führung* auf Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter belegen. Dabei zeigte diese insbesondere positive Korrelationen zur Arbeitszufriedenheit und dem affektivem Wohlbefinden. Ferner deuten Studien darauf hin, dass eine negative Korrelation zu Stresssymptomen und Burnout besteht.<sup>678</sup> Auch konnte eine Studie aufzeigen, dass Mitarbeiter, die transformational geführt werden, eine erhöhte Bedeutung der Arbeit erleben, was sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirkte<sup>679</sup>.

672 (Stock-Homburg, 2013a, S. 464)

673 Vgl. (Rosenstiel, 2014, S. 24)

674 Vgl. (Stock-Homburg, 2013a, S. 463)

675 Vertiefend zur Theorie der transaktionalen/transformationalen Führung siehe z. B.: (Stock-Homburg, 2013a, S. 463ff.); (Scholz, 2014, S. 1167ff.); (Rosenstiel, 2014, S. 8ff.); (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 340ff.)

676 (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 341)

677 Vgl. (Wegge & Rosenstiel, 2014, S. 341f.); (Stock-Homburg, 2013a, S. 463f.)

678 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 8f.); (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010, S. 130)

679 (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 8) in Anlehnung an (Arnold et al. 2007)

Hinsichtlich des Einflusses einer transaktionalen Führung auf die Mitarbeitergesundheit waren die Ergebnisse deutlich inkonsistent und lassen keine grundsätzliche Bewertung zu. Speziell im Hinblick auf *Management-by-Exception (also Routinearbeiten, wobei Führung nur im Ausnahmefall erfolgt)* zeigten sich nach Skakon et al. aber in einigen Untersuchungen positive Assoziationen zu Arbeitsunzufriedenheit und Burnout<sup>680</sup>. Ebenso inkonsistent sind die Befunde zu Laissez-faire-Führung<sup>681</sup> – wenngleich ohnehin fraglich ist, ob hierbei von Führung im Sinne einer intentionalen Beeinflussung gesprochen werden kann.

Betrachtet man ferner die Fokussierung auf die *Personen- und Sachaufgabe* beziehungsweise die Mitarbeiter- und Aufgabenorientierung der Vorgesetzten, so lässt sich im Grundsatz konstatieren, dass *die ausgeprägte Mitarbeiterorientierung* der Führungskraft mit einer höheren Arbeitszufriedenheit, geringeren gesundheitlichen Beschwerden sowie mit weniger Stress, Burnout und Fehlzeiten einhergeht. Eine ausgeprägt *aufgabenorientierte Führung* (meist in Kombination mit geringer Mitarbeiterorientierung) zeigte hingegen eine negative Wirkung auf gesundheitliche Beschwerden, wenngleich die Befunde nicht konsistent sind und andere Studien auch für Aufgabenorientierung positive Wirkungen (etwa auf Arbeitszufriedenheit) fanden.<sup>682</sup> In Anlehnung an Nyberg et al. lässt sich insgesamt aber konstatieren, dass „eine Führungskraft, die die Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung findet, das geringste Level an Stress und Burnout verursacht“<sup>683</sup>.

Im Hinblick auf die Beeinflussung der Mitarbeitergesundheit sehen Franke & Felfe grundsätzlich drei mögliche Einflussebenen für Vorgesetzte. Hierzu zählen die *direkte Kommunikation und Interaktion* (dabei sind Wertschätzung, Anerkennung und soziale Unterstützung besonders bedeutsam), die *Gestaltung der Arbeit und des Arbeitsumfeldes* (Aufgabenverteilung, Zielvorgaben, Arbeitszeitregelungen etc.) sowie die – bislang wenig beachtete – gesundheitsbezogene *Vorbildfunktion des Vorgesetzten* (entscheidend sind Glaubwürdigkeit und Authentizität in Bezug auf das eigene Gesundheitshandeln sowie die Fürsorge gegenüber den Mitarbeitern).<sup>684</sup> Da die „etablierten Führungskonzepte“ (wie transformationale Führung) allerdings nur wenig spezifisch auf den Gesundheitsbereich ausgerichtet sind<sup>685</sup>, haben Franke & Felfe den integrativen Ansatz der *Health-oriented Leadership (HoL)* entwickelt, der unter anderem die Frage beantwortet, „was gesundheitspezifische Führung ausmacht“<sup>686</sup> (siehe Abbildung 2.4.4):

680 Vgl. (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010, S. 130)

681 Vgl. (Gegersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010); (Skakon, Nielsen, Borg, & Guzman, 2010)

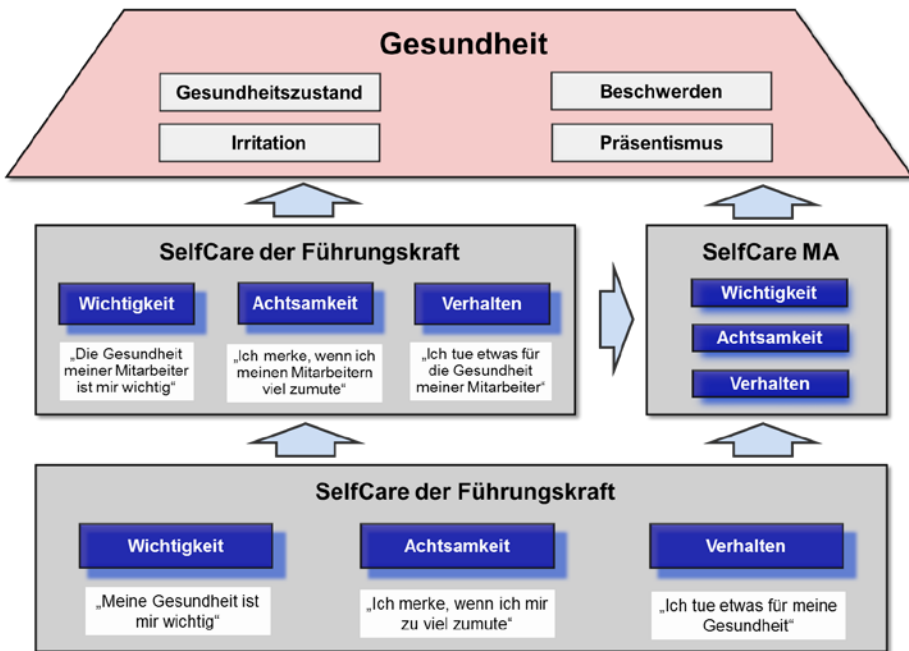
682 Vgl. (Gegersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 8)

683 (Gegersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 8)

684 Vgl. (Felfe, 2012b, S. 94f.); (Franke & Felfe, 2011, S. 4f.)

685 Vgl. (Felfe, 2012b, S. 94f.)

686 (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 257)



**Abbildung 2.4.4:** Der HoL-Ansatz. Haus der gesundheitsförderlichen Führung (nach Franke 2012)<sup>687</sup>

Wie Abbildung 2.4.4 (am „Haus gesundheitsförderlicher Führung“) zeigt, rückt das HoL-Konzept neben der Eigenverantwortung für die Gesundheit insbesondere die Vorbildwirkung der Vorgesetzten in den Fokus. Ausgangspunkt (oder „Fundament“) ist die gesundheitsförderliche Selbstführung (SelfCare) des Vorgesetzten. Diese beschreibt – ebenso wie die SelfCare der Mitarbeiter (MA) – wie das Individuum mit der eigenen Gesundheit umgeht. Dabei umfasst diese jeweils die folgenden drei Dimensionen:

- *Verhalten* (das Ausmaß an persönlicher Aktivität in gesundheitsrelevanten Handlungen/Verhaltensweisen => MA zu gesundheitsförderlichem Verhalten motivieren und ihnen die Ressourcen dazu bereitstellen sowie für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung sorgen),
- *Wichtigkeit* (den Stellenwert, den die eigene Gesundheit oder die MA-Gesundheit für die FK hat und wie wichtig ein aktives Eintreten für die Gesundheit und gesunde Arbeitsbedingungen ist),
- *Achtsamkeit* (die bewusste Wahrnehmung von Gesundheitszustand und Stresserleben sowie den Anzeichen/Bedingungen, die dieses Erleben beeinflussen; im Falle von StaffCare => die Fähigkeit der FK, den Gesundheitszustand/das Stresserleben der MA bewusst zu beobachten und individuelle Stressanzeichen adäquat einschätzen können).<sup>688</sup>

<sup>687</sup> Darstellung nach: (Franke 2012) zit. n. (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 258)

<sup>688</sup> Vgl. (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 257f.)

Dabei wird angenommen, dass sich die Art und Weise, wie die Führungskraft (als Vorbild für die Mitarbeiter) mit der eigenen Gesundheit umgeht und wie sie hierüber denkt, fühlt und handelt (SelfCare), als „Rollenmuster“ dafür dient, wie ihre MA wiederum mit ihrer Gesundheit umgehen (SelfCare MA)<sup>689</sup>. Insofern wirkt die SelfCare der FK einerseits auf die der MA und determiniert zugleich die Art und Weise der gesundheitsförderlichen MA-Führung (StaffCare).

Das Besondere an diesem relativ neuen Ansatz ist also einerseits die Erweiterung des Führungsverständnisses um die gesundheitsspezifischen Aspekte der *Selbstführung*, *Achtsamkeit*, *Wichtigkeit* und der *Verhaltensweisen*<sup>690</sup> sowie der *Einbeziehung* der Vorbildwirkung und eigenen Gesundheit der FK, die systematisch mit der MA-Gesundheit sowie der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen in Zusammenhang gebracht wird. Zum anderen ist der Ansatz aber auch sehr praxisnah gestaltet und mit (inzwischen) validierten Instrumenten hinterlegt, die eine parallele Befragung von FK und MA sowie die Ableitung konkreter Interventionsansätze ermöglichen und damit insbesondere aus Sicht der Personal- und Führungskräfteentwicklung einen erfolgversprechendes Instrument darstellt.<sup>691</sup>

## 2.5 Folgerungen für das Personalmanagement – Zwischenfazit I

Wie die vorstehenden Kapitel zeigen, rückt die Mitarbeitergesundheit aufgrund unterschiedlichster Veränderungen im Bereich der *Arbeit und der Arbeitswelt* (siehe Kapitel 2.2.1) aber auch aufgrund *soziodemografischer Entwicklungen* (siehe Kapitel 2.3.5) stärker denn je in den personalpolitischen Fokus. Während auf der einen Seite im Zuge der Globalisierung, Digitalisierung und Flexibilisierung der Arbeitswelt höhere Belastungen und eine Verdichtung der Arbeit konstatiert werden, ist auf der anderen Seite der Anteil psychischer Erkrankungen am Fehlzeitengeschehen signifikant gestiegen (siehe Kapitel 2.3.3). Parallel zu diesen Entwicklungen zeichnet sich eine starke Alterung und massive Reduzierung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland ab, sodass viele Unternehmen die *Mitarbeitergesundheit* zu einem strategischen Handlungsfeld erklären und begonnen haben, diese aktiv zu fördern. Im Fokus stehen hierbei zumeist Angebote und Einzelmaßnahmen im Rahmen der BGF (siehe Kapitel 2.4.3.7), die in einigen Fällen in ein übergeordnetes BGM eingebettet sind (siehe Kapitel 2.4.3).

Darüber hinaus verleiht auch der Gesetzgeber der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zunehmend Nachdruck, indem er im Jahr 2013 beispielsweise die psychische Gesundheit explizit in den Gestaltungsrahmen des Arbeitsschutzgesetzes aufgenommen und im Jahr 2015 ein Präventionsgesetz (PrävG) erlassen hat, welches die Aktivitäten (speziell der Krankenkassen) erhöhen soll. Zugleich setzt er ein klares politisches Bekenntnis zur Prävention und BGF, indem er die nationale *Präventionskonfe-*

689 Vgl. (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 258)

690 Vgl. (Franke & Felfe, 2011); (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 259)

691 Vgl. (Franke, Ducki, & Felfe, 2015, S. 258ff.)

renz eingerichtet und die Ausarbeitung der *gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie*<sup>692</sup> initiiert hat (siehe Kapitel 2.4.2.1).

Aus Sicht des *Personalmanagements* sind jedoch weniger die Gesetzesnovellen zur Mitarbeitergesundheit von zentraler Bedeutung als vielmehr die gesundheitsbezogenen Herausforderungen der *demografischen Veränderungen* sowie das *Wettbewerbspotenzial*, welches mit dem Faktor Gesundheit und den Maßnahmen und Aktivitäten (Investitionen) im Bereich des BGM verbunden sind.

So bedeuten ältere Belegschaften (rein statistisch gesehen) zunächst einmal höhere und längere krankheitsbedingte Fehlzeiten sowie ein verändertes Leistungsspektrum gegenüber jüngeren Beschäftigten (siehe Kapitel 2.3.5) – auf welches es sich betrieblich einzustellen gilt. Darüber ist mit einem demografisch bedingten Rückgang der Erwerbspersonen auch eine (regional und branchenabhängige) *Verknappung des Arbeitskräfteangebots* und damit eine stärkere Fokussierung auf diejenigen Mitarbeiter verbunden, die bereits im Unternehmen sind (und gehalten werden sollen) sowie jene, die für das Unternehmen gewonnen werden sollen. Folglich rücken hierdurch die *Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit* sowie die (*nach innen und nach außen gerichtete*) *Arbeitgeberattraktivität* (im Sinne von Mitarbeiterbindung und -gewinnung; siehe Kapitel 2.4.3.1/6) in den Fokus<sup>693</sup>.

Konkret bedeutet dies für die Unternehmen, dass sie die *Arbeitsfähigkeit* ihrer Mitarbeiter (siehe Kapitel 2.2.5) als strategisches Kapital verstehen und – im Rahmen von BGM/BGF – systematisch erhalten oder verbessern sollten, denn nur gesunde, motivierte und letztlich arbeitsfähige Mitarbeiter werden langfristig auch die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens sichern können.

Ähnliches gilt im Wesentlichen für die *nach innen gerichtete Arbeitgeberattraktivität*, denn eine langfristige Bindung an ein Unternehmen resultiert unter anderem daraus, dass der Mitarbeiter dort zufrieden ist, sich wohl fühlt und dieses mit attraktiven Beschäftigungs- und Standortbedingungen assoziiert<sup>694</sup>. Hierbei kann das BGM einen wichtigen Beitrag leisten, indem das Betriebsklima positiv beeinflusst, ansprechende Angebote unterbreitet und letztlich auch Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitern zum Ausdruck gebracht wird. Daneben zielt die *nach außen gerichtete Arbeitgeberattraktivität* im Kontext des BGM hauptsächlich auf die Verfügbarkeit (und vor allem Darstellung) attraktiver Angebote und fungiert damit als ein Element im Rahmen der Personalgewinnung.

Insofern können Maßnahmen des BGM in doppelter Hinsicht einen Beitrag zur Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens leisten. Zum einen kann ein wirksames BGM die Gesundheit und das Wohlbefinden sowie die Arbeitsfähigkeit der Belegschaft positiv beeinflussen – womit beispielsweise weniger Fehlzeiten und Fluktuation sowie mehr Produktivität, Innovation und damit Wertschöpfung assoziiert werden – während ein

692 Im Sinne der Vereinbarung einer bundeseinheitlichen, trägerübergreifenden Rahmenempfehlungen zur Gesundheitsförderung und Prävention (nach § 20d Abs. 3 SGB V)

693 Vgl. (Brandenburg, 2009, S. 53ff.)

694 Vgl. (Nieder, 2009b, S. 351)



attraktives BGM zum anderen auch ein „Marketinginstrument“ gegenüber Kunden und Geschäftspartnern darstellen sowie zur Gewinnung und Bindung von qualifiziertem Personal dienen kann (siehe Kapitel 2.4.3.6).

Blickt man auf die Konzeption und inhaltliche Ausgestaltung des BGM so wird deutlich, dass dieses im Einklang mit den Unternehmenszielen und der Betrieblichen Gesundheitspolitik stehen (siehe Kapitel 2.4.2.3) und am Managementsystem der Organisation ausgerichtet und in dieses integriert werden sollte, um das Thema Gesundheit nachhaltig zu verankern. Hierzu zählt insbesondere, dass nicht nur versucht wird, gesundheitsförderliche (Einzel-)Maßnahmen anzubieten, sondern die Organisation als Ganzes zu sehen und auf allen drei Managementebenen in einem salutogenen Sinne weiterzuentwickeln (siehe Kapitel 2.4.3.5).

Folglich geht es dabei sowohl um *Verhaltens-* als auch *Verhältnisprävention* im umfassenden Sinne (siehe Kapitel 2.4.3.7) sowie die Entwicklung einer *personalen* und *organisationalen Gesundheitskompetenz* (siehe Kapitel 2.4.3.1/7). Aus Sicht des Personalmanagements kann dies hinsichtlich *salutogener Verhältnisse* beispielsweise mit bedarfsgerechten Konzepten der Arbeitszeitgestaltung sowie der Entwicklung einer positiven Unternehmenskultur einhergehen, während auch die *Verhaltensprävention* (im Sinne einer gesundheitsförderlichen Personalentwicklung) ein zentrales Handlungsfeld des Personalmanagements berührt. Ebenso gilt es, die Führungskräfteauswahl und -entwicklung in einem salutogenen Verständnis weiterzuentwickeln, da sich das Führungsverhalten der Vorgesetzten als ein elementarer Einflussfaktor auf die Mitarbeitergesundheit herausgestellt hat (siehe Kapitel 2.4.4). Dabei erscheint es zielführend, eine inhaltliche Anlehnung an den HoL-Ansatz vorzunehmen, um die Potenziale der Vorbildwirkung (speziell im Hinblick auf das Gesundheits- und Präsentismusverhalten) stärker zu nutzen.

Die einführende Darstellung zum Phänomen Präsentismus (siehe Kapitel 2.1) hat darüber hinaus jedoch auch sehr deutlich aufgezeigt, dass es dringend geboten ist, sich von einem dichotomen Gesundheits-Krankheits-Verständnis (im pathogenen Sinne) zu lösen und es im Rahmen der BGF sowie des BGM nicht hinreichend ist oder gar fehlleiten kann, wenn man lediglich zwischen Anwesenheit und Fehlzeiten differenziert. Entsprechend dem Grundsatz des Betrieblichen Fehlzeiten-Managements, wonach der Blick auf alle Mitarbeiter zu richten ist (siehe Kapitel 2.4.3.8), gilt es im Hinblick auf Präsentismus vor allem die „Grauzone zwischen „*arbeitsfähig gesund*“ und „*arbeitsunfähig krank*“ (siehe Gesundheits-Krankheits-Kontinuum) näher zu differenzieren, um entsprechende Schlüsse und Angebote daraus ableiten zu können (siehe Kapitel 2.2.4.).

Allerdings zeigt Kapitel 2.1 insgesamt auch, dass Präsentismus bislang noch sehr heterogen definiert und zum Teil entgegengesetzten semantischen Bewertungen unterzogen wird, wonach Präsentismus je nach Standpunkt als *Problem*, *normale Erscheinung* oder *begrüßenswertes Verhalten* bewertet wird und sowohl wissenschaftlich als auch in der betrieblichen Praxis nur eine nachgeordnete oder keine Berücksichtigung findet. Ent-

sprechend wenig ist hinsichtlich seiner Bedeutung und des richtigen betrieblichen Umgangs bekannt.

Doch unabhängig davon, welcher Kenntnis- und Forschungsstand zu Präsentismus vorliegt, muss konstatiert werden, dass das Phänomen real existiert und ein wichtiges Element in der Gesamtbetrachtung des Gesundheitsverhaltens von Mitarbeitern und Führungskräften darstellt.

Insofern gilt es im weiteren Verlauf dieser Arbeit, Hintergründe und Zusammenhänge zu Präsentismus zu eruieren sowie herauszufinden, welche betriebliche Relevanz mit dem Phänomen verbunden ist und welche Handlungsbedarfe, Erfordernisse und Interventionsmöglichkeiten sich für das Personal- und betriebliche Gesundheitsmanagement ergeben. Dabei sind hinsichtlich einer stärkeren betrieblichen Berücksichtigung des Phänomens insbesondere Möglichkeiten der Erfassung, der Prävention und des adäquaten Umgangs zu ermitteln sowie die konzeptionelle Integration in das Handlungsfeld des Personal- und Gesundheitsmanagements vorzunehmen.



### 3 Forschungsfeld Präsentismus

Während der Begriff Präsentismus noch vor einigen Jahren weitgehend unbekannt war (siehe Kapitel 2.1.1), liegen inzwischen zahlreiche Studien und Übersichtsarbeiten zu unterschiedlichsten Aspekten des Phänomens vor. Im Jahr 2011 veröffentlichten Steinke & Badura im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) einen ersten deutschsprachigen Literaturreview bei dem sie (mit Stand April 2010) bereits 541 als relevant erscheinende Quellen zum Forschungsfeld Präsentismus identifizierten und 285 Arbeiten (zumeist Primärliteratur) für ihre Übersicht analysierten<sup>695</sup>. Weitere zentrale Reviews wurden zum Beispiel von Schultz & Edington sowie Johns veröffentlicht<sup>696</sup>. Seither hat sich die Zahl an Publikationen (zu beiden Forschungssträngen; siehe Kapitel 2.1.2) noch einmal deutlich erhöht ohne, dass sich ein gemeinsamer definitorischer oder theoretisch-konzeptioneller Rahmen des überaus komplexen Phänomens abzeichnet.

Um die betriebliche Relevanz und wissenschaftliche Bedeutung von Präsentismus für das Personalmanagement und BGM zu verdeutlichen, sollen im vorliegenden Kapitel (ausgehend von den oben genannten Reviews) zentrale Erkenntnisse zum aktuellen Stand der Präsentismus-Forschung dargestellt werden.

Hierzu soll in Kapitel 3.1 zunächst die *theoretisch-konzeptionelle Fundierung* des Phänomens hergeleitet werden, bevor in Kapitel 3.2 auf *Möglichkeiten zur Messung* und in Kapitel 3.3 auf die *Verbreitung* sowie unterschiedliche *Erscheinungsformen* von Präsentismus in deutschen Unternehmen eingegangen werden soll.

Um auch die ökonomische Relevanz von Präsentismus zu verdeutlichen, werden in Kapitel 3.4 und 3.5 die mit Präsentismus assoziierten *Produktivitätsverluste* und *Kosten* dargestellt und kritisch reflektiert.

Von besonderer Bedeutung sind für das Personalmanagements und BGM ferner die Kapitel 3.6 bis 3.8, in denen *Ursachen und Verstärkungsfaktoren*, *salutogene und pathogene Folgen* sowie *Ansätze für Interventionen* behandelt werden.

In Kapitel 3.9 wird ein abschließender Blick auf die betriebliche Relevanz und zentralen Herausforderungen des Phänomens für Unternehmen gerichtet und die Frage diskutiert, inwieweit Präsentismus eine neue Herausforderung darstellt.

#### 3.1 Das Konzept Präsentismus

Im Zuge der definitorischen Eingrenzung des Phänomens Präsentismus hat sich gezeigt, dass es bislang weder gelungen ist, den Begriff Präsentismus allgemeingültig zu

695 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a)

696 Vgl. (Schultz & Edington, 2007); (Johns, 2010)

definieren noch theoretisch-konzeptionell klar zu umreißen (siehe Kapitel 2.1.2). Dennoch besteht ein weitgehender Konsens bezüglich der Grundannahme, dass Präsentismus im Kern ein Verhalten abbildet beziehungsweise als die direkte oder indirekte Folge eines arbeitsbezogenen und/oder gesundheitsbezogenen Verhaltens aufgefasst werden kann (siehe Kapitel/Abbildung 2.1.4). Folglich lässt sich in der bisherigen Forschung beobachten, dass eine konzeptionelle Annäherung an das Phänomen Präsentismus primär über den Entscheidungsprozess erfolgt, der dem Verhalten vorausgeht und zumeist multifaktoriell determiniert ist.

Im Jahr 2005 fassten Aronsson & Gustafsson ihre Forschungsergebnisse in Form eines mehrstufigen Entscheidungsmodells zusammen, dessen Grundstruktur (in Teilen) von vielen Autoren übernommen wurde und im Wesentlichen bis heute Gültigkeit besitzt (siehe Abbildung 3.1.a):

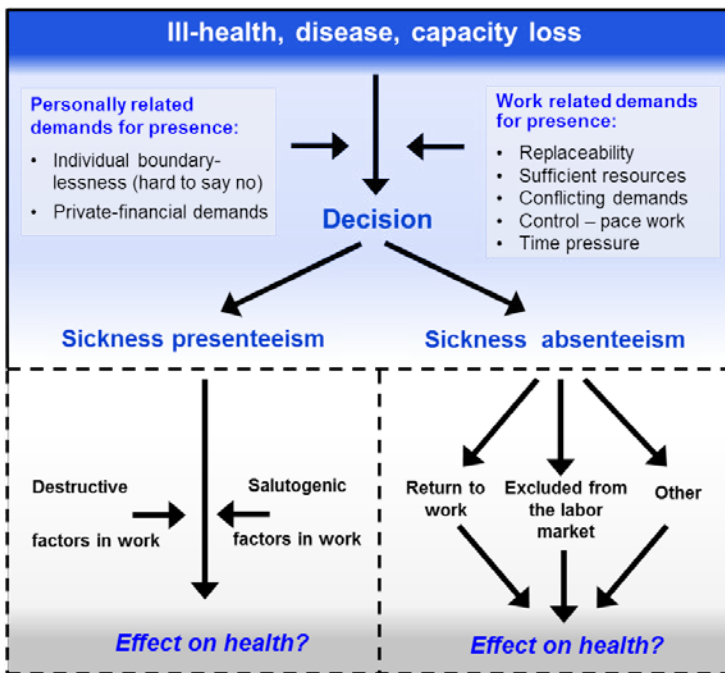
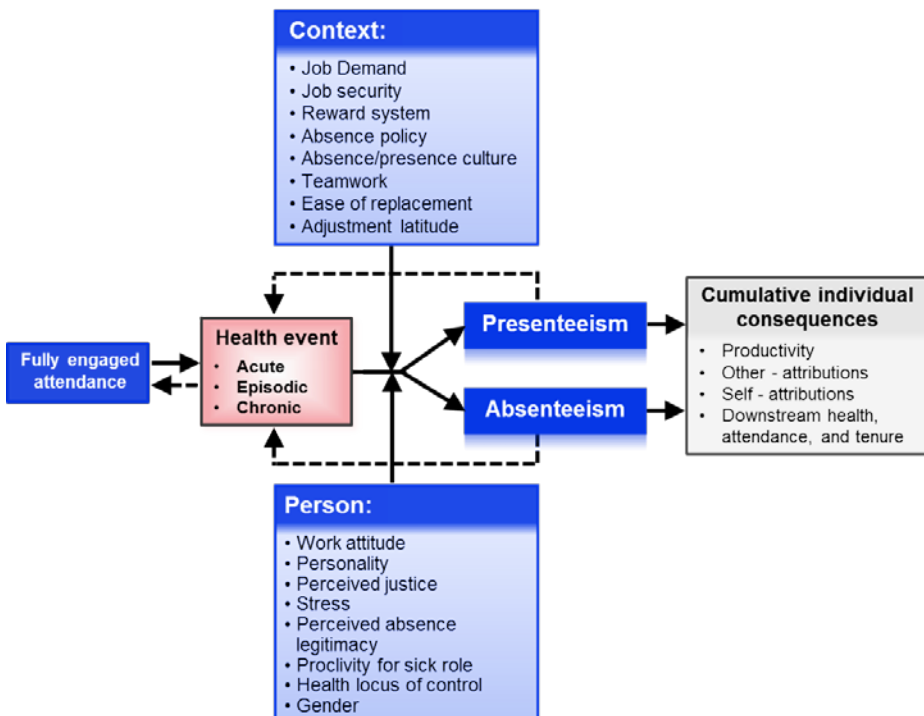


Abbildung 3.1.a: Präsentismus-Modell (nach Aronsson & Gustafsson)<sup>697</sup>

697 Darstellung nach: (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 964)

Die erste Stufe des Modells von Aronsson & Gustafsson bezieht sich dabei auf den grundlegenden Entscheidungsprozess, der im Ergebnis zu Präsentismus oder krankheitsbedingten Fehlzeiten (sickness absenteeism) führt. In Übereinstimmung mit den meisten späteren Modellen sowie der aktuellen Forschungslage (siehe hierzu Kapitel 3.6) berücksichtigt ihr Ansatz hierbei sowohl personen- als auch arbeitsbezogene Faktoren. In einem zweiten Schritt bezieht sich das Modell auf die mit der Entscheidung (für oder gegen Präsentismus) verbundenen Einflüsse beziehungsweise Handlungsoptionen (Wiederaufnahme der Arbeit, Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt oder sonstige) und den daraus resultierenden Folgen für die Gesundheit. Diese sich ergebenden Effekte führen sie wiederum auf die Balance zwischen destruktiven (pathogenen) und salutogenen Faktoren der Arbeitssituation zurück<sup>698</sup> und suggerieren damit zugleich, dass Präsentismus auch positive Folgen für die Gesundheit haben kann (siehe auch Kapitel 3.7).

Johns entwickelte im Rahmen seines Literaturreviews ein sehr ähnliches Präsentismus-Modell, in welchem er neben einer Vielzahl möglicher (arbeits- und personenbezogener) Ursachen und Verstärkungsfaktoren beispielsweise auch mögliche Folgen von Präsentismus konkretisiert (siehe Abbildung 3.1.b):



**Abbildung 3.1.b: Dynamisches Präsentismus-Absentismus-Modell (nach Johns)<sup>699</sup>**

<sup>698</sup> Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 965)

<sup>699</sup> Darstellung nach: (Johns, 2010, S. 532)

Ausgangspunkt seines dynamischen Prozessmodells ist die „normale“ Arbeitsfähigkeit eines Mitarbeiters beziehungsweise dessen Anwesenheit bei voller, normal üblicher Produktivität („fully productive regular attendance“), die durch sogenannte „Health Events“ gestört wird, welche sowohl die Form akuter (z.B. Grippe) als auch episodischer (z. B. Migräne) oder chronischer (z. B. Diabetes-Anfall) Beeinträchtigungen der Gesundheit auftreten können. In Abhängigkeit von Charakteristik und Schwere der Erkrankung sowie unter Beeinflussung durch personen- und arbeitsbezogenen Faktoren erfolgt daraufhin der Entscheidungsprozess zwischen Präsentismus oder einer krankheitsbedingten Abwesenheit. Beide Handlungsmöglichkeiten sind wiederum mit Konsequenzen verbunden, die sowohl die individuelle Produktivität und den Gesundheitszustand als auch die eigenen und fremden Einstellungen und Interpretationen des gezeigten Fehlzeiten- oder Präsentismus-Verhaltens beeinflussen können. Johns spricht darüber hinaus von einem dynamischen Modell, da sowohl die Entscheidung für die jeweilige Option wiederum den Gesundheitszustand (positiv oder negativ) beeinflussen und somit nicht nur zu neuen Health Events, sondern auch einer geänderten Bewertungsgrundlage im Entscheidungsprozess führen kann.

Darüber hinaus existieren weitere Präsentismus-Modelle, wie zum Beispiel „the model of illness flexibility“ von Johansson & Lundberg<sup>700</sup> (siehe Anlage/Abbildung 3.1.d) oder das „Integratives Modell des Krankheitsverhaltens am Arbeitsplatz“ von Hägerbäumer<sup>701</sup> (siehe Anlage/Abbildung 3.1.e), welche ebenfalls den Entscheidungsprozess für oder gegen Präsentismus in den Fokus rücken. Stärker als die anderen Modelle beziehen Johansson & Lundberg dabei jedoch die Frage der *Work-Ability* (siehe auch Kapitel 2.2.5) sowie die Anpassbarkeit der Arbeitsbedingungen an den individuellen Gesundheitszustand (*Adjustment Latitude*; siehe Kapitel 3.6.2.3) ein, während Hägerbäumer für ihr Modell in einen psychologischen Schwerpunkt wählt und zum Beispiel weitere Differenzierungen im Bereich der internen Verarbeitung (Entscheidungsfindung) vornimmt.

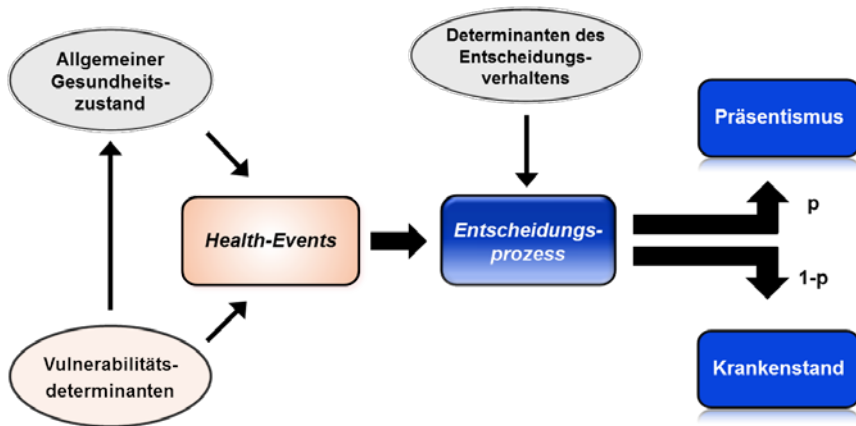
Folgt man also der bisherigen (verhaltensorientierten) konzeptionellen Forschung, so lässt sich Präsentismus – teils implizit, teils explizit – als das „*manifeste Resultat eines restringierten Entscheidungsprozesses*“ auffassen, wobei die Entscheidung für Präsentismus einerseits durch die ‚*Schwere der Erkrankung*‘ (und den Grad der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit) sowie andererseits durch ‚*organisatorische, personale und tätigkeitsbezogene Bedingungen*‘ eingeschränkt wird<sup>702</sup>.

Der Ansatz von Gerich betrachtet den Präsentismus-Prozess bereits vor Eintreten des Health Events. Wie die schematische Darstellung seines Entscheidungsmodells zeigt, spielt neben den bereits genannten arbeits- und personenbezogenen Determinanten dabei vor allem die Vulnerabilität eines Mitarbeiters eine zentrale Rolle für die spätere Entscheidung (siehe Abbildung 3.1.c):

700 Vgl. (Johansson & Lundberg, 2004, S. 1858)

701 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 234)

702 Vgl. (Gerich, 2015, S. 32f.); (Gerich, 2014, S. 33ff.)



**Abbildung 3.1.c:** Schematisches Präsentismus-Entscheidungsmodell (nach Gerich)<sup>703</sup>

Die Vulnerabilität (als „wichtigste Komponente von Präsentismus und Absentismus“) beschreibt dabei die gesundheitliche Anfälligkeit beziehungsweise die Häufigkeit von gesundheitlichen Beeinträchtigungen eines Mitarbeiters<sup>704</sup> und stellt speziell für die Vorhersagbarkeit von Präsentismus und mittelbar die Bestimmung der Präsentismusneigung ein zentrales Moment dar (siehe Kapitel 3.2.3).

Doch auch wenn die bisherigen Modelle und die dahinter liegenden entscheidungstheoretischen Überlegungen suggerieren, dass es sich bei Präsentismus und Fehlzeiten um entgegengesetzte Phänomene oder Gegenteile handelt, so zeigten etwa Leineweber et al. in einer schwedischen Untersuchung, dass diese Hypothese nicht zutrifft<sup>705</sup>. Zwar kann gleichzeitig immer nur eines der Verhalten gezeigt werden, jedoch führt dies nicht zu einer Reduzierung des anderen, sondern korreliert stark positiv mit diesem. Auf Jahressicht bezogen zeigte sich, dass krankheitsbedingte Fehlzeiten (von ein bis sieben Tagen) mit einem doppelt so hohen Risiko ( $OR = 2.11$ ; 95%) für Präsentismus (von mehr als acht Tagen) während derselben Periode einhergeht.<sup>706</sup> Dieser Umstand wiederum untermauert die zentrale Bedeutung der Vulnerabilität für beide Phänomene, die nach Gerich als eine „gemeinsame Quelle“ beider betrachtet werden kann<sup>707</sup>.

### 3.2 Möglichkeiten der Erfassung von Präsentismus

Einhergehend mit den verschiedenen Definitionsverständnissen und Forschungssträngen (siehe Kapitel 2.1.2) sowie dem fehlenden theoretisch-konzeptionellen Rahmen zu Präsentismus (siehe Kapitel 3.1) folgt auch die Erfassung unterschiedlicher (zumeist psychologischer, medizinischer oder ökonomischer) Ansätze:

<sup>703</sup> Darstellung nach: (Gerich, 2014, S. 35)

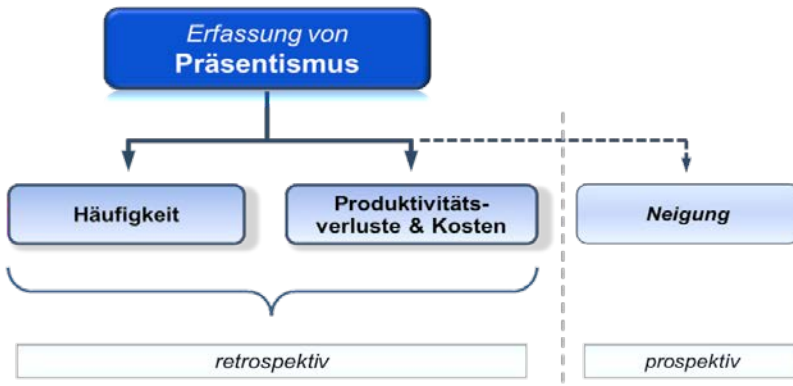
<sup>704</sup> Vgl. (Gerich, 2014, S. 46); (Gerich, 2014, S. 34f.)

<sup>705</sup> Vgl. (Leineweber, Westerlund, Hagberg, Svedberg, & Alexanderson, 2012, S. 905)

<sup>706</sup> Vgl. (Leineweber, Westerlund, Hagberg, Svedberg, & Alexanderson, 2012, S. 909ff.)

<sup>707</sup> Vgl. (Gerich, 2014, S. 34)





**Abbildung 3.2:** Ansätze der Erfassung von Präsentismus

Wie Abbildung 3.2 hierzu zeigt, richtet sich der Fokus der Messung von Präsentismus primär auf die Häufigkeit des gezeigten Verhaltens (siehe Kapitel 3.2.1) beziehungsweise auf die daraus resultierenden Produktivitätsverluste und/oder Kosten (siehe hierzu Kapitel 3.2.2). Beiden Ansätzen ist dabei gemein, dass in der Regel eine retrospektive Betrachtung des Verhaltens oder der aufgetretenen Konsequenzen erfolgt<sup>708</sup> – ohne daraus Aussagen über das zukünftige Auftreten von Präsentismus ableiten zu können. Seit kurzem rückt darüber hinaus die Präsentismus-Neigung (also die individuelle Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Mitarbeiter bei Auftreten einer gesundheitlichen Beeinträchtigung für oder gegen Präsentismus entscheidet) stärker in den Blickpunkt, da diese eine prospektive Einschätzungen des Präsentismus-Verhaltens suggeriert (siehe Kapitel 3.2.3).

### 3.2.1 Erfassung der Präsentismus-Häufigkeit

Insgesamt betrachtet existiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Items, mit denen versucht wird, das Verhalten von Mitarbeitern trotz Erkrankung zur Arbeit zugehen zu erfassen<sup>709</sup>. Dabei lässt sich nach wie vor für die meisten Untersuchungen eine starke inhaltliche Orientierung am Vorgehen von Aronsson et al. konstatieren, die Präsentismus über eine vierstufige Skala mit der folgenden Frage erfassen:

*„Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave due to your state of health?“<sup>710</sup>*

708 Vgl. (Johns, 2010, S. 523f.)

709 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 26)

710 (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 504)

Angelehnt daran wird die Häufigkeit von Präsentismus auch in deutschsprachigen Untersuchungen über ähnliche Fragestellungen beziehungsweise Items eruiert, wie nachstehende Beispiele verdeutlichen:

- „Wie viele Tage sind Sie ungefähr im letzten Jahr zur Arbeit gegangen, obwohl es Ihr Gesundheitszustand eigentlich gerechtfertigt hätte, Krankenstand zu nehmen?“<sup>711</sup>
- „Sind Sie in den letzten 12 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich aufgrund Ihres Gesundheitszustandes besser hätten krank melden sollen?“ (Wie viele Male/Arbeitstage)<sup>712</sup>
- „Wie oft arbeiten Sie, obwohl Sie eigentlich krank sind oder sich krank fühlen?“<sup>713</sup>
- „Wie oft ist es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie krank zur Arbeit gegangen sind?“<sup>714</sup>

Sowohl Johns als auch Steinke & Badura weisen in ihren Reviews darauf hin, dass eine bloße Fragestellung nach dem Muster „wie oft sind sie krank zur Arbeit gegangen“ zu grob formuliert und im Hinblick auf Form und Schwere der Erkrankung nicht hinreichend differenziert ist<sup>715</sup>. Durch die Vieldimensionalität hinsichtlich möglicher Erkrankungen und Verhaltensweisen erscheint es zudem auch unrealistisch, Präsentismus über ein Einzelitem zu erfassen – wenngleich sich diesbezüglich der Ansatz von Aronsson et al. und deren Anlehnung an eine vorliegende Arbeitsunfähigkeit als „Minimalkonsens“ vieler Autoren und Ausgangspunkt für eine differenziertere Erfassung des Phänomens herauszubilden scheint.

Wie in Kapitel und Abbildung 3.3.2 noch vergleichend dargestellt werden wird, ist die Erfassung von Präsentismus insbesondere in Deutschland durch das Interesse an einer differenzierten Analyse seiner Verhaltensweisen geprägt. Zok untersuchte hierzu bereits im Jahr 2003 in welchem Ausmaß abhängig Beschäftigte das Wochenende oder ihren Urlaub zur Genesung nutzen, gegen ärztlichen Rat zur Arbeit gehen oder auf eine ärztlich angeratene Kur verzichten und stattdessen weiter ihrer Arbeit nachgehen<sup>716</sup>. Ein weiteres Item das überdies zur Erfassung des Präsentismus-Verhaltens verwendet wird, ist der Aspekt der Medikamenteneinnahme, „um fit für die Arbeit zu sein“<sup>717</sup>. Eine Zusammenführung dieser Einzel-Items in einen gemeinsamen Index oder eine Skala erfolgte indes nicht.

711 (Gerich, 2014, S. 36)

712 (BIBB & BAuA, 2012, S. 60)

713 (Preisendörfer, 2010, S. 404)

714 (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 21)

715 Vgl. (Johns, 2010, S. 523f.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 28)

716 Vgl. (Zok, 2004, S. 252ff.)

717 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2013, S. 19); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190)

Überdies gilt es anzumerken, dass alle bisherigen Erhebungen auf subjektiven Selbsteinschätzungen der Befragten basieren und die Validierung der verschiedenen Einzel-Items zur Messung von Präsentismus noch weitestgehend aussteht<sup>718</sup> und insbesondere die Konfundierung (also große Schnittmenge) des Präsentismus-Verhaltens mit dem Gesundheitszustand die Messung von Präsentismus über Einzel-Items problematisch macht<sup>719</sup>. Vermehrt werden daher Präsentismus-Skalen entwickelt, um die Reliabilität und Validität der Messung zu erhöhen. Ein erstes deutschsprachiges Instrument entwickelte hierzu Emmermacher mit einer 4-Item-Skala zur Erfassung der Präsentismusneigung (siehe Kapitel 3.2.3)<sup>720</sup>.

Auch Hägerbäumer kritisiert die psychometrische Qualität vieler Präsentismus-Messungen anhand von Einzel-Items und entwickelte und validierte eine eigene deutschsprachige Präsentismus-Skala<sup>721</sup>. Kern ihres Messinstruments zum Präsentismus-Verhalten sind sechs Items (auf einer fünfstufigen Antwortskala), die in ähnlicher Form bereits in anderen Studien (siehe oben) zum Einsatz kamen (siehe Tabelle 3.2.1.a):

Items Präsentismus-Skala (nach Hägerbäumer)	
1	Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.
2	Ich habe gearbeitet, obwohl mir mein Arzt davon abgeraten hat.
3	Ich habe trotz schwererer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttelfrost, Fieber) gearbeitet.
4	Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.
5	Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.
6	Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.

Tabelle 3.2.1.a: Präsentismus-Skala (nach Hägerbäumer)<sup>722</sup>

Ein siebtes Item („Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war“) wurde im Rahmen der Validierung des Instruments gestrichen, um die Qualität der Skala insgesamt zu erhöhen. Nach Überprüfung der Skala in drei Studien bescheinigt die Autorin dem Instrument eine „sehr gute psychometrische Qualität“, die sich sowohl in einer hohen Retest-Reliabilität ( $r = .61$ ) als auch Konstrukt-Validität gegenüber diverser Außenkriterien und dem Single Item-Maß zeigt. Dabei weist die Skala schwächere Zusammenhänge mit gesundheitsbezogenen Variablen, aber stärkere mit verhaltensbezogenen Aspekten auf.<sup>723</sup>

Eine weitere, wenngleich kürzere Skala haben Ulich & Nido (in Anlehnung an Aronsson & Gustafsson sowie Elstad & Vabo) entwickelt (siehe Tabelle 3.2.1.b):

718 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 28); (Hägerbäumer, 2011, S. 70)

719 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 73f.)

720 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 102f.)

721 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 98ff); (Hägerbäumer, 2011, S. 140ff.)

722 (Hägerbäumer, 2011, S. 125)

723 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 231f.)

<i>Items Präsentismus-Skala (nach Ulich &amp; Nido)</i> <i>Ist es im vergangenen Jahr vorgekommen, dass Sie...</i>	
1	<i>... zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie das Gefühl hatten, aus gesundheitlichen Gründen besser zu Hause zu bleiben?</i>
2	<i>... trotz eingeschränkter Leistungsfähigkeit bis zum Wochenende gewartet haben, um sich zu erholen?</i>
3	<i>... gegen den Rat Ihres Arztes bzw. Ihrer Ärztin zur Arbeit gegangen sind?</i>

**Tabelle 3.2.1.b:** *Präsentismus-Skala (nach Ulich & Nido)*<sup>724</sup>

Insbesondere die beiden ersten Items korrelieren demnach stark positiv miteinander ( $r = .65$  bis  $.71$ ;  $p = .000$ ), aber weniger stark mit dem dritten Item ( $r = .34$  bis  $.40$ ; respektive  $.28$  bis  $.38$ ;  $p = .000$ ). Die Reliabilität der 3-Item-Skala bezeichnen sie als zufriedenstellend (Cronbach Alpha  $= .70$  bis  $.75$ ), konstatieren aber, dass die Skala ohne das dritte Item reliabler wäre ( $= .78$  bis  $.83$ ).<sup>725</sup> Ähnlich wie bei Hägerbäumer legt auch hier die Vermutung nahe, dass der ärztliche Rat (beispielsweise in Form einer Krankschreibung) prognostischer Natur ist und mit Präsentismus daher weniger stark zusammenhängt als die anderen Items.

Neben den unterschiedlichen Items zur Messung der Präsentismus-Häufigkeit unterscheiden sich die Instrumente aber auch in Bezug auf ihren zeitlichen Referenzrahmen, der zwar häufig zwölf Monate beträgt (siehe oben), sich in anderen Studien aber beispielsweise auch auf sechs Monate bezieht<sup>726</sup>. Ebenso kann als sehr wahrscheinlich angenommen werden, dass die Erinnerungsfähigkeit der Befragten nur eine grobe und kaum exakt terminierte Jahresbetrachtung und Präsentismus-Erfassung generiert<sup>727</sup>, so dass eine unmittelbare Vergleichbarkeit der Daten nur eingeschränkt zulässig ist. Darüber hinaus wird in der Bestimmung von Präsentismus bislang kein einheitlicher Cut-Off-Wert (also eine Mindestzahl an Fällen oder Tagen) verwendet, über den ersichtlich wird, ab wann jemand als „Präsentist“ zu betrachten ist (siehe auch Kapitel 3.3). Steinke & Badura plädieren hierbei für eine Anlehnung an das international übliche Verfahren, erst von Präsentismus zu sprechen, wenn eine Person zwei- oder mehrmals im Laufe eines Jahres krank zur Arbeit gegangen ist<sup>728</sup>. Betrachtet man dabei allerdings nur die Fallzahl, so bedeutet dies im Umkehrschluss allerdings auch, dass beispielsweise einmalige aber lang (mehrere Tage) anhaltende Präsentismus-Episoden nicht als solche berücksichtigt werden.

Bezogen auf die gesamtbetriebliche Messung von Präsentismus schlägt Emmermacher des Weiteren vor, die *Präsentismusquote* für die Beschäftigten zu berechnen. Diese „ergibt sich aus der Anzahl der Personen, die an mindestens einem Tag mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder Beschwerden arbeiten waren und dadurch Leistungs-

724 (Ulich & Nido, 2014, S. 191f.)

725 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 192)

726 Vgl. z. B. (Emmermacher, 2008, S. 103)

727 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 199)

728 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 28)

einbußen von mindestens 15 % hatten<sup>729</sup> – geteilt durch die Anzahl aller Personen<sup>730</sup>. Dabei kann eine Präsentismusquote nach Emmermacher speziell im Rahmen des Gesundheitscontrollings dazu dienen, die Fehlzeitenquoten des Unternehmens besser bewerten zu können<sup>731</sup>.

### 3.2.2 Erfassung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste und Kosten

Die Erfassung der Produktivitätsverluste und Kosten durch Präsentismus stützt sich auf eine sehr breite und vielfältige Basis unterschiedlichster Instrumente, wobei in der Regel subjektive Selbsteinschätzungen (bezüglich des Zusammenhangs von Gesundheit und Produktivität) der Befragten die Datenbasis der Messungen bilden<sup>732</sup>. Speziell im US-amerikanischen Raum wurden sowohl generische als auch auf spezifische Erkrankungen/Beschwerden bezogene Skalen und Indizes entwickelt, die gesundheitsbedingte Produktivitätsverluste ermitteln sollen<sup>733</sup>.

Aus der Vielzahl bestehender Instrumente eruierten und untersuchen Steinke & Badura im Rahmen ihres Forschungsreviews (in Anlehnung an Beaton et al.) neun häufig verwendete (generische) Instrumente, die einerseits eine hohe Praxistauglichkeit aufweisen sowie andererseits belastbar Ergebnisse hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften liefern (siehe Tabelle 3.2.2). Besonders gute psychometrische Werte zeigen sich dabei für den HPQ, WLQ sowie das WHI<sup>734</sup>.

Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit und im Hinblick auf die für den weiteren Verlauf nachgeordnete Bedeutung von produktivitäts- und kostenorientierten Messverfahren sollen die Ausführungen hierzu auf Tabelle 3.2.2 beschränkt werden:

729 Bei der 15 Prozent-Grenze handelt es sich um eine willkürliche Zuordnung des Autoren, um leichteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen (wie Schnupfen oder leichteren Verspannungen), die als noch akzeptabel betrachtet werden, Rechnung zu tragen. Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 165)

730 (Emmermacher, 2008, S. 102)

731 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 53)

732 Vgl. (Johns, 2010, S. 522f.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 31); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 8)

733 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Beaton, et al., 2009); (Lofland, Pizzi, & Frick, 2004); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010); (Steinke & Badura, 2011a, S. 31ff.); (Quazi, 2013, S. 164ff.)

734 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 50)

Messinstrumente zur Erfassung von Präsentismus					
Instrument		Items	Reliabilität	Validität	Praktikabilität
EWPS	Endicott Work Productivity Scale	27	+	++	++
HLQ	Health and Labour Questionnaire	23	k. A.	+	++
HPQ	Health and Work Performance Questionnaire	89	k. A.	++	+
HWQ	Health and Work Questionnaire	24	+	+	+
SPS-6	Stanford Presenteeism Scale	6	+	+	++
WHI	Work and Health Interview	var.	k. A.	+	++
WLQ	Work Limitations Questionnaire	25	++	+	++
WPAI-GH	Work Productivity and Activity Impairment Questionnaire	6	+	+	++
WPSI	Work Productivity Short Inventory	22	+	+	+

**Tabelle 3.2.2:** Messinstrumente zur Erfassung von Präsentismus (gekürzte Darstellung; nach Steinke & Badura<sup>735</sup>)

Einen vertiefenden Überblick zu dieser Thematik bieten neben dem Review von Steinke & Badura beispielsweise Übersichtsarbeiten von Lofland et. al, Beaton et al. oder Brooks et al.<sup>736</sup>. Wie in den Kapiteln 3.4.3 und 3.5.3 noch dargestellt wird, geht mit der Erfassung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste und Kosten allerdings auch eine Vielzahl an Schwierigkeiten und Einschränkungen einher, die die Aussagekraft derartiger Untersuchungen begrenzt. Im Hinblick auf eine umfassende und verlässliche Erfassung von Präsentismus erscheint es daher sinnvoll, mehrere Befragungsinstrumente (mit unterschiedlichen Schwerpunkten und Berechnungsmethoden) einzusetzen und diese mittels objektiver Daten zu stützen<sup>737</sup>.

Neben diesen wissenschaftlich fundierten Instrumenten erfolgt die Schätzung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste und Kosten in der Praxis partiell auch über die sogenannte „Stanford-Faust-Formel“ (Stanford-Formel zur Gesundheitskostenrechnung). Als sehr vereinfachtes Schema liegt diesem Ansatz die Annahme zugrunde, dass durchschnittlich 20 Prozent der Mitarbeiter durch gesundheitliche Beeinträchtigungen, Sorgen, Süchte etc. um 25 Prozent in ihrer Leistungsfähigkeit gemindert sind (siehe Anlage/Abbildung 3.2.2). Unter Einbezug des durchschnittlichen Bruttogehalts (sowie gegebenenfalls der tatsächlichen Anzahl auffälliger/betroffener Mitarbeiter) lassen sich so die Ausfallkosten durch nichterbrachte Leistungen im Unternehmen schätzen.<sup>738</sup> Aufgrund der indirekten Annahmen kann jedoch nicht von einer Messung gesprochen werden. Vielmehr handelt es sich um eine „äußerst grobe Kalkulationsgrundlage“, mittels derer Produktivitätsverluste pauschalisiert dargestellt werden können<sup>739</sup>. Dennoch

<sup>735</sup> Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 35ff.) in Anlehnung an Beaton et al. 2009.

<sup>736</sup> Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 28ff.); (Lofland, Pizzi, & Frick, 2004); (Beaton, et al., 2009); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010)

<sup>737</sup> Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 52)

<sup>738</sup> Vgl. (Schulte-Meßtorff & Wehr, 2013, S. 19f.); (Hollmann & Geissler, 2013, S. 24)

<sup>739</sup> Vgl. (Schulte-Meßtorff & Wehr, 2013, S. 19)

zeigen eigene Untersuchungen, dass dieses Verfahren in deutschen Unternehmen zum Einsatz kommt (siehe Kapitel 4.3.4).

3.2.3 Erfassung der Präsentismus-Neigung

Während die Erfassung der Häufigkeiten und Folgen präsentistischen Verhaltens primär retrospektiv erfolgt und dabei letztlich immer nur ein (zurückliegendes oder bestenfalls gegenwärtiges) Verhalten beziehungsweise dessen Ergebnis misst, kann Präsentismus überdies auch im Sinne einer personalen Variable interpretiert und analysiert werden. Hierzu wird versucht, die individuelle Neigung einer Person sich präsentisch zu verhalten zu erfassen und damit prospektive Schlüsse auf ein zukünftiges Verhalten zu ziehen.

Emmermacher versteht die Präsentismus-Neigung als Persönlichkeitsmerkmal und definiert diese als „die Tendenz einer Person, trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Beschwerden zur Arbeit zu gehen.“<sup>740</sup> Die Erfassung der Präsentismus-Neigung erfolgt dabei über folgende vier Items (sieh Tabelle 3.2.3):

Fragebogen zur Erfassung der Präsentismusneigung (nach Emmermacher)					
	nie	selten	gelegentlich	häufig	immer
Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich nicht vollkommen wohl gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie in den letzten 6 Monaten mit einer eventuellen Genesung bis zum Wochenende gewartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten zur Arbeit gegangen, obwohl Sie sich krank gefühlt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten bis zum Feierabend bei der Arbeit geblieben, obwohl Sie sich krank fühlten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabelle 3.2.2: Fragebogen zur Erfassung der Präsentismusneigung (nach Emmermacher)<sup>741</sup>

Die Testung seiner Skala ergab eine Varianzaufklärung von 72 Prozent, während sich Cronbachs Alpha auf 0,87 belief. Hinsichtlich des Zusammenhangs der Variable Präsentismus-Neigung und der Gesundheit kommt Emmermacher zu dem Ergebnis, dass die Intensität aller physischen und psychischen Beschwerdetypen mit zunehmender Präsentismusneigung signifikant steigt, während sich Wohlbefinden, Arbeitsfreude und Resignationsfreiheit mit zunehmender Präsentismusneigung verringern. Zugleich ge-

740 (Emmermacher, 2008, S. 102)  
741 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 103)

hen mit steigender Präsentismus-Neigung höhere gesundheitsbezogene Produktivitätsverluste einher.<sup>742</sup>

Wie in Kapitel 3.1 bereits dargestellt, analysierte Gerich<sup>743</sup> darüber hinaus explizit das Entscheidungsverhalten von Mitarbeitern im Krankheitsfall (siehe Abbildung 3.1.c) und entwickelte ein Verfahren zur Ermittlung der Präsentismus-Neigung. Demnach ergibt sich die *Präsentismus-Häufigkeit* einer Person aus der Anzahl der *Health Events* (Anzahl der Tage mit Erkrankungen) mal der *Wahrscheinlichkeit p, sich im Krankheitsfall für Präsentismus zu entscheiden*. Aus der Umkehrung dieser Gleichung (nach p) ergibt sich somit die Präsentismus-Neigung (Präsentismus Propensity):

$$\text{Präsentismus Propensity} = \frac{\text{Präsentismus Häufigkeit}}{\text{Präsentismus Häufigkeit} + \text{Absentismus Häufigkeit}}$$

Zur Ermittlung der Präsentismus-Neigung werden sämtliche Häufigkeiten in Tagen berücksichtigt, wobei die Summe von Präsentismus und Absentismus (im Sinne krankheitsbedingter Fehlzeiten) der Anzahl der Health Events entspricht. Sowohl Absentismus als auch Präsentismus werden dabei als jeweils über eine direkte Frage nach den geschätzten Tagen im letzten Jahr erfasst. Technisch betrachtet ergibt sich daraus ein Wert zwischen Null und Eins, wobei die Präsentismusneigung nur für Personen berechnet werden kann, die mindestens einen Tag Präsentismus oder Krankenstand angeben. Eine „Präsentismus-Propensity von Null bedeutet folglich, dass sämtliche Krankheits-tage in Form von Krankenstand eine Propensity von Eins, dass sämtliche Krankheits-tage in Form von Präsentismus eine Propensity von 0,5 und dass die Hälfte der Krankheits-tage in Form von Präsentismus bzw. Absentismus verbracht wurden“<sup>744</sup>.

Zu berücksichtigen ist dabei allerdings, dass Merkmale einer erhöhten Präsentismus-Häufigkeit oft auch mit höheren Fehlzeiten korrespondieren, während Merkmale, die mit einer erhöhten Präsentismus-Neigung verbunden sind, nicht zwangsläufig mit einer hohen Zahl an Präsentismustagen einhergehen müssen<sup>745</sup>.

### 3.3 Häufigkeit von Präsentismus

Sowohl für den verhaltens- als auch für den produktivitäts- und kostenorientierten Forschungsansatz zu Präsentismus spielt die Frage der Prävalenz, also die Häufigkeit mit der Mitarbeiter trotz Krankheit zur Arbeit gehen, eine zentrale Rolle. So lassen sich über diese Daten indirekt Hinweise auf Motivation und Ängste der Mitarbeiter, das Führungsverhalten von Vorgesetzten sowie die Fehlzeitenkultur oder das Betriebsklima im Unternehmen gewinnen, aber auch Risiken für langwierige Arbeitsunfähigkeit

742 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 160f.)

743 Vgl. (Gerich, 2014); (Gerich, 2015)

744 (Gerich, 2015, S. 36)

745 Vgl. (Gerich, 2014, S. 36)



ten einzelner Mitarbeiter abschätzen. Andererseits bilden diese Daten häufig auch die Grundlage der Berechnungsversuche für die Kosten und Produktivitätsverluste infolge von Präsentismus (siehe Kapitel 3.5 und 3.6).

Wie bereits mehrfach dargestellt (siehe Kapitel 2.1.2), ist der europäische Präsentismus-Diskurs insbesondere von einem verhaltens- und gesundheitsorientierten Forschungsinteresse geprägt. In zahlreichen Studien wird dabei versucht, Präsentismus quantitativ zu erfassen und/oder die unterschiedlichen Facetten des Präsentismus-Verhaltens zu differenzieren. Aufgrund der multifaktoriellen Determiniertheit des Phänomens und der zum Teil erheblichen nationalen Unterschiede in den Bereichen Arbeitsmarkt und Gesundheitssystem – die einen länderübergreifenden Vergleich nur eingeschränkt zulassen – soll der Blick im weiteren Verlauf dieses Kapitels daher hauptsächlich auf die *Häufigkeit* (siehe Kapitel 3.3.1) sowie das *Präsentismus-Verhalten* (siehe Kapitel 3.3.2) in Deutschland gerichtet werden.

### 3.3.1 Präsentismus in Deutschland

Analog zu der Ermittlung krankheitsbedingter Fehlzeiten wird auch die Häufigkeit von Präsentismus in den meisten Erhebungen über die Fallzahl oder die Dauer des „Verhaltens krank zur Arbeit zu gehen“ ermittelt (siehe Kapitel 3.2).

Blickt man diesbezüglich zunächst in Richtung Skandinavien, wo die Häufigkeit von Präsentismus schon deutlich früher als in Deutschland ermittelt wurde, so konstatieren Aronsson et al. im Rahmen ihrer viel zitierten schwedischen Studie aus dem Jahr 2000, dass etwa jeder zweite Berufstätige (48 Prozent der befragten Männer und 51 Prozent der Frauen) mindestens einmal im Jahr (bezogen auf das Jahr 1997) krank zur Arbeit gegangen ist<sup>746</sup>. Im Rahmen der Folgestudie ergaben sich nochmals höhere Werte, wonach im Jahr 2000 lediglich 30 Prozent der Befragten (nach eigenen Angaben) nicht krank zur Arbeit gegangen sind, während 56 Prozent der Frauen und jeder zweite Mann sogar wiederholt krank zur Arbeit gingen<sup>747</sup>. Hansen & Anderson bestätigen diese Ergebnisse im Grundsatz über eine umfangreiche dänische Studie (mit Daten aus dem Jahr 2004)<sup>748</sup>.

Auf Deutschland bezogen bietet Tabelle 3.3.1 einen Überblick ausgewählter Untersuchungen, in denen die Häufigkeit von Präsentismus ebenfalls eruiert wurde:

---

746 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 505)

747 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962)

748 Vgl. (Hansen & Andersen, 2009, S. 397ff.)

Studie				Prävalenz				
Autor	Daten erhoben	Sample / Berufsgruppe	N	Häufigkeit / Jahr (in Prozent)				
				0	≤ 1	2-5	> 5	Fälle ≥ 2
<b>Zok (2004)</b> <sup>749</sup>	2003	Abhängig Beschäftigte*** repräsentativ	1.986	29,2**		70,8		
<b>Zok (2008)</b> <sup>750</sup>	2007		2.000	38,2**		61,8**		
<b>Vogt et al. (2009)</b> <sup>751</sup>	2007	Versch. Berufe repräsentativ	~3.000	54*		46		46
	2008			58*		42		42
<b>Preisendörfer (2010)</b> <sup>752</sup>	2008	Berufstätige branchenübergreifend (Region Rhein-Main)	333	12	16*	51*	21*	72
<b>Schmidt &amp; Schröder (2010)</b> <sup>753</sup>	2009	Abhängig Beschäftigte*** repräsentativ	2.000	28,2**		71,2**		
<b>DGB-Index gute Arbeit (2009)</b> <sup>754</sup>	2009	Arbeitnehmer branchenübergreifend repräsentativ	7.930	22	28	50*		50
<b>Wieland &amp; Hammes (2010)</b> <sup>755</sup>	2010	Erwerbstätige branchenübergreifend nicht repräsentativ	3347	24,2		75,8		
<b>Oldenburg (2012)</b> <sup>756</sup>	2011-2012	Erwerbstätige branchenübergreifend repräsentativ	20.036	43*		57*		
<b>Schnee &amp; Vogt (2013)</b> <sup>757</sup>	2012	Erwerbstätige (mit mind. 15 Wochenstunden) branchenübergreifend	859	33,5	28,5	38		38
<b>DAK-Gesundheit (2014)</b> <sup>758</sup>	2013	Erwerbstätige branchenübergreifend (25 und 40 Jahren)	2.655	23 (35)****		64		

**Erläuterungen:** \*=Aufgrund unterschiedlicher Skalierungen und Verfahren bei der Datenerhebung wurden die Werte durch den Autor in das vorliegende Skalen-System übertragen. \*\*= Die Antwortmöglichkeiten bestanden nur aus Ja: richtig krank zur Arbeit gegangen oder Nein (nicht krank gewesen oder krank zur Arbeit gegangen). \*\*\*= Gesetzlich Krankenversicherte. \*\*\*\*= Einschließlich Antwortkategorie „Weiß nicht“. <sup>749 750 751 752 753 754 755 756 757 758</sup>

**Tabelle 3.3.1: Häufigkeit von Präsentismus in Deutschland**

Vor dem Hintergrund kontinuierlich sinkender Krankenstände publizierte Zok (als einer der ersten deutschen Autoren) im Jahr 2004 eine repräsentative Untersuchung zum Phänomen Präsentismus (ohne den Begriff Präsentismus hierfür zu verwenden). Dabei gaben 70,8 Prozent der 1986 (im Rahmen des GKV-Monitors) befragten Arbeitnehmer an, *zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich richtig krank gefühlt haben*<sup>759</sup>. In einer zweiten repräsentativen Untersuchung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

749 Vgl. (Zok, 2004, S. 251ff.)

750 Vgl. (Zok, 2008a, S. 128ff.)

751 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190f.)

752 Vgl. Preisendörfer (2010): S.404f.

753 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 95ff.)

754 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19ff.)

755 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 66ff.)

756 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 136f.)

757 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 106f.)

758 Vgl. (DAK-Gesundheit, 2014)

759 Vgl. (Zok, 2004, S. 251ff.)

(WIdO) mit 2000 abhängig Beschäftigten im Jahr 2007 wiederholte Zok die Präsentismus-Befragung und konstatierte erneut, dass deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (61,8%) im letzten Jahr krank zur Arbeit ging. Lediglich ein Drittel der Befragten (38,2%) ging demnach nicht krank zur Arbeit oder war im zurückliegenden Jahr nicht von einer Krankheit betroffen.<sup>760</sup> Im Jahr 2009 erfolgte (durch das WIdO) eine erneute Befragung von 2000 gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmern im Alter zwischen 16 und 65 Jahren. Es stellte sich wiederum heraus, dass mehr als zwei Drittel (71,2 Prozent) der Befragten krank zur Arbeit gegangen sind. Die Ergebnisse zeigten aber auch, dass die Häufigkeit des gezeigten Präsentismusverhaltens – nach einem signifikanten Rückgang im Jahr 2007 – wieder auf das Niveau von 2003 angestiegen war.<sup>761</sup>

Über zwei repräsentative Befragungen der Bertelsmann Stiftung, (die im Frühjahr 2007 und Herbst 2008 im Rahmen des Gesundheitsmonitors stattfanden), bestätigen Vogt et al. im Wesentlichen die Befunde Zoks. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass sowohl in 2007 als auch in 2008 (mit 46 beziehungsweise 42 Prozent) rund jeder zweite befragte Erwerbstätige binnen zwölf Monaten mindestens zweimal oder öfter trotz Krankheit arbeiten gegangen ist.<sup>762</sup> Vergleichbare Werte resultieren ferner aus einer repräsentativen Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB), für die im Jahr 2009 insgesamt 7930 Arbeitnehmer schriftlich befragt wurden. Auch hier gab die Hälfte (50%) der Befragten an, im zurückliegenden Jahr wiederholt trotz Krankheit den Arbeitsplatz aufgesucht zu haben, während nur 22 Prozent keimale krank zur Arbeit gingen.<sup>763</sup> Daneben ergab eine regional begrenzte Quotenstichprobe von Preisendörfer, dass 46 Prozent der 333 Befragten „oft“ oder „sehr oft“ krank gearbeitet oder sich dabei krank gefühlt haben.<sup>764</sup>

Auch im Rahmen der Frühjahrsbefragung 2012 des Gesundheitsmonitors gab wiederum nur ein Drittel (33,5 Prozent) der Erwerbstätigen (mit mindestens 15 Wochenstunden) an, nicht krank zur Arbeit gegangen zu sein, während 28,5 Prozent mindestens einmal und 38 Prozent dieser Gruppe zweimal oder öfter trotz Krankheit arbeiten gegangen sind.<sup>765</sup>

Überdies war das Thema Gegenstand der BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, in der von Oktober 2011 bis März 2012 mehr als 20.000 Erwerbstätige in Telefoninterviews befragt wurden.<sup>766</sup> Diese ergab, dass jeder Zweite im vergangenen Jahr mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen ist (siehe Tabelle/Abbildung 3.3.1):

760 Vgl. (Zok, 2008a, S. 128ff.)

761 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 95ff.)

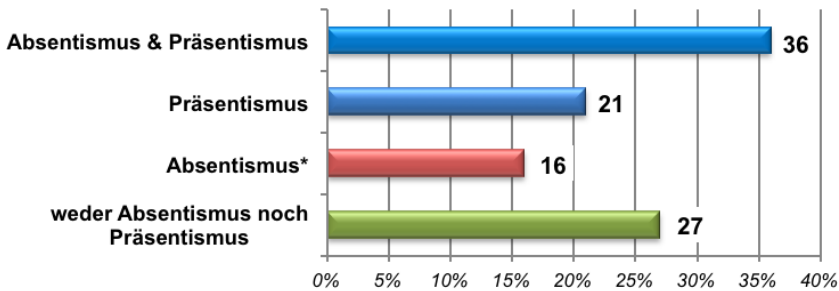
762 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190)

763 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2013, S. 19f.)

764 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 404f.)

765 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 106f.)

766 Vgl. (Oldenburg, 2012)



**Erläuterung:** \*Absentismus wird in diesem Zusammenhang im Sinne von krankheitsbedingter Fehlzeiten verwendet.

**Abbildung. 3.3.1:** Häufigkeit von Absentismus & Präsentismus (nach BIBB/BAuA)<sup>767</sup>

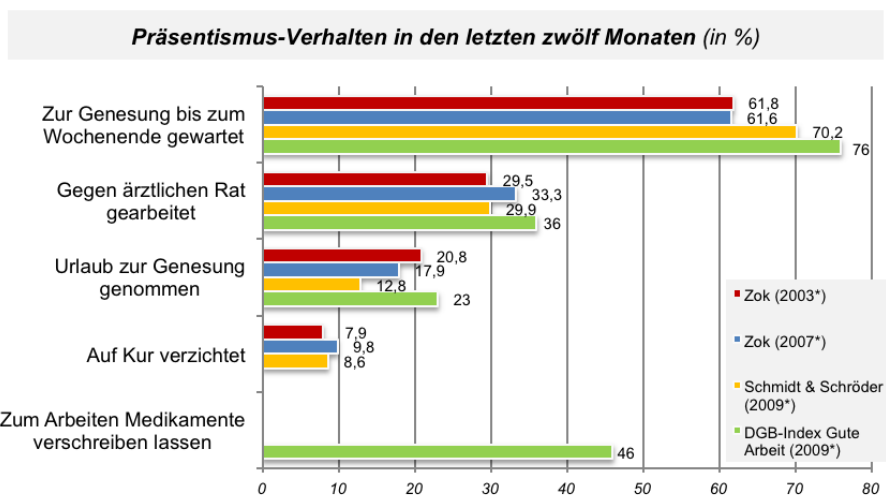
Damit scheint Präsentismus – wie sich bereits für den skandinavischen Raum gezeigt hat – auch in Deutschland ein alltägliches Phänomen darzustellen. Trotz großer Unterschiede bei den Studienergebnissen (siehe Tabelle 3.3.1) lässt sich für alle betrachteten Untersuchungen festhalten, dass die überwiegende Mehrheit aller Mitarbeiter binnen eines Jahres krank zur Arbeit geht. Etwa jeder zweite zeigt dieses Verhalten sogar wiederholt und lediglich 12 bis 43 Prozent geben an, nicht krank zur Arbeit gegangen zu sein. Und wenngleich die dargestellten Zahlen aufgrund methodischer Unterschiede nicht direkt vergleichbar sind, so liefern sie insgesamt doch eine Tendenzaussage und machen deutlich, dass Präsentismus „*mitnichten ein Randphänomen*“ der Arbeitswelt ist.

### 3.3.2 Präsentismus als Verhalten

Angesichts der bemerkenswerten Verbreitung, die Präsentismus im Arbeitsalltag aufzuweisen scheint, stellt sich die Frage, durch welche Verhaltensweisen das Phänomen gekennzeichnet ist. Auf Grundlage der in Tabelle 3.3.1 vorgestellten Studien soll im Folgenden daher analysiert werden, welche Aspekte sich unterscheiden lassen und wie häufig diese in Deutschland zu beobachten sind.

Abbildung 3.3.2 führt fünf zentrale Gesichtspunkte des Präsentismus-Verhaltens auf, zu denen Erwerbstätige in mehreren repräsentativen Studien befragt wurden:

<sup>767</sup> Darstellung nach: (Oldenburg, 2012, S. 136)



**Erläuterung:** \* Die Jahresangaben beziehen sich jeweils auf die Datenerhebung.

**Abbildung 3.3.2:** Verschiedene Aspekte des Präsentismus-Verhaltens<sup>768</sup>

Ohne an dieser Stelle bereits die Motive für Präsentismus zu diskutieren (siehe hierzu Kapitel 3.6), lassen sich zusammenfassend drei Bereiche identifizieren, durch die sich Präsentismus als Verhalten grundsätzlich charakterisieren lässt:

### **Verzicht auf Genesung**

Viele Beschäftigte verzichten offenbar bewusst auf Krankschreibungen oder Kuren und verschieben den Genesungsprozess stattdessen in ihre Freizeit. Mit 61,6<sup>769</sup> bis 76 Prozent<sup>770</sup> geben zwischen zwei Drittel und drei Viertel aller Befragten an, mindestens einmal binnen eines Jahres mit ihrer Genesung bis zum *Wochenende* durchgehalten zu haben. Etwa jeder Zweite (43 beziehungsweise 51 Prozent) zeigt dieses Verhalten sogar wiederholt<sup>771</sup>. Ferner lässt sich beobachten, dass nicht nur die Wochenenden zur Genesung genutzt werden, sondern von einigen Erwerbstätigen hierfür auch *Erholungsurlaub* eingereicht wird. Je nach Erhebung bestätigen 12,8<sup>772</sup> bis 17,9 Prozent<sup>773</sup> der Befragten im zurückliegenden Jahr Urlaub genommen zu haben, um zu genesen. Bei fünfeinhalb bis acht Prozent handelt es sich dabei sogar um wiederholtes Verhalten<sup>774</sup>. Etwa jeder zehnte Arbeitnehmer (8,6<sup>775</sup> bis 9,8 Prozent<sup>776</sup>) verzichtet außerdem auf eine *Kur*, die ihm vom behandelnden Arzt empfohlen wurde.

<sup>768</sup> Vgl. (Zok, 2004, S. 253); (Zok, 2008a, S. 128ff.); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

<sup>769</sup> Vgl. (Zok, 2008a, S. 128f.)

<sup>770</sup> Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

<sup>771</sup> Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

<sup>772</sup> Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

<sup>773</sup> Vgl. (Zok, 2008a, S. 133)

<sup>774</sup> Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

<sup>775</sup> Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

<sup>776</sup> Vgl. (Zok, 2008a, S. 133)

### ***Gegen ärztlichen Rat zur Arbeit***

Da eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung kein Arbeitsverbot darstellt<sup>777</sup> und auch der ausdrückliche Rat des Arztes nicht oder noch nicht zur Arbeit zu gehen, für viele Mitarbeiter eher fakultativen als verbindlichen Charakter aufweist, gehen viele Beschäftigte trotz gegenteiliger Empfehlung (weiter) ihrer Arbeitstätigkeit nach. Etwa jeder dritte Beschäftigte (zwischen 29,5<sup>778</sup> und 36 Prozent<sup>779</sup>) bestätigt dieses Verhalten für das zurückliegende Jahr. Elf bis 17 Prozent missachten den Rat ihres behandelnden Arztes sogar wiederholt<sup>780</sup>. Überdurchschnittlich häufig zeigt sich dieses Verhalten nach Zok bei alleinerziehenden Frauen (41,8 Prozent) sowie bei Beschäftigten mit gehobenem beruflichem Status wie zum Beispiel leitende Angestellte, wobei Zok in beiden Studien deutliche Geschlechterunterschiede verzeichnen konnte (49,2 Prozent bei Frauen und 20,1 Prozent bei Männern)<sup>781</sup>. Auch in der Erhebung von Schmidt und Schröder bestätigt sich der Geschlechterunterschied im Verhaltensmuster ‚gegen den ärztlichen Rat zur Arbeit zu gehen‘ (Frauen 32,5 und Männer 27,4 Prozent). Darüber hinaus stellen sie fest, dass Personen mit gesundheitlichen Problemen (zum Beispiel mit chronischen Beschwerden, einem schlechten subjektiven Gesundheitszustand) oder mit regelmäßiger Medikamenteneinnahme überproportional häufig – auch entgegen der Empfehlung ihres Arztes – krank zur Arbeit gehen<sup>782</sup>.

### ***Medikamente zum Aufrechterhalt der Arbeitsfähigkeit***

Die dargestellten Studien belegen außerdem, dass sich zahlreiche Mitarbeiter Medikamente verschreiben lassen, um ihrer Arbeit weiter nachgehen zu können. Etwa jeder vierte bis fünfte Befragte (17 bis 25 Prozent) lässt sich innerhalb von zwölf Monaten mindestens zweimal Medikamente verschreiben, um fit für die Arbeit zu sein<sup>783</sup>. Weitere 19 Prozent geben an, dieses Verhalten wenigstens einmal in den letzten zwölf Monaten gezeigt zu haben<sup>784</sup>.

Diesem Thema widmet sich auch die DAK-Gesundheit in ihrem Gesundheitsreport 2015 und kommt auf Grundlage einer repräsentativen Onlinebefragung von 20- bis 50-jährigen Erwerbstätigen zu dem Ergebnis, dass 3,2 Prozent von ihnen angeben, innerhalb der letzten 12 Monate verschreibungspflichtige Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit eingenommen zu haben. Hierbei ziehen sich 1,5 Prozent auf die Gruppe der leistungssteigernden Mittel sowie 2,1 Prozent auf Mittel zur Verbesserung der Stimmung oder zum Abbau von Ängsten und Nervosität<sup>785</sup>. Interessant ist außerdem, dass zehn Prozent der Befragten einer Verwendung derartiger Medikamente (etwa zu Leistungssteigerung oder Bekämpfung von Nervosität oder Lampenfieber im Beruf) prinzipiell aufgeschlossen gegenüber steht<sup>786</sup>.

777 Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 19)

778 Vgl. (Zok, 2004, S. 253)

779 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

780 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

781 Vgl. (Zok, 2008a, S. 132); (Zok, 2004, S. 253f.)

782 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96f.)

783 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

784 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 19)

785 Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 65ff.)

786 Vgl. (Marschall, Nolting, Hildebrandt, & Sydow, 2015, S. 122)

Alles in allem zeigt sich damit, dass viele Mitarbeiter nicht nur bereit sind trotz Erkrankung ihrer Arbeit nachzugehen, sondern sogar Anstrengungen unternehmen, um Fehlzeiten zu verhindern beziehungsweise die Anzahl der Fehltage gering zu halten. Doch einige dieser Verhaltensmuster sollten aus gesundheitlicher Sicht kritisch hinterfragt werden. Insbesondere die Tatsache, dass elf bis 17 Prozent der Befragten angeben, mehrfach gegen den Rat ihres Arztes zu arbeiten, sollte hierbei kritisch betrachtet werden – ist doch grundsätzlich davon auszugehen, dass die behandelnden Ärzte eine solche Empfehlung nicht unbegründet aussprechen. Auch die Begebenheit, dass der Urlaub von vielen Mitarbeitern zum Auskurieren von Krankheiten genutzt wird, ist im Hinblick auf die Gesundheit und einer nachhaltigen Leistungsfähigkeit nicht zu begrüßen<sup>787</sup>, schließlich wird Urlaub zum Zwecke der Erholung des Arbeitnehmers gewährt<sup>788</sup> und soll nicht die Funktion der Krankschreibung übernehmen. Eine vergleichbare Bewertung gilt für den Sachverhalt, – medizinisch begründete oder gar notwendige – Kuren nicht in Anspruch zu nehmen. Auch hier ist wiederum davon auszugehen, dass der behandelnde Arzt eine entsprechende Empfehlung grundsätzlich nicht aussprechen würde, wenn es sich aus dessen Sicht nicht um eine medizinisch notwendige Maßnahme zur nachhaltigen Regeneration des betroffenen Mitarbeiters handeln würde.

Inwieweit sich jedoch die Einnahme von Medikamenten negativ auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Betroffenen auswirkt, lässt sich auf Grundlage der erhobenen Daten nicht zureichend bewerten und bedarf jeweils einer detaillierten Analyse des individuellen Gesundheitszustandes des Präsentisten. Neben der Gefahr, Krankheiten durch die Einnahme von Medikamenten zu verschleppen und dadurch langfristig eine Verschlechterung des Gesundheitszustands herbeizuführen, besteht in bestimmten Fällen – etwa bei chronischen oder psychischen Erkrankungen – indes auch die Möglichkeit, dass sich das Wohlbefinden des Mitarbeiters durch die Medikation erhöht, ohne sich negativ auf dessen Gesundheit auszuwirken (siehe hierzu Kapitel 3.7). Grundsätzlich muss für die hier dargestellten Aspekte des Präsentismus-Verhaltens aber davon ausgegangen werden, dass sie (in den meisten Fällen) weder der Gesundheit des Mitarbeiters noch dessen nachhaltiger Arbeitsfähigkeit zuträglich sind. Folglich sollte es als Aufgabe der Personalführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements systematisch analysiert und kontinuierlich überwacht werden (siehe Kapitel 5.2).

### 3.4 Präsentismus als Produktivitätsverlust

Vor dem Hintergrund einer kontinuierlichen Flexibilisierung der Arbeitswelt, in der sich Wettbewerbsstrukturen globalisieren und Leistung verlangt wird, stellt die Produktivität von Unternehmen und deren Mitarbeitern – speziell unter dem Gesichtspunkt begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen – eine wesentliche Voraussetzung für deren Wettbewerbsfähigkeit dar. Produktivität lässt sich nach Weinert durch die beiden Faktoren ‚*Effektivität*‘ (Grad der Zielerreichung) und ‚*Effizienz*‘ (Verhältnis

---

787 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 190)

788 Vgl. (Michalk, 2009, S. 40)

zwischen Input und Output, um den Output zu erreichen) operationalisieren<sup>789</sup>. Beide Faktoren können durch Krankheit der Mitarbeiter im Arbeitsprozess negativ beeinflusst werden, indem die Qualität des Arbeitsergebnisses beeinträchtigt oder der Energieaufwand gesteigert wird, um das Arbeitsziel (den geforderten Output) zu erreichen. In diesem Zusammenhang überrascht es kaum, dass die größte Anzahl der Forschungsarbeiten zu Präsentismus einem kostenorientierten Verständnis folgt (siehe Kapitel 2.1.2.2) und diese Präsentismus als krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsproduktivität untersuchen<sup>790</sup>. Dabei weisen nationale wie internationale Studien darauf hin, dass die krankheitsbedingten Produktivitätsverluste durch Präsentismus (für die meisten Krankheitsbilder) deutlich größer sind, als die Verluste infolge krankheitsbedingter Fehlzeiten (siehe Kapitel 3.4.1), wobei zum Teil große Unterschiede hinsichtlich verschiedener Krankheitsbilder bestehen (siehe Kapitel 3.4.2). Allerdings geht die Ermittlung von Produktivitätsverlusten durch Präsentismus auch mit Schwierigkeiten und Einschränkungen einher, worauf in Kapitel 3.4.3 eingegangen werden soll.

### 3.4.1 Produktivitätsverluste im Überblick

Stewart et al. befragten im Rahmen des American Productivity Audit (APA) in den Jahren 2001 und 2002 insgesamt 28.902 Arbeitnehmer in den USA repräsentativ zum Vorhandensein 22 verschiedener Erkrankungen sowie den daraus resultierenden Fehlzeiten und Präsentismus. Die mittels „*Work and Health Interview*“ (WHI) (siehe Kapitel 3.2.2) telefonisch durchgeführte Befragung ergab, dass bedingt durch die erfragten Krankheiten pro Mitarbeiter und Woche 1,99 Stunden produktive Arbeitszeit (*lost productive time*; LPT) verloren gehen. Zwei Drittel (66 Prozent beziehungsweise 1,32 Stunden) dieser gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste waren dabei auf Präsentismus zurückzuführen, lediglich ein Drittel (34 Prozent oder 0,64 Stunden) resultierten aus Fehlzeiten.<sup>791</sup> Kessler et al. kommen im Rahmen einer anderen US-amerikanischen Studie<sup>792</sup> mit 2.074 Befragten (zwischen 25 und 54 Jahren) hingegen zu dem Ergebnis, dass die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste von Präsentismus und Absentismus (Fehlzeiten) mit 1,1 Arbeitstagen (in den zurückliegenden 30 Tagen) etwa gleichauf liegen.<sup>793</sup> Zu ähnlichen Ergebnissen gelangte auch eine Querschnittsstudie von Boles, Pelletier und Lynch<sup>794</sup> mit 2.264 Angestellten eines großen Arbeitgebers im Nordosten der USA. Demnach sind 22 Prozent der durch gesundheitliche Beeinträchtigungen entstandenen Produktivitätsverluste auf Fehlzeiten zurückzuführen, 78 Prozent hingegen resultierten aus Präsentismus. Bezogen auf eine 37,5 Stundenwoche entstanden so Arbeitszeitverluste von insgesamt 3 Stunden und 10 Minuten (~8,4% der Arbeitszeit). Anteilig entfielen 41 Minuten auf krankheitsbedingte Fehlzeiten, 2 Stunden und 29 Minuten resultieren

789 Vgl. (Weinert, 2004, S. 547)

790 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 78f.)

791 Vgl. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003, S. 1237ff.)

792 MacArthur Foundation Midlife Development in the United States (MIDUS) survey (Erhebung 1995-1996).

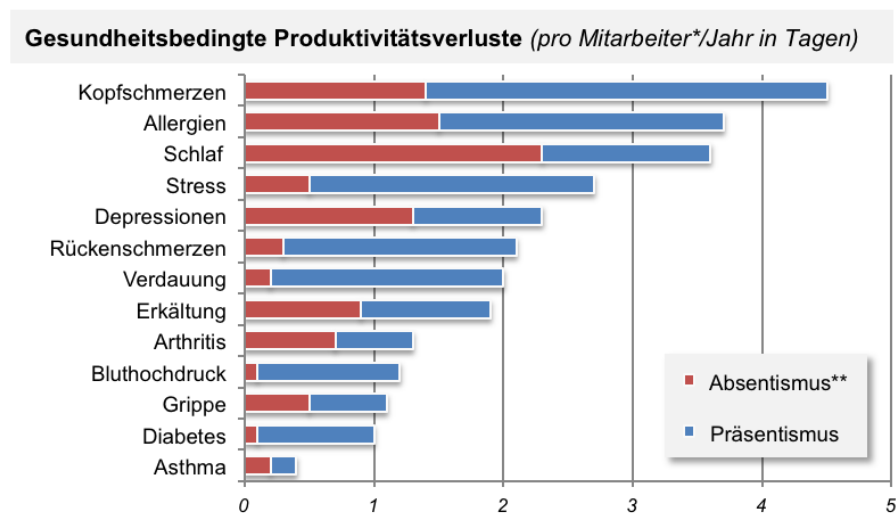
793 Vgl. (Kessler, Greenberg, Mickelson, Meneades, & Wang, 2001, S. 219ff.)

794 Vgl. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004)



allerdings aus Präsentismus, was einem Produktivitätsverlust von 6,6 Prozent der Wochenarbeitszeit entspricht.<sup>795</sup>

Bezugnehmend auf eine Meta-Analyse – in der wissenschaftliche Studien aus Europa, Australien und den USA analysiert wurden – und ein darauf aufbauendes Berechnungsmodell<sup>796</sup> von Iverson und Lynch betonen Fissler & Knospe, dass etwa 10 bis 15 Prozent der Gesamtproduktivität durch Präsentismus und Absentismus (im Sinne von Fehlzeiten) verloren geht und konstatieren darüber hinaus ein Verhältnis der gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste durch Absentismus und Präsentismus von etwa 35 Prozent durch Fehlzeiten und 65 Prozent durch Präsentismus<sup>797</sup>. Wie Abbildung 3.4.1.a dabei zeigt, skizziert das Modell (das an die deutschen „Beschäftigungs- und Prävalenzdaten“ angepasst ist<sup>798</sup>) insgesamt 13 Gesundheitsprobleme, die für die größten Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Absentismus verantwortlich gemacht werden:



Erläuterung: \*Skalenwert modifiziert. \*\*Absentismus wird im Sinne krankheitsbedingter Fehlzeiten verwendet.

**Abbildung 3.4.1.a:** Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Absentismus (nach Iverson & Lynch)<sup>799</sup>

Wenngleich es sich bei den dargestellten Ergebnissen nicht um empirisch hergeleitete Primärdaten handelt<sup>800</sup>, unterstreicht dieses Modell sehr deutlich die zentrale Bedeu-

795 Vgl. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 741ff.)

796 Im Auftrag von HDP: Health Development Partner

797 Vgl. (Fissler & Knospe, 2009, S. 49)

798 Vgl. (Fissler & Krause, 2010, S. 416)

799 Darstellung nach Iverson und Lynch: Vgl. (Iverson & Krause, 2007, S. 47); (Fissler & Krause, 2010, S. 416); (Fissler & Knospe, 2009, S. 49)

800 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 84f.)

tung des Themas Präsentismus im betrieblichen Kontext und zeigt, dass bis auf *Schlafstörungen*, *Depression* und *Asthma* bei allen Gesundheitsproblemen zum Teil wesentlich stärkere Produktivitätsverluste durch Präsentismus entstehen als durch Absentismus beziehungsweise Fehlzeiten.

Auf die betriebliche Praxis übertragen kamen Iverson et al. im Rahmen einer Studie mit 667 Büroangestellten eines multinationalen Konsumgüterproduzenten in Deutschland zu dem Ergebnis, dass allein durch Präsentismus ein durchschnittlicher Produktivitätsverlust von mehr als 22,39 Arbeitstagen pro Mitarbeiter und Jahr entsteht. Den daraus resultierenden Gesamtverlust an (einschließlich Fehlzeiten) Produktivität beziffern sie für das Unternehmen auf 12,35 Prozent beziehungsweise 27,16 Arbeitstage pro Mitarbeiter und Jahr.<sup>801</sup>

Die überproportionale Bedeutung von Präsentismus bei den Produktivitätsverlusten von Mitarbeitern spiegelt sich auch im IGA-Barometer 2007 (einer repräsentativen Befragung der Initiative Gesundheit und Arbeit: IGA) wider. So gaben 27 Prozent der Befragten an, unter einem gesundheitlichen Problem zu leiden. Rund 15 Prozent von ihnen waren innerhalb der zurückliegenden Woche krankheitsbedingt abwesend. Mit 59 Prozent bekräftigten indes wesentlich mehr von ihnen aus gesundheitlichen Gründen Behinderungen in ihrer Produktivität erlebt und dadurch Produktivitätseinbußen verzeichnet zu haben. Mittels WPAI (siehe Kapitel 3.2) errechneten die Autoren daraus eine Beeinträchtigung der Arbeit von durchschnittlich (Präsentismus-Score) 21 Prozent (siehe Anlage/Abbildung 3.4.1.b).<sup>802</sup>

Darüber hinaus untersuchten Wilke et al. mittels WLQ (siehe Kapitel 3.2) die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste von 262 kaufmännisch und gewerblich tätigen Mitarbeitern in einem mittelständischen Unternehmen der Chemiebranche. Bezogen auf die vergangenen 14 Tage ermittelten sie für die (männliche dominierte Stichprobe) vergleichsweise geringe Produktivitätsverluste durch Präsentismus von 4,1 Prozent (4,3 Prozent bei den Männern und 3,1 Prozent bei den Frauen).<sup>803</sup> Eine weitere deutsche Untersuchung, die Wallat im bereits Frühjahr 2007 mit 255 Mitarbeitern der Henkel KG durchführte ergab, dass sich 34,9 Prozent durch gesundheitliche Beeinträchtigungen in Ihrer Arbeit eingeschränkt sahen – unter Anwendung des WPAI-GH (siehe Kapitel 3.2) entspricht dies einem Produktivitätsverlust durch Präsentismus von insgesamt 11,1%.<sup>804</sup>

### 3.4.2 Produktivitätsverluste nach Krankheitsbildern

Wie Hemp bereits im Jahr 2004 resümierte, konzentriert sich die Präsentismusforschung (speziell des zweiten Forschungsstranges) primär auf „chronische oder in regelmäßigen Abständen wiederkehrende Leiden“<sup>805</sup>. Zu erklären ist diese Fokussierung

801 Vgl. (Iverson, Lewis, Caputi, & Knospe, 2010, S. 1207ff.)

802 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 94ff.)

803 Vgl. (Wilke, Elis, Biallas, & Froböse, 2014, S. 2f.)

804 Vgl. Wallat, F. W. (2007): S. 29ff.; zit. n. (Steinke & Badura, 2011a, S. 46ff.)

805 (Hemp, 2005, S. 49)

einerseits damit, dass schwere Erkrankungen die betroffenen Mitarbeiter oft dazu zwingen, der Arbeit fern zu bleiben und andererseits viele Fälle präsentistischen Verhaltens mit „relativ harmlosen“ Erkrankungen einhergehen,<sup>806</sup> also von einem normalen und weitgehend unproblematischen Verhalten (relativer Präsentismus; siehe Kapitel 2.1.4) gesprochen werden kann, welches einem vergleichsweise geringeren ökonomischen und wissenschaftlichen Interesse unterliegt.

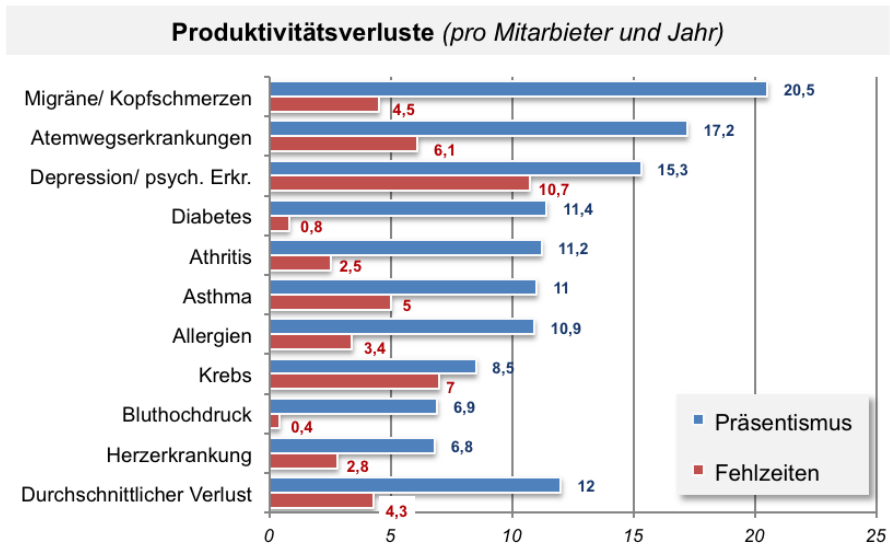
Versucht man Hemps Aussage zu verifizieren, so verdeutlichen die nachfolgenden Studien, dass es aus betrieblicher Sicht etwa ein Dutzend „Gesundheitsthemen“ beziehungsweise Krankheiten sind, die hinsichtlich ihrer Prävalenz und Produktivitätsverluste eine wesentliche ökonomische Relevanz aufweisen und damit auch ein entsprechendes Forschungsinteresse geweckt haben.

Im Rahmen einer sehr umfangreichen Metaanalyse in den USA identifizierten und berechneten Goetzel et al. die (aus Arbeitgeberpersicht) zehn wichtigsten und kostenintensivsten Krankheitsbilder. Auf der Grundlage von Primärdaten aus fünf Studien sowie zweier nationaler Datenbanken (der HPM und der NHIS)<sup>807</sup> berechneten sie hierfür zunächst die (durchschnittlichen) Prävalenzen (Häufigkeiten) der jeweiligen Erkrankungen (siehe Anlage/Tabelle 3.4.2.a). In einem weiteren Schritt wurden für die zehn wichtigsten Erkrankungen die Produktivitätsverluste durch Fehlzeiten und Präsentismus (siehe Anlage/Tabelle 3.4.2.b) sowie die daraus resultierenden Kosten (siehe Kapitel 3.5) ermittelt. Interessant ist daneben auch ein Vergleich der Primärdaten zu den Häufigkeiten und Produktivitätsverlusten der einzelnen Krankheitsbilder, wo sich zwischen den Studien erhebliche Unterschiede zeigen, die in einigen Fällen sogar das Fünf- bis Zehnfache betragen (siehe Anlage 3.4.2). So liegt etwa die durchschnittliche Prävalenz von Allergien bei 25,8 Prozent, während die Range der Studien dabei von 9 bis 41 Prozent reicht. Hinsichtlich der Produktivitätsverluste durch Präsentismus reicht die Range bei Diabetes sogar von 1,9 bis 21,8 Prozent. Gründe für diese erheblichen Differenzen sind wohl primär in der Datenerhebung und Methodik der Studien zu suchen, da die Daten einerseits mittels unterschiedlicher Instrumente generiert werden und sich andererseits auch die gewählten Samples hinsichtlich Größe und Zusammensetzung deutlich unterscheiden<sup>808</sup>. Zusammenfassend sind in Abbildung 3.4.2.a daher die durchschnittlichen Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Fehlzeiten infolge der zehn wichtigsten Krankheitsbilder (pro Mitarbeiter und Jahr) dargestellt:

806 Vgl. (Hemp, 2005, S. 49)

807 HPM: Health and Productivity Management (survey); NHIS: National Health Interview Survey

808 (Goetzel, et al., 2004, S. 399ff.)

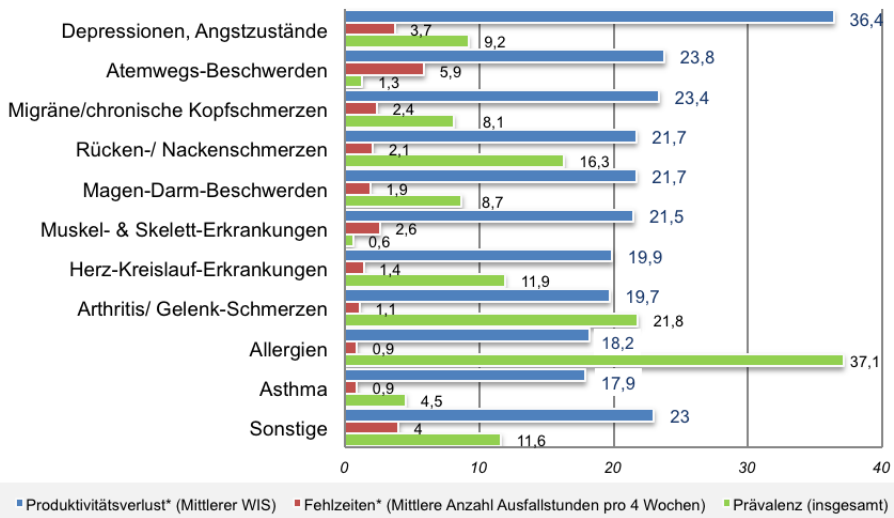


**Abbildung 3.4.2.a:** Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Fehlzeiten pro Mitarbeiter und Jahr (in Prozent) (nach Goetzel et al.)<sup>809</sup>

Betrachtet man die Produktivitätsverluste der einzelnen Krankheitsbilder, so wird deutlich, dass die Werte für Präsentismus ausnahmslos über denen von Fehlzeiten liegen. Bei einigen Krankheitsbildern fallen die Produktivitätsverluste durch Präsentismus sogar um ein Vielfaches höher aus und liegen bei *Diabetes* und *Bluthochdruck* um mehr als das Zehnfache über denen durch Fehlzeiten. Der durchschnittliche Produktivitätsverlust pro Mitarbeiter und Jahr liegt zusammen bei etwa 16,3 Prozent (4,3 Prozent durch Fehlzeiten und 12 Prozent durch Präsentismus), wobei hinsichtlich *Migräne und Kopfschmerzen*, *Atemwegserkrankungen* sowie *Depressionen und psychischen Erkrankungen* überdurchschnittlich hohe Produktivitätsverluste durch Präsentismus zu konstatieren sind.

Auch Baase befasste sich mit dem Einfluss (primär) chronischer Erkrankungen auf die Arbeitsproduktivität und befragte hierzu insgesamt 7.797 Vollzeitbeschäftigte des US-amerikanischen Unternehmens Dow Chemical. Sie fand heraus, dass fast 65% aller Befragten an mindestens einer chronischen Erkrankung leiden. Abbildung 3.4.2.b bietet hierzu eine Gegenüberstellung der Produktivitätsverluste je Krankheitsbild (durch Präsentismus und Fehlzeiten) sowie die ermittelte Häufigkeit mit der die Krankheitsbilder (als Primärerkrankung) angegeben wurden:

<sup>809</sup> Darstellung nach: (Steinke & Badura, 2011a, S. 81); Daten nach: (Goetzel, et al., 2004, S. 405)



**Erläuterungen:** \*Angaben beziehen sich auf die Primärerkrankung.

**Abbildung 3.4.2.b:** Chronische Erkrankungen: Häufigkeit, Fehlzeiten und Produktivitätsverluste (nach Baase)<sup>810</sup>

Anders als in der vorherigen Übersicht sind die Werte für Fehlzeiten nicht in Prozent, sondern als Ausfallstunden (bezogen auf die letzten vier Wochen) angegeben. Bezogen auf den Betrachtungszeitraum von vier Wochen resultierten daraus Fehlzeiten zwischen 0,9 und 5,9 Stunden sowie eine Minderung der Arbeitsproduktivität von 17,8 bis 36,4 Prozent.<sup>811</sup>

Darüber hinaus wird deutlich, dass sich die Relation zwischen Prävalenz, Fehlzeiten und Produktivitätsverlusten im Vergleich der einzelnen Krankheitsmuster stark unterscheidet. Interessant ist insbesondere die große Bedeutung psychischer Erkrankungen (siehe auch Kapitel 2.3.4), wonach Depressionen und Angstzustände die Arbeitsproduktivität um mehr als ein Drittel einschränken. Demgegenüber lassen sich die geringsten Einschränkungen in der Arbeitsproduktivität für „Asthma“ und „Allergien“ konstatieren, obwohl Letzteres hingegen die signifikant höchste Prävalenz aller Krankheitsbilder aufzeigt.

Im Rahmen einer weiteren Studie bei einem großen deutschen Versicherungskonzern untersuchten Burnus et al. an 1.270 Probanden (unter anderem) die Produktivitätseinbußen durch Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Im Ergebnis konstatieren sie, dass der Produktivitätsverlust von Mitarbeitern, welche die Risikofaktoren „Hoher Stress“ ( $n=370$ ) beziehungsweise „Schulter-/ Nackenbeschwerden“

<sup>810</sup> Darstellung nach: (Baase, 2007, S. 52)

<sup>811</sup> Vgl. (Baase, 2007, S. 45ff.)

( $n=412$ ) aufweisen bei 4,8 respektive 13,0 Prozent der Produktivkraft liegen (siehe auch Kapitel 3.5.1)<sup>812</sup>.

### 3.4.3 Kritische Einordnung der Ermittlung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste

Es ist zwar grundsätzlich von einem engen Zusammenhang zwischen der Gesundheit eines Mitarbeiters und dessen Leistungsfähigkeit und Produktivität auszugehen, die Messung der Gesundheit und ihrer Beeinträchtigungen gestalten sich – speziell im Hinblick auf Präsentismus – indes aber schwierig<sup>813</sup>, da die Symptomatik in den vielen Fällen keine absolute Arbeitsunfähigkeit des Mitarbeiters aufweist und zur Erfassung möglicher Einschränkungen der Produktivität eines Mitarbeiters regelmäßig dessen Selbsteinschätzung eingeholt werden muss oder wird. So kamen Steinke und Badura in ihrem Literaturreview zu Präsentismus zu dem Ergebnis, dass die „Gesamtheit der empirischen Arbeiten zum Präsentismusphänomen bzw. zum Verhältnis von Gesundheit und Produktivität [...] beinahe ausschließlich auf Selbsteinschätzungen von Mitarbeitern [basiert]“<sup>814</sup>.

Derartige Selbsteinschätzungen beziehen sich in der Regel auf eine rein subjektive Bewertung der persönlichen Produktivitätseinschränkung (in einem Vergleich zu Kollegen beziehungsweise ihrer „normal üblichen“ Produktivkraft) oder zielen auf eine subjektive Schätzung der unproduktiven Arbeitszeit<sup>815</sup>. Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass die Validität solcher Selbsteinschätzungen bislang kaum belegt werden konnte und als gesicherte Größe „lediglich der Anteil an Befragten [angenommen werden kann], der angibt, gegen den Rat eines Arztes seiner Arbeit nachgegangen zu sein“<sup>816</sup>. Emmermacher merkt ferner an, dass speziell bei extremen „Ergebnissen [...] Antwortverzerrungen im Sinne der Heroisierung des eigenen Verhaltens“<sup>817</sup> sowie nach Badura et al. ein Einfluss des Aspektes der sozialen Erwünschtheit zu vermuten sei<sup>818</sup>. Auch könne ein Rückschluss von Leistungseinbußen aus der „bloßen“ Anwesenheit erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz nicht in jedem Falle abgeleitet werden, da insbesondere bei chronisch Kranken auch gesundheitsförderliche Aspekte von Präsentismus zu berücksichtigen seien<sup>819</sup> (siehe auch Kapitel 3.1.8.2).

Regelmäßig beziehen sich entsprechende Fragen zu Produktivitätsverlusten darüber hinaus auf eine Art „normale Produktivität“ respektive „100-Prozent-Leistung“. Normale Leistungsschwankungen über den Tagesverlauf werden hingegen oft außer Acht gelassen. Stattdessen dient der „voll leistungsfähige Arbeitnehmer“ häufig als „Messlatte“

812 Vgl. (Burnus, Steinhardt, Benner, & Stock, 2012)

813 Vgl. (Burton & Conti, 1999a, S. 36); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 187f.)

814 (Steinke & Badura, 2011a, S. 31)

815 Vgl. (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010, S. 1056ff.)

816 (Badura, Walter, & Steinke, 2012, S. 561)

817 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 33)

818 Vgl. (Badura, Walter, & Steinke, 2012, S. 561)

819 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 33); (Emmermacher, 2008, S. 82ff.)

der Kostenberechnungen<sup>820</sup> – was im Umkehrschluss bedeuten würde, dass ein Mitarbeiter, der keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufweist, immer 100 Prozent seiner Produktivkraft abrufen. Ein weiteres Problem solcher „prozentualen Verlustrechnungen“ leitet sich aus dessen Übersetzbarkeit ab. Bedeuten beispielsweise 80 Prozent Produktivität automatisch 20 Prozent Produktivitätsverlust? Sicherlich mag diese Übersetzung in einigen Fällen zutreffend sein, doch aufgrund der Menge und Verschiedenheit an Einflussfaktoren (wie Berufsgruppe oder Arbeitssituation) wird dies für viele Bereiche nicht zutreffen.<sup>821</sup>

Betrachtet man Produktivität hinsichtlich der Komponenten Effektivität und Effizienz so lässt sich außerdem beobachten, dass die Messung der Produktivität (in den dargestellten Studien) primär auf die Effizienz eines Mitarbeiters, also auf dessen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (Input) oder nicht effizient genutzte Arbeitszeit ausgerichtet ist. Die Effektivität (im Sinne von Output) der Arbeitsleistung bleibt im Wesentlichen aber unberücksichtigt. Bei der Erhebung von Produktivitätsverlusten sollten daher auch Einbußen an Quantität (z.B. nicht erledigte Aufträge oder fehlende Produktion) sowie Beeinträchtigungen in der Qualität der Arbeit (z.B. Fehlproduktionen oder Arbeitsleistungen unterhalb der Qualitätsstandards) einbezogen werden<sup>822</sup>. Dies impliziert jedoch, dass die Produktivität im Sinne des Outcomes gemessen wird, was angesichts zunehmend komplexer werdender Tätigkeitsprofile von Mitarbeitern oft problematisch ist<sup>823</sup>.

Auch sollten mögliche Kompensationseffekte durch den Betroffenen oder dessen Kollegen mit in die Berechnungen einfließen. So wird es in vielen Fällen gelingen einen Teil der Produktivitätsverluste durch die Unterstützung von Kollegen oder durch den Mitarbeiter selbst zu einem späteren Zeitpunkt zu kompensieren.

Es kann also festgehalten werden, dass die ermittelten Werte zu Produktivitätsverlusten (trotz der heterogenen Studienergebnisse) einen insgesamt nützlichen Orientierungsrahmen zur Einschätzung der negativen Auswirkungen von Präsentismus auf die Arbeitsproduktivität liefern und in Verbindung mit personalwirtschaftlichen Kennzahlen sicherlich auch als Indikator für etwaigen Interventionsbedarf für in der Organisation genutzt werden können. Als belastbare Kennzahlen sollten derartige Erhebungen gegenwärtig hingegen nicht verstanden werden.

### 3.5 Präsentismus als Kostenfaktor

Trotz der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Schwierigkeiten, die mit der Differenzierung von Gesundheit und Krankheit (siehe Kapitel 2.2.4) sowie der Ermittlung gesundheitsbedingter Produktivitätsverluste (siehe Kapitel 3.4.3) verbunden sind, be-

---

820 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 402)

821 Vgl. (Schultz, Chen, & Edington, 2009, S. 571f.)

822 Vgl. Steinke, M. und Badura, B. (2011a): S.53.

823 Vgl. (Johns, 2012, S. 210f.)

zieht sich eine Mehrheit der Studien zu Präsentismus auf den Aspekt der daraus resultierenden Kosten (zweiter Definitionsstrang)<sup>824</sup>.

Die Instrumente und Methoden, mit denen versucht wird, die ökonomischen Auswirkungen von Präsentismus in monetäre Werte zu übersetzen, sind vielseitig (siehe Kapitel 3.2.1), folgen mehrheitlich jedoch einem ähnlichen Schema. Grundlage der Kostenberechnungen sind meist die erhobenen Produktivitätsverluste (in Prozent beziehungsweise Arbeitsstunden oder -tagen), die zum jeweiligen Gehalt des Mitarbeiters ins Verhältnis gesetzt werden<sup>825</sup>. Allerdings führen zahlreiche limitierende Faktoren (siehe unten) dazu, dass die Validität der bezifferten Kosten nur eingeschränkt gegeben ist und die bezifferten Werte nur bedingt die tatsächlichen Kosten für Präsentismus widerspiegeln können. Dennoch soll anhand ausgewählter Studien ein kurzer Überblick über die ermittelten betriebswirtschaftlichen (siehe Kapitel 3.5.1) sowie volkswirtschaftlichen (siehe Kapitel 3.5.2) Kosten von Präsentismus gegeben und auf die Schwierigkeiten sowie limitierenden Faktoren der Kostenberechnung eingegangen werden (siehe Kapitel 3.5.3).

### 3.5.1 Betriebswirtschaftliche Kosten durch Präsentismus

Blickt man hinsichtlich der betriebswirtschaftlichen Kosten von Präsentismus zunächst nach Deutschland, so errechneten Iverson et al. in ihrer Studie bei einem multinationalen Konsumgüterhersteller einen durchschnittlichen Verlust (infolge krankheitsbedingter Fehlzeiten und Präsentismus) von insgesamt 27,16 Arbeitstagen (12,35 Prozent der Arbeitszeit) pro Mitarbeiter und Jahr (siehe Kapitel 3.4.1). Ausgehend von einem theoretischen Jahresdurchschnittsgehalt von 54.791 Euro ergibt sich für die 1.298 Beschäftigten der Konzernzentrale ein Produktivitätsverlust von geschätzt 8,78 Millionen Euro. Bezogen auf die 22,39 Arbeitstage, die im Unternehmen allein durch Präsentismus verloren gehen, bedeutet dies (konservativ geschätzt) Kosten von etwa 7,24 Millionen Euro pro Jahr.<sup>826</sup> Die größten Gesamtkosten für das Unternehmen resultieren dabei aus Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Erkältungen<sup>827</sup>.

Wie in Kapitel 4.3.2 bereits dargestellt, kommen Burnus et al. in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass die Produktivitätsverluste von Mitarbeitern, welche die Risikofaktoren „Hoher Stress“ oder „Schulter-/Nackenbeschwerden“ aufweisen, bei 4,8 sowie 13,0 Prozent liegen. Bezogen auf den Jahresdurchschnittslohn Beschäftigter der deutschen Versicherungswirtschaft (von 57.743 Euro) ergeben sich hieraus Produktivitätsverluste pro betroffenen Mitarbeiter von 2.770 Euro durch hohen Stress sowie 7.501 Euro durch Rücken-/Nackenbeschwerden. Auf die 370 beziehungsweise 412 betroffenen Mitarbeiter hochgerechnet entstehen dem Unternehmen damit Gesamtkosten von rund 4,12 Millionen Euro im Jahr.<sup>828</sup>

824 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 78)

825 Vgl. (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010, S. 1060ff.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 78ff.)

826 Vgl. (Iverson, Lewis, Caputi, & Knospe, 2010, S. 1207ff.)

827 Vgl. (Iverson, Lewis, Caputi, & Knospe, 2010, S. 1209)

828 Vgl. (Burnus, Steinhardt, Benner, & Stock, 2012, S. 185)



Eine Berechnung der Beratungsfirma Booz & Company (im Auftrag der Felix Burda Stiftung) schätzt die durch Präsentismus in Deutschland verursachten Kosten (für das Jahr 2009) auf durchschnittlich 2.399 Euro pro Mitarbeiter. Hierbei gehen sie davon aus, dass der Kostenanteil von Präsentismus für die Unternehmen bei etwa 67 Prozent ihrer Gesamtkosten durch Krankheit liegt.<sup>829</sup>

Auf Grundlage der berechneten Produktivitätsverluste für die zehn wichtigsten Krankheitsbilder haben Goetzel et al. im Rahmen ihrer Metaanalyse (siehe Kapitel 3.4.1) die Präsentismuskosten verschiedener Krankheitsbilder untersucht und in Relation zu den Gesamtausgaben für Gesundheit gesetzt. Bei einem durchschnittlichen Stundenlohn von 23,15 Dollar und acht Arbeitsstunden pro Tag ergeben sich für die entsprechenden Erkrankungen Kosten von rund 22 Dollar pro Tag. Bei jährlichen Gesamtausgaben je Krankheitsbild von durchschnittlich 255,08 Dollar bedeutet dieses einen Produktivitätsverlust von 156,66 Dollar, der pro Mitarbeiter und Jahr allein auf Präsentismus zurückzuführen ist (siehe Tabelle 3.5.1):<sup>830</sup>

Krankheit/ Risikofaktor	Produktivitätsverlust durch Präsentismus	Gesamte Gesundheitsausgaben	Anteil Präsentismus an Gesamtausgaben
Allergien	\$ 222,24	\$ 271,04	82 %
Arthritis	\$ 251,96	\$ 326,88	77 %
Asthma	\$ 72,17	\$ 99,55	72 %
Krebs	\$ 75,71	\$ 144,01	53 %
Depression/ psychische Erkrankung	\$ 246,00	\$ 348,04	71 %
Diabetes	\$ 158,75	\$ 256,91	62 %
Herzerkrankung	\$ 70,53	\$ 368,34	19 %
Bluthochdruck	\$ 246,73	\$ 392,31	63 %
Migräne/ Kopfschmerzen	\$ 189,23	\$ 213,78	89 %
Atemwegserkrankungen	\$ 33,31	\$ 133,84	25 %
<b>Durchschnitt</b>	<b>\$ 156,66</b>	<b>\$ 255,08</b>	<b>61 %</b>

**Tabelle 3.5.1:** Gesundheitsausgaben und Produktivitätsverluste nach Erkrankungen - pro Mitarbeiter und Jahr (nach Steinke & Badura)<sup>831</sup>

Die (auf die USA bezogenen) Daten verdeutlichen, dass sich die große Bedeutung von Präsentismus auch in der Kostenstruktur widerspiegelt. Demnach bedingen präsentismusbezogene Kosten speziell bei psychischen, chronischen und wiederkehrenden Erkrankungen (wie Migräne, Allergien, Arthritis, Asthma oder Depressionen) einen überproportionalen Anteil der gesamten Gesundheitsausgaben.

829 Vgl. (Booz & Company, 2011, S. 7f.)

830 Vgl. Goetzel et al (2004): S. 406ff.

831 Vgl. (Goetzel, et al., 2004, S. 408); (Steinke & Badura, 2011a, S. 82)

Stewart et al. gehen im Rahmen des APA (siehe Kapitel 3.4.1) ferner davon aus, dass die Gesamtkosten durch Präsentismus und Fehlzeiten (infolge der 22 erfragten Krankheiten) pro Erwerbstätigen und Jahr etwa bei 1.685 Dollar liegen<sup>832</sup>. Entsprechend dem ermittelten LPT-Wert von 1,32 Arbeitsstunden pro Mitarbeiter und Woche (siehe oben)<sup>833</sup> ergeben sich Präsentismus-Kosten von etwa 1.118 Dollar.

Darüber hinaus schätzen Boles et al. (siehe Kapitel 3.4.1), dass bei einem durchschnittlichen Stundenlohn von 21,38 Dollar allein durch Präsentismus Kosten von rund 53 Dollar pro Mitarbeiter und Woche entstehen<sup>834</sup>. Auf das Jahr (52 Wochen) hochgerechnet entspräche dies Kosten von etwa 2.756 Dollar.

Das Forscherteam um Collins und Baase schätzt die Präsentismuskosten durch chronische Erkrankungen in einer Studie bei der DOW Chemical Company in den USA sogar auf 6,8% der Gesamtpersonalkosten. Pro Mitarbeiter mit einer chronischen Erkrankung (circa 65% der Belegschaft) entstanden im Jahr 2002 damit Kosten in Höhe von 6.721 Dollar<sup>835</sup> durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit.<sup>836</sup> Hochgerechnet auf die 65 Prozent der (12.397) Beschäftigten des Unternehmens, die chronische Erkrankungen aufweisen, entspräche dies Präsentismuskosten für das Unternehmen von mehr als 54 Millionen Dollar. Die direkten und indirekten Gesamtkosten durch chronische Erkrankungen schätzen sie für das Unternehmen sogar auf mehr als 100 Millionen Dollar jährlich ein<sup>837</sup>.

Ferner ermittelte eine Studie der US-amerikanischen Großbank *Bank One*, dass etwa 63 Prozent oder fast 312 Millionen Dollar der gesundheitsbezogenen Kosten des Unternehmens auf Präsentismus zurückzuführen sind<sup>838</sup>. Für das ebenfalls in den USA ansässige Rüstungsunternehmen Lockheed Martin ergaben sich für 28 untersuchte Krankheitsbilder (bei einem durchschnittlichen Jahresgehalt von 45.000 Dollar) Präsentismuskosten von jährlich rund 34 Millionen Dollar.<sup>839</sup>

Ohne die monetären Bewertungen an dieser Stelle bereits kritisch zu hinterfragen (siehe hierzu Kapitel 3.5.3), wird in der Zusammenschau der ausgewählten Studien indes sehr deutlich, dass die Präsentismus zugeschriebenen Kosten erheblich sind, sodass das Phänomen (im Sinne eines ganzheitlichen Verständnisses) auch betriebswirtschaftlich hinterfragt und diskutiert werden sollte.

### 3.5.2 Volkswirtschaftliche Kosten durch Präsentismus

Im Gegensatz zur betriebswirtschaftlichen Betrachtung von Präsentismus liegen zu den volkswirtschaftlichen Auswirkungen des Phänomens international bislang nur weni-

832 Vgl. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003, S. 1240f.)

833 Vgl. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003, S. 1237)

834 Vgl. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 741ff.)

835 Die Durchschnittlichen Kosten für krankheitsbedingte Fehlzeiten und medizinischen Behandlung lagen bei 661 beziehungsweise 2.278 US-Dollar

836 Vgl. (Collins, et al., 2005, S. 552ff.); (Baase, 2007, S. 50ff.)

837 Vgl. (Collins, et al., 2005, S. 555); (Baase, 2007, S. 56)

838 Vgl. (Hemp, Krank am Arbeitsplatz, 2005, S. 51)

839 Vgl. Lerner, Rogers & Chang (2002) zit. n. (Hemp, 2005, S. 54)

ge Studienergebnisse vor. Bezogen auf Deutschland existieren repräsentative volkswirtschaftlich Daten (nach aktuellem Stand des Autors) noch nicht. Geht man jedoch sehr konservativ davon aus, dass Präsentismus mindestens die gleichen Produktivitätsverluste verursacht wie krankheitsbedingte Fehlzeiten, so ist (in Anlehnung an die Schätzung des BMAS hinsichtlich des Ausfalls an Bruttowertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeiten<sup>840</sup>) von jährlichen Kosten in Höhe von wenigstens 103 Milliarden Euro auszugehen. Da die in Kapitel 3.4 dargestellten Studien insgesamt wesentlich höhere Produktivitätsausfälle durch Präsentismus als durch Fehlzeiten konstatieren, unterrepräsentiert dieser Wert sehr wahrscheinlich die tatsächliche gesamtwirtschaftliche Bedeutung des Phänomens. Eine Berechnung der Booz & Company (siehe Kapitel 3.5.1) schätzt die Kosten der deutschen Unternehmen durch Präsentismus für das Jahr 2009 auf 129 Milliarden Euro. Den Bruttowertschöpfungsausfall durch Krankheit beziffern sie gar auf 225 Milliarden Euro beziehungsweise 9 Prozent vom Bruttoinlandsprodukt (BIP).<sup>841</sup>

Bezogen auf den wissenschaftlichen Diskurs befassen sich einige Studien (wie die von Greenberg et al.<sup>842</sup> oder Kessler et al.<sup>843</sup>) mit den Kosten bestimmter Krankheitsbilder (wie Depressionen oder psychische Erkrankungen) und berechnen hierfür Gesamtverluste aller Betroffenen des Landes. Gesamtwirtschaftliche Analysen, die das gesamte Krankheitsspektrum abdecken, sind jedoch die Ausnahme. So verwundert es kaum, dass durch Steinke und Badura im Rahmen ihres Literaturreviews auch lediglich drei Studien identifiziert wurden, die sich explizit mit den volkswirtschaftlichen Auswirkungen durch gesundheitsbedingte Einschränkungen der Arbeitsproduktivität befassen, von denen wiederum nur zwei eine monetäre Bewertung vornehmen.<sup>844</sup>

Auf Grundlage ihrer Produktivitäts- und Kostenberechnungen im Rahmen des APA (siehe Kapitel 3.4.1 und 3.5.1) errechneten Stewart et al. für die USA einen gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsverlust (infolge der 22 berücksichtigten Krankheiten) von insgesamt 225,75 Milliarden US-Dollar beziehungsweise 1.685 Dollar pro Erwerbstätigen im Jahr<sup>845</sup>. Präsentismus verursacht im Durchschnitt der untersuchten Erkrankungen rund 71 Prozent der Kosten<sup>846</sup>, sodass die jährlichen Gesamtkosten gesundheitsbedingter Produktivitätsverluste während der Arbeit auf rund 160 Milliarden US-Dollar geschätzt werden können.

In der ebenfalls in Kapitel 3.4.1 dargestellten US-amerikanischen Studie im Rahmen des MIDUS<sup>847</sup> resümieren Kessler et al., dass die gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste (der 25- bis 40-Jährigen Erwerbstätigen) durch Absentismus (Fehlzeiten) und Präsentismus jeweils 1,1 (und insgesamt 1,5) Arbeitstage pro Monat betragen. Ohne ihre Berechnung an Gehälter zu koppeln, ermitteln sie (für die betrachtete Alters-

840 Vgl. (BMAS, 2014a, S. 160)

841 Vgl. (Booz & Company, 2011, S. 7f.)

842 Vgl. (Greenberg, et al., 2003)

843 Vgl. (Kessler, et al., 2006)

844 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 95ff.)

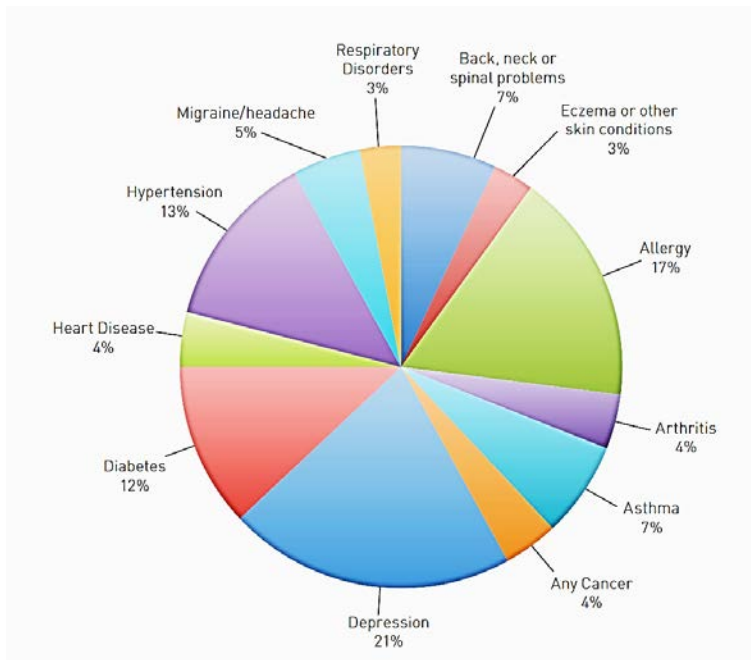
845 Vgl. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003, S. 1237ff.)

846 Vgl. (Stewart, Ricci, Chee, & Morgenstein, 2003, S. 1243)

847 MIDUS: MacArthur Foundation Midlife Development in the United States survey

gruppe der Erwerbstätigen) einen nationalen Gesamtverlust der Produktivkraft von 2,5 Milliarden Arbeitstagen pro Jahr.<sup>848</sup>

Darüber hinaus liegt für Australien (in zwei Auflagen<sup>849</sup>) eine Modellrechnung bezüglich der Auswirkungen von Präsentismus auf die australische Volkswirtschaft vor. Ausgangspunkt dieser (im Auftrag der Medibank Private durchgeführten) Berechnung sind zwölf chronische Erkrankungen (siehe Abbildung 3.5.2.a), die (in den beiden Studien) zu einem durchschnittlichen Gesamtverlust von 2,54 beziehungsweise 2,6 Prozent der Arbeitsproduktivität durch Präsentismus führen<sup>850</sup>. Eine detaillierte Herleitung der Berechnungsformel wurde nicht veröffentlicht, jedoch bietet Abbildung 3.5.2.a eine Aufschlüsselung der entsprechenden Anteile der Einzelerkrankungen am gesamten Produktivitätsverlust:



**Abbildung 3.5.2.a:** Anteil der Einzelerkrankungen am Produktivitätsverlust durch Präsentismus (KPMG Econtech)<sup>851</sup>

Den Arbeitszeitverlust infolge von Präsentismus beziffern die Autoren der Studie für das Geschäftsjahr 2005/06 auf etwa sechs Arbeitstage (beziehungsweise 1.377 AUS-Dol-

848 Vgl. (Kessler, Greenberg, Mickelson, Meneades, & Wang, 2001, S. 219ff); (Steinke & Badura, 2011a, S. 97)

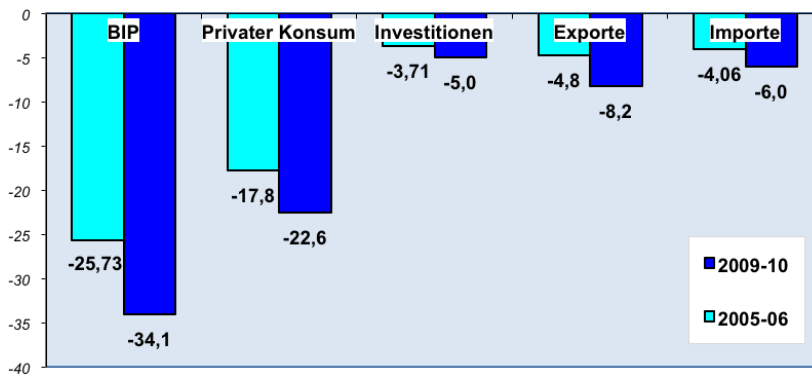
849 (Econtech, 2007): Datenerhebung 2005/2006; (KPMG Econtech, 2011): Datenerhebung: 2009/2010

850 Vgl. (Econtech, 2007, S. 16ff.); (KPMG Econtech, 2011, S. 7)

851 (KPMG Econtech, 2011, S. 7)

lar) pro Erwerbstätigen im Jahr. Darüber hinaus setzen sie Präsentismus in Bezug zu dessen Auswirkungen auf das *Bruttoinlandsprodukt (BIP)*, den *privaten Konsum*, *Investitionen* sowie den *Export und Import* (siehe Abbildung 3.5.2.b). Im Ergebnis kommen sie für alle fünf Dimensionen auf einen makroökonomischen Gesamtverlust durch Präsentismus von 56,12 Milliarden AUS-Dollar (Geschäftsjahr 2005/06).<sup>852</sup> Im Rahmen der Folgestudie ermittelten sie für das Wirtschaftsjahr 2009/10 einen deutlichen Anstieg der volkswirtschaftlichen Gesamtverluste durch Präsentismus auf insgesamt 75,9 Milliarden AUS-Dollar.<sup>853</sup>

Abbildung 3.5.2.b bietet hierzu eine Übersicht der errechneten makroökonomischen Effekte von Präsentismus auf die verschiedenen Dimensionen der australischen Wirtschaft:



**Abbildung 3.5.2.b:** Makroökonomischer Effekte von Präsentismus auf die australische Wirtschaft (in Milliarden AUS-Dollar) (nach Econtech)<sup>854</sup>

Wie sich der Übersicht entnehmen lässt, wirken sich die Produktivitätsverluste durch Präsentismus besonders stark auf das Bruttoinlandsprodukt (BIP) sowie den privaten Konsum aus. Hierbei gehen die Autoren (im Vergleich zu einem Szenario, in dem das Phänomen Präsentismus nicht auftreten würde) davon aus, dass Präsentismus (bezogen auf die Daten von 2005/06) das BIP um 2,79 Prozent, den privaten Konsum um 3,33 Prozent, Investitionen um 2,61 Prozent und Importe um 1,99 Prozent verringert<sup>855</sup>. Die direkten Kosten für die Arbeitgeber werden über das BIP miteingefasst und von den Autoren (für 2005/06) mit 17,6 Milliarden AUS-Dollar angegeben<sup>856</sup>.

Stellt man die dargestellten Hochrechnungen und Schätzungen der volkswirtschaftlichen Kosten von Präsentismus zusammenfassend gegenüber, so lässt sich erwartungsgemäß konstatieren, dass Präsentismus nicht nur aus Sicht einzelner Betriebe sondern

852 Vgl. (Econtech, 2007, S. 16ff.)

853 Vgl. (KPMG Econtech, 2011, S. 4)

854 Darstellung in Anlehnung an: (Econtech, 2007, S. 22); (KPMG Econtech, 2011, S. 4); vgl. auch (Steinke & Badura, 2011a, S. 99)

855 Vgl. (Econtech, 2007, S. 21f.)

856 Vgl. (Econtech, 2007, S. 22)

auch für die Volkswirtschaft einen signifikanten Kostenfaktor darzustellen scheint. Mit geschätzt 160 Milliarden (US-)Dollar in den USA, 75,9 Milliarden (AUS-)Dollar in Australien und mehr als 100 Milliarden Euro in Deutschland wird außerdem deutlich, dass es sich – trotz großer Unterschiede der nationalen Arbeitsmarkt- und Sozialstrukturen – um einem international auftretendes Phänomen handelt. Bezieht man den demografischen Wandel der Erwerbsbevölkerung mit ein (siehe Kapitel 2.3.5), so ist davon auszugehen, dass Präsentismus auch auf lange Sicht ein nennenswerter Kostenfaktor für die Volkswirtschaften bleiben wird<sup>857</sup>.

### 3.5.3 Limitierende Faktoren der Kostenberechnung von Präsentismus

Mit der Ermittlung der tatsächlichen Kosten für Präsentismus sind grundsätzlich sehr ähnliche Herausforderungen und Probleme verbunden wie bei der Differenzierung von Gesundheit und Krankheit sowie der Bestimmung von Produktivität und Produktivitätsverlusten. All diese Aspekte stellen aus wissenschaftlicher Sicht relativ komplexe Konstrukte dar, die sich in den meisten Fällen nur schwer operationalisieren lassen (siehe auch Kapitel 2.2.4 sowie 3.4.3). Versucht man diese vereinfacht wiederzugeben, gehen Details verloren, sodass entsprechende Berechnungen im Ergebnis nur noch Annäherungswerte an die tatsächlich entstehenden Kosten abbilden können.

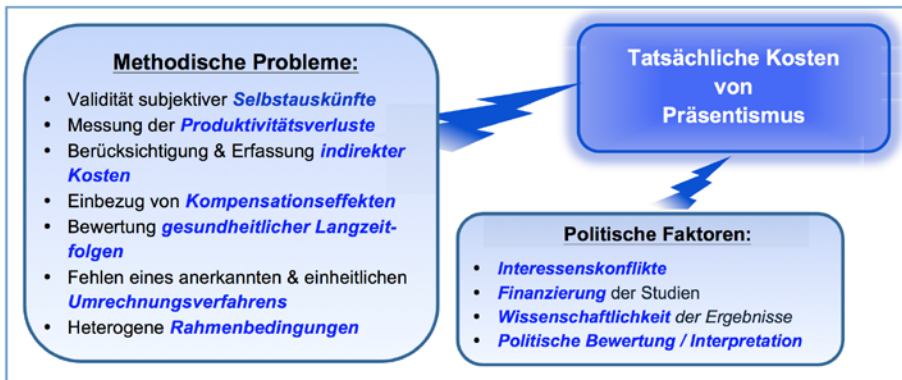
Dementsprechend sollte einer Umrechnung von Produktivitätsverlusten in Geldwerte grundsätzlich mit Vorsicht begegnet werden – insbesondere, weil bislang kein einheitliches und *allgemein akzeptiertes Umrechnungsverfahren* existiert<sup>858</sup>. Ebenso gestaltete es sich aufgrund der unterschiedlichen Rahmenbedingungen schwierig, bestehende Forschungsergebnisse auf andere Studien, Branchen oder Länder zu übertragen beziehungsweise Vergleiche anzustellen, da neben den heterogenen Erhebungsverfahren und Arbeitssituationen speziell die nationalen Verschiedenheiten der Sozialversicherungssysteme und demografischen Strukturen der Belegschaften und Bevölkerungen eine Vergleichbarkeit nachhaltig einschränkt<sup>859</sup>.

Bevor im weiteren Verlauf die Schwierigkeiten bei der Kostenberechnung von Präsentismus eruiert werden, soll mit Abbildung 3.5.3 zunächst ein Überblick über zentrale Herausforderungen und limitierende Faktoren der monetären Bewertung von Präsentismus gegeben werden:

857 Vgl. (KPMG Econtech, 2011, S. 5ff.)

858 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 94f.); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010, S. 1062f.)

859 Vgl. (Schultz, Chen, & Edington, 2009, S. 374.); (BAuA, 2009, S. 6); (Steinke & Badura, 2011a, S. 93ff.)



**Abbildung 3.5.3:** Limitierende Faktoren bei der Gesamtkostenberechnung von Präsentismus

Die abgebildeten Aspekte zeigen eine Fülle direkter und indirekter Faktoren auf, die Einfluss auf Aussagekraft monetärer Bewertungen von Präsentismus nehmen (können). Während einerseits *methodische Probleme* eine klare Analyse und Quantifizierung der tatsächlichen Produktivitätsverluste erschweren, treten andererseits (bei einzelnen Studien) *Interessenskonflikte* auf, die bei der *Bewertung und Interpretation* der entsprechenden Ergebnisse berücksichtigt werden sollten.

Aufgrund der Schwierigkeiten, die mit der Erfassung präsentismusbedingter Produktivitätsverluste verbunden sind (siehe Kapitel 3.4.3), verfolgen viele Studien bei der Kostenberechnung von Präsentismus (mit dem Humankapitalansatz) einen pragmatischen, aber relativ generischen Ansatz der Übersetzung und setzten die (zumeist über *subjektiven Selbsteinschätzungen*) ermittelten Produktivitätsverluste (in Zeit- oder Prozentangaben) „einfach“ ins Verhältnis zu den Gehaltskosten des Mitarbeiters,<sup>860</sup> ohne dabei die „tatsächlichen“ *direkten und indirekten Produktivitätsverluste*, aber auch *Kompensationseffekte*, hinreichend zu berücksichtigen.

Beispielsweise entstehen neben unmittelbaren Produktivitätsverlusten durch den Präsentisten (siehe Kapitel 3.1.3) gegebenenfalls Kosten infolge des Einsatzes von Hilfs- oder Aushilfskräften, wenn der betroffene Mitarbeiter sein Arbeitspensum selbst nicht mehr zu bewältigen vermag. Auch werden mögliche „Strafen, die anfallen können, wenn „wichtige Termine aufgrund von [Fehlzeiten] oder Präsentismus nicht eingehalten werden können, nicht berücksichtigt“<sup>861</sup>. Darüber hinaus ist es grundsätzlich schwierig, konkrete Kosten durch Langzeit- oder Folgeerkrankungen von Präsentismus zu erfassen und finanziell zu bewerten, weil je nach Krankheitsbild im Nachhinein schwer zu bewerten ist, welchen Einfluss das Arbeiten trotz Erkrankung konkret auf die spätere Symptomatik genommen hat. Aber auch positive Effekte lassen sich nicht

860 Vgl. (Johns, 2010, S. 523); (Lofland, Pizzi, & Frick, 2004, S. 167f.); (Brooks, Hagen, Sathyanarayanan, Schultz, & Edington, 2010, S. 1062); (Steinke & Badura, 2011a, S. 53); (Steinke & Badura, 2011a, S. 94f.)

861 (Steinke & Badura, 2011a, S. 53)

immer problemlos in die Gesamtkostenrechnung einbeziehen. So gilt es, die ermittelten Produktivitätsverluste um mögliche positive Effekte zu bereinigen. Zum Beispiel entstehen neben Zusatzkosten durch Mehr- oder Zeitarbeit auch *Kompensationseffekte* durch die Unterstützung von Kollegen oder es gelingt dem Präsentisten, einen Teil seiner Produktivitätsverluste (zu einem späteren Zeitpunkt) selbst zu kompensieren.

Abgesehen von der Frage, welche Kostenbestandteile mit in die Produktionsausfallrechnung integriert werden sollen, weisen Vogt et al. ferner auf die grundsätzliche Problematik hin, auch den Nutzen, der gegebenenfalls durch Präsentismus (oder durch Fehlzeiten) entsteht, adäquat zu ermitteln. „Wie soll man Kosten und Nutzen eines Ereignisses messen, das nicht aufgetreten ist, wie etwa einen verhinderten Unfall oder eine nicht erbrachte Leistung?“<sup>862</sup>

Den methodischen Schwierigkeiten bei der Kostenberechnung von Präsentismus schließen sich in einigen Fällen noch *Interessenskonflikte* an, die durch die politischen oder wirtschaftlichen Hintergründe der Autoren oder *finanziellen Unterstützer* hervorgerufen werden. Hierbei verweist Hemp darauf, dass einige Studien nachhaltig finanziell durch die Pharmaindustrie unterstützt oder gar initiiert werden<sup>863</sup>. Geht man davon aus, dass Präsentismus in vielen Fällen zu einer erhöhten Einnahme von Medikamenten führt, um die Arbeitsfähigkeit zu verbessern, so werden eventuelle Interessenslagen deutlich. Darüber hinaus „eignet sich Präsentismus im betrieblichen Kontext besonders gut, die Botschaften der verschiedenen Gruppierungen und Interessensgemeinschaften zu transportieren.“<sup>864</sup>. Je nach Zielsetzung und Lobby können die *Interpretationen* von der „Ausbeutung der Arbeitnehmer“ über „unsichtbare Kostenfalle für das Unternehmen“ bis hin zum „Beweis der gelungenen (Re-)Integration kranker Mitarbeiter“ in das Unternehmen“ reichen. Insofern liegt die Vermutung nahe, dass hinter einigen Studien eher „Marketinginteressen“, denn „objektives, wissenschaftliches Erkenntnisinteresse“ zu sehen ist<sup>865</sup>.

Betrachtet man resümierend die wirtschaftlichen Konsequenzen von Präsentismus, so kann als gesichert angesehen werden, dass ein Zusammenhang zwischen gesundheitlichen Beschwerden (beispielsweise durch chronische Erkrankungen oder Risikofaktoren; siehe Kapitel 3.6) und Einbußen der Arbeitsproduktivität eines Mitarbeiters besteht<sup>866</sup>. Ebenso zeigt sich auf Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse, dass Präsentismus einen nicht unerheblichen Anteil der gesundheitsbedingten Produktivitätseinbußen verursacht und damit wiederum einen signifikanten betriebs- und volkswirtschaftlichen Kostenfaktor darstellt. Aufgrund der großen Heterogenität der vorliegenden Messinstrumente (siehe auch Kapitel 3.2) sowie der breiten Streuung der publizierten Untersuchungsergebnisse sind exakte Bewertungen der „tatsächlichen Kosten“ gesundheitsbedingter Produktivitätsverluste hingegen kaum möglich<sup>867</sup> und bestenfalls annäherungsweise zu ermitteln.

862 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 188)

863 Vgl. (Hemp, 2005, S. 51)

864 (Emmermacher, 2008, S. 36)

865 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 36)

866 Vgl. (Schultz, Chen, & Edington, 2009, S. 374); (Steinke & Badura, 2011a, S. 95)

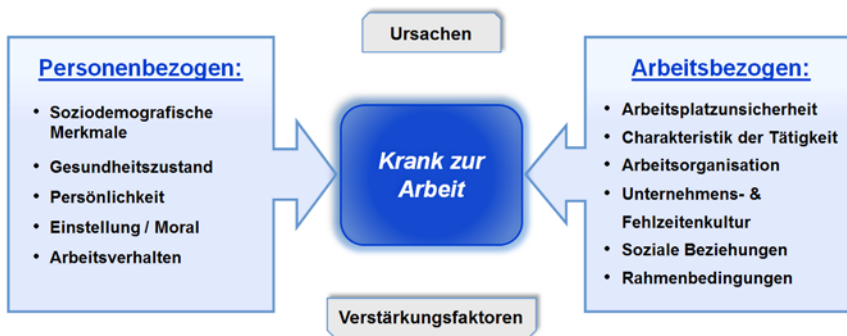
867 Vgl. (Schultz, Chen, & Edington, 2009, S. 374)



### 3.6 Mögliche Gründe für Präsentismus

Ursachen und Verstärkungsfaktoren stellen speziell für verhaltensorientierte Forschungsansätze zu Präsentismus (siehe Kapitel 2.1.2.1) einen Aspekt zentralen Interesses dar. Hierbei hat sich im wissenschaftlichen Diskurs der weitgehende Konsens eingestellt, dass grundsätzlich sowohl personenbezogene als auch arbeits- und situationsbezogene Faktoren Einfluss auf das Präsentismusverhalten von Beschäftigten nehmen<sup>868</sup>. Die Einzelfaktoren, welche Experten mit dem Auftreten von Präsentismus in Verbindung bringen, gestalten sich dabei sehr vielfältig und äußerst heterogen, was sich auch in der wissenschaftlichen Befundlage zu diesen Variablen widerspiegelt – wobei sie insgesamt noch einige Lücken aufweist und auch die Validierung verschiedener Faktoren noch aussteht<sup>869</sup>. Jedoch lassen sich in der Literatur mehrere Dutzend Einzelaspekte identifizieren, die als Ursache oder Verstärkungsfaktor für Präsentismus bereits belegt werden konnten oder genannt werden – wenngleich viele dieser Faktoren nicht trennscharf voneinander abgrenzbar sind und verschiedenen Kategorien zugeordnet werden können.

Dennoch bietet es sich für den weiteren Verlauf dieser Arbeit an, eine thematische Kategorisierung dieser Aspekte (hinsichtlich personen- und arbeitsbezogener Faktoren) vorzunehmen (siehe Abbildung 3.6):



**Abbildung 3.6:** Kategorien zentraler Ursachen und Verstärkungsfaktoren von Präsentismus

Vertiefend hierzu werden in den nachfolgenden Teilkapiteln zunächst mögliche ‚*Personenbezogene Einflussfaktoren*‘ auf Präsentismus (wie Alter, Geschlecht oder der allgemeine Gesundheitszustand) diskutiert (siehe Kapitel 3.6.1), bevor in Teilkapitel 3.6.2 auf ‚*Arbeits- und Situationsbezogene Einflussfaktoren*‘ (wie beispielsweise die Charakteristik

868 Vgl. z. B.: (Gerich, 2014, S. 33f.); (Oldenburg, 2012, S. 137ff.); (Johns, 2011, S. 483ff.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 54ff.); (Hägerbäumer, 2011, S. 81ff.); (Johns, 2010, S. 524ff.); (Baker-McClellan, Greasley, Dale, & Griffith, 2010, S. 313); (Preisendörfer, 2010, S. 403); (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 960ff.)

869 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 104); (Hägerbäumer, 2011, S. 81ff.); (Preisendörfer, 2010, S. 403f.)

der Arbeitstätigkeit, organisationsbezogene Aspekte sowie äußere Rahmenbedingungen) eingegangen wird. Da Einflussfaktoren selten isoliert auftreten, soll anschließend auf das Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren eingegangen werden (siehe Kapitel 3.6.3).

*Aufgrund der großen Zahl internationaler Einzelstudien, die zu diesem Themenkomplex existieren, soll hinsichtlich des begrenzten Rahmens dieser Arbeit selektiv (mit Präferenz auf deutsche und europäische Studien) vorgegangen werden. Vertiefend siehe zum Beispiel die Übersichtsarbeiten von Steinke & Badura, Johns oder Schultz & Edington<sup>870</sup>.*

### 3.6.1 Personenbezogene Einflussfaktoren

Bereits in den 1990er Jahren untersuchten Aronsson et al. unter anderem soziodemografische Variablen auf einen Zusammenhang mit Präsentismus. Während die Variablen Alter, Geschlecht und Bildungsgrad dabei nur einen „relativ geringen bis keinen Zusammenhang“ aufwiesen, beobachteten sie indes einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Höhe des monatlichen Einkommens und dem Verhalten krank zur Arbeit zu gehen.<sup>871</sup> Seitdem wurden soziodemografische und personenbezogene Faktoren vielfach untersucht ohne in den meisten Fällen dabei konsistente Ergebnisse zu erzielen.

#### 3.6.1.1 Soziodemografische Merkmale

Hinsichtlich eines Zusammenhangs von Präsentismus und dem (*Lebens-*)Alter zeichnet sich ein sehr inkonsistentes Bild. Während einige Studien darauf hindeuten, dass insbesondere jüngere Mitarbeiter öfter krank zur Arbeit gehen als ältere, belegen andere das Gegenteil oder finden keine relevanten Altersunterschiede.

So konstatieren Schnee & Vogt, dass „Präsentismus vor allem ein Phänomen der jüngeren Erwerbstätigen“ sei und von den unter 30-Jährigen 54,3 Prozent Präsentismus zeigten, während es bei den 50- bis 59-Jährigen 37,4 und bei den über 60-Jährigen nur 35,3 Prozent waren<sup>872</sup>. Ähnliche Erkenntnisse erlangten Schmidt & Schröder, wonach ebenfalls die Altersgruppe bis 30 Jahre (mit 75,6 Prozent) am häufigsten krank zur Arbeit ging, während dieser Wert bei den 51- bis 65-Jährigen mit 65,9 Prozent deutlich geringer ausfiel<sup>873</sup>. Auch im Hinblick auf Produktivitätsverluste durch Präsentismus ergeben sich nach Bödeker & Hüsing analoge Altersbezüge, wo 74 Prozent der unter 30-Jährigen, aber nur 61 Prozent der 50- bis 59-Jährigen (beziehungsweise 50 Prozent der 60- bis 65-Jährigen) angeben, gesundheitsbedingte Produktivitätseinbußen erlebt zu haben<sup>874</sup>.

870 (Steinke & Badura, 2011a); (Johns, 2010); (Schultz & Edington, 2007)

871 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 508)

872 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 108f.)

873 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

874 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 94ff.)

Dagegen beobachteten Aronsson et al. keine signifikanten Altersunterschiede, jedoch eine Tendenz der mittleren Altersbänder, öfter krank zur Arbeit zu gehen<sup>875</sup>. Auch Wieland & Hammes fanden keine relevanten Altersunterschiede<sup>876</sup>.

Die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung hingegen ergab, dass sowohl Häufigkeit als auch Dauer von Präsentismus mit dem Alter zunimmt<sup>877</sup>. Bestätigt werden diese Ergebnisse durch eine französische Studie von Bierla et al., die eine höhere Präsentismus-Wahrscheinlichkeit mit zunehmenden Lebensalter beobachteten<sup>878</sup>. Eine insgesamt heterogene Befundlage konstatiert auch Hägerbäumer. So zeigten die unter 30-Jährigen in zwei Studien tendenziell mehr Präsentismus als Ältere<sup>879</sup>, während eine dritte Studie wiederum keinen Alterseffekt ergab<sup>880</sup>.

Inwieweit darüber hinaus das **Geschlecht** Einfluss auf das Präsentismusverhalten nimmt, ist wissenschaftlich ebenfalls nicht eindeutig geklärt<sup>881</sup>. Während Schnee & Vogt im Rahmen des Gesundheitsmonitors, Oldenburg im Zuge der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung oder Wieland & Hammes über eine Internetstudie der BARMER GEK keine signifikanten geschlechtsspezifischen Effekte beobachten<sup>882</sup>, konstatieren Bödeker & Hüsing im IGA-Report für Männer höhere Präsentismuswerte (bezüglich Beeinträchtigungen) als für Frauen<sup>883</sup>. Auch eine Langzeitstudie von Demerouti et al. bestätigt höhere Präsentismuswerte bei Männern<sup>884</sup>. Daneben deuten jedoch auch viele Studien darauf hin, dass Präsentismus bei Frauen tendenziell häufiger aufzutreten scheint als bei Männern. So ergeben die Untersuchungen von Preisendörfer<sup>885</sup> sowie die des WIdO<sup>886</sup> höhere Präsentismuswerte bei Frauen. Gerich bestätigt diese Tendenz darüber hinaus im Rahmen einer österreichischen Studie<sup>887</sup>. Differenziert nach dem individuellen Präsentismus-Verhalten gehen Frauen, Schmidt & Schröder zufolge, nicht nur häufiger krank zur Arbeit, sondern handeln dabei auch häufiger gegen eine ärztliche Empfehlung, verzichten häufiger auf eine vom Arzt empfohlene Kur und verschieben die Genesung häufiger auf das Wochenende<sup>888</sup>. Ferner zeigen Studien, dass der Faktor Geschlecht nicht losgelöst von weiteren personen- und arbeitsbezogenen Einflussfaktoren (wie den beruflichen Status, Ersetzbarkeit, Arbeitsorganisation oder Unternehmens- & Fehlzeitenkultur) sowie unabhängig von der Charakteristik der jeweiligen Stichprobe bewertet werden sollte<sup>889</sup> (siehe auch Kapitel 3.6.3). So weisen beispielsweise Frauen in höheren beruflichen Positionen deutlich mehr Präsentismus auf als Männer in ver-

875 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 505)

876 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 67)

877 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 137f.)

878 Vgl. (Bierla, Huver, & Richard, 2013, S. 1547)

879 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 138ff.); (Hägerbäumer, 2011, S. 176ff.)

880 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 205ff.)

881 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 59f.)

882 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 108f.); (Oldenburg, 2012, S. 137); (Wieland & Hammes, 2010, S. 67)

883 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 94ff.)

884 Vgl. (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 58f.)

885 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 405f.)

886 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96); (Zok, 2008a, S. 129f.); (Zok, 2004, S. 252)

887 Vgl. (Gerich, 2014, S. 41ff.)

888 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

889 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 59f.); (Hägerbäumer, 2011, S. 91); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

gleichbaren Positionen<sup>890</sup>. Und auch Aspekte wie Berufstätigkeit und Alleinerziehung von Kindern scheint bei Frauen zu überproportionalen Präsentismuswerten zu führen<sup>891</sup>, ebenso können Faktoren wie Ersetzbarkeit, Regelungen zur Attestpflicht oder Befristungen zu signifikanten Geschlechterunterschieden führen<sup>892</sup>.

Inkonsistente Befunde liegen auch zum Einfluss der *familiären Situation* auf Präsentismus vor. Während nach Hansen & Andersen kein Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem Beziehungsstatus zu erkennen ist<sup>893</sup>, zeigten Singles nach Zok (mit 64,1 Prozent) deutlich seltener präsentistisches Verhalten als Arbeitnehmer mit Familie oder Alleinerziehende (70,9 und 75,3 Prozent)<sup>894</sup>. Vogt et al. konstatieren hingegen, dass Singles häufiger Präsentismus berichten als Zusammenlebende<sup>895</sup>. Sie nehmen an, dass Singles eher dazu neigen, Krankheit zu verharmlosen oder weiter zu arbeiten, um dort Unterstützung zu erfahren, anstatt zu Hause vielleicht depressive Verstimmungen zu erleben<sup>896</sup>. In diese Richtung lassen sich auch die Ergebnisse einer umfangreichen Querschnittsstudie von Merrill et al. ( $n=19.803$ ) interpretieren, wonach Mitarbeiter, die fest in einer Partnerschaft gebunden waren, inzwischen aber getrennt, geschieden oder verwitwet sind, die höchsten Präsentismuswerte (Produktivitätsverluste) aufweisen<sup>897</sup>. Eine aktuelle Studie der DAK-Gesundheit belegt überdies, dass von den 25- bis 40-Jährigen mit drei oder mehr Kindern 71 Prozent an mindestens drei Tagen im Jahr krank gearbeitet haben, während es in der Vergleichsgruppe ohne Kinder nur 61 Prozent waren. Als mögliche Erklärung führen die Autoren Angst vor Arbeitsplatzverlust und finanzielle Sorgen, aber auch eine Art schlechtes Gewissen der Eltern an, dass sie wegen ihrer Kinder schon häufig fehlen und daher „Abstriche bei sich selbst“ machen.<sup>898</sup> Dagegen konnte Preisendörfer keinen multivariaten Zusammenhang zwischen *Kindern im Haushalt* und Präsentismus feststellen<sup>899</sup> und auch eine Untersuchung von Aronsson et al. ergab diesbezüglich keine relevanten Unterschiede, wenngleich eine vorherige Studie zunächst höhere Präsentismuswerte für Berufstätige mit Kindern zu Hause belegte<sup>900</sup>.

Darüber hinaus wird in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem *Bildungsstand* (oder sozialen *Status*) sowie dem *Einkommen* (beziehungsweise der *wirtschaftliche Lage*) von Beschäftigten untersucht.

Hinsichtlich *Bildungsstand* und *sozialen Status* konnte dabei wiederholt kein klares hierarchisches Schema bestimmt werden<sup>901</sup>. So zeigten sich nach Schnee & Vogt

890 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

891 Vgl. (Zok, 2008a, S. 131f.)

892 Vgl. Böckerman & Laukkanen 2009b zit. n. (Steinke & Badura, 2011a, S. 59f.)

893 Vgl. (Hansen & Andersen, 2009, S. 398)

894 Vgl. (Zok, 2004, S. 253f.)

895 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 192f.)

896 Vgl. Vogt, J., Badura, B. und Hollmann, D. (2009): S.192f.

897 Vgl. (Merrill, et al., 2012, S. 295ff.)

898 Vgl. (DAK-Gesundheit, 2014)

899 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 407)

900 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962); (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 505f.)

901 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 505ff.); (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962); (Hansen & Andersen, 2009, S. 398); (Hägerbäumer, 2011, S. 83)

keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die soziale Schicht<sup>902</sup>, während eine regional begrenzte Stichprobe von Preisendörfer bei Befragten mit höherem Qualifikationsniveau (Fachabitur/Abitur) dagegen eine signifikant geringere Präsentismus-Häufigkeit ergab<sup>903</sup>. Nach Oldenburg hat der Bildungsabschluss keinen Einfluss auf die Häufigkeit, krank zur Arbeit zu gehen, wohl aber auf die Dauer, die bei Beschäftigten mit einem höheren Bildungsstand geringer ausfällt (13,5 Tage bei Hauptschulabschluss und 9,5 Tage bei Abitur)<sup>904</sup>. Wieland & Hammes belegten zuvor bereits einen vergleichbaren Proporz<sup>905</sup>. Die Unterschiede führt Oldenburg vorrangig auf die Berufswahl und die damit verbundenen Tätigkeitsprofile zurück<sup>906</sup>. Hägerbäumer betont (in Anlehnung an Zok<sup>907</sup>), dass weniger der berufliche Status als vielmehr die Hierarchieebene Unterschiede bedingen und dabei weitere Faktoren wie die Angst vor Arbeitsplatzverlust (siehe unten) zu berücksichtigen sind<sup>908</sup>.

Negative Zusammenhänge lassen sich beim **monatlichen Einkommen** belegen. So stellten Aronsson et al. fest, dass ausgeprägter Präsentismus häufig in Relation zu einem geringen monatlichen Einkommen steht<sup>909</sup> und sich für Beschäftigte mit Problemen bei der Bewältigung ihrer laufenden Kosten (Fixkosten) das Präsentismus-Risiko signifikant erhöht<sup>910</sup>. Zok untersuchte diesen Zusammenhang in Deutschland und fand bei Beschäftigten mit einem monatlichen Nettoeinkommen von unter 1.500 Euro überdurchschnittlich hohe Präsentismuswerte (68,1 Prozent). Insgesamt ließ sich eine schwach negative Korrelation zwischen der Höhe des Einkommens und dem Anteil Beschäftigter, die krank zur Arbeit gehen beobachten<sup>911</sup>. Auch die Repräsentativbefragung des DGB ergibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens und der Häufigkeit, mit der Mitarbeiter krank zur Arbeit gehen<sup>912</sup>. Eine mögliche Begründung für diesen Befund ist dabei im Umstand zu sehen, dass viele Beschäftigte mit niedrigem Einkommen auf das Geld angewiesen sind<sup>913</sup> und bereits leichte Kürzungen ihres Gehalts (z.B. durch Krankengeld oder den Wegfall von Zulagen und Provisionen) finanzielle Schwierigkeiten zur Folge haben können<sup>914</sup>.

### 3.6.1.2 Gesundheitszustand

Folgt man einem Präsentismus-Verständnis im engeren Sinne (siehe Kapitel 2.1.4), so lässt sich schon per definitionem ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem **Gesundheitszustand** herleiten. Insofern wird auch das Auftreten von Krankheitssymptomen

902 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 109)

903 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 405ff.)

904 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 138)

905 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 67)

906 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 138)

907 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129)

908 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 83)

909 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 507f.)

910 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 963)

911 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129)

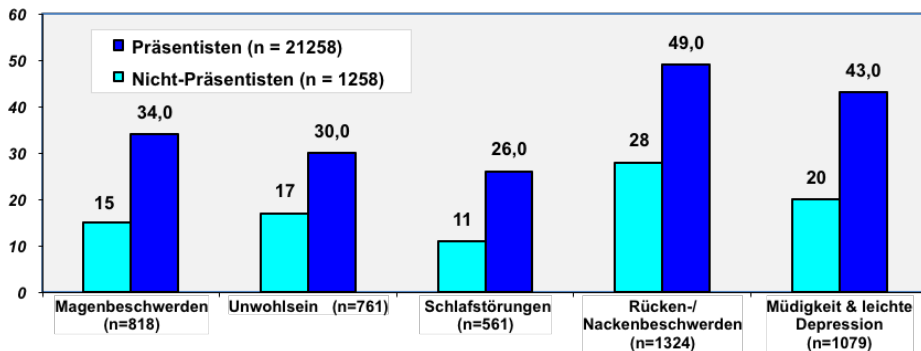
912 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 20)

913 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129)

914 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 61); (Bierla, Huver, & Richard, 2011, S. 103f.); (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 503ff.)

oder Beeinträchtigungen des Wohlbefindens von vielen Autoren als Voraussetzung für Präsentismus angesehen (siehe auch Tabelle 2.1.2.1).<sup>915</sup>

Nach Aronsson & Gustafsson stellt der Gesundheitszustand einen wesentlichen Einflussfaktor („major determinant“) auf Präsentismus dar, wobei ein schlechter Gesundheitszustand mit einem signifikant erhöhten Präsentismusrisiko einhergeht (OR = 3,32)<sup>916</sup>. In einer früheren Studie identifizierten Aronsson et al. hierzu bereits fünf Symptome, die bei Präsentisten (mehrmaliges Präsentismus-Verhalten) signifikant häufiger auftreten als bei Nicht-Präsentisten (siehe Abbildung 3.6.1.2):



**Abbildung 3.6.1.2:** Vergleich verschiedener Symptome bei Präsentisten und Nicht-Präsentisten (in Prozent und bezogen auf die letzten 12 Monate) (nach Aronsson et al.)<sup>917</sup>

Ähnliche Ergebnisse erzielte Zok, der im Rahmen einer deutschen Untersuchung, in der er ebenfalls Präsentisten und Nicht-Präsentisten hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Belastungen untersuchte und ebenso hochsignifikante Unterschiede zwischen den Gruppen beobachtete (siehe auch Kapitel/Abbildung 3.7). Demnach weisen Arbeitnehmer, die im letzten Jahr krank zur Arbeit gingen (nach eigenen Angaben), nicht nur einen signifikant schlechteren Gesundheitsstatus und höhere Fehlzeiten auf, sondern sind auch häufiger chronisch krank und nehmen öfter (regelmäßig) Medikamente ein.<sup>918</sup>

Ohne die Wirkrichtung (aufgrund des Querschnittsdesigns) zu bestimmen, bestätigen Weiherl et al. in einer deutschen Untersuchung ebenfalls signifikant, dass Personen mit „hoher Präsentismusneigung“ höhere Werte bei physischen Beschwerden (wie Erschöpfung, Magenbeschwerden, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden) aufwiesen als Personen mit „geringer Präsentismusneigung“. Vergleichbare Ergebnisse erhielten sie für psychische Beschwerden (wie Depression, Angst und Stress). Ferner zeigte sich, dass „geringe Präsentismusneigung“ mit signifikant höheren Werten der Variablen

915 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 92); (Oldenburg, 2012, S. 135); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 93); (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009a, S. 629); (Hansen & Andersen, 2008, S. 957)

916 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962ff.)

917 Darstellung nach: (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 507)

918 Vgl. (Zok, 2008a, S. 131)

Wohlbefinden, Arbeitsfreude und Resignationsfreiheit sowie weniger Fehltagen einhergeht.<sup>919</sup>

Auch Gerich resümiert im Rahmen einer österreichischen Querschnittstudie, dass ein hochsignifikanter negativer Zusammenhang von -0,46 und -0,41 (bi- bzw. multivariat) zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Präsentismushäufigkeit besteht<sup>920</sup>. Dabei korreliert die Häufigkeit signifikant (und in vergleichbarer Weise wie die subjektive Gesundheitseinschätzung) mit allen betrachteten Gesundheitsbeschwerden<sup>921</sup>. Besonders häufig tritt Präsentismus dabei (neben Erkältungen) in Zusammenhang mit Magen-Darm- und Muskel-Skelett-Beschwerden, Migräne und Kopfschmerzen sowie psychischen Beschwerden auf.<sup>922</sup>

Wieland & Hammes fragten die Teilnehmer ihrer Internetstudie explizit, welche Erkrankungen oder Beschwerden für sie der wichtigste Grund für Absentismus (krankheitsbedingt) respektive Präsentismus gewesen sei (siehe Tabelle 3.6.1.2):

Beschwerdeart	Absentismus (Angaben in %)	BARMER GEK AU-Fälle in 2009	Präsentismus (Angaben in %)
Infektion/Bakterielle Erkrankung	33,3	8,3	34,3
Atmungssystem	16,8	32,2	22,3
Muskel-Skelett-Erkrankung	13,1	14,3	16,4
Sonstige	13,9	7,9	13,0
Psychische und Verhaltensstörungen	6,0	5,9	6,1
Verdauungssystem	7,8	12,9	4,7
Herz-Kreislauf-System	2,3	3,2	1,9
Verletzung/Unfall	5,9	5,4	1,3
Neubildungen	0,8	2,1	0,1
N	2.408		2.422

**Tabelle 3.6.1.2:** Häufigkeitsverteilung von Gründen für Präsentismus und Absentismus nach Beschwerdeart und Vergleich mit den AU-Fällen (nach Wieland & Hammes)<sup>923</sup>

Etwa jeder Dritte (34,3 Prozent), der Präsentismus zeigt, führt hierfür eine Infektion oder bakterielle Erkrankung als Hauptgrund an. Erkrankungen des Atmungssystems sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen folgen mit 22,3 sowie 16,4 Prozent. Psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen werden dabei (mit 6,1 Prozent) vergleichsweise selten als Grund angegeben.

Während die Angaben für Präsentismus und Fehlzeiten große Übereinstimmungen aufweisen, weichen sie im Vergleich mit den AU-Fällen (insbesondere bei den Infekti-

919 Vgl. (Weiherl, Emmermacher, & Kemter, 2007, S. 313f.)  
920 Vgl. (Gerich, 2015, S. 38f.); (Gerich, 2014, S. 41f.)  
921 mit Ausnahme von Erkältungssymptome deren Auftreten mit höheren Präsentismus aber nicht mit einem schlechterem Gesundheitszustand einhergehen.  
922 Vgl. (Gerich, 2015, S. 40ff.)  
923 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 68)

onskrankheiten) stark voneinander ab. Die Autoren interpretieren dies als „subjektive Fehldiagnose“, durch den anderen Blick, den Betroffene im Vergleich zum Arzt auf die Erkrankung werfen. Zugleich verdeutlicht dieses Beispiel aber auch die Schwierigkeit subjektiver Selbsteinschätzungen der Gesundheit (siehe auch Kapitel 3.2 und 3.4.3). Dennoch zeichnet sich insgesamt eine hohe Übereinstimmung zwischen Präsentismus und Fehlzeiten ab, sodass diejenigen Erkrankungen, die für Fehlzeiten sorgen, auch jene sind, die Mitarbeiter beeinträchtigen, wenn sie krank zur Arbeit gehen.<sup>924</sup>

Und obwohl nicht alle Studien einen signifikanten Zusammenhang zwischen Präsentismus und dem Gesundheitszustand finden konnten<sup>925</sup>, scheint man aufgrund des Gesamtbildes der bisherigen Untersuchungsergebnisse grundsätzlich davon ausgehen zu können, dass der Gesundheitszustand eines Beschäftigten (zumindest) einen Einfluss auf die Häufigkeit des Präsentismus-Verhaltens hat<sup>926</sup>, während das Präsentismus-Verhalten selbst wiederum Einfluss auf die Gesundheit des Präsentisten nehmen kann (siehe Kapitel 3.7). Eine Längsschnittstudie von Hägerbäumer ergab hierzu, dass einerseits ein signifikanter Zusammenhang (-.41) zwischen Präsentismus und dem Gesundheitszustand besteht, die standardisierte Regression jedoch andererseits darauf hindeutet, dass Präsentismus eher den Gesundheitszustand negativ beeinflusst, als dass ein schlechter Gesundheitszustand zu mehr Präsentismus führt<sup>927</sup>. Weitgehend unklar scheint auch der indirekte Effekt eines beeinträchtigten Gesundheitszustands auf das Entscheidungsverhalten zum (Weiter-)Arbeiten trotz Krankheit zu sein, um beispielsweise die eigenen Fehlzeiten auf einem moderaten Niveau zu halten<sup>928</sup>.

Analog zu den Befunden der verhaltensorientierten Studien werden dem subjektiven Gesundheitszustand sowie gesundheitlichen Risikoverhalten (wie Rauchen oder Alkoholkonsum) auch im produktivitäts- und kostenorientierten Präsentismusdiskurs große Bedeutung beigemessen<sup>929</sup>. Beispielsweise kamen Boles et al. zu dem Ergebnis, dass insbesondere ungesunde Essgewohnheiten, ein „ungesunder“ Body-Maß-Index, physische Inaktivität, Stress und emotionale Unausgeglichenheit (lack of emotional fulfillment) signifikant mit dem Auftreten von Präsentismus (im Sinne von Produktivitätsverlusten im Arbeitsprozess) in Verbindung stehen<sup>930</sup>. Merrill et al. konstatieren, dass Nichtraucher ein deutlich geringeres Präsentismusrisiko aufweisen als Raucher und dass Personen mit Übergewicht, ungesunden Essgewohnheiten oder Bewegungsmangel signifikant größere Produktivitätseinschränkungen angeben als andere. Ebenso errechneten sie für Mitarbeiter denen Erkrankungen wie Bluthochdruck, ein zu hoher Cholesterinspiegel, Diabetes, Depressionen, Herzerkrankungen, Asthma oder Muskel-Skelett-Er-

924 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 68f.)

925 Siehe z. B. (Schnee & Vogt, 2013, S. 109)

926 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 60)

927 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 217)

928 Vgl. Hägerbäumer, M. (2011): S.92.

929 Vertiefend hierzu siehe zum Beispiel den Review von Schultz & Edington (Schultz & Edington, 2007)

930 Vgl. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 740ff.)



krankungen diagnostiziert wurden, ein deutlich erhöhtes Präsentismusrisiko<sup>931</sup>. Ähnliche Ergebnisse konstatieren zum Beispiel auch Burton et al.<sup>932</sup>

Gesundheitliche Risikofaktoren und Beschwerden zeigen darüber hinaus einen kumulativen Effekt auf Präsentismus, sodass eine Zunahme der gesundheitlichen Risikofaktoren beziehungsweise Beschwerden häufig auch zu mehr Präsentismus (im Sinne einer stärkeren Beeinträchtigung respektive der Häufigkeit) führt<sup>933</sup>.

### 3.6.1.3 Persönlichkeit

Unter verschiedenen Gesichtspunkten wird in der Literatur auch die Persönlichkeit eines Mitarbeiters als möglicher Einflussfaktor von Präsentismus diskutiert – wobei die Präsentismus-Neigung selbst von einigen Autoren als Persönlichkeitsmerkmal verstanden wird<sup>934</sup> (siehe Kapitel 3.2.3).

Johns untersucht in diesem Zusammenhang unter anderem ‚*Neurotizismus*‘ (Emotionale Labilität), also die Neigung „empfindlich zu sein und unter Stress leichter aus dem Gleichgewicht zu kommen“<sup>935</sup>, auf einen möglichen Zusammenhang mit Präsentismus. Entgegen den Erwartungen korrelierte die Variable – bei seinem jungen und gut gebildeten Sample – negativ mit den Präsentismustagen, positiv hingegen mit Produktivitätsverlusten bei der Arbeit. Aber auch persönliche Kontrollüberzeugungen hinsichtlich der eigenen Gesundheit (‚*internal health locus of control*‘), also das Maß in dem Personen ein Gefühl der Kontrolle über ihren eigenen Gesundheitszustand haben, stehen nach Johns in einem signifikant negativen Zusammenhang zur Anzahl der Präsentismustage, weist jedoch keinen Effekt bezüglich Produktivitätsverlusten auf. Des Weiteren korreliert diese Variable positiv mit dem allgemeinen Gesundheitszustand, sodass anzunehmen ist, dass Beschäftigte mit einer ausgeprägten gesundheitlichen Kontrollüberzeugung besser in der Lage sind, ihre Gesundheit zu managen und zum Beispiel seltener krank zur Arbeit gehen.<sup>936</sup>

Aronsson und Gustafsson betrachteten außerdem das Persönlichkeitsmerkmal *individual boundarylessness (IB)*, also die Schwierigkeit in beruflichen Belangen auch ‚nein‘ sagen und sich von den Erwartungen und Wünschen anderer abgrenzen zu können. Im Ergebnis können sie belegen, dass Beschäftigte mit diesem Merkmal ein signifikant erhöhtes Risiko aufweisen, krank zur Arbeit zu gehen.<sup>937</sup> Analog zur IB untersuchten Hansen & Andersen das Konstrukt *Over-Commitment* (im Sinne eines übersteigerten

931 Vgl. (Merrill, et al., 2012, S. 295ff.)

932 Vgl. (Burton, Chen, Conti, Schultz, & Edington, 2006, S. 255ff.)

933 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 135f.); (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 741ff.); (Burton, et al., 2005, S. 772ff.); (Burton, Chen, Conti, Schultz, & Edington, 2006, S. 258ff.);

934 Vgl. (Emmermacher, 2008, S. 102)

935 Vgl. Ostendorf & Angleitner (2004); zit. n. (Muck, 2006, S. 530f.)

936 Vgl. (Johns, 2011, S. 491ff.)

937 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 961ff.)

Einsatzes bei der Arbeit) und stellten ebenfalls einen hoch signifikanten Zusammenhang mit Präsentismus fest<sup>938</sup>.

Des Weiteren konnte Preisendörfer für das Persönlichkeitsmerkmal ‚*Gewissenhaftigkeit*‘ in der multivariaten Analyse seiner Studie einen signifikant positiven Effekt feststellen<sup>939</sup>. Johns untersuchte dieses Merkmal (Conscientiousness) ebenfalls als möglichen Einflussfaktor auf Präsentismus, konnte jedoch keinen signifikanten Zusammenhang mit Fehlzeiten oder Präsentismus nachweisen. Allerdings korrelierte das Merkmal signifikant negativ mit Produktivitätsverlusten ( $r = -.28 < .05$ ).<sup>940</sup>

Wie in Kapitel 2.1.3.1 bereits dargestellt wurde, konnten in verschiedenen Studien ferner signifikante Zusammenhänge zwischen Präsentismus und der Neigung zur Workaholismus und Burnout belegt werden. Johns suggeriert darüber hinaus, dass auch Aspekte wie Einstellungen, Werte sowie die Arbeitseinstellung beziehungsweise das Arbeitsverhalten Einfluss auf das Präsentismusverhalten haben können (siehe Kapitel 3.6.1.4/5)<sup>941</sup>.

#### 3.6.1.4 Arbeitsverhalten

Unabhängig von den persönlichen Motiven und Einstellungen, die einen starken Einfluss auf das Arbeitsverhalten eines Mitarbeiters ausüben – und nachstehend gesondert betrachtet werden – stellt das *persönliche Arbeitsverhalten* eines Mitarbeiters einen wichtigen Einflussfaktor auf Präsentismus dar. Besondere Berücksichtigung erfährt in diesem Zusammenhang die Betrachtung von *ausgedehnten Arbeitszeiten* und *Workaholismus* (siehe Kapitel 2.1.3.2). Über zwei Kernkomponenten von Workaholismus (*Working Excessively* und *Working Compulsively*) zeigten etwa Schaufeli et al., dass arbeits-süchtiges Verhalten erwartungsgemäß mit signifikant mehr Präsentismus und weniger Fehlzeiten einhergeht<sup>942</sup>. Ebenso belegte Hägerbäumer in einer deutschen Studie signifikante Zusammenhänge zwischen exzessiven ( $r = .317, p < 0,01$ ) als auch zwanghaften Arbeitsstil ( $r = .278, p < 0,01$ ) und Präsentismus<sup>943</sup>.

Böckerman und Laukkanen zeigten in einer finnischen Studie, dass ein regelmäßiges Ableisten von Überstunden (mehr als 48 Stunden) mit weniger Fehlzeiten, aber mehr Präsentismus einhergeht<sup>944</sup>. Sie kommen in dieser und einer weiteren Untersuchung zu dem Schluss, dass besonders das empfundene Missverhältnis (mismatch) zwischen den gewünschten und den tatsächlichen Arbeitsstunden respektive den Schicht- oder Arbeitszeitmodellen Präsentismus erhöht<sup>945</sup>. Ihre Berechnungen ergaben, dass die Häufigkeit von Präsentismus bei Beschäftigten, wo diese Übereinstimmung der Arbeitszeit

938 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 960ff.)

939 Vgl. (Preisendörfer, 2010, S. 407f.)

940 Vgl. (Johns, 2011, S. 490ff.)

941 Vgl. (Johns, 2011, S. 485); (Johns, 2010, S. 535f.)

942 Vgl. (Schaufeli, Taris, & Bakker, 2008, S. 213ff.); (Schaufeli, Bakker, Heijden van der, & Prins, 2009, S. 262ff.)

943 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 131ff.)

944 Vgl. (Böckerman & Laukkanen, 2009, S. 45f.)

945 Vgl. (Böckerman & Laukkanen, 2010, S. 332); (Böckerman & Laukkanen, 2009, S. 43)

besteht um durchschnittlich acht und bei Beschäftigten, die außerdem einem schlechten Gesundheitszustand aufweisen, sogar um 20 Prozent geringer ausfällt als ohne diese Übereinstimmung<sup>946</sup>.

Bezug nehmend auf die Studien von Caverley et al.<sup>947</sup> sowie Hansen und Anderson<sup>948</sup> betont auch Hägerbäumer, dass zwischen Überstunden und Präsentismus „zwar eher kleine, aber statistisch bedeutsame Zusammenhänge“ bestehen<sup>949</sup>. In einer eigenen Studie an einem deutschen Krankenhaus konnte sie diesen Zusammenhang selbst bestätigen und fand eine statistisch bedeutsame Korrelation ( $r=.217$ ,  $p < 0,01$ ) zwischen Präsentismus und geleisteten Überstunden<sup>950</sup>.

Steinke und Badura führen außerdem an, dass die zunehmend beobachtbare Entwicklung, Mitarbeiter nicht mehr über direkte Anordnungen, sondern indirekt über Ziele zu führen, die Wahrscheinlichkeit erhöhen könnte, dass Beschäftigte zur Zielerreichung auch trotz Erkrankung arbeiten gehen<sup>951</sup> (siehe auch Kapitel 3.6.1.5). So ist nach Ulich und Strasser überdies nicht auszuschließen, dass sich die so genannte ‚*Rumination*‘, also „das Grübeln über das Unternehmen und seine Prozesse [...], außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit“ als Einflussfaktor von Präsentismus auswirkt.<sup>952</sup> Trotz der Plausibilität dieses Zusammenhanges gilt es jedoch anzumerken, dass der entsprechende empirische Beleg noch aussteht.

### 3.6.1.5 Werte, Einstellungen und Motive

Insbesondere wenn Präsentismus als Ergebnis eines Abwägungs- und Entscheidungsprozesses interpretiert wird (siehe Kapitel 3.1), bilden Werte, Einstellungen und Motive einen elementaren Ausgangspunkt für die Entstehung von Präsentismus. In weitgehender Übereinstimmung verschiedener Befragungen zählen Pflichtbewusstsein und Verantwortungsgefühl zu den wichtigsten Gründen für das Arbeiten trotz Erkrankung. Im Rahmen des Gesundheitsmonitors 2009 gaben (bei Mehrfachnennungen) zwei Drittel an, „aus Pflichtgefühl und weil sonst die Arbeit liegen bleibt“ krank zur Arbeit gegangen zu sein. 46 Prozent nannten „Rücksicht auf Kollegen“ und jeweils ein Viertel „Angst vor beruflichen Nachteilen“ beziehungsweise „Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes“ als Grund.<sup>953</sup> Die gleichen Gründe wurden zuvor bereits im Rahmen einer Befragung von Zok mit abhängig Beschäftigten als die häufigsten Gründe genannt (siehe Abbildung 3.6.1.5):

946 Vgl. (Böckerman & Laukkanen, 2010, S. 334)

947 Vgl. (Chaverley, Cunningham, & MacGregor, 2007, S. 310ff.)

948 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962)

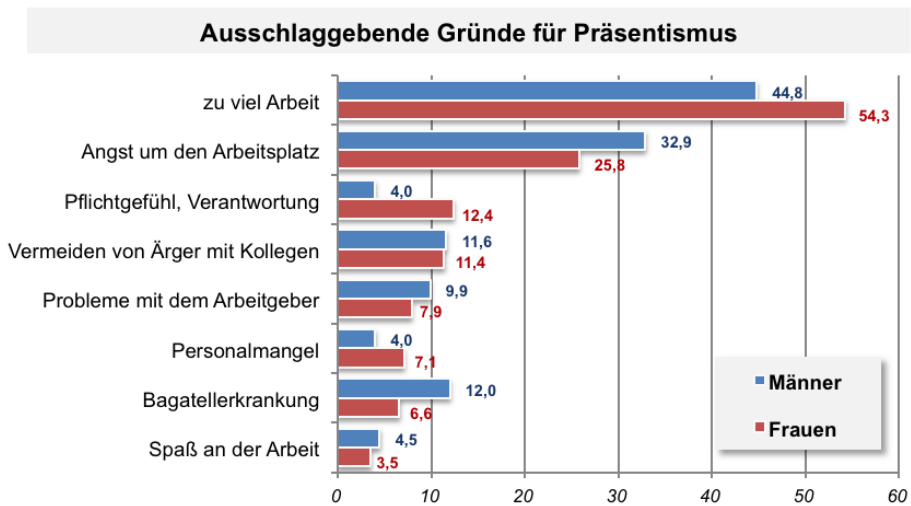
949 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 93)

950 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 131ff.)

951 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 62)

952 Vgl. (Ulich & Straßer, 2010, S. 53); (Ulich, 2011, S. 559f.)

953 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 191)



**Abbildung 3.6.1.5:** Ausschlaggebende Gründe für Präsentismus im letzten Jahr (Mehrfachnennungen in Prozent) (nach Zok)<sup>954</sup>

Interessant sind hierbei die deutlichen Geschlechterunterschiede, wonach sowohl zu viel Arbeit und Pflichtbewusstsein/Verantwortung als auch Personalmangel von Frauen wesentlich häufiger als Begründung für das Arbeiten trotz Krankheit angeführt wird. Berücksichtigt man überdies, dass „hohe emotionale Anforderungen“ nach Schnee & Vogt signifikant mit Präsentismus korrelieren<sup>955</sup>, so könnten die Unterschiede durch eine höhere emotionale Bindung und Involviertheit der Frauen an und in ihre Arbeit sowie Branchen und tätigkeitsspezifische Unterschiede (etwa im Sozial- und Gesundheitswesen; siehe Kapitel 3.6.2.2) erklärbar sein. Eine Analyse Zoks ergab darüber hinaus, dass die Nennung von Verantwortung mit steigendem Alter durchgängig zunimmt<sup>956</sup>.

Im Rahmen einer schweizerischen Online-Erhebung (mit 786 Befragten) zeichnen auch Ulich & Nido ein empirisches Gesamtbild, wonach individuelle Werte und Einstellungen wesentlich Einfluss auf das Präsentismus-Verhalten nimmt (siehe Tabelle 3.6.1.5):

954 Darstellung nach: (Zok, 2008a, S. 135)

955 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 112f.)

956 Vgl. (Zok, 2008a, S. 134)

Grund <i>Ich wollte/war...</i>	Zustimmung <i>In Prozent</i>
... meine Kollegen nicht im Stich lassen	50,0
... meine Arbeit zu Ende führen	40,9
... meine Verantwortung gegenüber den Kunden/Klienten wahrnehmen	30,6
... meine Vorgesetzten nicht enttäuschen	15,5
... mir unsicher, ob man wegen „so etwas“ zu Hause bleiben darf	14,5
... der mir entgegengebrachten Wertschätzung gerecht werden	14,3
... mir selbst volle Leistungsfähigkeit beweisen	11,6
... nicht schon wieder fehlen	5,2
... nicht als „psychisch krank“ gelten	5,1
... den Arbeitsplatz nicht verlieren	3,7
... anderen Belastungen aus dem Weg gehen	2,4
... auf die mit der Arbeit verbundenen Kommunikationsmöglichkeiten nicht verzichten	2,0

**Tabelle 3.6.1.5:** Gründe für Präsentismus (*n* = 786, Angaben in Prozent, Mehrfachnennungen möglich) (nach Ulich & Nido; Antworten gekürzt)<sup>957</sup>

Auffällig ist an dieser Untersuchung, dass die Angst um den Arbeitsplatz nur eine sehr nachgeordnete Rolle spielt, während jeder zweite sein Präsentismus-Verhalten auch mit Kollegialität begründet. Dabei finden sich hierzu deutliche branchenspezifische Unterschiede, wobei etwa die Bereiche des Handels sowie des Gesundheits-/Sozialwesens (mit 68,2 sowie 62,6 Prozent) die größte und der Bereich Banken/Versicherung (mit 36,2 Prozent) die geringste Zustimmung gaben. Betrachtet man darüber hinaus die Verantwortung gegenüber Kunden/Klienten, so zeigen sich hier die größten Zustimmungswerte im Bereich der Sozialarbeit und Versicherungsunternehmen (mit 63,9 und 60,1 Prozent) sowie dem Baugewerbe (43,6 Prozent), während in der öffentlichen Verwaltung lediglich 17,8 Prozent die Verantwortung gegenüber Kunden als Begründung angeben.<sup>958</sup>

Johansen et al. führten in Norwegen und Schweden eine ähnliche Befragung durch, wobei mit 43 Prozent ebenfalls fast die Hälfte der Befragten ihr Präsentismus-Verhalten mit der Einstellung begründete, die Kollegen nicht belasten zu wollen. 35 Prozent gaben beispielsweise als Grund an, dass niemand ihre Aufgaben/Verantwortlichkeiten übernehmen könne, 37 Prozent haben aus Freude an der Arbeit Präsentismus gezeigt und 17 Prozent waren beispielsweise stolz, keine Fehlzeiten aufzuweisen und gingen daher krank zur Arbeit.<sup>959</sup> Eine qualitative Untersuchung, welche sich mit den Einstellungen von Pflegekräften (in Dänemark und Norwegen) zu Präsentismus und Fehlzeiten befasst, kommt darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass „social commitment“ und Loyalität gegenüber Bewohnern und Kollegen wesentlichen Einfluss auf das Präsentismus- und Fehlzeitenverhalten der Pflegekräfte nimmt und diese Einstellungen stark durch

957 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 193)  
958 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 193f.)  
959 Vgl. (Johansen, Aronsson, & Marklund, 2014, S. 4)

das Berufsverständnis sowie situativ und durch moralische Muster dieser Berufsgruppe geprägt werden.<sup>960</sup> Die Einstellung bezüglich Fehlzeiten wurden zuvor bereits von Hansen & Anderson untersucht, die eine konservative Fehlzeiteinstellung signifikant positiv mit Präsentismus in Verbindung bringen<sup>961</sup>.

Resümierend lässt sich hinsichtlich der Persönlichkeit als Determinante für Präsentismus somit festhalten, dass es zwar keine explizite „Präsentismus-Persönlichkeit“ an sich zu geben scheint, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale – insbesondere im Zusammenwirken mit weiteren personen- und arbeitsbezogenen Einflussfaktoren – aber starken Einfluss auf das Präsentismusverhalten nehmen.

### 3.6.2 Arbeitsbezogene Einflussfaktoren

Neben den personenbezogenen Einflussfaktoren wirken sich auch arbeitsbezogene Faktoren auf die Entstehung und Verstärkung von Präsentismus aus. Hinsichtlich der Bedeutung von „arbeits- und organisationsbedingten Einflussfaktoren“ konstatieren Steinke & Badura – im Ergebnis ihres Literaturreviews – „eine leicht vorrangige Bedeutung“ gegenüber den übrigen Faktoren<sup>962</sup>. Vogt et al. resümieren, dass es weniger soziodemografische als arbeitsbezogene Faktoren sind, die den weitaus größten Teil des Präsentismus erklären<sup>963</sup>.

#### 3.6.2.1 Arbeitsplatzunsicherheit

Wie über die soziodemografischen Einflussfaktoren bereits suggeriert wurde, spielen offenbar auch berufsbezogene Ängste eine nicht unwesentliche Rolle bei der Entscheidung krank zur Arbeit zu gehen. Von besonderer Bedeutung ist hierbei die Angst vor dem *Verlust des Arbeitsplatzes* sowie die *Angst vor beruflichen Nachteilen*, welche Hägerbäumer (in Anlehnung an Hellgren et al.) als quantitative sowie qualitative Komponente der *Arbeitsplatzunsicherheit* beschreibt<sup>964</sup>, wobei speziell die quantitative Arbeitsplatzunsicherheit (Angst vor Arbeitsplatzverlust) in zahlreichen Studien intensiv untersucht wurde<sup>965</sup> (siehe auch Kapitel 3.6.1.5). Viele Autoren kommen zu Ergebnissen wonach Mitarbeiter, die sich in einem unsicheren Arbeitsverhältnis wägen, häufiger krank zur Arbeit gehen als andere, die diese Angst nicht verspüren<sup>966</sup>. So sieht die Mehrheit der im Auftrag der WIdO repräsentativ befragten Arbeitnehmer (2003: 74,0%; 2007: 77,4%) die „Angst um den Arbeitsplatz“ als Grund an, Krankmeldungen zurück zu halten. Für 32,9 Prozent der Männer und 25,8 Prozent der Frauen war dies

960 Vgl. (Krane, et al., 2014)

961 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962)

962 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 104)

963 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 196f.)

964 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 87f.)

965 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 63ff.)

966 Vgl. (Johns, 2011, S. 491f.); (Oldenburg, 2012, S. 140); (Preisendörfer, 2010, S. 406ff.); (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 20); (Hansen & Andersen, 2009, S. 399); (Zok, 2008a, S. 133ff.); (Charverley, Cunningham, & MacGregor, 2007, S. 310ff.); (Zok, 2004, S. 255)

„der ausschlaggebende Grund“ gleich mehrfach im Jahr krank zur Arbeit zu gehen.<sup>967</sup> In den Untersuchungen von Vogt et al. sowie Schmidt & Schröder begründeten rund ein Viertel (Mehrfachnennung) beziehungsweise ein Fünftel (19,6 Prozent) der Befragten ihr Präsentismusverhalten mit der Angst um ihren Arbeitsplatz<sup>968</sup>. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse des „DGB-Index Gute Arbeit“, dass Mitarbeiter, die „in sehr hohem Maße Angst vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes haben“, mit 71 Prozent signifikant häufiger (wiederholt im Jahr) krank zu Arbeit gehen als Mitarbeiter ohne diese Angst (41 Prozent)<sup>969</sup>. Verstärkt wird die Angst vor Arbeitsplatzverlust und die Häufigkeit von Präsentismus durch die Erfahrung, dass im Unternehmen bereits Kollegen aufgrund von Krankheit entlassen wurden<sup>970</sup>.

Ebenso kann auch die Angst vor anderen *beruflichen Nachteilen* (qualitative Arbeitsplatzunsicherheit) – wie schlechteren Karrierechancen, dem Verlust präferierter Arbeitsplatzmerkmale (zum Beispiel Ort, Gehaltsentwicklung oder Art der Tätigkeit) oder dem Nichterreichen von Leistungszielen und dem eventuell damit einhergehenden Verlust von Prämien oder Zuschlägen Einfluss auf die Entstehung oder Verstärkung von Präsentismus nehmen<sup>971</sup>. So befürchtet mit 64,6 Prozent im Jahr 2009 (61,8 Prozent im Jahr 2007) eine zunehmende Mehrheit der abhängig Beschäftigten berufliche Nachteile durch häufige Krankmeldungen<sup>972</sup>.

Interessant ist in diesem Zusammenhang allerdings der positive Einfluss von Programmen zur BGF. Während sich in Unternehmen mit BGF-Maßnahmen 56,5 Prozent der Befragten um berufliche Nachteile bei Krankmeldungen sorgen, fällt der Wert in Unternehmen ohne BGF mit 63,9 Prozent signifikant höher aus.<sup>973</sup> Schmidt & Schröder bestätigen diese Ergebnisse, wobei sich Mitarbeiter in Betrieben mit BGF häufiger krank melden, seltener trotz Krankheit zur Arbeit gehen und auch seltener Angst vor Arbeitsplatzverlust als Grund angeben<sup>974</sup>. Vermutlich fördern Maßnahmen dieser Art das Vertrauen der Mitarbeiter in die Verantwortung ihres Arbeitgebers und stärken zugleich die individuelle Bewertung der eigenen Arbeitsplatzsicherheit.

### 3.6.2.2 Beruf und Charakteristik der Tätigkeit

Große Unterschiede im Präsentismus-Verhalten bestehen daneben hinsichtlich der Berufsgruppen und Charakteristika der ausgeübten Tätigkeiten. Den verbreitetsten Präsentismus erkennen Aronsson et al. für den Bildungs- und Gesundheitssektor<sup>975</sup>. Bei den von Zok befragten Erwerbstätigen ergaben sich für den Bereich Handel (mit 69,9 Prozent der Mitarbeiter) die ausgeprägtesten und in der Banken- und Versicherungsbranche (mit 58,9 Prozent) die geringsten Präsentismuswerte<sup>976</sup>. Gemäß dem DGB-Index gute Arbeit weisen indes die Reinigungs- und Entsorgungsberufe (mit 65 Prozent),

967 Vgl. (Zok, 2008a, S. 133ff.)

968 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 97); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 191)

969 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 20)

970 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 97)

971 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 88); (Baker-McCleary, Greasley, Dale, & Griffith, 2010, S. 313ff.)

972 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 97); (Zok, 2008a, S. 134)

973 Vgl. (Zok, 2008a, S. 134)

974 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 98)

975 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 506); (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962)

976 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129)

gefolgt von den Chemie- und Kunststoffarbeitern (mit 63 Prozent) sowie den Einzelhandelskaufleuten (mit 61 Prozent) die höchsten Anteile an Mitarbeitern auf, die mehrmals im Jahr krank zur Arbeit gegangen sind. Den geringsten Anteil hatten gemäß DGB-Index die wissenschaftlichen Berufe (mit 29 Prozent), die Informatiker und Datenverarbeitungsberufe (mit 32 Prozent) sowie die Ingenieurberufe (mit 35 Prozent).<sup>977</sup> Im Rahmen des IGA-Reports gaben (von den Befragten mit Gesundheitsproblemen) Lehrer und Sozialarbeiter (65 Prozent) sowie Beschäftigte von technischen Berufen (64 Prozent) und „sonstigen“ Dienstleistungsberufe (65 Prozent) am häufigsten und Warenkaufleute und Bankangestellte sowie Mitarbeiter in Büroberufen (mit jeweils 55 Prozent) am seltensten an, von Präsentismus (krankheitsbedingten Produktivitätsverlusten) beeinträchtigt gewesen zu sein<sup>978</sup>. Oldenburg resümiert, dass speziell Berufsgruppen mit starkem Personenbezug (etwa mit Schülern oder Patienten) sowie starkem Termin- beziehungsweise Zeitdruck hohe Präsentismuswerte aufweisen und benennt diesbezüglich Sozial- und Erziehungsberufe (4,1 Fälle; 11,2 Tage), Gesundheitsberufe (3,9 Fälle; 10,9 Tage) sowie Berufe in der Landwirtschaft (4,1 Fälle; 13,5 Tage) und Bauberufe (4,6 Fälle; 13,2 Tage)<sup>979</sup>.

Klein untersuchte Präsentismus darüber hinaus in einer bundesweiten Studie mit rund 1.300 chirurgisch tätigen Krankenhausärzten und kommt (in Übereinstimmung mit anderen internationalen Studien<sup>980</sup>) zu dem Schluss, dass diese Berufsgruppe in besonderem Maße von Präsentismus betroffen ist. Insgesamt gingen 92 Prozent der Befragten mindestens einmal und 65 Prozent „manchmal“ oder „oft“ (46 und 19 Prozent) binnen eines Jahres krank zur Arbeit<sup>981</sup>.

Im Rahmend der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung wurde Präsentismus des Weiteren im Kontext der Arbeitsbedingungen untersucht. Für alle erhobenen Belastungsfaktoren (physisch wie psychisch) lässt sich festhalten, dass Präsentismus mit steigenden Anforderungen/Belastungen zunimmt. Hinsichtlich der physischen Belastungsfaktoren zeigten sich besonders hohe Präsentismuswerte (Fälle und Tage) bei Beschäftigten, die angaben, häufig mit mikrobiologischen Stoffen, unter starken Erschütterungen, bei schlechtem Licht oder in Zwangshaltungen zu arbeiten. Darüber hinaus stellt Oldenburg fest, dass Beschäftigte, die sich überfordert (oder auch unterfordert) fühlen, häufiger krank zur Arbeit gehen als diejenigen, die sich den Anforderungen gewachsen fühlen. Dabei deutet einiges darauf hin, dass insbesondere „zu hohe Anforderungen und hoher Termin- und Leistungsdruck“ Präsentismus begünstigt. Mitarbeiter die nach eigenen Angaben oft an der „Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten“ oder von denen häufig „nicht Erlerntes/Beherrschtes“ abverlangt wird, waren besonders betroffen. Hohe Präsentismuswerte zeigten sich außerdem für Beschäftigte, deren „Tätigkeit sie häufig in Situationen bringt, die sie gefühlsmäßig belasten“ sowie für Mitarbeiter, die einen tätigkeits- oder organisationsbezogenen Informationsmangel beklagen.<sup>982</sup> Insgesamt scheint dabei die Frage der Selbstbestimmtheit, des Handlungsspielraumes sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen eine nicht unwichtige Rolle zu spielen.

977 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 20)

978 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 97)

979 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 138)

980 Vgl. (Thun, Fridner, Minucci, & Løvseth, 2014); (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 506)

981 Vgl. (Klein, 2013, S. e142ff.)

982 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 138ff.)



Vogt et al. stellten diesbezüglich einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen einem hohen Maß an „Fremdbestimmung und nicht aufgefangener emotionaler Belastung“ bei Mitarbeitern und deren Verhalten trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen fest (OR 1,89)<sup>983</sup>. Aus der Perspektive der Selbstbestimmtheit und des Handlungsspielraumes heraus betrachtet erscheint es daher auch nachvollziehbar, dass Selbstständige im Rahmen des Gesundheitsmonitors weniger Präsentismus zeigten als abhängig Beschäftigte<sup>984</sup>. Hansen & Andersen bestätigen diesen Befund hingegen nicht und kommen zu dem gegenteiligen Befund, dass die Präsentismus-Wahrscheinlichkeit bei Selbstständigen (sowie bei Facharbeitern) signifikant erhöht ist<sup>985</sup>.

Hinsichtlich der beruflichen Stellung ließ sich nach Zoks Untersuchungen zunächst beobachten, dass die Präsentismuswerte von Angestellten über denen von Arbeitern lagen, Facharbeiter häufiger Präsentismus zeigten als ungelernte Kräfte und Führungskräfte öfter krank zur Arbeit gingen als „einfache“ Angestellte<sup>986</sup>. Einen Unterschied zwischen Beschäftigten mit und ohne Führungsverantwortung ließ sich nach Oldenburg indes nicht feststellen<sup>987</sup>. Darüber hinaus lassen sich hinsichtlich Präsentismus und beruflichem Status deutliche Geschlechterunterschiede erkennen. Demnach ist Präsentismus bei Frauen in gehobenen beruflichen Stellungen im Vergleich zu einfachen Tätigkeiten deutlich stärker ausgeprägt, während sich dieses Verhältnis bei Männern genau umgekehrt darstellt<sup>988</sup>.

Ferner besteht nach Johns ein positiver Zusammenhang zwischen der Wichtigkeit/Relevanz/Sinnhaftigkeit der Tätigkeit (*task significance*) und der Anzahl an Tagen an denen Mitarbeiter krank zur Arbeit gehen. Auch scheint eine hohe Abhängigkeit und Verflechtung der eigenen Tätigkeit von/mit anderen (*task interdependence*) den subjektiv wahrgenommenen Präsentismus zu erhöhen.<sup>989</sup> Wie Oldenburg bereits suggeriert hat, korrelieren nach Aronsson & Gustafsson außerdem Zeitdruck und eine geringe Beeinflussbarkeit des Arbeitstempas sowie die unzureichende Verfügbarkeit von Ressourcen (für die Arbeitserfüllung) positiv mit Präsentismus<sup>990</sup>. Hansen & Andersen bestätigen die Befunde hinsichtlich Zeitdruck und Beeinflussbarkeit der Arbeit<sup>991</sup>.

### 3.6.2.3 Arbeitsorganisation

Anhand verschiedener Studien wurde bereits belegt, dass sowohl Überstunden als auch ein subjektiv empfundenes Missverhältnis zwischen den gewünschten und tatsächlichen Arbeitsstunden beziehungsweise Schicht- und Arbeitszeitmodellen eines Mitarbeiters mit mehr Präsentismus einhergehen (siehe Kapitel 3.6.1.4).

983 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 196f.)

984 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 191f.)

985 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962)

986 Vgl. (Zok, 2004, S. 253)

987 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 138)

988 Vgl. (Zok, 2008a, S. 129); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 96)

989 Vgl. (Johns, 2011, S. 491ff.)

990 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962f.)

991 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962)

Ulich & Nido untersuchten darüber hinaus, inwieweit, die Merkmale einer persönlichkeitsförderlichen Arbeitsgestaltung<sup>992</sup> sowie arbeitsbezogene Ressourcen mit dem Präsentismus-Verhalten in Verbindung stehen. Hierbei zeigte sich, dass Personen mit hohem ‚*Entscheidungsspielraum*‘ selten oder keinen Präsentismus zeigten, wohingegen häufiges Präsentismus-Verhalten (mehr als 5 Mal im letzten Jahr) mit signifikant tieferem Entscheidungsspielraum einherging. Hohe Präsentismuswerte ließen sich darüber hinaus bei geringen ‚*Partizipationsmöglichkeiten*‘, geringer ‚*prozeduraler Gerechtigkeit*‘ sowie weniger ‚*mitarbeiterorientierten Vorgesetztenverhaltens*‘ nachweisen. Demgegenüber ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Aspekte ‚*Handlungsspielraum*‘, ‚*positivem sozialen Klima*‘, ‚*Arbeitsfreude*‘ und ‚*allgemeiner Arbeitszufriedenheit*‘ finden.<sup>993</sup>

Johansson & Lundberg untersuchten ferner den Zusammenhang zwischen Präsentismus und ‚*Adjustment Latitude*‘, also den Grad zu dem ein Mitarbeiter seine Tätigkeitsanforderungen an seinen aktuellen Gesundheitszustand anpassen kann.

Und wenngleich man davon ausgehen könnte, dass Adjustment Latitude deutlich positiv mit Präsentismus korreliert, da ein Arbeiten mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen unter diesen Bedingungen wohl eher gegeben wäre, ließ sich in dieser Studie lediglich ein minimaler Zusammenhang (very little impact) auf Präsentismus feststellen. Bestätigt wurde hingegen, dass eine geringere Adjustment Latitude mit einem höheren Fehlzeitenrisiko einhergeht.<sup>994</sup> Aronsson & Gustafsson untersuchten ferner, inwieweit sich die Möglichkeit, das eigene Arbeitstempo individuell anzupassen auf das Präsentismusverhalten auswirkt. Ihre Hypothese, dass eine höhere Kontrolle über das Arbeitstempo Präsentismus erhöht, konnte jedoch nicht bestätigt werden. Stattdessen zeigte sich ein entgegengesetzter Zusammenhang zwischen einer geringen Kontrollmöglichkeit und Präsentismus (OR = 1.43).<sup>995</sup> Gerich kam zu dem ähnlichen Ergebnis, dass die Präsentismushäufigkeit bei Tätigkeiten mit geringer Adjustment Latitude signifikant erhöht ist ( $r = -.27$ ;  $p < 0,01$ ). Gleiches zeigte sich beispielsweise für Tätigkeiten mit hoher psychischer Beanspruchung, häufigem Stress oder geringer Gratifikation.<sup>996</sup>

Untersuchungen hinsichtlich Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigungen zeichnen überdies ein inkonsistentes Bild. So konstatieren Hansen & Andersen für Teilzeitbeschäftigte geringere Fehlzeiten und mehr Präsentismus<sup>997</sup>, während Aronsson et al. über mehrere Studien kein klares Muster erkennen konnten<sup>998</sup>. Der Gesundheitsmonitor 2009 wiederum ergab, dass die Vollzeitbeschäftigten häufiger angaben, krank zur Arbeit gegangen zu sein, wobei hier der Präsentismus bei den Teilzeitbeschäftigten mit dem Umfang der Erwerbstätigkeit stieg<sup>999</sup>. Auch Oldenburg kommt über die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung zum Schluss, dass Teilzeitbeschäftigte (mit weniger als 20 Wochenstunden) seltener krank sind sowie seltener und kürzer krank zur Arbeit gehen. Dabei gibt

992 Vertiefen hierzu siehe z. B. (Ulich & Nido, 2014, S. 185f.); (Ulich, 2011)

993 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 195f.)

994 Vgl. (Johansson & Lundberg, 2004, S. 1861ff.)

995 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 963)

996 Vgl. (Gerich, 2014, S. 40f.)

997 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962)

998 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962); (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 505)

999 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 191)

sie aber zu bedenken, dass Teilzeitbeschäftigte tendenziell flexibler in der Einteilung der Arbeitszeit sind und sie diese eventuell in die Zeit nach der akuten Erkrankung verschieben können<sup>1000</sup>, sodass ein unmittelbarer Vergleich beider Gruppen zu Verzerrungen führen kann.

Ein wichtiger Grund, Krankmeldungen zurückzuhalten ist für viele Beschäftigte auch die Frage ihrer Ersetzbarkeit am Arbeitsplatz<sup>1001</sup>. Aronsson & Gustafsson belegten hierzu, dass Personen, deren Arbeit unerledigt (für sie) liegen bleibt, signifikant häufiger (OR = 2.29 bzw. 1.66) Präsentismus zeigen<sup>1002</sup> – was auch in zahlreichen deutschen Studien verifiziert werden konnte<sup>1003</sup> (siehe auch Abbildung 3.6.1.5). Insofern kann Präsentismus auch als eine Folge unzureichender personeller Ressourcen oder Ressourcenverteilung angesehen werden. Ein interessantes Ergebnis ist hierzu, dass die Ersetzbarkeit nach Gerich zwar signifikant positiv mit der Präsentismushäufigkeit korreliert<sup>1004</sup>, jedoch negativ mit der Präsentismusneigung ( $r = -0,10$ ;  $p < 0,01$ ), was im Grundsatz damit die Erkenntnis unterstreicht, dass die Entscheidung, im Krankheitsfall zu arbeiten, im negativen Zusammenhang mit der Ersetzbarkeit am Arbeitsplatz steht (siehe auch Kapitel 3.1)<sup>1005</sup>.

Neben dem Aspekt der personellen Ressourcen stellten Aronsson & Gustafsson überdies ein signifikant erhöhtes Präsentismusrisiko fest (OR = 1.66), wenn Mitarbeiter angaben, dass ihnen die erforderlichen tätigkeits- und aufgabenbezogenen Ressourcen nicht oder in der Regel nicht zur Verfügung standen<sup>1006</sup>, sodass neben personellen und individuellen auch Verfügbarkeit materieller Ressourcen und damit die Ablauforganisation Einfluss auf das Präsentismusverhalten nehmen. In diesem Sinne liegt es (wie in Kapitel 3.6.1.5 auch bereits dargestellt) auf der Hand, dass auch das Arbeitspensum selbst (in Verbindung mit Pflichtbewusstsein oder Ängsten der Mitarbeiter) Präsentismus determinieren kann.

#### 3.6.2.4 Unternehmens-, Fehlzeiten- und Führungskultur

Einfluss auf das Präsentismusgeschehen hat erwartungsgemäß auch die jeweilige Unternehmens- und Fehlzeitenkultur beziehungsweise -politik. So konstatiert Gerich eine höhere Präsentismushäufigkeit, wenn aus der Sicht der Beschäftigten *Gesundheitsbelange* und *Aspekte der Work-Life-Balance* nicht ausreichend ernst genommen werden oder eine *strengere Attestpflicht* (ab dem ersten Krankheitstag) besteht<sup>1007</sup>. Demgegenüber untersuchten Böckerman & Laukkanen hinsichtlich der Attestpflicht die „Drei-Tage-Regelung“ und belegten, dass die Möglichkeit drei Arbeitstage ohne AU-Bescheinigung zu fehlen mit 8 Prozent weniger Präsentismus einhergeht<sup>1008</sup>.

1000 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 140)

1001 Vgl. (Johns, 2010, S. 527);

1002 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 506ff.); (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962f.)

1003 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 219ff.); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 97); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 191); (Zok, 2008a, S. 135)

1004 Eine mögliche Erklärung liegt ist nach Gerich in der ebenfalls erhöhten Fehlzeitenhäufigkeit

1005 Vgl. (Gerich, 2014, S. 40f.)

1006 Vgl. (Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 962f.)

1007 Vgl. (Gerich, 2014, S. 41f.)

1008 Vgl. (Böckerman & Laukkanen, 2009, S. 45)

Einen weiteren interessanten Aspekt zum betrieblichen Umgang mit Fehlzeiten liefert ferner eine qualitativ-quantitative Untersuchung von Grinyer & Singleton. Im Vergleich von zwei Ansätzen des *Fehlzeitenmanagements* beobachteten sie, dass dort, wo mit Mitarbeitern, die mindestens vier AU-Fälle aufweisen, ein „Fehlzeitengespräch“ mit dem Vorgesetzten durchgeführt wird, sich zwar die Zahl der AU-Fälle deutlich reduziert, sich aber die AU-Dauer pro Fall wesentlich erhöht.<sup>1009</sup>

Zok untersuchte darüber hinaus die Wahrnehmung betrieblicher Strategien zur Senkung des Krankenstandes und stellte diesbezüglich fest, dass in Unternehmen mit BGF-Angebot sowohl die AU- als auch Präsentismus-Fälle (mit 42,8 sowie 54,6 Prozent) deutlich geringer sind, als in Unternehmen ohne BGF-Angebot (mit 52,5 sowie 64,4 Prozent)<sup>1010</sup>. Gerich fand diesbezüglich ebenfalls signifikant negative Zusammenhänge zur Präsentismushäufigkeit, wenn Mitarbeiter das Gefühl hatten, dass das Unternehmen ihre Gesundheitsbelange ernst nimmt ( $r = -0,23$ ;  $p < 0,01$ ) oder die Work-Life-Balance beachtet wird ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,01$ )<sup>1011</sup>.

Des Weiteren wurde in Kapitel 2.4.4 bereits gezeigt, dass sich auch das *Führungsverhalten* von Vorgesetzten auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten von Mitarbeitern auswirken kann, wobei sich insbesondere eine ‚transformationale‘ und eine ‚mitarbeiterorientierte Führung‘ gesundheitsförderlich auszuwirken scheinen<sup>1012</sup>. Nyberg et al. fanden in einer schwedischen Untersuchung heraus, dass ein *inspirierender Führungsstil* (positiv, motivierend, begeisternd, enthusiastisch) mit signifikant weniger krankheitsbedingten Fehlzeiten (von weniger als einer Woche) einhergeht, während beispielsweise ein *autokratischer Führungsstil* (direktiv, kommandierend, elitär, oktrozierend) bei männlichen Mitarbeitern signifikant häufiger mit mehr als 30 AU-Tagen im Jahr verbunden ist. Hinsichtlich des Verhaltens krank zur Arbeit zu gehen, deuten ihre Ergebnisse (wenngleich nicht signifikant) darauf hin, dass ein *autokratischer Führungsstil* die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus (mindestens viermal im Jahr) erhöht. Demgegenüber scheint *Integrität* bei Führungskräften (*ehrlich, gerecht, vertrauenswürdig, verlässlich*) zu weniger Präsentismus bei (weiblichen) Mitarbeitern zu führen.<sup>1013</sup> Auch Hägerbäumer konstatiert, dass ein belastendes Vorgesetztenverhalten die Präsentismuswahrscheinlichkeit zu einem späteren Zeitpunkt signifikant erhöht ( $r = .190$ ,  $p < .01$ ). Dass ein mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten sowie soziale Unterstützung durch die Führungskraft Präsentismus zukünftig signifikant reduziert, ließ sich indes nicht signifikant bestätigen, wenngleich hinsichtlich der sozialen Unterstützung von Vorgesetzten noch ein bedeutender Zusammenhang für den ersten Messzeitpunkt belegt werden konnte.<sup>1014</sup>

Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse der Regressionsanalyse des Gesundheitsmonitors, dass ein *gutes Betriebsklima* signifikant die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus reduziert (OR = 0,75), während „*geringe Arbeitsfreude*“ – neben Fremdbestimmung –

1009 Vgl. (Grinyer & Singleton, 2000, S. 12ff.)

1010 Vgl. (Zok, 2008a, S. 138)

1011 Vgl. (Gerich, 2014, S. 41)

1012 Vgl. (Gregersen, Kuhnert, Zimmer, & Nienhaus, 2010, S. 3)

1013 Vgl. (Nyberg, Westerlund, Magnusson Hanson, & Theorell, 2008, S. 805ff.)

1014 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 207ff.)

als deutlichster „Präsentismustreiber“ ( $OR = 3,07$ ) hoch signifikant identifiziert wurde<sup>1015</sup>. Wirft man hierbei den Blick auf die soziale Unterstützung durch die Kollegen, so fanden sich in Hägerbäumers Untersuchung hierzu die stärksten Zusammenhänge ( $r = -.259$ ,  $p < .01$ ), wonach Präsentismus umso geringer ausfiel, je höher die soziale Unterstützung ausgeprägt war<sup>1016</sup>. Auch in einer Befragung in einem deutschen Energieunternehmen ließ sich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen „sozialer Rückendeckung“ (durch Kollegen und Vorgesetzte) und Präsentismus belegen ( $r = -.211$ ,  $p < .01$ ).<sup>1017</sup> Im Rahmen des DGB-Index gute Arbeit kam überdies heraus, dass Beschäftigte, die sich in ihrer Arbeit in sehr hohem Maße unwürdiger Behandlung ausgesetzt sehen (mit 81 Prozent), wesentlich häufiger wiederholt krank zur Arbeit gegangen sind, als diejenigen, die in ihren Augen nie unwürdig behandelt wurden (und nur zu 42 Prozent wiederholten Präsentismus zeigten)<sup>1018</sup>. Wie allerdings zuvor bereits erwähnt wurde (siehe Kapitel 3.6.2.3), konnten auch diese Zusammenhänge nicht durch alle Studien signifikant bestätigt werden, sodass etwa Ulich & Nido keine signifikanten Effekte bezüglich eines positiven sozialen Klimas oder Arbeitsfreude fanden<sup>1019</sup>.

Wieland & Hammes untersuchten ferner die *organisationale Gesundheitskompetenz*<sup>1020</sup> auf ihren Zusammenhang mit Fehlzeiten und Präsentismus, worunter sie eine Kombination aus mitarbeiter-orientierter Führung, störungsfreiem Arbeiten, hoher personaler bzw. individueller Gesundheitskompetenz (siehe auch Kapitel 2.3.6) sowie einer positiven Beanspruchungsbilanz definitorisch zusammenführen. Resümierend stellen sie fest, dass die Beschäftigten umso häufiger krankheitsbedingt fehlen und zur Arbeit kommen, obwohl sie sich krank fühlen, je schlechter (organisationale) Gesundheitskompetenz im Unternehmen ausgeprägt ist.<sup>1021</sup> Vergleichbare Ergebnisse ergeben sich hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Gesundheitskultur und Präsentismus. Hägerbäumer untersuchte diesen bei einem Energieunternehmen in Deutschland und konnte ihre Hypothese signifikant bestätigen, dass eine positive Gesundheitskultur<sup>1022</sup> mit weniger Präsentismus einhergeht“ ( $r = -.259$ ;  $p < .01$ )<sup>1023</sup>. Auch in ihrer Längsschnittuntersuchung (über 6 Monate) konnte sie belegen, dass sowohl eine starke Gesundheitskultur als auch eine betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen zu signifikant weniger Präsentismus bei den Mitarbeitern führt<sup>1024</sup>.

1015 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 196f.)

1016 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 207ff.)

1017 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 172ff.)

1018 Vgl. (DGB-Index Gute Arbeit, 2009, S. 20f.)

1019 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 195)

1020 „Organisationale Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit einer Organisation, durch systematisches Management der Bedingungen und Ressourcen die Gesundheit ihrer Mitglieder zu erhalten und zu fördern“

1021 Vgl. (Wieland & Hammes, BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 - Teil 2. Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz, 2010, S. 72ff.)

1022 Gesundheitskultur im Sinne des Umgangs mit den Themen Gesundheit und Sicherheit im Unternehmen

1023 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 172ff.)

1024 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 213f.)

### 3.6.2.5 Rahmenbedingungen

Neben den unmittelbar arbeits- oder personenbezogenen Faktoren werden in der Literatur auch verschiedene äußere oder indirekte Aspekte und Rahmenbedingungen wie die wirtschaftliche Lage des Unternehmens, die Arbeitsmarktsituation, oder auch die Art des Beschäftigungsverhältnisses sowie die gesellschaftliche Akzeptanz von Krankheiten, als Determinanten für Präsentismus diskutiert.

Wie in Kapitel 3.6.2.1 bereits dargestellt, spielt besonders die quantitative Angst vor Arbeitsplatzverlust für viele Beschäftigte eine zentrale Rolle bei der Entscheidung, ob sie trotz Erkrankung ihrer Arbeitstätigkeit nachgehen oder nicht. Verstärkt wird diese Angst beispielsweise durch angekündigte oder durchgeführte Restrukturierungsmaßnahmen sowie persönliche Erfahrungen von Personalabbau im eigenen Betrieb<sup>1025</sup>. So ergab die BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung hierzu erwartungsgemäß, dass Mitarbeiter, welche die wirtschaftliche Lage ihres Unternehmens als schlecht einschätzen, im Vergleich zu denen, die diese als sehr gut oder gut einschätzen, häufiger über Präsentismus berichten, wobei Restrukturierungen oder Stellenabbau im Unternehmen den Präsentismus verstärken<sup>1026</sup>.

Zuvor stellten bereits Vahtera et al. im Rahmen einer finnischen Studie fest, dass größere Restrukturierungsmaßnahmen (im öffentlichen Dienst) zu unterschiedlichem Fehlzeitenverhalten von befristet und unbefristet Beschäftigten führt. Demnach stiegen die Fehlzeiten bei unbefristet Beschäftigten signifikant an, während sie bei befristet Beschäftigten stagnierten<sup>1027</sup>. Virtanen et al. untersuchten außerdem Veränderungen des Fehlzeitenverhaltens bei einem Wechsel von einem befristeten in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis und konstatieren, dass mit diesem Wechsel ein signifikanter Anstieg der Fehlzeiten zu beobachten ist<sup>1028</sup>.

In einer weiteren Untersuchung zum Fehlzeitenverhalten beobachteten Virtanen et al., dass eine schlechte lokale Wirtschaftslage und hohe lokale Arbeitslosigkeit mit reduzierten Fehlzeiten und mehr Präsentismus-Verhalten verbunden ist. Hierbei stellten sie fest, dass ein Arbeiten in diesen Regionen insgesamt mit erhöhter Langzeit-AU assoziiert ist, kürzere Fehlzeiten (ein bis drei Tage) hingegen deutlich reduziert waren, was sie neben dem ‚Healthy Worker Effekt‘ (siehe Kapitel 2.3.6) mit Präsentismus in Verbindung bringen.<sup>1029</sup> Im Grundsatz bestätigt dieses Ergebnis die allgemeine Erkenntnis, dass sich Fehlzeiten in wirtschaftlichen Krisenzeiten verringern (siehe auch Kapitel 2.3.2)<sup>1030</sup>. Allerdings gilt es anzumerken, dass der Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzunsicherheit und Präsentismus zwar nachvollziehbar und plausibel erscheint, die bisherige Forschung empirisch hingegen nicht konsistent belegt ist und „überwiegend auf Vermutungen“ sowie indirekten Rückschlüssen von Fehlzeiten beruht.<sup>1031</sup>

1025 Vgl. z. B. (Zok, 2008a, S. 130); (Vahtera, et al., 2004, S. 555); (Oldenburg, 2012, S. 140)

1026 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 140)

1027 Vgl. (Vahtera, et al., 2004, S. 555f.)

1028 (Virtanen M., Kivimäki, Elovainio, Vahtera, & Ferrie, 2003, S. 948);

1029 Vgl. (Virtanen M., Kivimäki, Elovainio, Virtanen, & Vahtera, 2005, S. 973ff.)

1030 Vgl. z. B. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 26); (Oppolzer, 2010, S. 188)

1031 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 64); (Johns, 2010, S. 525f.); (Preisendörfer, 2010, S. 403)

Hinsichtlich der Unternehmensgröße zeigen beispielsweise Hansen & Andersen, dass Beschäftigte in kleineren Betrieben signifikant häufiger krank zur Arbeit gehen als in großen Unternehmen (mit mehr als 250 Beschäftigten)<sup>1032</sup>, wenngleich die Produktivitätsverluste durch Präsentismus nach Bödeker & Hüsing wiederum in Großunternehmen am größten sind<sup>1033</sup> und die Betriebsgröße nach Oldenburg keinen Einfluss auf das Präsentismus-Verhalten hat<sup>1034</sup>.

Ein weiterer äußerer Aspekt, der Einfluss auf das Präsentismusverhalten nehmen kann, ist die gesellschaftliche und innerbetriebliche Akzeptanz von Krankheit beziehungsweise bestimmten Krankheitsarten oder Beschwerden. Besonders psychische Erkrankungen unterliegen diesbezüglich oft Vorurteilen und Stigmatisierungen. Eine Untersuchung der DAK-Gesundheit ergab hierzu, dass 37,1 Prozent der Befragten mit psychischen Beschwerden trotzdem zur Arbeit gegangen sind. Jeweils 22,9 Prozent von ihnen begründeten ihren Präsentismus (bei Mehrfachnennung) damit, dass sie nicht wollten, dass ihre Kollegen beziehungsweise Vorgesetzten von ihrer psychischen Erkrankung erfahren. Innerhalb der Subgruppe, die durch die Erkrankung in ihrer Arbeitsfähigkeit „mehr als nur ein wenig“ behindert wird, liegt der Anteil sogar bei 35,8 sowie 34,0 Prozent (bezogen auf Vorgesetzte sowie Kollegen)<sup>1035</sup>.

### 3.6.3 Zusammenwirken verschiedener Einflussfaktoren

Wenngleich in den vorstehenden Kapiteln mehrere Dutzend wissenschaftlich belegte Ursachen und Verstärkungsfaktoren für Präsentismus aufgezeigt wurden, macht die immense Zahl an Forschungsansätzen und potenziellen Gründen letztlich sehr deutlich, dass Präsentismus selten monokausal determiniert ist. Vielmehr handelt es sich (auch im Sinne der in Kapitel 3.1 dargestellten Modelle)<sup>1036</sup> um ein mehrdimensionales Kausalgeflecht, zu dessen Erfassung für jeden Einzelfall sowohl personenbezogene als auch arbeits- und situationsbezogene Faktoren in ihrem gemeinsamen Auftreten und Zusammenwirken berücksichtigt werden müssen – sodass insgesamt eher das Ensemble der Kontextfaktoren statt isolierte Variablen Präsentismus erklären. Daher erscheint es auch nicht überraschend, dass zahlreiche Studien signifikante Ergebnisse hervorgebracht haben, die teils konträr zu den (ebenfalls signifikanten) Ergebnissen anderer Untersuchungen stehen (siehe etwa Alter, Geschlecht, Arbeitszeit oder berufliche Stellung).

Exemplarisch lässt sich die hohe Relevanz der Kontextfaktoren zum Beispiel an einer Untersuchung von Ulich & Nido verdeutlichen. Dabei konnten die Autoren zwar den vermuteten positiven Zusammenhang zwischen den untersuchten Merkmalen persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung und der Präsentismus-Häufigkeit nicht insgesamt bestätigen (siehe oben), jedoch Unterstützung ihrer Annahme erzielen, indem

1032 Vgl. (Hansen & Andersen, 2008, S. 962);

1033 (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 93)

1034 Vgl. (Oldenburg, 2012, S. 140)

1035 Vgl. (Marschall, Nolting, & Hildebrand, 2013, S. 73ff.)

1036 Vgl. (Johns, 2011, S. 494)

sie die meistgenannten Gründe für Präsentismus (siehe Tabelle 3.6.1.5) auf die entsprechenden Kontextfaktoren hin untersuchten, wobei sich signifikante Unterschiede zeigten. So fanden sie beispielsweise heraus, dass Mitarbeiter, die ihre *Kollegen nicht im Stich lassen* wollten, eine signifikant geringere Aufgabenvielfalt wahrnahmen, ein geringeres Qualifikationspotenzial sowie weniger Handlungs- und Gestaltungsspielraum aufwiesen und mehr Unterbrechungen angaben als Personen, die diesen Grund nicht nannten. Demgegenüber nahmen Mitarbeiter, die Präsentismus zeigten, weil sie ihre *Arbeit zu Ende führen* wollten, ein signifikant positiveres soziales Klima wahr, verspürten aber auch mehr Unterbrechungen (wie Störungen, Telefonanrufe etc.) während ihrer Arbeit.<sup>1037</sup> Deutlich wird die Relevanz des Zusammenwirkens verschiedener Faktoren auch an einem Beispiel Gerichs, wonach Arbeitnehmer mit geringerem beruflichen Status (bei sonst konstanten Bedingungen) zwar eine vergleichsweise geringere Präsentismustendenz aufweisen, jedoch in der Regel ungünstigeren Arbeitsbedingungen unterliegen, die mit einer höheren Vulnerabilität (siehe Kapitel 3.1) verbunden sind, was somit dennoch zu einer höheren Präsentismushäufigkeit führt<sup>1038</sup>.

Auch Collins & Cartwright heben in ihrer qualitativen Untersuchung resümierend die gemeinsame Bedeutung von arbeitsbezogenen Faktoren und personenbezogenen Motiven sowie die zentrale Bedeutung der jeweiligen Kontextfaktoren für die individuelle Entscheidung, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen, hervor<sup>1039</sup>. Dabei lässt sich dieser Abwägungsprozess nach Gerich als „*restringierter Entscheidungsprozess*“ auffassen, wobei die Entscheidung, für Präsentismus einerseits durch die „*Schwere der Erkrankung*“ (und dem Grad der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit) sowie andererseits durch „*organisatorische, personale und tätigkeitsbezogene Bedingungen*“ eingeschränkt wird (siehe Kapitel 3.1)<sup>1040</sup>.

Insofern dienen die Erkenntnisse der inzwischen sehr breiten Ursachenforschung zu Präsentismus zweifelsfrei der Sensibilisierung unterschiedlichster Akteure des Personalmanagements und BGMs, können losgelöst von den individuellen Kontextfaktoren jedoch kaum als zuverlässiger Prädiktor für Präsentismus fungieren.

Viele Ursachen und Risikofaktoren für Präsentismus weisen darüber hinaus einen kumulativen Charakter auf, sodass mehrere Risiken das Präsentismusverhalten von Mitarbeitern nochmals deutlich verstärken können<sup>1041</sup>, was sich folglich auch – und in besonderem Maße – in den Produktivitätsverlusten und Kosten durch Präsentismus widerspiegelt<sup>1042</sup>. Bezogen auf die Summe gesundheitlicher Risikofaktoren (siehe auch Kapitel 3.6.1.2) zeigen sowohl Burton et al. als auch Boles et al., dass die Produktivitätsverluste mit der Anzahl der gesundheitlichen Risikofaktoren signifikant zusammenhängen und mit jedem zusätzlichen Risikofaktor steigen. Hierzu berechneten Boles et al. bei einem Risikofaktor einen Produktivitätsverlust von 2,8 Prozent, bei vier Risiken 6,9 Pro-

1037 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 195f.)

1038 Vgl. (Gerich, 2014, S. 47)

1039 Vgl. (Collins & Cartwright, 2012, S. 440)

1040 Vgl. (Gerich, 2015, S. 32f.); (Gerich, 2014, S. 33ff.)

1041 Vgl. (Zok, 2008a, S. 130f.)

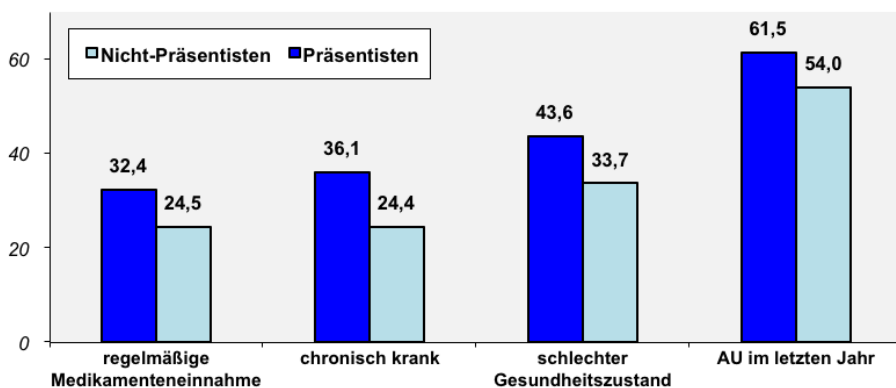
1042 Vertiefend hierzu siehe insbesondere: (Steinke & Badura, 2011a, S. 86ff.)



zent und bei acht Risiken 25,9 Prozent<sup>1043</sup>. Noch höhere Produktivitätsverluste berechnen Burton et al., mit 13,9 Prozent bei einem Risikofaktor, 21,0 Prozent bei vier Risiken und 28,3 Prozent bei sieben oder mehr gesundheitsbezogenen Risikofaktoren<sup>1044</sup>.

### 3.7 Präsentismus und seine Folgen für die Gesundheit

Um das Phänomen Präsentismus und seine Relevanz für das Personalmanagement und speziell das BGM besser verstehen und berücksichtigen zu können, sind insbesondere dessen Folgen und langfristigen Wirkungszusammenhänge von großer Bedeutung. Zahlreiche Studien haben bereits signifikante Zusammenhänge zwischen Präsentismus und einer Verschlechterung gesundheitsbezogener Faktoren belegt (siehe Kapitel 3.6.1.2). Wie die Untersuchung von Zok (siehe Abbildung 3.7) exemplarisch zeigt, weisen Präsentisten dabei nicht nur häufiger einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand oder chronische Erkrankungen auf, sondern nehmen auch öfter regelmäßig Medikamente ein und weisen mehr krankheitsbedingte Fehlzeiten auf als Personen, die nicht krank zur Arbeit gehen:



**Abbildung 3.7:** Gesundheitliche Belastungen bei Präsentisten/Nicht-Präsentisten (in Prozent) (nach Zok)<sup>1045</sup>

Reine Querschnittstudien liefern jedoch keine Erkenntnisse darüber, inwieweit Präsentismus die Gesundheit beeinflusst, sodass Langzeitstudien erforderlich sind, um entsprechende Rückschlüsse ziehen zu können. Im Gegensatz zu den Querschnittsstudien weist dieser Teilbereich der Präsentismusforschung jedoch eine bedeutend dünnere Befundlage auf – was auch Steinke & Badura in ihrem Literaturreview betonen, für den sie (bis April 2010) lediglich sechs Studien identifizieren konnten, die sich mit den Folgen von Präsentismus befassen<sup>1046</sup>.

1043 Vgl. (Boles, Pelletier, & Lynch, 2004, S. 742)

1044 Vgl. (Burton, et al., 2005, S. 774)

1045 Darstellung nach: (Zok, 2008a, S. 131)

1046 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 71ff.)

Inzwischen ist die empirische Basis breiter geworden, jedoch ist nach wie vor zu beobachten, dass sich der Fokus dieser Untersuchungen weiterhin primär auf die pathogenetischen (kurz: pathogenen) Folgen von Präsentismus richtet (siehe Kapitel 3.7.1).

Doch wirkt sich Präsentismus ausschließlich negativ auf den Gesundheitszustand eines Präsentisten aus? In Kapitel 2.2.4 wurde hierzu bereits verdeutlicht, dass ein Zustand von Krankheit oder Gesundheit nicht bipolar kodiert werden kann und der Gesundheitszustand folglich eine Kombination aus beidem darstellt. Darüber hinaus wurde am Konzept der Salutogenese (siehe Kapitel 2.2.6) deutlich, dass Gesundheit weniger einen Status als einen dynamischen Prozess darstellt, mit dem der Erhalt beziehungsweise die Wiederherstellung einer individuellen Balance und damit der Verarbeitung von Stimuli einhergeht, sodass auch das Arbeiten trotz Krankheit nicht zwingend nur negative Folgen haben muss. Folglich kann Präsentismus unter bestimmten Bedingungen auch salutogenetisch (kurz: salutogen) wirken oder gar als therapeutisches Instrument dienen (siehe Kapitel 3.7.2).

### 3.7.1 Pathogenetische Auswirkungen

Fragt man nach den gesundheitlichen Folgen von Präsentismus, so deutet eine zunehmende Zahl internationaler Längsschnittstudien darauf hin, dass Präsentismus einen negativen (pathogenen) Einfluss auf die Gesundheit hat:

So zeigen *Bergström et al.* in einer prospektiven Studie aus Schweden (mittels drei Befragungen), dass sich Präsentismusverhalten negativ auf den subjektiven Gesundheitszustand in der Zukunft auswirkt. Sowohl für die Befragungsgruppe der (6.901 überwiegend weiblichen) Beschäftigten des öffentlichen Dienstes als auch die der (2.682 überwiegend männlichen) Beschäftigten der Privatwirtschaft ließ sich belegen, dass häufiges Arbeiten trotz Erkrankung (mehr als fünfmal pro Jahr) im Vergleich zu Nicht-Präsentisten sowohl nach 18 als auch nach 36 Monaten, zu einem signifikant höheren Risiko für eine schlechte Bewertung des subjektiven Gesundheitszustandes führt (RR nach 3 Jahren => Öffentlicher Dienst: 1.49; Privatwirtschaft: 1.71).<sup>1047</sup> Im Rahmen einer weiteren Analyse – zu der die Daten von 3.757 Angestellten des öffentlichen Dienstes sowie 2.485 privat Beschäftigten untersucht wurden – ergab sich außerdem, dass Mitarbeiter, die innerhalb eines Jahres mehr als fünfmal krank zur Arbeit kamen, ein statistisch signifikant höheres Risiko tragen, in den folgenden zwei Jahren eine mehr als 30-tägige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen (RR => Privatwirtschaft: 1.51; Öffentlicher Dienst: 1.40) als Mitarbeiter, die höchstens einmal krank zur Arbeit gingen.<sup>1048</sup>

Ähnliche Ergebnisse liefern *Hansen & Andersen* im Rahmen einer dänischen Studie mit 11.838 Arbeitnehmern. Sie fanden heraus, dass Mitarbeiter, die binnen eines Jahres mehr als sechsmal krank zur Arbeit gingen, ein um 53 respektive 74 Prozent höheres Risiko für eine mindestens zweiwöchige beziehungsweise zweimonatige Arbeitsunfähigkeit (innerhalb der folgenden anderthalb Jahre) aufweisen (RR:  $\geq 2$  Wochen = 1.53;

1047 Vgl. (Bergström, et al., 2009b, S. 1184ff.)

1048 Vgl. (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009a, S. 632ff.)

$\geq 2$  Monate = 1.74), als jene, die höchstens einmal Präsentismus zeigten. Ein zwei- bis fünfmaliges Präsentismusverhalten pro Jahr ergab bereits ein um 25 beziehungsweise 21 Prozent erhöhtes Risiko (RR:  $\geq 2$  Wochen = 1.25;  $\geq 2$  Monate = 1.21), sodass dabei sogar von einer annähernden Linearität des Zusammenhangs gesprochen werden kann.<sup>1049</sup>

Auch *Taloyan et al.* untersuchten die Auswirkungen von Präsentismus auf die zukünftigen Fehlzeiten und den subjektiven Gesundheitszustand (im Rahmen einer repräsentativen prospektiven Kohortenstudie mit schwedischen Arbeitnehmern) und konnten dabei die Ergebnisse der früheren Studien weitgehend bestätigen. Wer angab mehr als 7 Tage im letzten Jahr trotz Krankheit gearbeitet zu haben, wies demnach zwei Jahre später sowohl ein höheres Risiko für einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand (OR: 1.64) als auch höhere krankheitsbedingte Fehlzeiten (OR: 1.46) auf.<sup>1050</sup>

*Hägerbäumer* gelang es außerdem, diesen Zusammenhang in einer deutschen Längsschnittstudie zu belegen. Bereits über einen relativ kurzen Zeitraum von sechs Monaten zeigte sich, dass Präsentismus sowohl den subjektiven Gesundheitszustand negativ beeinflusst als auch zu einem Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten in der Zukunft führt.<sup>1051</sup>

Im Rahmen der ‚Whitehall II Studie‘ (einer Langzeitstudie mit Angestellten von britischen Behörden) untersuchte das Forscherteam um *Kivimäki*, inwieweit ein Zusammenhang zwischen Präsentismus-Verhalten und koronaren Herzerkrankungen besteht. Bezogen auf einen Zeitraum von drei Jahren analysierten sie hierzu die krankheitsbedingten Fehlzeiten von männlichen Angestellten mit (subjektiv) schlechtem Gesundheitszustand und korrelierten diese Daten mit dem Auftreten von ernsthaften (tödlichen und nicht tödlichen) koronaren Herzerkrankungen innerhalb der nächsten neun Jahre. Dabei fanden sie heraus, dass diejenigen, welche ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzten und in den folgenden drei Jahren keinerlei krankheitsbedingte Fehlzeiten in Anspruch nahmen, ein doppelt so hohes Risiko (RR: 1.97; 1.02 - 3.83) für schwerwiegende Herzerkrankungen aufwiesen als die Vergleichsgruppe mit moderaten Fehlzeiten (bis 14 Tage pro Jahr).<sup>1052</sup> Da die Autoren statistische und methodische Gründe für dieses Ergebnis ausschließen können, führen sie das hohe Risiko auf eine unzureichende Regeneration („lack of short-term periods of absence“) der Präsentisten (und damit einhergehende psychologische und pathophysiologische Belastungen) zurück.<sup>1053</sup>

*Gustafsson & Marklund* erforschten ferner unterschiedliche Kombinationen von Fehlzeiten und Präsentismus hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf verschiedene gesundheitsbezogene Faktoren. Das Ergebnis zeigt, dass Personen, die in Kombination sowohl hohe Fehlzeiten als auch hohe Präsentismuswerte aufweisen, im Vergleich zu den anderen drei Gruppen insgesamt die größten Gesundheitsrisiken (insbesondere auf einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand, einen niedrigen WAI sowie physische Beschwerden) im Folgejahr aufwiesen. Ebenso geht mit hohen Fehlzeiten- und Präsentismuswerten auch ein erhöhtes Risiko für ein negatives mentales Wohlbefinden einher.

1049 Vgl. (Hansen & Andersen, 2009, S. 400ff.)

1050 Vgl. (Taloyan, et al., 2012, S. 3ff.)

1051 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 216ff.)

1052 Vgl. (Kivimäki, et al., 2005, S. 98ff.)

1053 Vgl. (Kivimäki, et al., 2005, S. 101f.)

Das größte Risiko auf eine Beeinträchtigung des mentalen Wohlbefindens weisen jedoch diejenigen auf, die im Jahr zuvor zwar häufig Präsentismus zeigten, aber nur geringe Fehlzeiten aufwiesen.<sup>1054</sup>

In einer niederländischen Studie untersuchten *Demerouti et al.* (siehe Kapitel 2.1.3.2) ebenfalls negative Auswirkungen von Präsentismus auf die psychische Gesundheit und belegen, dass Präsentismus zu Burnout führen kann. Über die Symptome ‚Depersonalisation‘ und ‚Emotionale Erschöpfung‘ wiesen sie diesbezüglich einen signifikanten Zusammenhang zwischen Präsentismus und zwei Kernsymptomen von Burnout nach, wobei das Merkmal Emotionale Erschöpfung wiederum das Auftreten von Präsentismus begünstigt.<sup>1055</sup>

Neben den gesundheitlichen Risiken wie die Gefahr der Verschleppung von Krankheiten birgt krankheitsbedingter Präsentismus in bestimmten Fällen natürlich auch das Risiko der Ansteckung weiterer Mitarbeiter<sup>1056</sup>. Regelmäßig vermelden Medien, dass etwa Schulen, Seniorenheime, Kindergärten oder andere Betriebsstätten wegen Ansteckungsgefahr vorübergehend geschlossen werden müssen<sup>1057</sup>. Anhand eines Fallbeispiels in einer Langzeitpflegeeinrichtung weisen auch *Widera et al.* darauf hin, dass präsentistisches Verhalten von Mitarbeitern bei der Übertragung und Ausweitung von Infektionskrankheiten eine zentrale Rolle spielt und diesbezüglich einen besonderen Risikofaktor darstellen kann<sup>1058</sup>.

Eine Studie mit Beschäftigten der Stadtverwaltung Dortmund ergab überdies, dass 5,5 Prozent (der 1.532 Befragten) der Aussage „völlig zustimmten“, dass sie mit „grippeartigen Symptomen weiterhin zur Arbeit gehen“. Weitere 13,8 Prozent der Befragten stimmten dieser Aussage „überwiegend“ zu.<sup>1059</sup> Dabei legt die recht klare Positionierung (eines Teils der Belegschaft) den Schluss nahe, dass Präsentismus auch bei Infektionskrankheiten von einem nicht unerheblichen Anteil der Mitarbeiter als eine Art „normales Phänomen“ betrachtet und praktiziert wird.

Resümierend lässt sich vor dem Hintergrund dieser Studien davon ausgehen, dass Präsentismus – insbesondere bei wiederholt oder längerfristig auftretenden Episoden – sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit von Mitarbeitern (und ggf. Kollegen) negativ beeinflussen und Krankheitssymptome verstärken kann. Darüber hinaus zeigt der signifikante Anstieg krankheitsbedingter Fehlzeiten nach wiederholtem Präsentismus-Verhalten, dass Präsentismus auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht keine Kostenersparnis durch die kurzfristige Vermeidung von Fehlzeiten darstellt. Vielmehr werden die kurzfristig vermiedenen Fehlzeiten durch die längeren Ausfallzeiten des in der Zukunft überkompensiert, sodass insgesamt sogar zusätzliche Kosten verursacht werden können.

1054 Vgl. (Gustafsson & Marklund, 2014, S. 52ff.)

1055 Vgl. (Demerouti, Le Blanc, Bakker, Schaufeli, & Hox, 2009, S. 60ff.)

1056 Vgl. (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 185)

1057 Siehe z.B.: (Menzel, 2015); (Meurer, 2015); (Schurian, 2010); (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2004)

1058 Vgl. (Widera, Chang, & Chen, 2010, S. 1244ff.)

1059 Vgl. (Meilicke, von Gottberg, Krumm, & Kilian, 2014, S. 126)

Auch zeigt sich, dass Präsentismus als Risikofaktor für einen negativen Gesundheitszustand in der Zukunft zu verstehen ist und daher ein besonderes Augenmerk bei Maßnahmen des Fehlzeiten- und Gesundheits-Managements erfahren sollte<sup>1060</sup>. Hierzu konstatiert Gerich ferner, dass Präsentismus einen stärkeren Indikator des Gesundheitszustandes abzubilden scheint, als der Krankenstand (siehe auch Kapitel 2.3.6 und 3.6.1.2)<sup>1061</sup>, sodass die Erhebung von Präsentismusdaten auch kurzfristig dabei helfen kann, auf pathogene Auffälligkeiten hinzuweisen.

### 3.7.2 Salutogenetische Auswirkungen

Aus dem Blickwinkel der Evidenz basierten Medizin und Prävention weisen Bödeker & Hüsing darauf hin, dass Präsentismus in verschiedenen medizinisch-präventiven Leitlinien bereits als Präventionsempfehlung gestützt wird. Demnach wird in bestimmten Fällen von Rückenschmerzen „neuerdings von Arbeitsruhe weitgehend abgeraten“ und „bei vielen psychischen Erkrankungen wird im möglichst langem Verweilen am Arbeitsplatz oder in der raschen Wiederaufnahme der Arbeit eine bedeutende präventive und kurative Maßnahme gesehen“<sup>1062</sup>.

Unterstrichen wird der hohe Stellenwert der Arbeit für viele psychisch Erkrankte auch im Rahmen eines Symposiums von der *Bundesärztekammer und dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit im Jahr 2012*. In einem Begleitartikel des Deutschen Ärzteblatts heißt es hierzu resümierend, dass „der Arbeitsplatz ein wichtiger Faktor für die Selbstwertstärkung und soziale Einbindung für erkrankte Mitarbeiter ist und sich generell positiv auf die seelische Gesundheit auswirkt“<sup>1063</sup> (siehe hierzu auch Kapitel 2.2.1), sodass in vielen Fällen eine „frühestmögliche Wiederaufnahme der Arbeit“ anzustreben ist<sup>1064</sup>. Auch in der Sozialgesetzgebung sind hierzu entsprechende Regelungen wie die stufenweise Wiedereingliederung (siehe § 74 SGB V und § 28 SGB IX) verankert, die das Arbeiten trotz formal bestehender Arbeitsunfähigkeit explizit vorsehen und Präsentismus damit eine kurative respektive salutogene Eigenschaft zusprechen.

Wie Steinke & Badura betonen, ließ sich für ihr Review lediglich eine Studie zu möglichen salutogenen Folgen von Präsentismus finden. Howard et al. fanden in dieser heraus, dass Mitarbeiter, die nach dem Auftreten einer chronischen Muskel-Skelett-Erkrankung (mindestens drei Monate mehr als 20 Prozent ihrer ursprünglichen Arbeitszeit) gearbeitet haben, im Ergebnis sowohl signifikant häufiger wieder berufstätig waren und ihren Job behielten als auch häufiger wieder in Vollzeit das volle Arbeitsvolumen verrichteten.<sup>1065</sup> Und wenngleich Steinke & Badura auf eine eingeschränkte Validität der

1060 Vgl. (Bergström, Bodin, Hagberg, Aronsson, & Josephson, 2009a, S. 629); (Bergström, et al., 2009b, S. 1179); (Hansen & Andersen, 2009, S. 397); (Taloyan, et al., 2012, S. 7); (Gustafsson & Marklund, 2014, S. 49)

1061 Vgl. (Gerich, 2015, S. 38ff.)

1062 (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 92)

1063 (Bühning, 2012, S. B 1554)

1064 Vgl. (Bühning, 2012, S. 1554f.)

1065 Vgl. (Howard, Mayer, & Gatchel, 2009, S. 729ff.); (Steinke & Badura, 2011a, S. 77f.)

Untersuchung hinweisen<sup>1066</sup>, so deutet die Untersuchung dennoch berechtigt darauf hin, dass Präsentismus auch positive Folgen für die physische Gesundheit und die Arbeitsbewältigungsfähigkeit haben kann.

Im Rahmen einer niederländischen Promotionsarbeit untersuchte De Vries Präsentismus im Kontext von „nicht-spezifischen chronischen muskulo-skelettalen Schmerzen“ („*chronic nonspecific musculoskeletal pain*“; kurz: CMP) und konstatiert (auf der Basis von 21 teilstrukturierten Interviews) auch für diesen Personenkreis, dass viele Betroffene das (Weiter-)Arbeiten trotz Schmerzen als therapeutisch empfinden, weil sie die Arbeit beispielsweise von ihren Schmerzen ablenkt, vitalisierend und strukturierend wirkt oder auch soziale Kontakte fördert und das Selbstwertgefühl stärkt<sup>1067</sup>. Eine weiterführende quantitative Querschnittsuntersuchung mit 119 CMP-Präsentisten (die nicht mehr als fünf Prozent Fehlzeiten über 12 Monate aufwiesen) und einer Vergleichsgruppe mit 122 Personen (die gleichermaßen CMP aufwiesen, aber Fehlzeiten und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch nahmen) ergab, dass Präsentismus wiederum mit besseren Werten bezüglich Gesundheit und Wohlbefinden einhergeht. Insbesondere zeigte sich, dass die Präsentisten insgesamt konstruktiver mit den Schmerzen umzugehen vermochten, was sich beispielsweise in einem signifikant geringerem (kognitiv gesteuertem) Bewegungs-Vermeidungsverhalten und einer geringeren Fokussierung auf die Schmerzen und die damit einhergehende Beeinträchtigungen zeigte. Auch ergaben sich für Präsentisten höhere Werte bezüglich Selbstwirksamkeit und -steuerung (des Lebens) sowie eine höhere Schmerz-Akzeptanz.<sup>1068</sup>

Einschränkend gilt bezüglich der Stichproben der Präsentisten anzumerken, dass das Durchschnittsalter mit 49 (Interviews) sowie 51 Jahren (quantitative Studie) relativ hoch und 12 Jahre über der Vergleichsgruppe (39 Jahre) lag. Aufgrund des Querschnittsdesigns lassen sich darüber hinaus keine Wirkrichtungen bestimmen.

Bezogen auf eine mit Präsentismus einhergehende reduzierte Produktivität und das Konzept der „Adjustment latitude“ – die nach Johansson und Lundberg leicht positiv mit Präsentismus korreliert (siehe Kapitel 3.6.3)<sup>1069</sup> – äußert Johns ferner die Überlegung, dass Präsentismus der Gesundheit auch im Sinne einer Art Schutzfunktion zuträglich sein könnte, indem ein reduziertes, aber beständiges Weiterarbeiten eine spätere Überlastung durch angehäuften Arbeit verhindert.<sup>1070</sup>

Versucht man die empirischen Befunde und Überlegungen zur salutogenen Wirkung von Präsentismus(-Verhalten) zu resümieren, so lässt sich trotz der (bislang noch) dünnen empirischen Befundlage konstatieren, dass Präsentismus in bestimmten Fällen die Gesundheit respektive den Genesungsprozess positiv beeinflussen kann. Dies scheint insbesondere im Zusammenhang mit bestimmten psychischen Erkrankungen sowie für einige minderschwere Muskel-Skelett-Erkrankungen zu gelten.

1066 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 77)

1067 Vgl. (de Vries, Reneman, Groothoff, Geertzen, & Brouwer, 2012a, S. 61f.)

1068 Vgl. (de Vries, Reneman, Groothoff, Geertzen, & Brouwer, 2012b, S. 78ff.)

1069 Vgl. (Johansson & Lundberg, 2004, S. 1861ff.)

1070 Vgl. (Johns, 2009, S. 20)

Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang allerdings, dass der Präsentismuskurs – sowohl im öffentlichen, als auch wissenschaftlichen Kontext – nahezu losgelöst von seinem salutogenen Potenzial geführt und auf seine Ursachen sowie die pathogenen und monetären Konsequenzen gerichtet ist, obwohl sich sowohl die Sozialgesetzgebung als auch die Betriebs- und Arbeitsmedizin (im weiteren Sinne) seit Jahren intensiv dieser Thematik angenommen hat und dementsprechend über ein sehr breites Erfahrungswissen verfügt.

Damit wird ersichtlich, dass es einer nachhaltigen Intensivierung der Forschung zur salutogenen Wirkung von Präsentismus bedarf, um das offensichtlich gegebene salutogene Potenzial besser erkennen und ausschöpfen zu können. Vor allem die BGF könnte einen wesentlichen praktischen Nutzen aus diesen Erkenntnissen ziehen und einen weiteren Beitrag dazu leisten, die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter langfristig zu erhalten (siehe auch Kapitel 2.2.5). Insbesondere die bereits existierenden medizinisch-präventiven und kurativen Erfahrungswerte im Bereich der (arbeitsbezogenen) Rehabilitativen und Wiedereingliederung sowie die Vielzahl an Fallbeispielen (in den Unternehmen) könnten und sollten hierzu als vielversprechender Ausgangspunkt der Forschung dienen.

### 3.8 Interventionsansätze

Während sowohl die Determinanten (siehe Kapitel 3.6) als auch die Konsequenzen (Kapitel 3.4, 3.5 und 3.7) des Phänomens Präsentismus bereits im Rahmen sehr vieler Studien untersucht wurden, steht die Forschung zu wirksamen Interventionsmaßnahmen erst am Anfang. Infolgedessen und im Hinblick auf die Komplexität und Fallbezogenheit des Phänomens sind Handlungs- und Interventionsansätze zu Präsentismus (bislang) meist relativ allgemein formuliert. Blickt man diesbezüglich auf die in Kapitel 3.6 zusammengefassten personen- und arbeitsbezogenen Ursachen und Verstärkungsfaktoren, so sind aber im Wesentlichen die Ansätze für mögliche Interventionsmaßnahmen zur Reduzierung von Präsentismus bereits definiert.

Es herrscht im Grundsatz Einigkeit darüber, dass *Maßnahmen der BGF* einen geeigneten Ansatz darstellen, um Präsentismus zu reduzieren<sup>1071</sup>. Bereits im Jahr 2008 resümierte Zok aus zwei Repräsentativumfragen unter gesetzlich Krankenversicherten, dass Mitarbeiter, in Betrieben die BGF-Maßnahmen anbieten, sowohl seltener krank sind als auch seltener krank zur Arbeit gehen<sup>1072</sup>. In einer Internetstudie zeigen Wieland & Hammes überdies, dass die Ausprägung der *organisationalen und personalen Gesundheitskompetenz* negativ mit Präsentismus korreliert<sup>1073</sup>, sodass vor allem diese gefördert werden sollten. Ebenso verhält es sich mit Maßnahmen zur *Verbesserung der Arbeitssituation*. Neben der *Bereitstellung ausreichender Ressourcen*, um etwa die mengenmäßige

---

1071 Vgl. (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 12); (Steinke & Badura, 2011b, S. 10); (Hägerbäumer, 2011, S. 253); (Fissler & Krause, 2010, S. 420f.); (Schultz & Edgington, 2007, S. 572)

1072 Vgl. (Zok, 2008b, S. 6f.)

1073 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 72ff.)

Arbeitsüberlastung oder Zeit- und Termindruckdruck bei Mitarbeitern zu vermeiden, besteht diesbezüglich ein weiterer wichtiger Ansatz in einer Flexibilisierung der Leistungserbringung (indem zum Beispiel *Arbeitszeiten flexibilisiert*, *Work-Life-Balance* ermöglicht und vor allem die *Ersetzbarkeit der Mitarbeiter* gewährleistet wird).<sup>1074</sup>

Daneben werden insbesondere Maßnahmen, welche auf eine *Gesundheitskultur* beziehungsweise *achtsame* oder *mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur* zielen, mit der Reduzierung von Präsentismus assoziiert<sup>1075</sup>. Nach Gerich sollten solche Interventionen darauf zielen, eine Organisationskultur zu entwickeln, in der ein selbstbestimmter Umgang mit Krankheit möglich ist und Präsentismus nicht als Zeichen von Leistung oder Motivation gilt. Vielmehr soll ein Bewusstsein für das Gefährdungspotenzial durch übermäßigen Präsentismus entwickelt werden.<sup>1076</sup>

Ein ähnlicher Interventionsansatz zielt auf Maßnahmen zur Verbesserung des *Betriebsklimas* sowie des *Vorgesetztenverhaltens* (siehe auch Kapitel 2.4.4)<sup>1077</sup>. So beschreiben Vogt et al. die Führungskräfte aller Ebenen als „Schlüsselpersonen zur Prävention von Präsentismus“<sup>1078</sup>. Dabei konnte Hägerbäumer zwar nicht belegen, dass ein positives Vorgesetztenverhalten Präsentismus reduziert, wohl aber, dass ein belastendes Vorgesetztenverhalten die Präsentismusneigung erhöht<sup>1079</sup>. Und auch Ulich & Nido fanden heraus, dass Nicht-Präsentisten sowohl das Vorgesetztenverhalten als auch das Sozialklima als weniger belastend ansahen<sup>1080</sup>. Wieland & Hammes konstatieren diesbezüglich, dass Vorgesetzte den Präsentisten zwar Wertschätzung für ihr „Pflichtgefühl“ und ihren „Teamgeist“ erweisen, jedoch (neben organisatorischen Interventionen) durch eine offene Diskussionskultur für ein Klima sorgen sollen, in dem es kein Tabu und ohne schlechtes Gewissen möglich ist, eine Krankheit auszukurieren<sup>1081</sup>. Dabei kommt es neben der *Wertschätzung* vor allem auf *Vertrauen* an<sup>1082</sup>. In diesem Zusammenhang werden auch *Mitarbeiterbefragungen* oder feste *Besprechungstermine* als wichtiges Instrument betrachtet, um etwa Risiken und Probleme zu identifizieren oder auch Kommunikationsprozesse im Hinblick auf Vertrauen, Transparenz und ein positives Betriebsklima zu initiieren<sup>1083</sup>.

Zur Vermeidung von Präsentismus infolge der Angst vor Arbeitsplatzverlust oder dem Wegfall (existenzieller) Gehaltsbestandteile lassen sich wiederum Kommunikation

1074 Vgl. (Gerich, 2014, S. 46); (Schnee & Vogt, 2013, S. 114f.); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 10); (Doka, Eggers, & Eis, 2012, S. 184); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 99)

1075 Vgl. (Gerich, 2014, S. 46f.); (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 12); (Steinke & Badura, 2011b, S. 10); (Hägerbäumer, 2011, S. 253); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 198f.)

1076 Vgl. (Gerich, 2014, S. 46)

1077 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 114f.); (Cancelliere, Cassidy, Ammendolia, & Cote, 2011, S. 1); (Schmidt & Schröder, 2010, S. 99); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 198f.);

1078 (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 198)

1079 Vgl. (Hägerbäumer, 2011, S. 253)

1080 Vgl. (Ulich & Nido, 2014, S. 197f.)

1081 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 71)

1082 Vgl. (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 11f.)

1083 Vgl. (Schmidt & Schröder, 2010, S. 99); (Vogt, Badura, & Hollmann, 2009, S. 198)



und mitarbeiterorientierte Führung hervorheben<sup>1084</sup>, aber auch der *Abbau prekärer Arbeitsverhältnisse*<sup>1085</sup> sowie *faire Arbeitsverträge* nennen, welche einen durchschnittlichen Krankenstand eingepreist haben und (trotz Bonuszahlungen, Prämien etc.) so gestaltet sind, dass dem Mitarbeiter trotz krankheitsbedingter Fehlzeiten „ein sicheres und angemessenes Auskommen möglich ist“<sup>1086</sup>.

Wirft man darüber hinaus einen Blick auf die Interventionsmöglichkeiten bezüglich *Präsentismus im weiteren Sinne*, so erscheinen bei *Face Time* oder *kontraproduktiven Verhaltensweisen* insbesondere Führung und gegebenenfalls disziplinarische Interventionen (siehe Kapitel 2.4.2.4) sowie bei Präsentismus infolge *mentaler Ablenkung* Beratungsangebote und Unterstützung durch die Vorgesetzten zielführend.

Insgesamt wird im Hinblick auf die multifaktorielle Determiniertheit, die heterogene Gestalt und die jeweilige Fallbezogenheit des Phänomens Präsentismus aber deutlich, dass pauschale Interventionen nur bedingt erfolgversprechend sein können. Folglich sollten die Maßnahmen *betrieblich* (also auf die Besonderheiten des Betriebes) abgestimmt und *individuell* (also auf die persönlichen Ursachen und Umstände der Betroffenen) ausgestaltet sein.

Aufgrund der konzeptionellen Nähe des Phänomens Präsentismus zum Fehlzeitengeschehen weisen die Einzelmaßnahmen und Vorgehensweisen dabei große Schnittmengen mit dem Fehlzeiten-Management sowie der BGF auf. Eine systematische Zuordnungsübersicht zu expliziten Einzelmaßnahmen des Präsentismus-Managements sowie die Erläuterung dessen konzeptionellen Vorgehens soll gesondert in Kapitel 5.2 erfolgen.

### 3.9 Zwischenfazit II – „Alter Wein in neuen Schläuchen?“

Versucht man das (inzwischen) breite Forschungsfeld zu Präsentismus resümierend zusammenzufassen, so bestätigt sich die in Kapitel 2.1 bereits gewonnene Erkenntnis, dass es sich um ein hoch komplexes und interdisziplinär verflochtenes Phänomen handelt, dessen *theoretisch-konzeptioneller Rahmen* nach wie vor sehr uneinheitlich definiert ist. Im Zentrum der konzeptionellen Forschung steht dabei das Alternativhandeln zwischen Präsentismus und Fehlzeiten, wonach sich Präsentismus als Ergebnis eines *restringierten Entscheidungsprozesses* auffassen lässt, der sowohl durch die *Schwere der Erkrankung* (und den Grad der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit) als auch durch *organisatorische, personale und tätigkeitsbezogene Bedingungen* eingeschränkt wird<sup>1087</sup> (siehe Kapitel 3.1). Dabei lässt sich (durch die Fokussierung auf den Entscheidungsprozess) eine insgesamt psychologisch geprägte und auf das Individuum gerichtete Kon-

---

1084 Vgl. (Wieland & Hammes, 2010, S. 71)

1085 Vgl. (Schnee & Vogt, 2013, S. 114)

1086 Vgl. (Kramer, Oster, & Fiedler, 2013, S. 10)

1087 Vgl. (Gerich, 2015, S. 32f.); (Gerich, 2014, S. 33ff.)

zept-Forschung konstatieren, wohingegen übergeordnete (betriebswirtschaftliche, politische etc.) Faktoren weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Und wenngleich der theoretisch-konzeptionelle Rahmen von Präsentismus kaum geklärt ist, wurden zu dessen Erfassung bereits zahlreiche Instrumente entwickelt. Insbesondere zum produktivitäts- und kostenorientierten Forschungsansatz existiert inzwischen ein breites Portfolio an *Messinstrumenten*, von denen einige (etwa HPQ, WLQ und WHI) belastbare Ergebnisse liefern (siehe Kapitel/Tabelle 3.2.2)<sup>1088</sup>. Die verhaltensorientierten Messverfahren zeichnen sich hingegen durch eine relative Homogenität und inhaltliche Nähe zum Vorgehen von Aronsson et al. aus, die danach fragten, *wie oft die Mitarbeiter in den zurückliegenden zwölf Monaten zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie sich besser hätten krankschreiben lassen*<sup>1089</sup>. Auch liegen inzwischen mehrere deutschsprachige Instrumente vor<sup>1090</sup>, vor, von denen sich vor allem die Präsentismus-Skala von Hägerbäumer durch gute psychometrische Werte auszeichnet (siehe Kapitel 3.2.1).

Allerdings weisen nahezu alle verhaltens- sowie produktivitäts- und kostenorientierten Messverfahren die Einschränkung auf, dass sie retrospektiv vorgehen und damit zwar Präsentismus in der Vergangenheit aufklären, jedoch kaum Aussagen zum weiteren Präsentismusverhalten ermöglichen. Um diese Lücke zu schließen, entwickelte Gerich ein prospektives Verfahren zur Berechnung der „Präsentismus Propensity“, also der Neigung respektive Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Mitarbeiter im Krankheitsfall für Präsentismus *entscheidet* (siehe Kapitel 3.2.3)<sup>1091</sup>.

Stellt man die Fragen nach der *Häufigkeit* oder Prävalenz, mit der Präsentismus auftritt (siehe Kapitel 3.3) oder nach den *Produktivitätsverlusten* (siehe Kapitel 3.4) beziehungsweise den *Kosten*, die das Phänomen verursacht (siehe Kapitel 3.5), so gehen die Werte der verschiedenen Studien weit auseinander. Darüber hinaus sind derartige Untersuchungen mit erheblichen methodischen Schwierigkeiten verbunden und basieren fast ausschließlich auf subjektiven Selbsteinschätzungen (siehe Kapitel 3.4.3 und 3.5.3), so dass unmittelbare Vergleiche kaum möglich sind. Nahezu alle Untersuchungen deuten aber darauf hin, dass Präsentismus im betrieblichen Alltag sehr häufig auftritt und mindestens jeder zweite Mitarbeiter, wahrscheinlich sogar zwei Drittel aller Beschäftigten, mindestens einmal pro Jahr (viele sogar öfter) Präsentismus-Verhalten zeigt (siehe Kapitel/Tabelle 3.3.1).

Zu den häufigsten *Verhaltensmustern* zählen dabei der *Verzicht auf Genesung*, das *Arbeiten gegen ärztlichen Rat* sowie die (*Selbst-*)*Medikation zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit* beziehungsweise zur Unterdrückung von Krankheitssymptomen (siehe Kapitel 3.3.2). Hinsichtlich der Produktivitätsverluste und Kosten weist die Mehrzahl der Untersuchungen darauf hin, dass sie jeweils die Verluste durch Fehlzeiten übersteigen (siehe Kapitel 3.4.1 und 3.5.1). Jedoch sollten diese Ergebnisse aufgrund ihrer methodischen Einschränkungen nicht als belastbare Kennzahlen gewertet werden. Vielmehr können

1088 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 102ff.)

1089 Vgl. (Aronsson, Gustafsson, & Dallner, 2000, S. 504)

1090 Vgl. z. B. (Emmermacher, 2008, S. 102ff.); (Hägerbäumer, 2011, S. 98ff.); (Ulich & Nido, 2014, S. 191f)

1091 Vgl. (Gerich, 2015); (Gerich, 2014)

sie als Orientierungsrahmen dienen, um (möglichst in Verbindung mit gesundheitsbezogenen Daten des Personalmanagements und BGM; siehe Kapitel 2.4.1) salutogene Handlungsbedarfe der Organisation zu identifizieren. Wichtig ist dabei zu beachten, dass sich Präsentismus zwar meist negativ auf die Gesundheit der Betroffenen auswirkt (siehe Kapitel 3.7.1), aber bei bestimmten Erkrankungen (zum Beispiel psychischen oder Muskel-Skelett-Erkrankungen) auch salutogen wirken kann (siehe Kapitel 3.7.2).

Und obwohl sich ein großer Teil der (europäischen) Studien zu Präsentismus auf dessen *Ursachen und Bestimmungsfaktoren* bezieht, sind die Forschungsergebnisse insgesamt noch sehr inkonsistent. Dennoch kann festgehalten werden, dass sowohl personenbezogene (siehe Kapitel 3.6.1) als auch arbeitsbezogene Determinanten (siehe Kapitel 3.6.2) das Phänomen bedingen. Und obgleich letzterem eine leicht vorrangige Bedeutung zugesprochen wird<sup>1092</sup>, so scheint ein Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren aus beiden Kategorien sehr wahrscheinlich, sodass insgesamt eher die Kontextfaktoren statt isolierte Variablen das Phänomen Präsentismus erklären (siehe Kapitel 3.6.3). Folglich sollten auch *Interventionsmaßnahmen* zur Reduzierung oder Vermeidung von Präsentismus – die bislang kaum erforscht sind – auf den Betrieb ausgerichtet und auf die individuellen Umstände des betroffenen Mitarbeiters bezogen sein (siehe Kapitel 3.8 und 5.2).

### ***Alter Wein in neuen Schläuchen?***

Stellt man sich abschließend zu Präsentismus die Fragen, ob es sich dabei um ein *neues Phänomen* oder eine *neue Herausforderung* für das Personalmanagement handelt, so muss diese wohl mit *Ja* und *Nein* beantwortet werden.

Betrachtet man nur das Auftreten von Präsentismus, so wäre es sicher falsch von einem neuen Phänomen zu sprechen. Seit jeher hat Erwerbsarbeit für viele Menschen existenzsichernden Charakter (siehe Kapitel 2.2.1), sodass Fehlzeiten mit Einkommensverlusten und damit für viele mit existenziellen Bedrohungen verbunden waren. Speziell für die unteren sozialen Schichten wird es dabei kaum Alternativen zu Präsentismus gegeben haben, was unter anderem an der Verbreitung der Kinderarbeit bis ins 19. Jahrhundert deutlich wird, die sogar den preußischen König zum Intervenieren zwang, der diese mit dem sogenannten „Preußischen Regulativ“ im Jahr 1839 wesentlich einschränkte (siehe Kapitel 2.4.2.1)<sup>1093</sup>.

Aber auch wissenschaftlich kann bei Präsentismus nicht von einem neuen Phänomen gesprochen werden. So wird im Rahmen der Fehlzeitenforschung zum Beispiel das Unterdrücken von Krankschreibungen, etwa aus „*Angst vor finanziellen, beruflichen und sozialen Nachteilen im Falle der Krankheit*“<sup>1094</sup>, bereits seit vielen Jahrzehnten wissenschaftlich untersucht. Auch ist die Erkenntnis nicht neu, dass es für ein Unternehmen nicht ausreicht, sich (im Hinblick auf das Fehlzeitenverhalten) bloß um die auffälligen Mitarbeiter zu kümmern, sondern auch (und gerade) um jene mit hohen Abwesenheits-

1092 Vgl. (Steinke & Badura, 2011a, S. 104)

1093 Vgl. (Jäger, 2015, S. 42f.)

1094 (Böker, 1979, S. 189)

ten kümmern muss. Hierbei handelt es sich sogar um einen zentralen Grundsatz im betrieblichen Fehlzeiten-Management.<sup>1095</sup>

Neu ist hingegen das gezielte betriebliche Interesse an der systematischen Erfassung sowie dem adäquaten betrieblichen Umgang mit Präsentismus – was bislang primär der Führungsaufgabe der Vorgesetzten zugeschrieben wurde (siehe Kapitel 2.4.3.8). Zwar scheint insgesamt außer Frage zu stehen, dass Präsentismus im betrieblichen Alltag eine weit verbreitete Erscheinung darstellt (siehe Kapitel 3.3), jedoch unterstreicht die (noch) sehr geringe Anzahl betrieblicher Studien zu diesem Thema<sup>1096</sup>, dass bislang kaum wissenschaftliche oder betriebliche Konzepte zum adäquaten betrieblichen Umgang mit dem Phänomen entwickelt wurden.

Insofern wird eine wesentliche Herausforderung des Personalmanagements und des BGM vieler Unternehmen darin bestehen, diesen „Blinden Fleck“ systematisch aufzulösen (zu analysieren) und betriebliche Ziele sowie geeignete Maßnahmen zum Umgang mit dem bislang unberücksichtigten Phänomen zu entwickeln.

Doch unabhängig davon, ob es sich bei Präsentismus um ein neues Phänomen handelt oder nicht, lässt sich grundsätzlich konstatieren, dass Präsentismus mit neuen oder zumindest größeren Herausforderungen für das Personalmanagement einhergeht als in der Vergangenheit. Dies liegt jedoch weniger am Phänomen Präsentismus als vielmehr an den gravierenden Veränderungen, welche sich zum einen im Hinblick auf die Arbeit und die Arbeitswelt ergeben (siehe Kapitel 2.2.1) sowie zum anderen an den sich ändernden soziodemografischen Strukturen, die sich nachhaltig auf die Unternehmen und ihre (alternden) Belegschaften auswirken werden (siehe Kapitel 2.3.5).

Während Dynamik und Wettbewerb in und für Unternehmen zunehmen, altern ihre Belegschaften und sinkt die Anzahl potenzieller Erwerbspersonen in Deutschland, so dass die betriebliche Notwendigkeit (speziell hoch) qualifizierte Mitarbeiter an die Unternehmen zu binden und deren Arbeits- und Leistungsfähigkeit langfristig zu erhalten für viele Unternehmen (speziell außerhalb der Metropolregionen) eine erfolgskritische Herausforderung darstellt (oder darstellen wird). Infolgedessen wird der Faktor Mitarbeiter-Gesundheit weiter an Bedeutung gewinnen (müssen), um die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen zu erhalten. Im Umkehrschluss erfordert dies ganzheitlichere und möglichst integrierte Ansätze des Personal- und Gesundheitsmanagements, die sich auf alle Mitarbeiter (speziell die Anwesenden) konzentrieren, um deren langfristige Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten.

<sup>1095</sup> Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 49ff.)

<sup>1096</sup> Siehe zu betrieblichen Untersuchungen z. B.: (Hägerbäumer, 2011); (Fissler & Krause, 2010); (Burnus, Steinhardt, Benner, & Stock, 2012); (Wilke, Elis, Biallas, & Froböse, 2014)



## 4 Präsentismus als Herausforderung für das Personalmanagement? – Eine Studie zu Bedeutung und Umgang von Präsentismus in deutschen Unternehmen

Wie die vorstehenden Kapitel aufzeigen, handelt es sich bei Präsentismus nicht um ein neues Phänomen der Arbeitswelt, wohl aber um eines, welches vor dem Hintergrund der demografischen und strukturellen Veränderungen in der Arbeitswelt zunehmend in den Blick des Personal- und Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie der Wissenschaft rückt.

Und wenngleich die Präsentismus-Forschung erst am Anfang steht, wurden das Phänomen und seine Zusammenhänge hinsichtlich Risikofaktoren, Verbreitung, Ursachen und Folgen in zahlreichen Studien bereits aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven heraus (teils detailliert) untersucht und analysiert (siehe Kapitel 3). Bislang fokussierte sich das Forschungsinteresse hierbei auf die Betroffenen sowie einzelne Unternehmen und Organisationen, um etwa Auftreten, Ursachen und Folgen des Phänomens zu untersuchen oder Instrumente zur Messung sowie den Umgang mit Präsentismus zu entwickeln.

In nur wenigen (meist kostenorientierten) Studien<sup>1097</sup> (siehe Kapitel 3.5.2) wurde das Phänomen indes auch aus einer „Makroperspektive“ heraus untersucht, um eine unternehmens- und branchenübergreifende Betrachtung des Phänomens vorzunehmen, so dass dieser Teilaspekt des Phänomens – speziell im Hinblick auf dessen Bedeutung und Herausforderungen für das Personalmanagement – noch große Forschungslücken aufweist.

*Doch welche Relevanz weist das Phänomen Präsentismus für Arbeitgeber auf oder inwieweit stellt es für diese überhaupt ein relevantes Handlungsfeld dar? Wie sollten Unternehmen dem Phänomen begegnen? Handelt es sich um ein „normales“ Phänomen der Arbeitswelt oder ein Problem, dessen sich die Unternehmen annehmen sollten, um es zu lösen? Welche Ansätze im Umgang mit Präsentismus existieren bereits oder sollten ergriffen werden?*

Keine der bisher publizierten (dem Autor vorliegenden) Arbeiten führte hierüber in Deutschland eine unternehmens- und branchenübergreifende Untersuchung durch, die sich diesem Fragenkomplex annahm und aus Sicht von Unternehmen, Behörden und Organisationen (kurz: Unternehmen<sup>1098</sup>) die Bedeutung, Probleme und betriebli-

1097 Vgl. z. B.: (Econtech, 2007): (KPMG Econtech, 2011)

1098 Die Kurzform ‚Unternehmen‘ bezieht sich auf den weiteren Verlauf des gesamten Kapitels.

chen Erfahrungswerte des Phänomens Präsentismus für das Personal- und betriebliche Gesundheitsmanagement eruiert hat. Aufgrund des mehrdimensionalen und systemischen Charakters von Präsentismus – speziell im Hinblick auf die Interaktion der Mitarbeiter mit ihrer Arbeitswelt – erscheint es daher umso notwendiger, (neben mitarbeiterbezogenen Zusammenhängen) explizit auch die arbeitgeberbezogenen Facetten von Präsentismus besser zu verstehen, um etwa Instrumente oder personalpolitische Programme zum adäquaten Umgang mit dem Phänomen entwickeln zu können.

Um hierzu sowohl qualitative als auch quantitative Erkenntnisse aus deutschen Unternehmen zu gewinnen, wurde im Rahmen dieser Arbeit einerseits eine bundesweite Unternehmensbefragung mit weit mehr als einhundert teilnehmenden Unternehmen, Behörden und Organisationen vorgenommen (Kapitel 4) sowie andererseits ausgewählte Unternehmensansätze im Umgang mit Präsentismus untersucht, von denen drei im nachstehenden Kapitel (Kapitel 5.1) ausführlich dargestellt und behandelt werden sollen.

## **4.1 Konzeption und Methodik der Studie / Untersuchung**

Ein wesentliches Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Phänomen Präsentismus wissenschaftlich aufzuarbeiten und Handlungsempfehlungen für Unternehmen in deren Umgang mit Präsentismus zu entwickeln. Ein zentrales Element dieser Aufarbeitung stellt hierbei – neben der theoretisch-konzeptionellen Untersuchung des Phänomens – die Analyse des Phänomens im Feld (respektive der betrieblichen Realität) dar und soll mittels einer Unternehmensbefragung realisiert werden.

Die im Folgenden dargestellte explorative Studie folgt einem primär deskriptiven Forschungsinteresse hinsichtlich des Umgangs mit Präsentismus und gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitskontext. Hierbei stellen die Gewinnung qualitativer und quantitativer Daten und Erkenntnisse bezüglich der Bedeutung, Probleme und betrieblichen Erfahrungswerte von (in Deutschland ansässigen) Unternehmen mit dem Phänomen den zentralen Forschungsstrang dar.

Im Fokus der Untersuchung stehen dabei die folgenden drei zentralen Themenkomplexe, denen im Rahmen der Unternehmensbefragung insgesamt 21 Fragen (siehe Kapitel 4.2) zugeordnet sind:

- *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)*
- *Präsentismus-Verständnis*
- *Umgang mit Präsentismus*

Die Ergebnisse der Untersuchungen sollen – unter Einbeziehung der bereits gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse – als Grundlage des in Kapitel 5 dargestellten Ansatzes eines integrierten Betrieblichen Präsentismus-Managements (BPM) dienen und über diesen Ansatz (als Handlungsempfehlung für das Personalmanagement) in die betriebliche Praxis rückgespiegelt werden.

#### 4.1.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Angesichts der bereits in der wissenschaftlichen Literatur bestehenden Inkonsistenz und fehlenden theoretisch-konzeptionellen Übereinkunft zum Phänomen Präsentismus ist auch für eine Unternehmensbefragung grundsätzlich davon auszugehen, dass die Befragungsergebnisse ein ähnlich inkonsistentes Bild ergeben werden. Umso wichtiger erscheint es daher, Grundlagenforschung im Hinblick auf das in den Unternehmen vorherrschende Präsentismus-Verständnis zu betreiben, um das bislang diffuse Definitionsspektrum zu reduzieren und langfristig einen inhaltlichen Referenzrahmen für etwaige Interventionsmaßnahmen und Handlungsempfehlungen zu schaffen.

Im Hinblick auf derartige Maßnahmen und Empfehlungen ist – unabhängig von den zu erwartenden Verständnisunterschieden – indes auch zu erwarten, dass einige Unternehmen bereits direkt oder indirekt steuernd auf Präsentismus in ihrer Belegschaft einwirken. Diese Ansätze sollen systematisch eruiert werden.

Darüber hinaus ist der Kontext der ergriffenen Maßnahmen und Interventionen von unmittelbarem Interesse, da dieser einerseits Aufschluss über die Integration der ergriffenen Maßnahmen in das BGM respektive die betriebliche Gesundheitspolitik geben und andererseits das Verständnis eines integrierten Präsentismus-Managements (siehe Kapitel 5) fördern kann. Insgesamt ist – entsprechend dem erst seit wenigen Jahren geführten Präsentismuskurs – jedoch zu erwarten, dass bislang nur wenige Maßnahmen der Unternehmen im Umgang mit Präsentismus in einem übergeordneten unternehmensstrategischen oder gesundheitspolitischen Rahmen verankert sind.

Abgeleitet aus dem dargelegten Forschungsinteresse (siehe auch vorstehende Teilkapitel) und den aufgezeigten Forschungslücken zu Präsentismus lassen sich somit folgende Fragestellungen definieren, welche mit Hilfe der vorliegenden Studie untersucht und zu beantworten versucht werden sollen:

- F1. Welche **Bedeutung** hat das Thema Präsentismus für Unternehmen in Deutschland?*
- F2. Welches **Präsentismus-Verständnis** liegt in diesen Unternehmen vor?*
- F3. Wie schätzen die Unternehmen den mit Präsentismus verbundenen **Handlungs- und Interventionsbedarf** ein?*
- F4. Welche Ansätze verfolgen diese Unternehmen im **Umgang mit Präsentismus sowie kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern im Arbeitskontext**?*
- F5. Welche konkreten Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Präsentismus lassen sich daraus (auch für andere Arbeitgeber) ableiten?*



Über die unternehmensbezogenen Erkenntnisse dieser Untersuchung sowie die Erweiterung der theoretisch-konzeptionellen Basis zu Präsentismus hinaus geht es bei dieser Studie explizit auch darum, eine neue Perspektive einzunehmen, die es ermöglicht den Präsentismus-Diskurs um eine unternehmens- und branchenübergreifende Betrachtung und Analyse des Phänomens zu erweitern und damit einen Beitrag für einen ganzheitlicheren wissenschaftlichen Blick auf das Phänomen richten zu können.

#### **4.1.2 Studiendesign**

Zur Beantwortung der Forschungsfragen bietet es sich – in Anbetracht der bislang wenigen systematisch erhobenen und kaum generalisierbaren Daten zu Präsentismus in deutschen Unternehmen – an, ein querschnittlich angelegtes exploratives Studiendesign zu wählen.

Nach Bortz & Döring<sup>1099</sup> lassen sich hinsichtlich möglicher Explorationsansätze die folgenden vier Strategien unterscheiden:

- I. Theoriebasierte Exploration:** *Sie „leitet im Zuge einer systematischen Durchsicht und Analyse aus vorhandenen wissenschaftlichen und alltäglichen Theorien neue Hypothesen ab“.*
- II. Methodenbasierte Exploration:** *Sie „trägt dazu bei, die Verflechtung von Methoden und Erkenntnissen durch Vergleich und Variation der Methoden transparent zu machen“.*
- III. Empirisch-quantitative Exploration:** *Sie „trägt durch eine besondere Darstellung und Aufbereitung von quantitativen Daten dazu bei, bislang unberücksichtigte bzw. unentdeckte Muster und Regelläufigkeiten in Messwerten sichtbar zu machen“.*
- IV. Empirisch-qualitative Exploration:** *Sie „trägt durch besondere Darstellung und Aufbereitung von qualitativen Daten dazu bei, bislang vernachlässigte Phänomene, Wirkungszusammenhänge, Verläufe etc. erkennbar zu machen“.*

Da die zu beantwortenden Forschungsfragen zum einen bewusst offen gehalten sind, um möglichst vielfältige Erkenntnisse zur Rolle und Bedeutung von Präsentismus in den Unternehmen zu gewinnen, und zum anderen versucht werden soll, eventuelle Effekte oder prägnante Muster des Phänomens sichtbar zu machen, kommen für die Durchführung der Studie insbesondere die beiden letztgenannten Strategien in Betracht.

Und obwohl Bortz & Döring betonen, dass sich die Analyseverfahren der empirisch-qualitativen Exploration wesentlich von denen der empirisch-quantitativen Ex-

---

1099 (Bortz & Döring, 2006, S. 357ff.)

ploration unterscheiden<sup>1100</sup>, soll (zumindest) für die Datenerhebung eine Kombination beider Strategieansätze angewandt werden, um wesentliche Vorteile beider Ansätze (speziell die Strukturierungseffekte der numerischen Daten sowie der höheren Wahrscheinlichkeit auf Detailinformationen durch den offenen Charakter von qualitativen Daten) für die Untersuchung zu nutzen und so das Explorationsergebnis zu optimieren. Für die Realisierung der Studie soll daher ein empirisch-quantitativer Ansatz mit ergänzenden qualitativen Elementen gewählt werden.

Hinsichtlich der Datengewinnung für eine empirisch-quantitative Exploration besteht nach Bortz und Döring grundsätzlich die Möglichkeit der Nutzung bereits vorhandener Daten, der Datenbeschaffung durch Dritte sowie die Möglichkeit der eigenen Datenbeschaffung<sup>1101</sup>. Weil derzeit keine entsprechenden Datensätze existieren und Dritte in die Datenbeschaffung nicht involviert werden sollen, gilt es im Rahmen dieser Studie folglich eigene Daten zu erheben. Dabei unterscheiden sich die Erhebungsregeln grundsätzlich nicht von denen explanativer Untersuchungen<sup>1102</sup>.

Die Gewinnung der empirischen Daten soll anhand einer empirischen Feldstudie mittels Querschnittsdesigns und eines Messzeitpunkts erfolgen. Hierzu soll eine schriftliche Befragung (siehe Kapitel 4.1.4) von in Deutschland ansässigen Unternehmen, Organisationen und Behörden (siehe Kapitel 4.1.3) durchgeführt werden. Die Datenauswertung erfolgt anhand deskriptiver Verfahren (siehe Kapitel 4.1.5).

Die Explorationsergebnisse der Unternehmen fließen, unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes (siehe Kapitel 3) sowie generalisierbarer Erkenntnisse der Fallbeispiele (siehe Kapitel 5.1), in die Konzeption des Betrieblichen Präsentismus-Management-Konzeptes (siehe Kapitel 5.2) ein.

### 4.1.3 Stichprobe

Wie bereits dargelegt wurde, besteht das primäre Forschungsinteresse dieser Studie darin, Erkenntnisse bezüglich der Bedeutung, Probleme und betrieblichen Erfahrungswerte von (in Deutschland ansässigen) Unternehmen, Behörden und Organisationen im Umgang mit Präsentismus zu gewinnen. Folglich wäre es für die Konzeption der Untersuchung konsequent (und methodisch richtig), alle in Deutschland ansässigen Unternehmen, Behörden und Organisationen zur Grundgesamtheit (GG) zu zählen und mit diesen entweder eine Vollerhebung (also Befragung aller zur GG gehörenden Unternehmen, Behörden und Organisationen) durchzuführen oder hieraus eine repräsentative Stichprobe zu ziehen und diese zu befragen<sup>1103</sup>.

1100 Vgl. (Bortz & Döring, 2006, S. 358)

1101 Vgl. (Bortz & Döring, 2006, S. 369)

1102 Vgl. (Bortz & Döring, 2006, S. 371)

1103 Zu Auswahlverfahren siehe z.B.: (Häder & Häder, 2014); (Häder, 2015, S. 139ff.); (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 257ff.); (Bortz & Döring, 2006, S. 393ff.)

Berücksichtigt man jedoch, dass es in Deutschland gemäß Statistischem Bundesamt<sup>1104</sup> mehr als 3,66 Millionen (im Unternehmensregister eingetragene) Unternehmen gibt, von denen rund 334.000 Unternehmen mehr als 9 und 12.880 Unternehmen mindestens 250 Mitarbeiter beschäftigen, so wird deutlich, dass eine derart weit gefasste GG – einschließlich der noch zusätzlich zu berücksichtigen Behörden und Organisationen – praktisch kaum zu befragen wäre und den Rahmen dieser Arbeit um ein Vielfaches übersteigen würde. Hinzu kommt, dass es sich bei den Unternehmen nicht um Einzelpersonen, sondern Systeme handelt, in denen nur wenige Personen (wenn überhaupt) mit der Thematik Präsentismus und/oder BGM betraut sind und über die internen Hintergrundkenntnisse verfügen, die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevant sind. Anders als etwa bei Vorständen oder Prokuristen sind diese Personen dabei auch aus keinem Register zu entnehmen und müssen jeweils einzeln identifiziert werden.

Folglich muss festgehalten werden, dass (obwohl erstrebenswert) aufgrund der Größe und Komplexität der Population weder eine Vollerhebung realisiert noch eine repräsentative Stichprobe gebildet werden kann.<sup>1105</sup> Auch ist eine Inferenzstatistische Auswertung der gewonnenen Daten damit nicht mehr möglich (siehe Kapitel 4.1.6). Allerdings ist es auch nicht die Intention der vorliegenden Untersuchung, die gesamte Population repräsentativ zu beschreiben. Vielmehr geht es darum, explorative Erkenntnisse zu den Forschungsfragen zu gewinnen, sodass – aufgrund der speziellen Population (trotz methodischer Einschränkungen; siehe Kapitel 4.1.6) – eine „Auswahl nach dem Konzentrationsprinzip“<sup>1106</sup> für die Stichprobenziehung gewählt wird.

*Bei diesem Ansatz handelt es sich um ein „Bewusstes Auswahlverfahren“, bei dem eine „Auswahl derjenigen Fälle [erfolgt], bei denen ein interessierendes Merkmal so stark ausgeprägt ist, dass diese Fälle nahezu die gesamte Verteilung der Grundgesamtheit bestimmen“<sup>1107</sup>.*

Da es sich bei Präsentismus um ein primär gesundheitsbezogenes Phänomen von Mitarbeitern im Arbeitskontext handelt, ist der betriebliche Kontext, in dem das Phänomen inhaltlich einzuordnen ist, vordergründig in den Bereichen des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements* sowie des *Personalmanagements* zu suchen. Darüber hinaus ist hinsichtlich der Stichprobenauswahl – aufgrund des spezifischen gesundheitsbezogenen sowie personalpolitischen Charakters des Phänomens Präsentismus – davon auszugehen, dass insbesondere solche Unternehmen mit der Thematik Präsentismus vertraut sind und/oder bereits Programme, Maßnahmen oder Strategien hierzu entwickelt haben, die ohnehin bereits aktiv BGF/BGM betreiben und/oder sich in außergewöhnlichem Maße für die Gesundheit und das Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter engagieren. Folglich soll eine Konzentration der Befragung auf diese Unternehmen erfolgen.

1104 (Statistisches Bundesamt, 2014d)

1105 Eine Reduzierung der GG auf eine definierbare Teilpopulation (z. B. DAX-30-Unternehmen) wäre zwar denkbar, würde jedoch der Offenheit des explorativen Ansatzes entgegenstehen und Erkenntnisspektrum auf das finanzstarker Großkonzerne reduzieren, während KMUs beispielsweise unberücksichtigt blieben.

1106 Vgl. z.B. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 291ff.); (Häder, 2015, S. 175ff.)

1107 (Krug, Nourney & Schmidt, 1994) zit. n.: (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 293)

Die Identifizierung entsprechender Unternehmen erfolgte dabei einerseits über das Internet sowie andererseits über Publikationen, in denen das besondere Engagement von Unternehmen in den Bereichen Personalführung und/oder BGM/BGF zum Ausdruck kamen. Im Speziellen sind hierbei erfolgreiche Teilnahmen an gesundheitsbezogenen Auditierungen und Zertifizierungen (wie beispielsweise dem Deutschen Unternehmenspreis Gesundheit<sup>1108</sup>, dem Corporate Health Award<sup>1109</sup>, INQUA Gute Unternehmenspraxis<sup>1110</sup>, dem Hamburger Gesundheitspreis<sup>1111</sup> oder Deutschlands Beste Arbeitgeber) anzuführen<sup>1112</sup>.

Insgesamt wurde über diesen Ansatz eine Auswahl von 304 Unternehmen, Behörden und Organisationen in allen 16 Bundesländern Deutschlands generiert. Jeder dieser Datensätze ermöglicht für das entsprechende Unternehmen eine persönliche Kontaktierung des/eines für das Thema Gesundheit (bzw. BGM/BGF) zuständigen Mitarbeiters.

Eine detaillierte Aufschlüsselung der Teilnehmer an der Befragung erfolgt im Rahmen von Kapitel 4.3.1.

#### 4.1.4 Datenerhebung

Für die Erhebung der empirischen Daten wird die Methode einer selbstadministrierten und standardisierten *schriftlich-postalischen Befragung*<sup>1113</sup> gewählt.

Befragungen stellen ihrerseits eine Form der gesteuerten Kommunikation zwischen zwei oder mehreren Personen dar und gelten als das (am häufigsten angewandte) „Standardinstrument empirischer Sozialforschung“ und dienen primär der Erhebung von Fakten, Wissen, Meinungen, Einstellungen oder Bewertungen im sozialwissenschaftlichen Kontext<sup>1114</sup>.

Kategorisieren lassen sich sozialwissenschaftliche Befragungen über<sup>1115</sup>:

- Die Form der **Durchführung/Art der Kommunikation** (z. B. schriftlich, mündlich, telefonisch oder internetgestützt),
- den **Grad der Standardisierung/Strukturierung** (z. B. offen, teil- oder vollstrukturiert/-standardisiert) sowie über
- die **Anzahl der beteiligten Personen** (z. B. Einzel- und Gruppeninterview/-diskussion).

1108 (BKK Dachverband e.V., 2013)

1109 (EuPD Research Sustainable Management, 2013)

1110 (Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQUA), 2013)

1111 (Arbeit & Gesundheit e.V., 2013)

1112 (GPTW Deutschland, 2013)

1113 Vertiefend hierzu siehe z. B.: (Reuband, 2014); (Menold, 2015)

1114 Vgl. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 313ff.); (Häder, 2015, S. 189ff.); (Bortz & Döring, 2006, S. 236ff.)

1115 Vgl. ebd.

Da alle Befragungsformen Vor- und Nachteile aufweisen, gilt es für jede Untersuchung eine (auf die Fragestellungen und Rahmenbedingungen bezogene) Abwägung der bestgeeignetsten Methode vorzunehmen. Für die vorliegende Studie ergab dies die Methode der standardisierten schriftlich-postalischen Befragung.

Die wesentlichen Vorteile der schriftlichen Befragung liegen gegenüber einer mündlichen in einem höheren Grad an Anonymität der Befragten (was sich mutmaßlich förderlich auf die Bereitschaft zu ehrlichen Angaben und einer gründlicheren Auseinandersetzung mit der erfragten Thematik auswirkt) sowie niedrigerer Durchführungskosten (aufgrund eines geringeren personellen und organisatorischen Aufwands) – verglichen mit der gleichen Zahl an face-to-face- oder telefonischen Befragungen<sup>1116</sup>. Weitere Vorteile<sup>1117</sup>, die mit einer schriftlich-postalischen Befragung assoziiert werden, sind die Erwartung, dass annähernd alle (korrekt in der Adresskartei erfassten) Zielpersonen erreicht werden, die Motivation zur Teilnahme höher sei, weil der Befragungszeitpunkt durch den Befragten selbst bestimmt werden könne und der empfundene Beantwortungsdruck gegenüber einer Interviewsituation weg falle sowie Interviewerfehler vermieden würden. Ebenso sei durch die Abwesenheit eines Interviewers mit einer Reduzierung sozialer Erwünschtheitseffekte zu rechnen.

In Anlehnung an Porst stellt Häder in Tabelle 4.1.4 eine vergleichende Gegenüberstellung der drei wichtigsten Befragungstechniken auf:

	<i>telefonisch</i>	<i>persönlich-mündlich</i>	<i>schriftlich</i>
Kosten	mittel	hoch, bis sehr hoch	niedrig bis mittel
Stichprobengröße	groß	mittel	sehr groß
Ablaufsteuerung	sehr hoch (CATI)	mittel	keine
Datengenauigkeit, Robustheit gegenüber Fehlern	hoch	mittel	mittel bis klein
Interviewerfehlereinfluss	mittel	hoch	keiner
Anonymität	mittel bis hoch	mittel bis gering	hoch
Stichprobe	teilweise beschränkt	ohne Beschränkung	beschränkt, Adressenpool nötig
Fragebogenkomplexität	gering	hoch	gering
Ausschöpfung	schwierig zu ermitteln	mittel	mittel bis gering
Länge der Befragung	mittel bis lang	lang	kurz bis mittel

**Tabelle 4.1.4:** *Befragungstechniken im technisch-methodischen Vergleich (nach Häder)*<sup>1118</sup>

1116 Vgl. (Bortz & Döring, 2006, S. 237); (Bortz & Döring, 2006, S. 252ff.)

1117 Vgl. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 351); (Reuband, 2014, S. 648)

1118 (Häder, 2015, S. 195)

Im Hinblick auf die Entscheidung für eine schriftlich-postalische Befragung macht diese Gegenüberstellung zusammenfassend deutlich, dass eine persönliche oder fernmündliche Befragung nicht nur mit deutlich höheren Kosten verbunden wäre, sondern zugleich auch das Risiko eines Qualitätsverlusts in Bezug auf die soziale Beeinflussung der Befragten (etwa durch den Effekt der sozialen Erwünschtheit und die geringere Anonymität) zu erwarten wäre.

Neben den aufgeführten Vorteilen der schriftlich-postalischen Befragung weist die gewählte Methode gegenüber mündlichen Erhebungstechniken allerdings auch potenzielle Nachteile auf. So ist offensichtlich, dass diese Erhebungsmethode die Möglichkeit, spontane Antworten zu erfassen, weitgehend negiert. Auch ist grundsätzlich mit einer vergleichsweise höheren Ausfallquote zu rechnen. Die Abwesenheit des Interviewers und die damit ausbleibende Unterstützung bei der Beantwortung der Fragen birgt außerdem ein höheres Risiko von Verständnisschwierigkeiten. Beispielsweise können missverständlich formulierte Fragen zu Schwierigkeiten führen oder sogenannte „Bildungs-Bias“<sup>1119</sup> Zielpersonen von der Teilnahme abhalten oder die Antworten verzerren<sup>1120</sup>. Auch können interkulturelle oder emotionale Verständnisschwierigkeiten zu einer Stichprobenverzerrung führen oder die Abwesenheit eines Interviewers die Motivation zur Teilnahme und damit die Rücklaufquote negativ beeinflussen.<sup>1121</sup> Insgesamt lassen sich diese Risiken im Rahmen der vorliegenden Studie aber deutlich reduzieren, indem sie zum einen unmittelbar in die Fragebogenkonstruktion einbezogen werden und zum anderen zielgruppenbezogene Pretests durchgeführt werden. Die relativ homogene Zusammensetzung der Stichprobe erlaubt es darüber hinaus, den Einfluss von Bildungs-Bias zu vernachlässigen.

Ein anderer Nachteil der schriftlich-postalischen Befragung liegt in der fehlenden Kontrolle der Datenerhebungssituation. So bleibt unter Umständen unklar, wer den Fragebogen tatsächlich ausfüllt und inwieweit externe Einflüsse auf die Beantwortung einwirken<sup>1122</sup>. Grundsätzlich kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass der Fragebogen durch eine andere (als die eigentliche Zielperson) ausgefüllt und hierdurch die Interpretation der Ergebnisse beeinträchtigt wird. Während Reuband<sup>1123</sup> dieses Problem insgesamt jedoch als eher „zu vernachlässigen“ und „relativ selten“ betrachtet, tritt die Problematik nach Schnell et al.<sup>1124</sup> in „gravierendem Umfang“ bei Betriebsbefragungen und in der öffentlichen Verwaltung auf, wodurch eine Unterscheidung von der individuellen Meinung der Antwortgebenden kaum mehr möglich ist.

Demzufolge ist es für die Konzeption und Durchführung der Befragung wichtig, die gewünschten Zielpersonen zu motivieren, sich selbst an der Befragung zu beteiligen.

1119 „Personen mit niedrigem Bildungsniveau wird in der Literatur unterstellt, dass sie größere Schwierigkeiten haben, einen Fragebogen zu beantworten und daher seltener teilnehmen als bei face-to-face- und telefonischen Befragungen“ (Reuband, 2014, S. 649).

1120 Vgl. (Reuband, 2014, S. 649)

1121 Vgl. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 351f.); (Reuband, 2014, S. 649)

1122 Vgl. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 351f.); (Häder, 2015, S. 193)

1123 Vgl. (Reuband, 2014, S. 649)

1124 Vgl. (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 352)

Hierzu bietet sich eine Orientierung an der „*Leverage-Salience-Theorie*“<sup>1125</sup> nach Groves, Singer & Corning<sup>1126</sup> an, die besagt, dass unterschiedliche Befragungsaspekte den verschiedenen Zielgruppen mehr oder weniger wichtig sind (Leverage/Hebel) und im Rahmen der Befragung unterschiedlich sichtbar (salient) gemacht werden können. Durch die Interaktion von Leverage und Salienz lässt sich das Interesse der Zielperson ansprechen und so dessen Teilnahmebereitschaft erhöhen – gleiches gilt im Umkehrschluss für wahrgenommene (saliente) Kosten, die die Bereitschaft zur Teilnahme reduzieren können<sup>1127</sup> (siehe auch Anlage 4.1.4). Da es sich bei den Zielpersonen der Studie jedoch ausschließlich um Akteure mit Bezug zum Personal- und/oder Betrieblichen Gesundheitsmanagement handelt – denen ein grundsätzliches Interesse an der Befragungsthematik unterstellt werden kann – gilt es speziell dieses Interesse gezielt anzusprechen und zugleich deutlich auf die nur geringen subjektiven Kosten hinzuweisen, die mit der Teilnahme für die Zielperson einhergehen. So trägt bereits die Bezeichnung „*Kurzbefragung Präsentismus & Betriebliches Gesundheitsmanagement*“ dieser Intention Rechnung, ohne dabei ausschließlich das Thema Präsentismus in den Vordergrund zu stellen.

Trotz erheblichem Aufwand wird es aber diesbezüglich erforderlich sein, eine Adressdatenbank zu generieren, die ein personifiziertes Anschreiben exakt derjenigen Zielpersonen gewährleistet, die an der Befragung teilnehmen sollen. Auch gilt es im Fragebogen auf die hohe Relevanz der persönlichen Beantwortung sowie die Einhaltung der unternehmensbezogenen Perspektive bei der Beantwortung ausdrücklich hinzuweisen, um Antwortverzerrungen zu vermeiden. Zugleich dürfte der Aufwand für die ausgeprägte Personifizierung des Verfahrens die Rücklaufquote der Befragung aber deutlich positiv beeinflussen.

Um die Datenerhebung darüber hinaus nicht nur punktuell, sondern als Gesamtprozess systematisch zu optimieren und einen möglichst hohen Rücklauf der Fragebögen zu generieren, soll die Erhebung der Daten angelehnt an Don Dillmans Ansatz der „*Total-Design-Method*“ (TDM; später weiterentwickelt zur „*Tailored Design Method*“)<sup>1128</sup> erfolgen (siehe Kapitel 4.2)<sup>1129</sup>.

Die Operationalisierung und Darstellung des eingesetzten Fragebogens erfolgt gesondert in Kapitel 4.2.2.

1125 Vertiefend s. z. B.: (Proner, 2011, S. 65ff.); (Messingschlager, 2011, S. 116ff.); (Menold, 2015, S. 2f.)

1126 (Groves, Singer, & Corning, 2000)

1127 Vgl. (Menold, 2015, S. 2)

1128 (Dillman, 1978); (Dillman, 1991, S. 233ff.); (Dillman, 2007, S. 9ff.); (Dillman, Smyth, & Christian, 2014)

1129 Vertiefend s. z.B.: (Häder, 2015, S. 243ff.); (Reuband, 2014, S. 645ff.); (Menold, 2015, S. 4ff.); (Schnell, Hill, & Esser, 2011, S. 352ff.); (Hippler, 1985); (Thoma & Zimmermann, 1996); (Brake, 2009, S. 395ff.)

#### 4.1.5 Datenauswertung

Zur Auswertung der empirischen Daten werden die zurückerhaltenen Fragebögen zunächst über eine webbasierte Softwarelösung (zur Organisation, Durchführung und Auswertung von Online-Befragungen) in eine inhaltsgleiche digitale Version des Fragebogens überführt, um in einem weiteren Schritt ausgewertet zu werden (siehe Kapitel 4.3).

Aufgrund der explorativen Grundausrichtung dieser Studie und der besonderen Stichprobencharakteristik (siehe Kapitel 4.1.3), die eine umfassende inferenzstatistische Auswertung ausschließt, erfolgt die Datenauswertung dabei mittels deskriptivstatistischer Analyseverfahren. Hierbei stehen in erster Linie Häufigkeitsverteilungen und Mittelwertanalysen im Schwerpunkt, um eventuelle Effekte oder prägnante Muster hinsichtlich der drei zentralen Fragenkomplexe (BGM, Präsentismus-Verständnis und den Umgang mit Präsentismus) sichtbar zu machen.

Die Auswertung offener Fragen und qualitative Daten erfolgt über eine semantische Kategorisierung und Zusammenfassung der Datensätze. Je nach Art der Frage lassen sich so auch für diese Antworttypen eindimensionale Häufigkeitsverteilungen aufzeigen. Zugleich ist es über eine Auflistung der Einzelantworten weiterhin möglich eine inhaltliche Auswertung und Analyse der individuellen Antworten vorzunehmen.

#### 4.1.6 Methodische Einschränkungen

In der Gesamtbetrachtung der Studie ist die primäre methodische Einschränkung der Untersuchung im bewussten Auswahlverfahren der Stichprobe und dem damit einhergehenden Verzicht inferenzstatistischer Analysen zu sehen.

Wie die vorstehenden Ausführungen hierzu bereits aufgezeigt haben, ist das gewählte Studiendesign nicht geeignet, um Daten zu generieren, die eine repräsentative Beschreibung der Gesamtpopulation (aller in Deutschland ansässigen Unternehmen, Behörden und Organisationen) aufzeigen oder die Analyse von generalisierbaren Kausalzusammenhängen ermöglichen. Eine derart umfangreiche Befragung mehrerer zehntausend Adressaten, bei der für jedes Unternehmen außerdem ein geeigneter Befragungsteilnehmer persönlich identifiziert werden müsste, würde den Rahmen dieser Arbeit bei Weitem sprengen.

Ebenso wurde aber auch verschiedentlich aufgezeigt, dass das wissenschaftliche Ziel dieser Studie nicht in einer vollständigen Populationsbeschreibung aller Unternehmen, Behörden oder Organisationen Deutschlands liegt, sondern darin besteht, explorative Erkenntnisse von solchen Unternehmen zu gewinnen, die sich bereits der Thematik BGM und/oder Präsentismus angenommen haben und somit über praktische Erfahrungswerte hinsichtlich des Forschungsgegenstandes verfügen.



Dennoch wurde bei der Stichprobenbildung systematisch versucht, ein möglichst heterogenes Spektrum an Unternehmen hinsichtlich Branche, Region, Unternehmensgröße und Gesellschaftsform sowie den Anteil dort primär körperlich tätiger Mitarbeiter abzubilden. Damit ist hinsichtlich der Studienergebnisse zwar keine Repräsentativität und Generalisierbarkeit gegeben, wohl aber lässt sich – unter Berücksichtigung der Merkmale der teilnehmenden Unternehmen (siehe Kapitel 4.3) – von einer hohen Übertragbarkeit der Ergebnisse auf solche Unternehmen ausgehen, die sich ebenfalls aktiv der Thematik BGM/BGF angenommen haben.

## 4.2 Durchführung der Befragung

Wie (in Kapitel 4.1.4) bereits dargelegt wurde, sollte die Konzeption und Durchführung der Unternehmensbefragung an das theoretische Modell Don Dillmans der *‘Total Design Method’* (TDM) ausgerichtet werden, um sowohl die Qualität als auch die Teilnahmequote der Befragung systematisch zu optimieren. Ebenso wurde die *‘Leverage-Salience-Theorie’* konzeptionell einbezogen.

Die Grundidee der TDM – die sich an die Theorien des sozialen Austauschs<sup>1130</sup> (social exchange theory) anlehnt<sup>1131</sup> – liegt sinngemäß in einer ganzheitlichen, vertrauensvollen und zugleich rationalen Herangehensweise und Ausgestaltung des Befragungsprozesses. *‘Ganzheitlich’* bezieht sich dabei auf eine möglichst optimale Interaktion aller Teilaspekte der Befragung zueinander. *‘Vertrauensvoll’* bezieht sich auf das Verhältnis zwischen Verantwortlichen und Zielpersonen der Befragung. Und *‘rational’* bezieht sich auf die – an die soziale austauschtheoretische – Idee eines Kosten-Nutzen-Kalküls, welches die Zielpersonen der Entscheidung zur Teilnahme an der Befragung zugrunde legen<sup>1132</sup>.

Nach Dillman<sup>1133</sup> wird eine Person dann am wahrscheinlichsten an einer Befragung teilnehmen, wenn der zu erwartende Nutzen/die Belohnung (*‘Reward’*) einer Teilnahme die Kosten (*‘Costs’*) übersteigt. Folglich ist es entscheidend, die *Kosten* für die Teilnehmer so gering wie möglich zu halten und zugleich den *Nutzen* und das *Vertrauensverhältnis* möglichst groß zu gestalten. Kosten und Nutzen werden hierbei nicht über monetäre Gesichtspunkte bewertet, sondern anhand des individuellen/subjektiven Aufwandes hinsichtlich Zeit und Mühe beziehungsweise der persönlichen Bereicherung und Sinnhaftigkeit, die sich für die befragte Person aus der Befragung ableiten lässt<sup>1134</sup>.

1130 Vertiefend hierzu siehe z.B. (Stock-Homburg, 2013a, S. 59ff.); (Aronson, Wilson, & Akert, 2005, S. 373f.)

1131 Vgl. (Dillman, 1991, S. 233); (Dillman, 2007, S. 9ff.). *Dillman bezog sich hierbei ursprünglich auf:* (Blau, 1964); (Homans, 1961); (Thibaut & Kelley, 1959)

1132 Vgl. (Häder, 2015, S. 243f.)

1133 Vgl. (Dillman, 1991)

1134 Zu Ansätzen zur Schaffung von Vertrauen, Steigerung des Nutzens/Belohnung und Reduzierung der Kosten siehe vertiefend: (Dillman, 2007, S. 27)

Dillmann führt darüber hinaus sehr detailliert auf, welche Maßnahmen und Schritte in den jeweiligen Phasen der Konzeption und Durchführung der Befragung ergriffen und berücksichtigt werden sollen, um Vertrauen zu schaffen, die Kosten zu senken und den Nutzen für die Befragten zu maximieren und dadurch einen maximalen Rücklauf zu erzielen (siehe auch Anlage 4.2).

Bezieht man darüber hinaus die Grundüberlegungen der Leverage-Salience-Theorie mit ein (siehe Kapitel 4.1.4 sowie Anlage 4.2), so lässt sich durch das gezielte Hervorheben und Gewichten von Designelementen – die von den Zielpersonen als positiv respektive wichtig bewertet werden – die Teilnahmebereitschaft zusätzlich steigern.

#### 4.2.1 Durchführung

Die Durchführung der schriftlich-postalischen Befragung erfolgte im November und Dezember 2013, nachdem (wie in Kapitel 4.1.4 beschrieben) in den Monaten zuvor bereits mehr als dreihundert Unternehmen, Behörden und Organisationen einschließlich Ansprechpartner identifiziert worden waren, die den Auswahlkriterien entsprachen und in die Stichprobe aufgenommen werden konnten. Insgesamt wurden so insgesamt 304 Unternehmen postalisch angeschrieben und um die Teilnahme an der Befragung gebeten.

Die versandten Befragungsunterlagen umfassten jeweils den *broschierten Fragebogen* (siehe Kapitel und Anlage 4.2.2) sowie ein *offizielles und personalisiertes Anschreiben* (siehe Anlage 4.2.1), welches kurz und prägnant über Inhalt, Ziele und Hintergründe der bundesweiten Unternehmensbefragung informierte. Zugleich wurde den Zielperson aufgezeigt, dass sie zur Beantwortung des Fragebogens nur wenig Zeit (ca. 10 bis 15 Minuten) benötigen werden und ihre Daten und Antworten natürlich absolut anonym und vertraulich behandelt werden. Darüber hinaus wurde dem Paket ein bereits frankierter und an die Helmut-Schmidt-Universität adressierter (hervorstechend gelber) Rückumschlag beigelegt, um auch die Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens für die Teilnehmer so unkompliziert wie möglich zu gestalten.

Zeitlich war die Befragung auf rund sechs Wochen ausgerichtet und wurde bewusst so terminiert, dass der Befragungszeitraum mit der letzten vollen Arbeitswoche vor den Weihnachtsfeiertagen abschloss. Mit diesem Zeitraum war die Erwartungshaltung verbunden, dass die Zielpersonen gegen Ende des Arbeitsjahres tendenziell einer geringeren Arbeitsbelastung ausgesetzt sind (als beispielsweise zum Jahresbeginn, wo häufig neue Projekte und Vorhaben angestoßen werden) und zugleich sollte mit dem letzten Freitag vor Weihnachten ein markanter Meilenstein mit starkem Erinnerungswert gewählt werden, um die Rücklaufquote zu steigern. Anders als die TDM dies vorsieht, wurde zu den Zielpersonen (neben der Zusendung des umfassenden Befragungssets) aus organisatorischen Gründen keine weitere Kontaktaufnahme hergestellt. Vielmehr wurde versucht, unter Einbeziehung der TDM und der Leverage-Salience-Theorie (sie-

he oben) eine möglichst hohe Erstausschöpfungsquote zu erzielen – was angesichts der hohen Rücklaufquote (siehe Kapitel 4.2.3) auch gelang.

Allen Befragten wurde abschließend herzlich gedankt und selbstverständlich angeboten, auf Wunsch eine Auswertung der Befragungsergebnisse zuzusenden, um ihnen einen individuellen Vergleich mit den anderen Befragungsteilnehmern zu ermöglichen.

#### 4.2.2 Erhebungsinstrument

Zur Erhebung der Daten wurde für die Unternehmensbefragung ein selbstentwickelter Fragebogen mit insgesamt 21 offenen und geschlossenen Fragen eingesetzt (siehe Anlage 4.2.2). Der inhaltliche Rahmen des Erhebungsinstruments leitete sich – entsprechend der Zielsetzung und Fragestellungen der Studie – dabei unmittelbar aus den in Kapitel 4.1 beschriebenen Themenkomplexen *BGM*, *Präsentismus-Verständnis* und den *Umgang mit Präsentismus* ab.

Hinsichtlich Konzeption und Aufbau des Fragebogens wurden viele Designvorschläge der TDM in die Fragebogenkonstruktion aufgenommen. So wurde etwa ein visuell ansprechendes und einheitliches Design im Booklet/Broschüren-Format gewählt, welches eine hohe Übersichtlichkeit und einfache Handhabung (also geringe Kosten für die Befragten) bei der Bearbeitung gewährleistet. Auch sind die Fragen möglichst kurz gehalten, bauen inhaltlich aufeinander auf und behandeln die drei zentralen Themenkomplexe jeweils weitgehend geschlossen.

Die Erfassung *unternehmensbezogener Daten* wurde auf das erforderliche Mindestmaß (von vier Fragen) reduziert. Anders als in der TDM etwa für demografische Fragen vorgesehen, wurden diese jedoch nicht ans Ende der Befragung gestellt, sondern unmittelbar an den Anfang positioniert, um in der Gesamtbetrachtung der Befragung einen besseren Fluss zu erzeugen. So behandeln die *Fragen 1 bis 4* die Branche und Mitarbeiterzahl des Unternehmens, den Anteil überwiegend körperlich tätiger Beschäftigter sowie die eigene Position der antwortgebenden Person (siehe Anlage 4.2.2.b).

Der Themenkomplex *Betriebliches Gesundheitsmanagement* umfasst insgesamt sechs Fragen (siehe Anlage 4.2.2.b-d). Hierbei ist im Hinblick auf das Phänomen Präsentismus und den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Beschäftigten insbesondere der *strukturelle Rahmen* und die *Zuständigkeiten* für entsprechende Aktivitäten von Interesse (Fragen 5 & 6). Auch werden die angebotenen Maßnahmen und *gesundheitsbezogenen Daten*, die im Rahmen des BGM/BGF erhoben und analysiert werden, erfasst (Fragen 7 & 8). Darüber hinaus wird der *Handlungsbedarf* eruiert, den die Unternehmen hinsichtlich verschiedener Sachverhalte des Personal-/Gesundheitsmanagements erkennen und es wird die betriebliche Relevanz der *DIN SPEC 91020* für das Unternehmen erfragt (Fragen 9 & 10).

Die Fragen 11 bis 14 befassen sich mit dem *Verständnis und der Bedeutung des Phänomens Präsentismus* für das jeweilige Unternehmen (siehe Anlage 4.2.2.d-e). Hierbei gilt es grundsätzlich zu erfassen, welchem Definitionsverständnis von Präsentismus die Befragten folgen (Fragen 11 & 12) und inwieweit das Thema im Unternehmen gegenwärtig Berücksichtigung findet (Frage 13). Darüber hinaus werden die Herausforderungen und Probleme hinsichtlich verschiedener Krankheitsgruppen sowie Produktivitätsverlusten erfasst (Frage 14).

Der letzte Fragenkomplex erfasst den betrieblichen *Umgang mit Präsentismus* (siehe Anlage 4.2.2.e-g). Hierbei werden die Unternehmen zunächst über eine Hybridfrage gefragt, ob und wenn ja welche Regelungen es bereits zum Umgang mit akut erkrankten und nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz gibt (Frage 15). Es folgen vier Fragen zum direkten und indirekten Umgang mit Präsentismus (Fragen 16 bis 19). Die beiden letzten Fragen befassen sich mit der bewerteten Wirksamkeit der angewandten Maßnahmen zu Präsentismus (Frage 20) sowie der Bewertung externer Kooperationspartner bezüglich ihrer Unterstützung bei der Integration/Betreuung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter.

Vor der Feldphase wurde der gesamte Fragebogen einem Pretest sowie Plausibilitäts-Check durch potenzielle Zielpersonen der Befragung (aus dem Personal- und Gesundheitsmanagement) sowie wissenschaftlichen Mitarbeitern unterzogen<sup>1135</sup> und entsprechend dieser Ergebnisse modifiziert, um etwa Fehler, Missverständnisse oder doppeldeutige Formulierungen für die Feldphase zu vermeiden und ein ansprechendes Design sowie eine gute Handhabbarkeit sicherzustellen.

### 4.2.3 Rücklauf und Akzeptanz

Insgesamt wurden im Rahmen der Kurzbefragung „Präsentismus & Betriebliches Gesundheitsmanagement“ im November 2013 bundesweit 304 Unternehmen, Behörden und Organisationen angeschrieben. Bis Ende Dezember wurden durch diese insgesamt 126 ausgefüllte Fragebögen an die Helmut-Schmidt-Universität nach Hamburg zurückgeschickt. Dieser Rücklauf entspricht einer Rücklaufquote von 41,45 Prozent.

Von den 126 zurückgesendeten Fragebögen konnten 125 in die Auswertung einfließen. Ein Fragebogen blieb unberücksichtigt, da es sich nicht um das versendete Original (Farb-Broschüre), sondern um eine Schwarzweiß-Kopie eines Fragebogens handelte.<sup>1136</sup>

Vergleicht man die Ausschöpfungsquote von über 41 Prozent mit denen anderer schriftlich-postalischer Befragungen, so lässt sich grundsätzlich ein gutes Rücklaufergebnis konstatieren. Und obwohl ein Vergleich mit anderen Studien aufgrund der Besonder-

<sup>1135</sup> Denen ich an dieser Stelle herzlich für ihre Unterstützung und ihr konstruktives Feedback danken möchte!

<sup>1136</sup> Um etwaige Doppelteilnahmen von Unternehmen zu vermeiden wurden ausschließlich die mehrfarbigen und broschierten Originalfragebögen für die Auswertung berücksichtigt.

heit der Stichprobe nur bedingt gezogen werden kann, so schwanken die Rücklaufquoten postalischer Befragungen in der Literatur zwischen 10 und 90 Prozent<sup>1137</sup>. Dillman spricht bei konsequenter Umsetzung der Vorgaben seiner TDM von Rücklaufquoten bis zu 60 bis 80 Prozent für homogene Befragungsgruppen<sup>1138</sup>, wenngleich Reuband relativierend betont, dass die Ausschöpfungsquoten postalischer Befragungen (insbesondere der Allgemeinbevölkerung) inzwischen gesunken, jedoch Werte von 50 bis 60 Prozent durchaus noch möglich seien<sup>1139</sup>. Bortz & Döring betonen in diesem Zusammenhang, dass sich die höchsten Rücklaufquoten erzielen lassen, wenn es sich – wie in für die vorliegende Studie zutreffend – um eine homogene Teilpopulation handelt, für die der Umgang mit schriftlichen Texten nichts Ungewöhnliches darstellt<sup>1140</sup>.

Berücksichtigt man darüber hinaus, dass die 41,45 Prozent Ausschöpfung bereits mit der ersten Kontaktaufnahme erreicht werden konnte, so ist neben methodischen Gründen (geringe Kosten für die Zielperson; siehe Kapitel 4.2) und der homogenen Zusammensetzung der Stichprobe auch davon auszugehen, dass das Thema der Befragung für die Unternehmen aktuell von Interesse ist. Auch in der Literatur ist dieser positive Kausalzusammenhang zwischen dem Interesse am Thema und der Beteiligung häufig beschrieben<sup>1141</sup>.

Ein weiteres Indiz für die Akzeptanz und das Interesse an der Befragung lässt sich aus dem Feedback an den Leiter der Studie ableiten. Obwohl es sich um eine anonyme Befragung handelt, waren zahlreiche Antworten und Fragebögen mit Absender versehen und weit mehr als 30 befragte Unternehmen nahmen per Email Kontakt zum Studienleiter auf, um weitere Informationen oder Studienergebnisse zu erhalten.

## 4.3 Deskriptive Analyse und Ergebnisse

In den nachfolgenden Teilkapiteln werden die wichtigsten Ergebnisse der Unternehmenskurzbefragung zusammengefasst und analysiert.<sup>1142</sup>

### 4.3.1 Merkmale der Befragungsteilnehmer

Mit der Befragung wurde versucht (siehe Kapitel 4.1.4), ein möglichst breites und heterogenes Spektrum unterschiedlicher Unternehmen, Organisationen und Behörden zu befragen.

1137 Vgl. (Wieken, 1974) zit. n.: (Bortz & Döring, 2006, S. 256ff.)

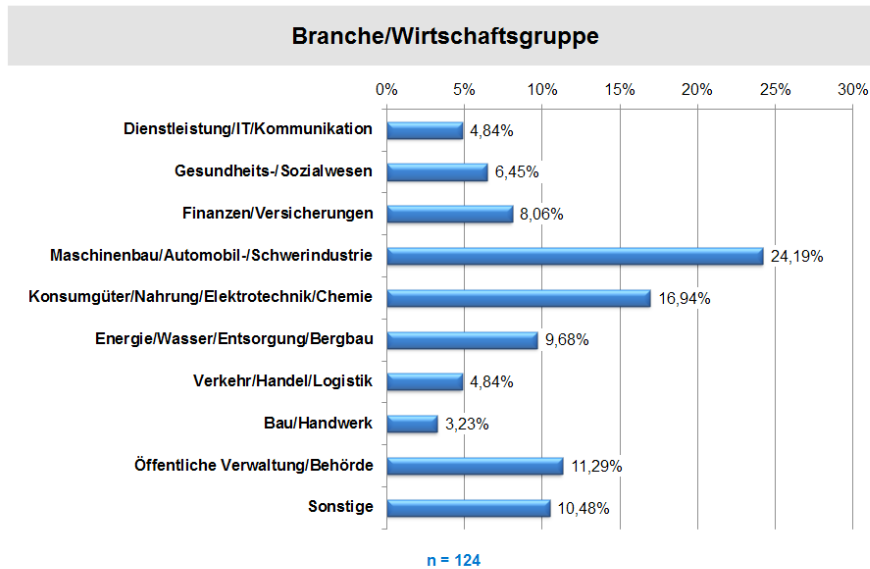
1138 Vgl. (Dillman, 1991, S. 234)

1139 Vgl. (Reuband, 2014, S. 646f.)

1140 Vgl. (Bortz & Döring, 2006, S. 256f.)

1141 Vgl. z. B.: (Reuband, 2014, S. 646f.); (Bortz & Döring, 2006, S. 257); (Dillman, 2007, S. 16f.); (Groves, Singer, & Corning, 2000)

1142 In Ergänzung der Ergebnisse siehe Anlage 4.3

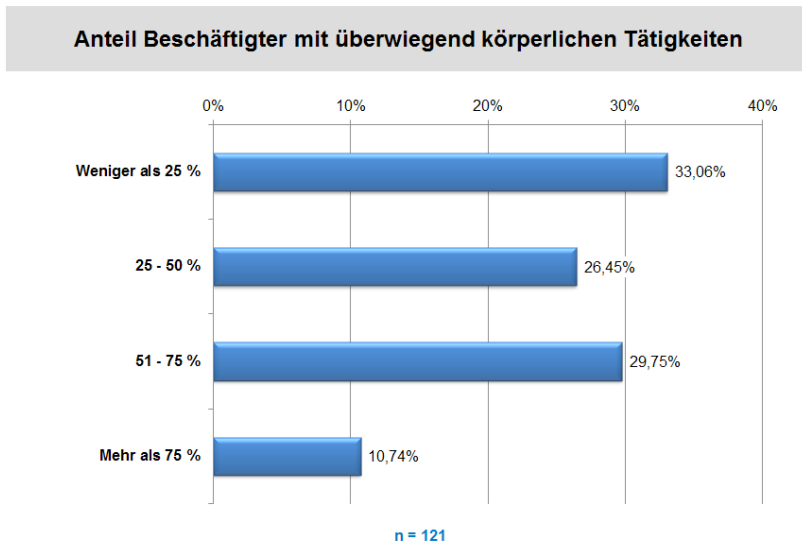


**Abbildung 4.3.1.a:** *Branche/Wirtschaftsgruppe der Befragten*

Wie Abbildung 4.3.1.a zeigt, nahmen Unternehmen aller aufgeführten Branchen an der Befragung teil. Besonders stark repräsentiert sind Industrieunternehmen verschiedener Branchen (mit 24,19 und 16,94 Prozent), gefolgt von der Kategorie „Öffentliche Verwaltung/Behörde“ (mit 11,29 Prozent).

Bis auf eine Ausnahme haben alle befragten Unternehmen mehr als 50 Mitarbeiter. Davon beschäftigen 19,20 Prozent der Unternehmen 51 bis 500 Mitarbeiter, 11,2 Prozent zwischen 501 und 1.000 Mitarbeiter sowie jeweils 34,14 Prozent zwischen 1.001 und 5.000 oder mehr als 5.000 Mitarbeiter (siehe Anlage 4.3.1).

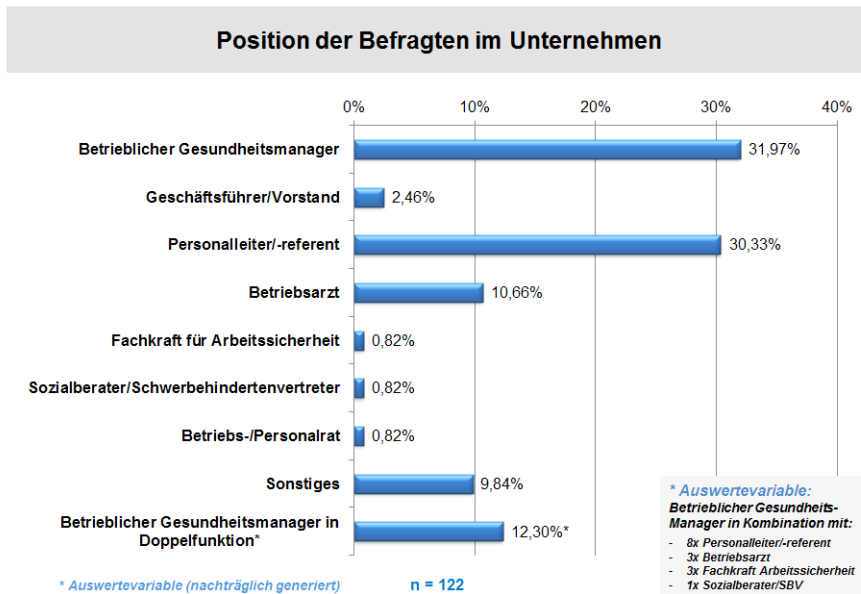
Hinsichtlich des Anteils überwiegend körperlich tätiger Mitarbeiter ergibt sich folgendes Bild (siehe Abbildung 4.3.1.b):



**Abbildung 4.3.1.b:** Anteil der überwiegend körperlich tätigen Beschäftigten

So liegt der Anteil überwiegend körperlich arbeitender Beschäftigter bei einem Drittel der befragten Unternehmen (33,06 Prozent) unter 25 Prozent. Bei rund einem Viertel (26,45 Prozent) liegt dieser Beschäftigtenanteil zwischen 25 und 50 Prozent. Bei etwa 40 Prozent der Befragten ist mehr als die Hälfte der Belegschaft überwiegend körperlich tätig, wobei dieser Anteil bei 29,75 Prozent aller befragten Unternehmen zwischen 51 und 75 Prozent liegt und für 10,74 Prozent auf mehr als drei Viertel aller Beschäftigten zutrifft.

Wie Abbildung 4.3.1.c darüber hinaus aufzeigt, ist die große Mehrheit der Personen, die für ihr Unternehmen an der Befragung teilgenommen haben, dort primär im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beziehungsweise des Personalmanagements tätig – wie dieses entsprechend der Stichprobencharakteristik und Datenerhebung (siehe Kapitel 4.1.3/4) erwartet werden konnte.



**Abbildung 4.3.1.c:** Position (Hauptfunktion) der Befragten im Unternehmen

Diesbezüglich geben 31,97 Prozent der Befragten an, in Hauptfunktion als Betrieblicher Gesundheitsmanager sowie 30,33 Prozent als Personalleiter/-referent tätig zu sein. 10,66 Prozent der Befragten sind Betriebsärzte.

Darüber hinaus geben 12,30 Prozent der Befragten an, in Hauptfunktion sowohl die Position des Betrieblichen Gesundheitsmanagers als auch eine weitere zu bekleiden. Und wenngleich in der Theorie grundsätzlich nur eine Hauptfunktion möglich ist, scheinen diese Personen in der betrieblichen Praxis eine gesplittete Position zu bekleiden, die ihnen eine eindimensionale Zuordnung nicht ermöglicht. Um diese (nicht unerhebliche Zahl an) Befragten in Doppelfunktion dennoch zu berücksichtigen, wurde hierzu nachträglich eine Auswertvariable generiert (siehe Aufschlüsselung).

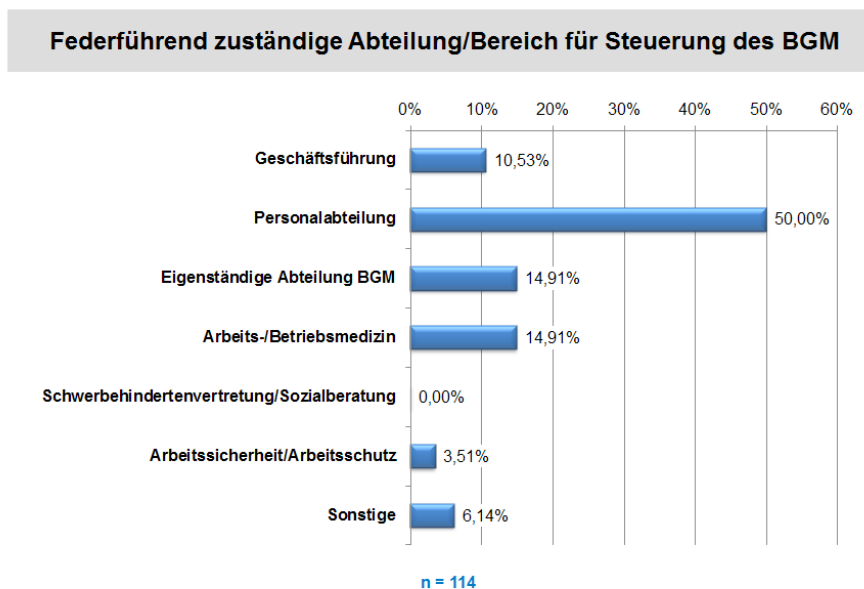
#### 4.3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Von den 125 befragten Unternehmen geben 106 (84,80 Prozent) an, ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement zu betreiben (siehe Anlage 4.3.2.1). Weitere 14,40 Prozent sagen aus, dass sich ihr Unternehmen gegenwärtig in der Planung oder Vorbereitung eines BGM befindet, sodass die Stichprobe – in Übereinstimmung mit der explorativen Intention der Studie – nahezu ausschließlich aus Unternehmen besteht, die sich bereits aktiv und/oder konstruktiv im Bereich BGM betätigen. Lediglich ein befragtes Unternehmen gibt an, kein systematisches BGM zu betreiben oder dieses konkret zu planen. Über eine Filterfunktion war dieser Datensatz von den beiden nach-



folgenden Fragen ausgeschlossen, um hierdurch keine Antwortverzerrungen zu generieren.

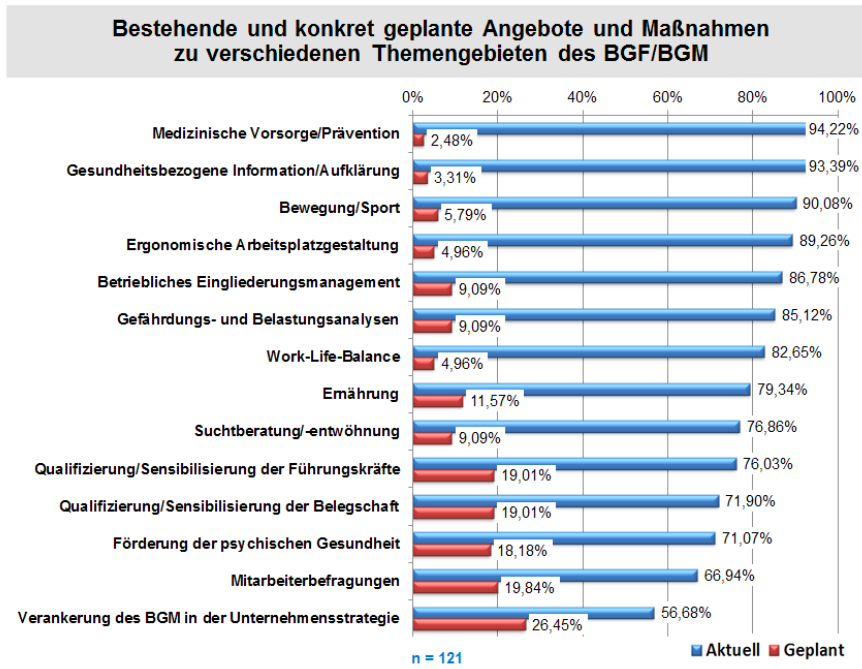
Federführend zuständig für das BGM ist in der Hälfte aller befragten Unternehmen die Personalabteilung (siehe Abbildung 4.3.2.a).



**Abbildung 4.3.2.a: Steuerung/Zuständigkeit BGM**

In jeweils 14,91% der befragten Unternehmen obliegt das BGM dem Bereich der Betriebs-/Arbeitsmedizin oder wird durch eine eigenständige Abteilung (BGM) des Unternehmens federführend gesteuert. In 10,53 Prozent der Fälle wird das BGM direkt durch die Geschäftsführung des Unternehmens gesteuert.

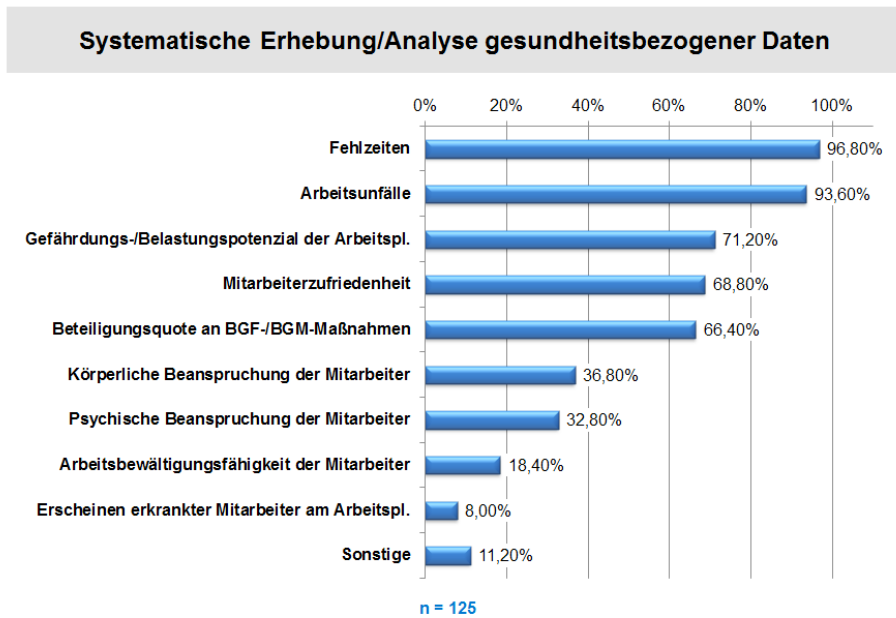
Abbildung 4.3.2.b fasst darüber hinaus zusammen, welche Themengebiete im Bereich BGF/BGM die Angebote und Maßnahmen der Unternehmen gegenwärtig abdecken und konkret geplant sind. Erwartungsgemäß geben mit 94,22 Prozent nahezu alle Unternehmen an, medizinische Vorsorge/Prävention (wie etwa Check-Ups oder Impfungen) anzubieten. Weitere 2,48 Prozent geben an, derartige Angebote konkret zu planen. Auf vergleichbarem Niveau (mit 93,39 und 3,31 Prozent) liegen die Antworten bezüglich Aufklärungs- und Informationsangeboten zu gesundheitsrelevanten Themen. Ähnlich hoch fallen die kumulierten Werte gegenwärtiger und geplanter Angebote und Maßnahmen in den Handlungsfeldern Bewegung/Sport, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, BEM sowie Gefährdungs- und Belastungsanalysen aus.



**Abbildung 4.3.2.b:** Gegenwärtige und geplante Handlungsfelder BGM/BGF

Insgesamt machen die (in Abbildung 4.3.2.b dargestellten) Ergebnisse aber auch deutlich, dass das Entwicklungspotenzial in verschiedenen Themengebieten – selbst bei Unternehmen, die sich bereits stark im BGF/BGM engagieren – noch groß ist und konkrete Maßnahmen und Angebote sich in vielen Unternehmen erst in der Planung befinden (siehe hierzu auch Abbildung 4.3.2.d). Insbesondere gilt dies für die Verankerung des BGM in die Unternehmensstrategie, die mit 56,68 Prozent bislang nur bei rund jedem zweiten befragten Unternehmen vollzogen wurde, jedoch von 26,45 Prozent der Befragten konkret geplant ist. Selbst bei den Unternehmen, die alle angeben, bereits ein systematisches BGM zu betreiben, liegen die aktuellen und konkret geplanten Werte der Verankerung des BGM in die Unternehmensstrategie nur bei 68,27 beziehungsweise 21,15 Prozent. Aber auch gesundheitsbezogene Mitarbeiterbefragungen sowie Schulungen/Qualifizierungen und Sensibilisierungen oder Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit stellen für rund ein Fünftel aller Befragten ein konkretes Handlungsfeld für zukünftige Angebote und Maßnahmen ihres BGM/BGF dar.

Hinsichtlich der von den befragten Unternehmen systematisch erhobenen und analysierten gesundheitsbezogenen Daten bietet sich indes ein deutlich heterogeneres Befragungsergebnis (siehe Abbildung 4.3.2.c).



**Abbildung 4.3.2.c:** Erhebung gesundheitsbezogener Daten

Erwartungsgemäß erheben und analysieren mit 96,8 sowie 93,6 Prozent fast alle befragten Unternehmen systematisch Fehlzeiten und Arbeitsunfälle. Das Gefährdungs- und Belastungspotenzial erheben und analysieren mit 71,2 Prozent signifikant weniger Unternehmen als – im Vergleich zur vorangehenden Frage (Abbildung 4.3.2.b) – in Bezug auf Angebote und Maßnahmen zu diesem Themenkomplex angegeben. Ein Interpretationsansatz dieser Abweichung lässt sich vermutlich im Systematisierungsgrad und der Dokumentationspraxis finden.

Anlage/Tabelle 4.3.2.1 fasst darüber hinaus weitere gesundheitsbezogenen Daten zusammen, die von den Befragten unter sonstige angegeben wurden. Beispielsweise erheben und analysieren Unternehmen den Anteil der „Nie-Kranken“ (Mitarbeiter ohne Fehlzeiten pro Jahr), die Alterststruktur, die Jahresberichte der EAP sowie Krankenkassen oder den Anteil Schwerbehinderter oder Mitarbeiter über 55 Jahren.

Im Hinblick auf das Phänomen Präsentismus sind jedoch insbesondere die Antworten hinsichtlich der individuellen Arbeitsbewältigungsfähigkeit (ABF) sowie das Erscheinen erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz von Interesse. Mit 18,4 respektive 8 Prozent aller befragten Unternehmen handelt es sich hierbei um die am seltensten systematisch erhobenen gesundheitsbezogenen Daten.

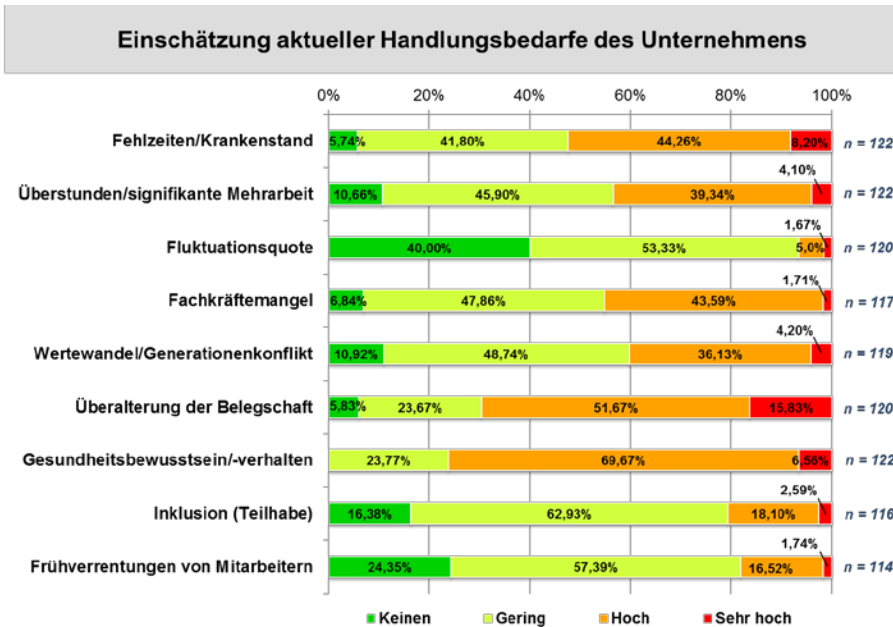
Eine Kontextauswertung der Antworten zur ABF ergibt, dass 82,6 Prozent dieser Unternehmen mehr als 1.000 und 52,17 Prozent mehr als 5.000 Mitarbeiter beschäftigen. Alle

diese Unternehmen geben an, ein BEM sowie 95,65 Prozent ein systematisches BGM zu betreiben. Im direkten Vergleich zu den Unternehmen, welche die ABF ihrer Mitarbeiter nicht systematisch erheben, lässt sich konstatieren, dass diese Unternehmen auch die anderen gesundheitsbezogenen Daten überproportional häufig erheben sowie nahezu alle berücksichtigten Themengebiete für Angebote und Maßnahmen des BGF/BGM signifikant häufiger abdecken als die Vergleichsgruppe (siehe Anlage/Tabelle 4.3.2.2.a-b). Diese Tendenz spiegelt sich auch in ihren Antworten zu verbindlichen Angeboten für erkrankte oder leistungsgeminderte Mitarbeiter zur Verbesserung/Förderung deren Arbeitsfähigkeit (Tabelle 4.3.2.2.c) wieder.

Eine weitere Kontextauswertung der acht Prozent, die angeben systematisch das Erscheinen erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu erfassen, ergibt wiederum, dass es sich (bis auf eine Ausnahme) um Großunternehmen handelt. 90 Prozent beschäftigen mehr als 1.000 und 60 Prozent mehr als 5.000 Mitarbeiter. Darüber hinaus zeichnen diese acht Prozent der Unternehmen ein sehr homogenes Bild bei der Beantwortung des Fragebogens. Alle Unternehmen geben beispielsweise an, sowohl ein systematisches BGM als auch BEM zu betreiben, systematisch Fehlzeiten und Arbeitsunfälle zu erheben und zu analysieren sowie ihren Mitarbeitern verbindlich arbeitsmedizinische Beratung und Unterstützung wie auch eine gesundheitsgerechte (Um-)Gestaltung des Arbeitsplatzes anzubieten und das Phänomen Präsentismus als „ein Problem, das es zu lösen bzw. zu verhindern gilt“, anzusehen. Darüber hinaus decken diese Unternehmen mit ihren aktuellen und geplanten Angeboten und Maßnahmen alle in der Frage zuvor betrachteten Themengebiete des BGF/BGM ab (siehe Anlage/Tabelle 4.3.2.3). 90 Prozent dieser Unternehmen erfassen außerdem systematisch die Mitarbeiterzufriedenheit, das Gefährdungs- und Belastungspotenzial der Arbeitsplätze sowie die körperliche (und 80 Prozent die psychische) Beanspruchung ihrer Mitarbeiter. 80 respektive 60 Prozent erfassen ferner die psychische Beanspruchung ihrer Mitarbeiter beziehungsweise die ABF ihrer Mitarbeiter. Des Weiteren geben vier Befragte an, auch Produktivitätsverluste infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz (entweder über Mitarbeiterbefragungen oder mittels wissenschaftlicher Instrumente) zu ermitteln.

Dennoch – oder auch aufgrund ihrer Datenlage – schätzen 90 Prozent dieser Unternehmen den Handlungsbedarf zum Gesundheitsbewusstsein/-verhalten ihrer Belegschaft als hoch oder sehr hoch ein.

Die Ergebnisse der Befragung aller Unternehmen zur Einschätzung ihres aktuellen Handlungsbedarfs zu verschiedenen Themen des Personal- und Gesundheitsmanagements sind in Abbildung 4.3.2.d (sowie Anlage/Tabelle 4.3.2.4) zusammengefasst.



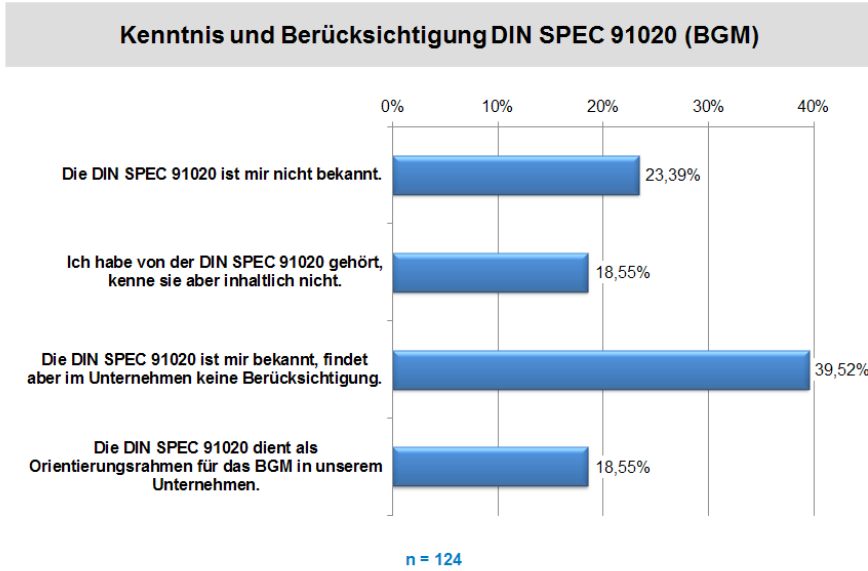
**Abbildung 4.3.2.d:** *Einschätzung Handlungsbedarfe des Unternehmens*

Den größten Handlungsbedarf sehen die Unternehmen demnach mehrheitlich im Bereich des Gesundheitsbewusstseins/-verhaltens ihrer Belegschaft. Keines der befragten Unternehmen sieht hier aktuell keinen Handlungsbedarf. Insgesamt 76,23 Prozent sehen hingegen einen hohen oder sehr hohen (6,56 Prozent) Handlungsbedarf. Hierbei zeigt sich, dass ausschließlich Unternehmen mit mehr als 1.000 Mitarbeitern einen sehr hohen Interventionsbedarf angeben und betriebliche Gesundheitsmanager überproportional häufiger einen hohen oder sehr hohen Handlungsbedarf sehen als beispielsweise Personalleiter/-referenten, die wiederum deutlich häufiger nur geringen Handlungsbedarf angeben.

Ähnlich hohen Handlungsbedarf geben die Unternehmen hinsichtlich der Überalterung ihrer Belegschaft an. Zwei Drittel (67,5 Prozent) aller Befragten bewerten diesen mit hoch oder sehr hoch. Lediglich sieben Unternehmen (5,83 Prozent) sehen in diesem Bereich keinen Handlungsbedarf während 19 (15,83 Prozent) für ihr Unternehmen einen sehr hohen Handlungsbedarf konstatieren.

Mehrheitlich gut aufgestellt sehen sich die Unternehmen dagegen in Bezug auf die Herausforderungen durch Fluktuation, Inklusion/Teilhabe von Menschen mit Behinderung sowie die Frühverrentung von Mitarbeitern. Hohen oder sehr hohen Handlungsbedarf zu Fluktuation sehen dabei nur 6,67 Prozent, zum Thema Inklusion 20,69 Prozent und bezüglich der Frühverrentung von Mitarbeitern 18,26 Prozent – wenngleich dieser Wert mit Inkrafttreten der gesetzlichen Möglichkeit des Renteneintritts mit 63 Jahren gestiegen sein dürfte.

Abschließend (zum Themenkomplex des BGM) wurden die Befragten zur persönlichen Kenntnis und der betrieblichen Berücksichtigung der im Jahr 2012 publizierten DIN SPEC 91020 (BGM; siehe Kapitel 2.4.2.2) befragt.

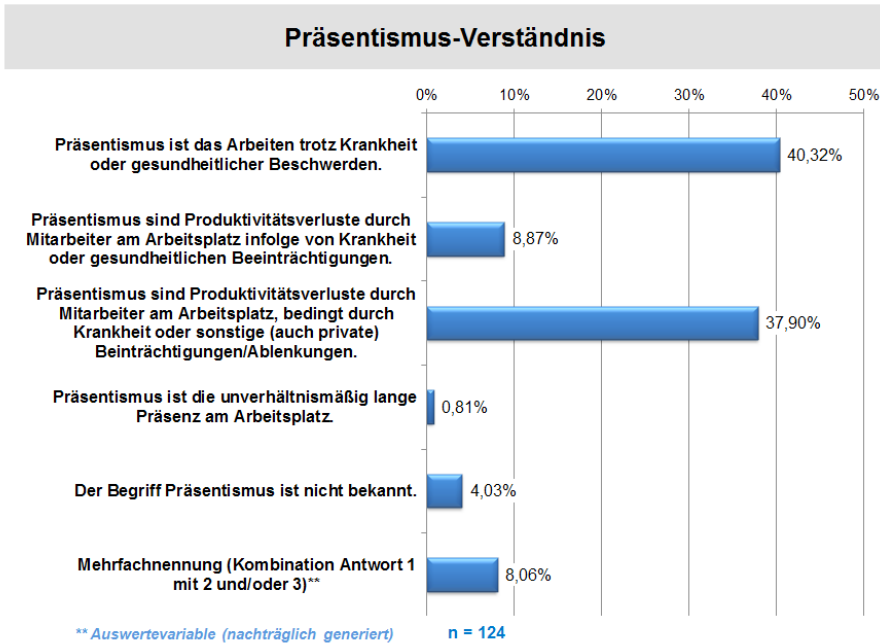


**Abbildung 4.3.2.e:** Kenntnis und betriebliche Berücksichtigung der DIN SPEC 91020 (BGM)

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Stellenwert dieses angebotenen Standards/Spezifikation für ein „Betriebliches Gesundheitsmanagementsystem“ – selbst bei Unternehmen, die bereits stark im Bereich BGM engagiert sind – gering ist. Bezieht man darüber hinaus den starken Bezug der antwortgebenden Personen zur Thematik BGM ein (siehe Abbildung 4.3.1.c), so verstärkt sich dieser Eindruck nachhaltig.

### 4.3.3 Präsentismus-Verständnis

An verschiedenen Stellen dieser Arbeit wurde bereits aufgezeigt, dass es sich bei Präsentismus um einen sehr heterogen definierten und verwendeten Begriff handelt. Dieses Bild lässt sich grundsätzlich auch für das Präsentismus-Verständnis der befragten Unternehmen konstatieren (siehe Abbildung 4.3.2.a):



**Abbildung 4.3.3.a:** Bestehendes Präsentismus-Verständnis

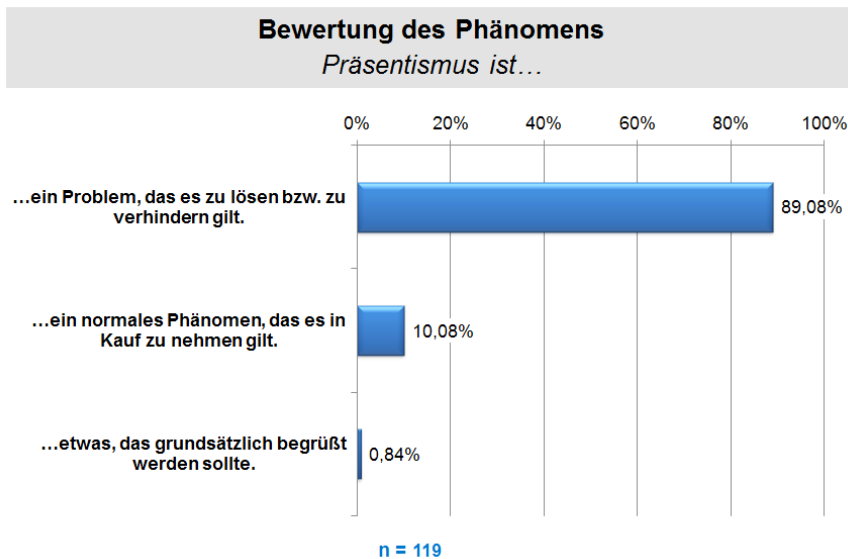
Zunächst einmal machen die Ergebnisse aber deutlich, dass der Begriff Präsentismus nahezu allen Befragten bekannt ist. Lediglich fünf geben an, den Begriff nicht zu kennen. Das inhaltliche Begriffs-Verständnis spiegelt dabei sehr deutlich die beiden Hauptströmungen der Präsentismus-Forschung wieder.

Von den befragten Unternehmen verstehen 40,32 Prozent unter Präsentismus das „Arbeiten trotz Krankheit oder gesundheitlicher Beschwerden“ und folgen damit dem primär verhaltensorientierten Forschungsstrang. Mit 37,9 Prozent folgt daneben fast die gleiche Anzahl Unternehmen einem produktivitätsorientiertem Grundverständnis und sieht hierin „Produktivitätsverluste durch Mitarbeiter am Arbeitsplatz infolge von Krankheit oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen“, sodass sich – anders als in der Präsentismus-Forschung, die in Deutschland eher verhaltensorientiert geprägt ist – keine klare Tendenz ableiten lässt. Vielmehr ist von einer Koexistenz beider Begriffsverständnisse auszugehen, die eher komplementär als in trennscharfer Abgrenzung zueinander zu sehen sind. Diese Interpretation wird ferner gestützt, durch die Antworten der (nachträglich generierten) Auswertvariable<sup>1143</sup>, welche dieses Verständnis zum Ausdruck bringt.

<sup>1143</sup> Aufgrund der relativ hohen Anzahl und dem semantischen Gehalt der doppelten Antworten wurden diese nicht verworfen sondern in einer Auswertvariable zusammengefasst und berücksichtigt.

Darüber hinaus lässt sich den Angaben zu dieser Frage aber auch entnehmen, dass das Phänomens Präsentismus (bei produktivitätsorientierter Betrachtung) mehrheitlich nicht im engeren Sinne verstanden wird (siehe Antwortmöglichkeit 2), sondern diese Unternehmen einem erweiterten Verständnis folgen, welches neben krankheitsbedingten Aspekten auch sonstige/private Beeinträchtigungen und Ablenkungen der Mitarbeiter inhaltlich einschließt.

Sehr homogen fallen dazu die Präsentismus-Bewertungen der Unternehmen aus:

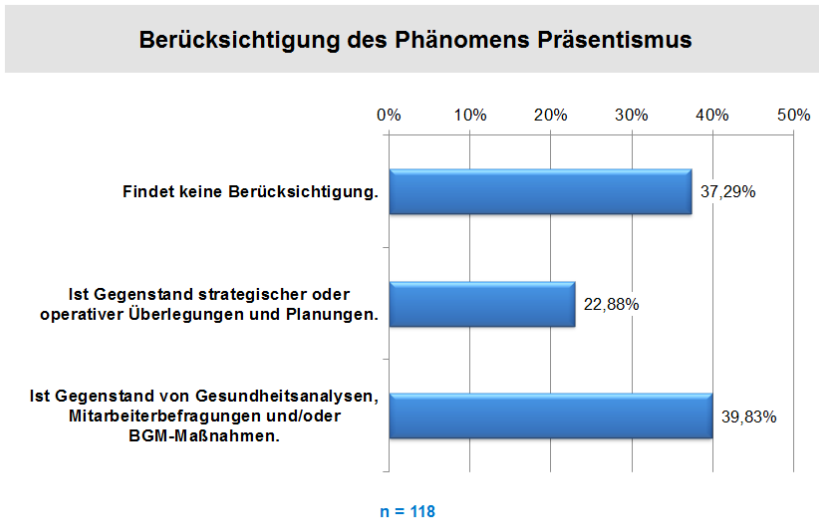


**Abbildung 4.3.3.b:** Bewertung des Phänomens Präsentismus

Von jedem zehnten Unternehmen wird Präsentismus als etwas „Neutrales“ im Sinne einer „normalen Erscheinung, die es in Kauf zu nehmen gilt“ verstanden. Demgegenüber sehen 89,08 Prozent der Befragten im Phänomen Präsentismus ein „Problem, das es zu lösen beziehungsweise zu verhindern gilt.“ Eine neutrale Sicht geht hierbei hauptsächlich mit einem verhaltensorientierten Grundverständnis von Präsentismus (Frage 11) einher, während ein produktivitätsorientiertes Grundverständnis fast ausschließlich zu einer problemorientierten Bewertung des Phänomens führt (siehe Anlage/Tabelle 4.3.3.a).

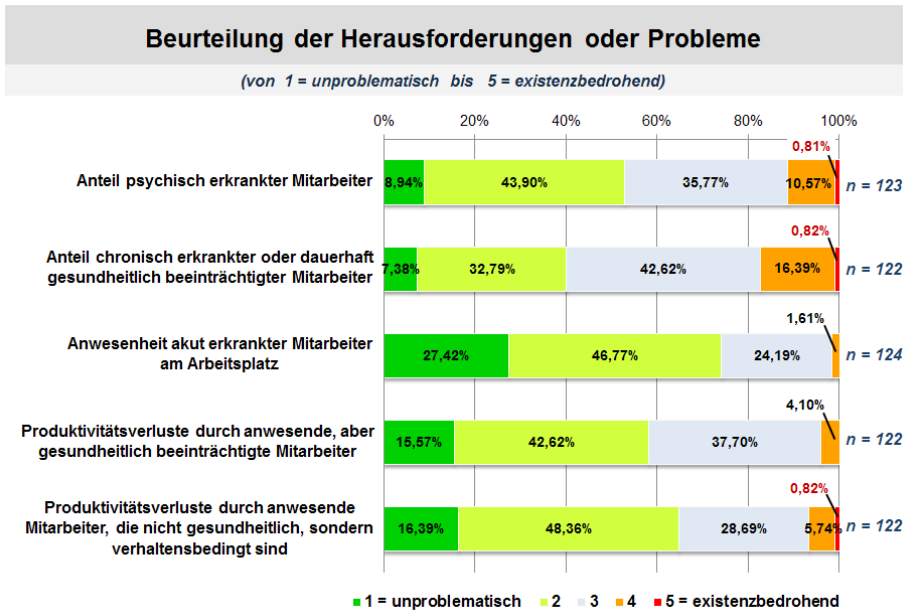
Berücksichtigung findet das Thema Präsentismus nach eigenen Aussagen in 62,81 Prozent der Unternehmen, wobei hier keine branchenspezifischen Unterschiede zu erkennen sind. (Zu Angeboten und Maßnahmen siehe Kapitel 4.3.4)





**Abbildung 4.3.3.c:** Berücksichtigung des Phänomens Präsentismus

Um den Stellenwert des Themenkomplexes Präsentismus und Krankheit im Arbeitskontext darüber hinaus differenzierter betrachten zu können, wurden die Unternehmen um Einschätzung ihrer Herausforderungen bezüglich psychisch, chronisch und akut erkrankter Mitarbeiter sowie Produktivitätsverlusten mit und ohne Gesundheitsbezug gebeten. Hierbei zeichnet sich insgesamt ein überwiegend positives Bild (siehe Abbildung 4.3.3.d. sowie Anlage/Tabelle 4.3.3.b).



**Abbildung 4.3.3.d:** Bewertung der Herausforderungen und Probleme mit Präsentismus-Bezug

Die Ergebnisse zeigen, dass die Unternehmen ihre Herausforderungen hinsichtlich der „Anwesenheit akut erkrankter Mitarbeiter“ sowie der „Produktivitätsverluste, durch anwesende aber gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter“ insgesamt als gering einschätzen. Kumuliert geben hierzu 98,39 beziehungsweise 95,91 Prozent eine positive oder neutrale Einschätzung (Werte 1-3) ab. Lediglich zwei respektive fünf Befragte bewerten die Herausforderung ihres Unternehmens diesbezüglich mit dem Wert 4 (auf der Likert-Skala). Auch in Produktivitätsverlusten, die nicht gesundheitsbezogen, sondern verhaltensbedingt sind (ungerechtfertigte Pausen, privates Emailing etc.) sieht ebenfalls die große Mehrheit der Unternehmen (93,44 Prozent) unkritisch. Acht Befragte bewerten diesen Sachverhalt als problematisch bis existenzbedrohend (0,82 Prozent).

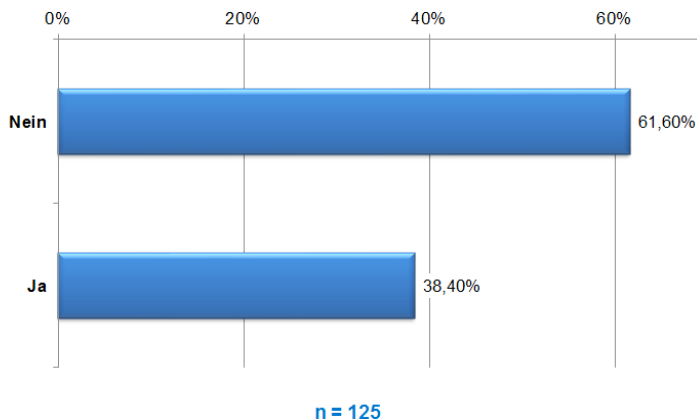
Die wenigsten positiven und zugleich meisten negativen Einschätzungen geben die Befragten zu ihren Herausforderungen oder Problemen bezüglich des „Anteils chronisch erkrankter oder gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter“ an. Wenngleich 49 Unternehmen (40,16 Prozent) hierzu eine positive und 52 (42,62 Prozent) eine neutrale Bewertung abgeben, so schätzen 21 Unternehmen (17,21 Prozent) diesen Sachverhalt als negativ bis existenzbedrohend (0,82 Prozent) ein. Signifikante Unterschiede hinsichtlich Größe, Branche oder Struktur der Unternehmen lassen sich allerdings nicht identifizieren, sodass bei den vergleichsweise hohen Bewertungen von unternehmensspezifischen Besonderheiten oder Rahmenbedingungen auszugehen ist.

In den Grundzügen vergleichbar gestalten sich die Ergebnisse bezüglich des „Anteils psychisch erkrankter Mitarbeiter“, wenngleich in dieser Kategorie die negativen Einschätzungen zu 69,23 Prozent (und damit erwartungsgemäß mehrheitlich) von Unternehmen getroffen werden, in denen der Anteil körperlich Tätiger maximal die Hälfte oder deutlich weniger beträgt.

#### 4.3.4 Umgang mit Präsentismus

Auf die Frage, ob es in ihrem Unternehmen eine verbindliche Regelung, Handlungsanweisung oder standardisierte Maßnahmen im Umgang mit akut erkrankten oder nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern gibt, antworten rund zwei Drittel der Befragten (61,6 Prozent) mit „Nein“. 38,4 Prozent der Unternehmen bestätigen die Existenz derartiger Angebote oder Regelungen (siehe Abbildung 4.3.4.a).

##### Verbindliche Regelung, Handlungsanweisung oder standardisierte Maßnahmen zum Umgang mit akut erkrankten/eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz



**Abbildung 4.3.4.a:** Verbindliche Anweisung zum Umgang mit Präsentismus

Dabei ist das Spektrum der Ansätze, wie die Unternehmen nach eigenen Angaben mit dem Thema Krankheit am Arbeitsplatz umgehen, sehr vielschichtig. Tabelle 4.3.4.a bietet diesbezüglich eine Auswahl unterschiedlicher Regelungen, Handlungsanweisungen und Maßnahmen, mit denen sich die befragten Unternehmen diesem Sachverhalt annehmen. (Eine vollständige Auflistung der qualitativen Angaben zu dieser Frage bietet Anlage/Tabelle 4.3.4.e).

<b>Regelungen / Handlungsanweisungen / Maßnahmen*</b> zum Umgang mit akut erkrankten/eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Akut Erkrankte werden "bezahlt,, nach Hause bzw. zum Arzt geschickt (Fürsorgepflicht)</li> <li>"zu Hause bleiben" &lt;=&gt; Nötigenfalls Homeoffice bei geringer, aber ansteckender Erkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Krankschreibung am 1. Tag</li> <li>MA dürfen mit Krankmeldung nicht arbeiten =&gt; müssen sich vom Arzt gesund schreiben lassen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Auf Initiative des Vorgesetzten: Einbindung des Werksarztes und individuelle Vorgehensweise für jeden Fall / Mitarbeiter</li> <li>Medizinische Untersuchung =&gt; Klärung der Problemstellung =&gt; Unterstützung / Lösung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grundsatz: MA-Gesundheit Führungsaufgabe: <ul style="list-style-type: none"> <li>FK werden geschult (inkl. psych. Erkrankungen)</li> <li>Anweisung MA auch nach Hause zu schicken</li> <li>Langzeitkranke MA nur im Rahmen von Wiedereingliederung ins Arbeitsleben einführen</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Werksärztliche Ambulanz</li> <li>Vorstellung zum Einsatz am Arbeitsplatz in der Werksärztlichen Ambulanz / beim Werksarzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stufenplan für Führungskräfte zum angemessenen Umgang mit auffälligem Leistungs- und/oder Sozialverhalten</li> <li>Vorschrift zum Umgang mit traumatisierenden dienstlichen Ereignissen</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Betriebsvereinbarung „Betriebliche Gesundheitsförderung,,</li> <li>Betriebsvereinbarung / Maßnahmen BEM</li> <li>Betriebsvereinbarung "Sucht"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gesprächsleitfäden zu Fehlzeitenmanagement</li> <li>Fehlzeitengespräche</li> <li>Gesundheitsgespräche</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Sozialberatung, Psychologischer Dienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gem. Gesetzen, z.B. SGB IX, ArbSchG, etc.</li> </ul>

\* Auszug

**Tabelle 4.3.4.a:** Offene Angaben zu Regelungen, Handlungsanweisungen und Maßnahmen

Zahlreiche Ansätze machen deutlich, dass in der betrieblichen Praxis das Thema Krankheit am Arbeitsplatz oft eng an das der Führung gebunden wird. Demnach obliegt es in vielen Unternehmen zunächst den unmittelbaren Führungskräften und Vorgesetzten der Mitarbeiter – die erkrankt oder beeinträchtigt ihre Arbeit verrichten –, die Situationen richtig einzuschätzen und gegebenenfalls geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Drei Viertel der befragten Unternehmen geben hierzu an, ihre Führungskräfte (grundsätzlich, Ebenen bezogen oder im Einzelfall) für derartige Aufgaben zu schulen (siehe Anlage/Abbildung 4.3.4.f) und/oder haben einen Phasen- oder Stufenplan zum angemessenen Umgang mit auffälligen (Leistungs- und/oder Sozial-)Verhalten implementiert. Eine von mehreren Befragten aufgeführte Intervention beziehungsweise „Sofortmaßnahme“ ist die dabei die unmittelbare krankheitsbedingte Freistellung der Betroffenen durch das Unternehmen, indem diese nach Hause geschickt oder ihnen empfohlen wird, ihren Hausarzt aufzusuchen. Mehrere Unternehmen geben hierzu erwartungsgemäß an, ihren Betriebs-/Werksarzt kooperativ einzubinden.

Darüber hinaus wird deutlich, dass auch der Einsatz oder Wiedereinsatz erkrankter Mitarbeiter durchaus unterschiedlich gehandhabt wird. Während es die AU-Bescheinigung einem Mitarbeiter grundsätzlich nicht verbietet, dennoch Arbeiten zu gehen und viele Arbeitgeber eine solche Bescheinigung auch erst ab dem dritten Arbeitstag einfordern (siehe auch Kapitel 2.3.1), verfolgen andere Unternehmen bewusst den Ansatz, die-

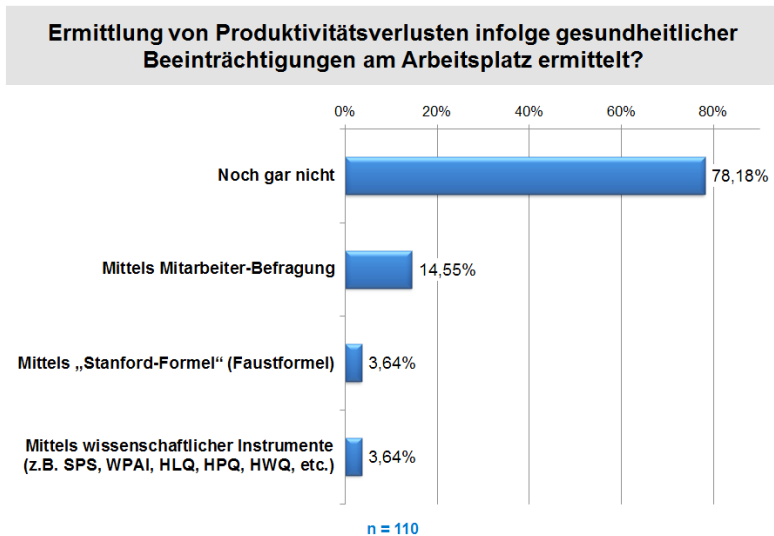
se schon ab dem ersten Krankheitstag einzufordern und/oder die Mitarbeiter nur dann wieder arbeiten zu lassen, wenn keine Krankschreibung mehr vorliegt beziehungsweise der Betroffene von einem Arzt wieder „gesundgeschrieben“ wurde. In diesem Kontext sind – speziell im Hinblick auf Mitarbeiter mit einer längeren Erkrankung – auch Angebote und Maßnahmen wie Fehlzeiten- oder Rückkehrgespräche zu nennen.

Ein drittes (klassisches) Handlungsfeld, welches ebenfalls von vielen Unternehmen aufgeführt wird, ist der Bereich der Unterstützung bei psychischen, sozialen oder privaten Problemen durch klassische Einrichtungen und Instrumente wie etwa eine Sozialberatung, ein Psychologischer Dienst oder EAP.

Ebenso werden in diesem Zusammenhang häufig das BEM sowie kontextnahe Verfahren wie das „Hamburger Modell“ genannt – wenngleich sich diese Instrumente und Verfahren aufgrund ihrer verschiedenen Grundausrichtungen und Intentionen inhaltlich stark von Maßnahmen im Umgang mit akut erkrankten Mitarbeitern unterscheiden (siehe Kapitel 2.4.3.9). Zum BEM sowie einigen anderen Themengebieten wie Sucht oder BGF geben mehrere Unternehmen darüber hinaus an, spezielle Betriebsvereinbarungen geschlossen zu haben.

Während die Befragten zuvor bereits Ihren Handlungsbedarf hinsichtlich präsentismusbedingter Produktivitätsverluste bewertet haben (siehe Abbildung 4.3.3.d), soll darüber hinaus eingehender eruiert werden, inwieweit in der betrieblichen Praxis Produktivitätsverluste infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz ermittelt werden (siehe Abbildung 4.3.4.b.).

Die Ergebnisse zeigen, dass ein systematisches Messen beziehungsweise Ermitteln von Präsentismus oder dessen „Begleiterscheinungen“ nur in sehr wenigen – meist großen – Unternehmen durchgeführt wird. 78,18 Prozent der Befragten gaben an, präsentismusbedingte Produktivitätsverluste bislang „noch gar nicht“ zu ermitteln und 14,55 Prozent gewinnen diese Informationen nach eigenen Angaben über Mitarbeiterbefragungen.



**Abbildung 4.3.4.b:** Ermittlung gesundheitsbedingter Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz

Nur je vier befragte Unternehmen setzen zur Erhebung präsentismusbezogener Produktivitätsverluste die Stanford-Formel oder gar wissenschaftliche Instrumente (siehe hierzu Kapitel 3.2) ein. Die Stanford-Formel wird dabei von sehr unterschiedlichen Unternehmen und vor dem Hintergrund beider zentralen Präsentismus-Verständnisse genutzt. Wissenschaftliche Instrumente hingegen werden den Ergebnissen zufolge ausschließlich von Großunternehmen mit einem produktivitätsorientierten Präsentismus-Verständnis und mehr als 5.000 Mitarbeitern eingesetzt, von denen nicht mehr als die Hälfte überwiegend körperlich arbeitet.

In Konkretisierung ihrer bereits aufgezeigten Handlungsfelder des BGM (siehe Abbildung 4.3.2.b) wurden die Unternehmen darüber hinaus zu bestehenden Angeboten zur Verbesserung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von erkrankten oder leistungsgeminderten Mitarbeitern befragt (siehe Abbildung 4.3.4.c). Neben arbeitsmedizinischen Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowie BEM, die den Mitarbeitern in fast allen Unternehmen angeboten werden, zeigt sich, dass eine Vielzahl individualisierter Maßnahmen offeriert werden (siehe auch Anlage/Tabelle 4.3.4.f). So bieten nach eigenen Angaben 82,4 Prozent der Unternehmen ihren betroffenen Mitarbeitern eine Reduzierung oder Flexibilisierung der Arbeitszeit und 54,4 Prozent eine Reduzierung der Arbeitsbelastung (Umfang) an. Vergleichsweise oft bieten die befragten Unternehmen ihren Mitarbeitern (zu 73,6 Prozent) darüber hinaus psychologische und/oder soziale Beratungen, EAP oder vergleichbare Angebote an. Ebenso gibt annähernd die Hälfte (49,6 Prozent) aller Befragten an, betroffenen Mitarbeitern individuell einen gesundheitsgerechten Arbeitsplatz zuzuweisen oder gar ein Matching-Verfahren<sup>1144</sup> einzusetzen.

<sup>1144</sup> Zur praktischen Anwendung von Matching-Verfahren siehe z.B. Kapitel 5.1.1



**Abbildung 4.3.4.c:** Angebote zur Verbesserung/Förderung der Arbeitsfähigkeit

Vergegenwärtigt man sich hierzu die mehrheitlich kritischen Einschätzungen der Unternehmen zum Gesundheitsbewusstsein/-verhalten ihrer Mitarbeiter (siehe Abbildung 4.3.2.d), wonach drei Viertel der Befragten einen hohen oder sehr hohen Handlungsbedarf konstatieren, so überrascht, dass „nur“ 36,8 Prozent betroffenen Mitarbeitern Maßnahmen wie Gesundheits-Coaching oder Resilienztraining anbieten. Parallel wird unter Berücksichtigung der qualitativen Angaben zu dieser Fragestellung (siehe Tabelle 4.3.4.b) aber auch deutlich, dass einige Unternehmen in diesem Bereich sehr nachhaltig agieren und mit Maßnahmen wie der Ausbildung/dem Einsatz von Arbeitsfähigkeits-Coaches, speziellen Trainings on the Job oder Gesundheitsschichten zugleich einen erheblichen Aufwand zur Förderung der individuellen Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter betreiben.

Ähnlich verhält es sich in Bezug auf Maßnahmen wie Physiotherapie oder leidensbezogenes Training, die von 31,2 Prozent der Unternehmen angeboten und oft kooperiert mit extern Partnern (siehe Abbildung 4.3.4.d) durchgeführt werden.

Tabelle 4.3.4.b fasst in einer Übersicht weitere Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter zusammen, die von den befragten Unternehmen in Ergänzung zu Abbildung 4.3.4.c aufgeführt werden. (Eine vollständige Auflistung erfolgt in Anlage/Tabelle 4.3.4.f).

<b>Weitere (Einzel-)Maßnahmen*</b> <b>zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausbildung von Arbeitsfähigkeits-Coaches</li> <li>▪ Ausbildung von Suchtkrankenhelfern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Umgang mit Betroffenen“: (Zielgruppenspezifisches) Training für Führungskräfte u. andere Multiplikatoren</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesundheitsschichten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Temporär zur Verfügung gestellte Hilfsmittel (z.B. Lagerungshilfen für das Bein, Stehtische etc.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Individuelle Gesundheitsberatung</li> <li>▪ SE-PLUS: Training on the Job für MA mit psych. Belastungen (Leuphana Univ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Schonarbeitsplätze“ (Vorübergehend)</li> <li>▪ Mobiles Arbeiten von zu Hause (anlassbezogen)</li> <li>▪ Sonderdienste</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Spontane“ Auszeiten - Entspannungsphasen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne „Zeitarbeitsfirma“</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kooperationsprogramme mit: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentenversicherungen und Krankenkassen</li> <li>- Fachärzten</li> <li>- (Reha-)Kliniken etc.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abgestuftes Krankschreibungsverfahren in minderschweren Fällen</li> <li>▪ =&gt; Absprache m. Betriebsarzt, ggf. Befreiung von einzelnen Tätigkeiten</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EFL-Testung (Evaluation der Funktionellen Leistungsfähigkeit)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausgestaltung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medizinische Trainingstherapie zur gezielten Rehabilitation bei Erkrankungen</li> <li>▪ Arbeitsplatzbezogene Rehabilitationsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spezielles Rückentraining (§43 SGB V)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterstützungsfonds für Untersuchungen, Medikamente, Hilfsmittel (steuerfrei bis 600€/ J.)</li> <li>▪ Unternehmenseigene "Kurkasse" mit vollfinanzierten/-freigestellten offenen Badekuren</li> </ul>

\* Auszug

**Tabelle 4.3.4.b:** Offene Angaben zu weiteren präsentismusbezogenen Maßnahmen

Außerdem wurden die Unternehmen dazu befragt, welche Maßnahmen sie im Umgang mit Präsentismus – im Sinne von kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern im Arbeitskontext – aus ihrer betrieblichen Erfahrung heraus als besonders wirksam und nachhaltig bewerten.

Insgesamt 77 Unternehmen gaben hierzu zwischen ein und drei Bewertungen ab und ordneten diese (zumeist) der oder den Kategorien „körperlich (langfristig)“, „psychisch (langfristig)“ sowie „akut“ zu (siehe Anlage/Tabelle 4.3.4.g). Im Rahmen der Auswertung ergab sich hieraus allerdings ein sehr diffuses Gesamtbild, sodass die Auswertung nicht auf Grundlage dieser Zuordnungen, sondern thematisch/semantisch kategorisiert und kumuliert erfolgte. Tabelle 4.3.4.c fasst die häufigsten Bewertungen zusammen und zeigt, dass in der betrieblichen Praxis insbesondere die psychologische und soziale Unterstützung der Mitarbeiter eine sehr hohe Relevanz und subjektiv wahrgenommene Wirksamkeit aufweist. So werden das Angebot der psychologischen und sozialen Beratung und Betreuung von insgesamt 38 Unternehmen als wirksames und nachhaltiges Angebot zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter aufgeführt. Hierbei bezogen sich allein elf der 38 Nennungen auf explizit EAP und vergleichbare Instrumente. In der Gesamtbetrachtung wird dieses Maßnahmenpaket damit auch wesentlich häufiger genannt als das BEM oder arbeitsmedizinische Angebote, die ihrerseits in nahezu allen befragten Unternehmen angeboten werden.



Als wirksam und nachhaltig bewertete Maßnahmen im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern*		
Rang	Kategorie	TN
1.	Psychologische/ Soziale Beratung/Betreuung der Mitarbeiter**	38
2.	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	29
3.	Arbeitsmedizinische Beratung/Betreuung	25
4.	Individuelle/gesundheitsgerechte Arbeits-/Arbeitsplatzgestaltung/-zuweisung/Matching	23
5.	Reduzierung/Flexibilisierung der Arbeitszeit	13
6.	Physiotherapie/leidensbezogenes Training/arbeitsplatzbezogene Reha	12
7.	Coaching/Gesundheitscoaching/Resilienztraining	9
8.	Führungskräfteschulungen/-verhalten	7
9.	Reduzierung Arbeitsbelastung (Umfang)	6
10.	Sport/Bewegungsangebote	5
/	Sonstige	16

\* Kumulierte Zusammenfassung ohne Ziel-/Symptomgruppenzuordnung

\*\* Einschließlich Case Management und EAP

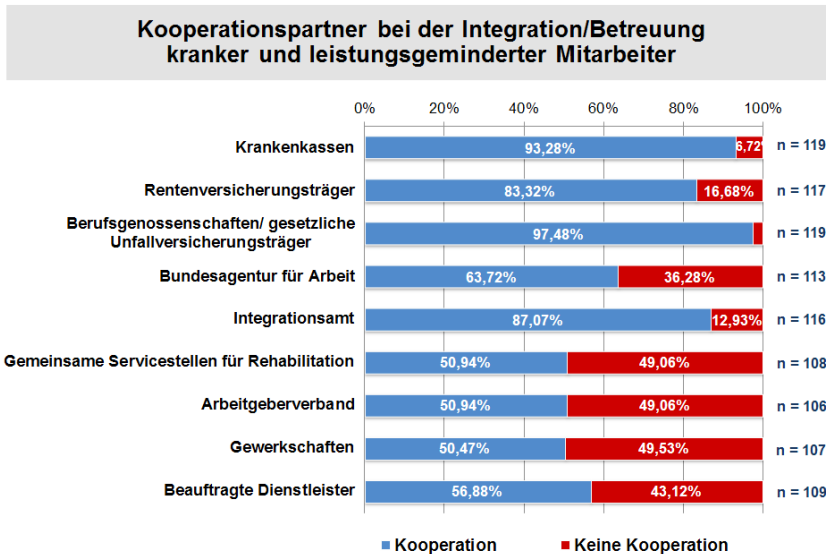
**Tabelle 4.3.4.c: Zusammenfassung empfohlener präsentismusbezogener Maßnahmen**

Ebenfalls sehr häufig werden Maßnahmen, die unmittelbar auf den Arbeitsplatz bezogen sind, aufgeführt. So sehen 23 der 77 bewertenden Unternehmen in der individuellen gesundheitsgerechten Gestaltung und/oder Zuweisung eines entsprechenden Arbeitsplatzes eine wirksame und nachhaltige Unterstützungsmaßnahme für kranke und leistungsgeminderte Mitarbeiter. Auch werden etwa physiotherapeutische Maßnahmen mit Arbeitsplatzbezug, Gesundheitscoaching oder Führungskräftebildungen von verschiedenen Unternehmen als wirksamer und nachhaltiger Unterstützungsansatz empfohlen. Unter Sonstige wurden beispielsweise die Unternehmenskultur sowie spezielle Internetportale oder Präventionsprogramme mit Krankenkassen oder Rentenversicherungen aufgeführt.

Da der Ausgestaltung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements naturgemäß organisatorische und ökonomische Grenzen gesetzt und Doppelstrukturen zum externen Gesundheitssystem wenig effizient sind, stellt sich infolgedessen auch die Frage, welche externen Kooperationspartner für den adäquaten Umgang mit Präsentismus bestehen oder eingebunden werden können.

Im Rahmend der Befragung wurden den Teilnehmern hierzu bereits neun potenziell relevante Kooperationspartner als Antwortmöglichkeiten genannt. Weitere konnten und sollten im Fragebogen (unter „Sonstige“) frei ergänzt werden.

Betrachtet man zunächst mit welchen externen Kooperationspartnern die befragten Unternehmen im Rahmen der Integration und Betreuung kranker oder leistungsgeminderter Mitarbeiter zusammenarbeiten (siehe Abbildung 4.3.4.d), so lässt sich bereits hierdurch ein relativ aussagekräftiges Bild ableiten.

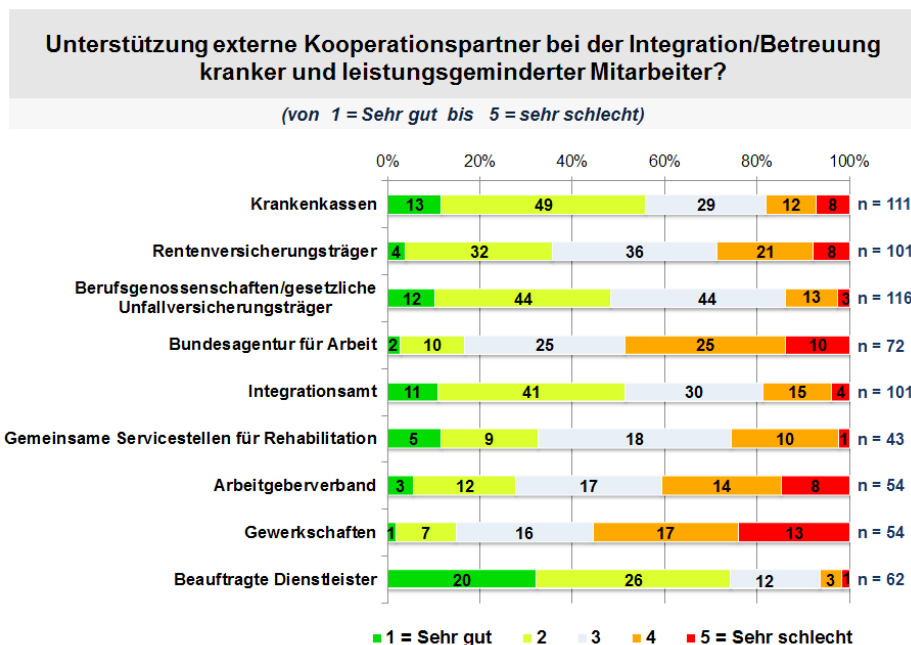


**Abbildung 4.3.4.d:** Externe Kooperationen im Umgang mit Präsentismus

Die häufigsten Kooperationen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter pflegen die Unternehmen demnach – zum Teil auch gesetzlich veranlasst – mit ihren Berufsgenossenschaften/gesetzlichen Unfallversicherungsträgern (97,48 Prozent), den Krankenkassen (93,28 Prozent), den Rentenversicherungsträgern sowie den Integrationsämtern (87,07 Prozent). Darüber hinaus geben 63,72 Prozent der Unternehmen an, zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter mit der Bundesagentur für Arbeit zu kooperieren. Deutlich geringer fallen dagegen die Kooperationswerte zu den vier letztgenannten Akteuren bzw. Institutionen (siehe Abbildung 4.3.4.d) aus, die jeweils nur knapp über 50 Prozent liegen. Die Unterstützung beauftragter externer Dienstleister nehmen demnach 57 Prozent der Unternehmen in Anspruch, um betroffene Mitarbeiter zu unterstützen.

Über die im Fragebogen aufgeführten Antwortmöglichkeiten hinaus sind als weitere („sonstige“) externe Kooperationspartner nur noch die Kassenärztliche Vereinigung sowie externe Ärzte aufgeführt worden, sodass insgesamt von einer umfassenden Berücksichtigung aller für die betriebliche Praxis relevanten Akteure ausgegangen werden kann.

Abbildung 4.3.4.e stellt darüber hinaus dar, wie die Unternehmen die Qualität der Kooperationen bewerten (siehe auch Anlage/Tabelle 4.3.4.d):



**Abbildung 4.3.4.e:** Bewertung externer Kooperationspartner bei der Integration/Betreuung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter

Hierbei zeigt sich, dass die höchsten „Zufriedenheitswerte“ der Unternehmen erwartungsgemäß durch die (von ihnen selbst beauftragten und bezahlten) Dienstleister erzielt werden, wenngleich nur etwa die Hälfte aller Befragten in diesem Bereich mit externen Dienstleistern zusammenarbeitet.

Ein mehrheitlich positives Urteil lässt sich daneben auch für die Krankenkassen, Berufsgenossenschaften/gesetzliche Unfallversicherungsträger sowie die Integrationsämter konstatieren, deren Unterstützungsleistungen von etwa jedem zweiten Unternehmen mit gut oder sehr gut bewertet wird. Der Anteil schlechter oder sehr schlechter Bewertungen dieser drei Akteure liegt jeweils deutlich unter 20 Prozent.

Insgesamt am schlechtesten fühlen sich die Unternehmen bei der Integration und Betreuung betroffener Mitarbeiter durch die Gewerkschaften und die Bundesagentur für Arbeit (BA) unterstützt, die zugleich auch nur von 54 beziehungsweise 72 Unternehmen als Kooperationspartner angegeben werden. Lediglich acht (14,82 Prozent) beziehungsweise zwölf (16,67 Prozent) dieser Unternehmen geben an, sich durch die Gewerkschaften beziehungsweise die BA bei der Integration/Betreuung kranker oder leistungsgeminderter Mitarbeiter gut oder sehr gut unterstützt zu fühlen. Demgegenüber bewerten 30 (55,56 Prozent) beziehungsweise 35 (48,61 Prozent) dieser Unternehmen die Kooperation als schlecht oder gar sehr schlecht.

## 4.4 Zusammenfassung und Ausblick

Ziel der vorliegenden Studie war es, explorative Erkenntnisse zu Bedeutung und Umgang des Phänomens Präsentismus in deutschen Unternehmen, Behörden und Organisationen zu gewinnen. Im Rahmen einer bundesweiten Kurzbefragung wurden hierzu mehr als dreihundert Unternehmen verschiedenster Branchen, die sich bereits aktiv dem Bereich BGF/BGM angenommen haben, schriftlich-postalisch befragt. Bei einer Rücklaufquote von über 41 Prozent konnten schließlich 125 Datensätze in die Auswertung einfließen.

Das Erkenntnisinteresse dieser Studie (siehe Kapitel 4.1.1) richtete sich dabei zunächst auf das vorherrschende *Verständnis* sowie die *Bedeutung* von Präsentismus in den befragten Unternehmen. Anders, als es hinsichtlich der stark verhaltensorientiert geprägte Präsentismus-Forschung in Deutschland und Europa zu erwarten wäre (siehe Kapitel 2.1), lässt sich in den Unternehmen keine klare Präferenz für dieses Grundverständnis von Präsentismus bestätigen (siehe Kapitel 4.3.3). Nur rund vier von zehn Befragten schließen sich einer ausschließlich verhaltensorientierten Definition an. Stattdessen zeichnet sich ein Präsentismus-Verständnis ab, welches sich von einer bipolaren Betrachtung des Phänomens löst und beide zentralen Grundverständnisse zusammenführt. Dabei wird Präsentismus mehrheitlich auch im erweiterten Sinne (siehe Kapitel 2.1.4) verstanden, also nicht ausschließlich auf Krankheit und gesundheitliche Aspekte bezogen.

Dennoch erfolgt in neun von zehn Unternehmen eine problemorientierte Bewertung des Phänomens. Nur jeder zehnte Befragte sieht in Präsentismus ein „normales Phänomen, das es in Kauf zu nehmen gilt“. Rund 90 Prozent sehen stattdessen ein Problem, das es zu lösen beziehungsweise zu verhindern gilt.

Sehr unterschiedlich interpretieren die Unternehmen den Handlungs- und Interventionsbedarf im Zusammenhang mit Präsentismus. Während noch alle Unternehmen mindestens einen geringen, mehrheitlich jedoch einen hohen oder sehr hohen Handlungsbedarf hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins/-verhaltens ihrer Beschäftigten erkennen (siehe Abbildung 4.3.2.d), differenziert sich dieses Bild sehr stark in Bezug auf die Beurteilung verschiedener präsentismusbezogener Sachverhalte. So werden die Herausforderungen und Probleme hinsichtlich der „Anwesenheit akut erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz“ sowie „Produktivitätsverluste, durch anwesende, aber gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter“ insgesamt als gering eingeschätzt. Nur geringfügig größer beurteilen die Unternehmen ihre Herausforderungen bezüglich nicht gesundheitsbedingter Produktivitätsverlusten im Arbeitskontext. Größeren Handlungsbedarf sehen sie indes durch den Anteil psychisch sowie chronisch erkrankter oder dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter, wenngleich auch hier rund 53 beziehungsweise 40 Prozent ein positives Gesamturteil abgeben und lediglich 11 respektive 17 Prozent einen größeren Handlungsbedarf für das eigene Unternehmen konstatieren (siehe Abbildung 4.3.3.d).

Obwohl diese Werte und damit auch der suggerierte Handlungs- und Interventionsbedarf bezüglich Präsentismus auf den ersten Blick gering erscheint, gilt es diesbezüglich zu berücksichtigen, wie die Stichprobe dieser Befragung strukturiert ist (siehe Kapitel 4.3.1). Nahezu alle befragten Unternehmen betreiben ein systematisches BGM oder bieten zentrale Elemente daraus an, sodass insgesamt davon auszugehen ist, dass sich dieses Engagement positiv auf die Beurteilung der (verbliebenen) Herausforderungen und Probleme auswirkt. Bei Unternehmen, die kein vergleichbares Engagement aufweisen, ist demgegenüber mit entsprechend größeren Herausforderungen und Problemen zu rechnen.

Trotz insgesamt positiver Bewertungen der präsentismusbezogenen Herausforderungen und Probleme zeigen die Einschätzungen der Unternehmen zur Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins/-verhaltens ihrer Mitarbeiter und eine Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter sowie Maßnahmen zur Förderung der Arbeitsfähigkeit (siehe Kapitel 4.3.4), dass dennoch relevanter Handlungsbedarf besteht – wenngleich die damit einhergehenden Herausforderungen und Probleme insgesamt als handhabbar betrachtet werden.

Dabei sind die Ansätze und Maßnahmen, mit denen die Unternehmen dem Phänomen Präsentismus begegnen, extrem vielseitig und jeweils stark auf die individuellen Begebenheiten der Unternehmen sowie die Probleme und/oder Beeinträchtigungen der entsprechenden Mitarbeiter bezogen. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass der Umgang mit Präsentismus in vielen Unternehmen als Führungsaufgabe angesehen wird. Darüber hinaus weisen speziell die Unterstützung der Mitarbeiter hinsichtlich psychologischer und sozialer Thematiken sowie BEM und arbeitsmedizinischer Unterstützungsmaßnahmen einen hohen Stellenwert bei den befragten Unternehmen auf.

Auch dienen wenige Maßnahmen, die im Zusammenhang mit Präsentismus genannt werden, ausschließlich oder unmittelbar dem Umgang mit Präsentismus. Vielmehr lässt sich beobachten, dass es sich in der Regel um mittelbare Interventionsmaßnahmen handelt, die ihrerseits bereits im Kontext des BGM/BGF implementiert worden sind und „unter anderem“ dem Phänomen Präsentismus begegnen, wie etwa EAP, BEM oder Gesundheitscoaching.

Angebote, die sich unmittelbar auf Präsentismus im engeren Sinne beziehen, sind dabei oft recht einfacher Natur, wie zum Beispiel die unmittelbare Freistellung des Betroffenen oder die Reduzierung dessen Arbeitsaufgaben. Demgegenüber werden in vielen Unternehmen (je nach Ursache des Präsentismus) zugleich sehr aufwendige Verfahren eingesetzt, die (meist über den Betriebsarzt initiiert) stark in den medizinisch-therapeutischen Bereich hineinreichen und oft extern oder mit externen Kooperationspartnern durchgeführt werden.

Zusammenfassend wird aber deutlich, dass es möglich ist, sich konsequent und zielgerichtet der Herausforderung Präsentismus im Unternehmen zu stellen (siehe hierzu Kapitel 5.2). Gleichzeitig erschließt sich jedoch auch, dass konkrete Handlungsempfeh-

lungen für den Umgang mit Präsentismus immer auf das jeweilige Unternehmen und die Mitarbeiter bezogen sind und in pauschalisierter Form nur eingeschränkt auf andere Unternehmen übertragen werden können. Exemplarisch werden hierzu in Kapitel 5.1 drei Ansätze verschiedener Unternehmen im Umgang mit Präsentismus aufgezeigt.

Bezogen auf die gesamte Studie lässt sich darüber hinaus festhalten, dass es trotz methodischer Einschränkungen hinsichtlich der Stichprobe und Repräsentativität der Ergebnisse gelungen ist, die explorativen Fragestellungen zu beantworten. Insbesondere bieten die Ergebnisse, neben Erkenntnissen zum Umgang mit Präsentismus, einen unternehmens- und branchenübergreifenden Überblick über dessen Bedeutung, Verständnis und Herausforderungen für das Personal- und betriebliche Gesundheitsmanagement – und damit die arbeitgeberbezogene Facette von Präsentismus, welche wissenschaftlich in Deutschland bislang weitestgehend unberücksichtigt blieb.



## 5 Präsentismus-Management im Kontext von BGM und Personalführung

Zwei wichtige Ziele dieser Arbeit sind es, die Relevanz des Präsentismus für das Handlungsfeld des Personal- und Gesundheitsmanagements zu untersuchen und entsprechende Ansätze für einen adäquaten betrieblichen Umgang mit dem Phänomen zu ermitteln. Diesem praxis- und anwendungsorientierten Anspruch folgend sollen im Rahmen des vorliegenden Kapitels Möglichkeiten eines gezielten *Präsentismus-Managements* aufgezeigt werden.

Und wenngleich die individuellen Besonderheiten der Betriebe und ihrer Mitarbeiter kein Patentrezept im Umgang mit Präsentismus zulassen, soll durch ausgewählte Unternehmensbeispiele (siehe Kapitel 5.1) sowie der Herleitung eines integrierten Konzeptes zum Betrieblichen Präsentismus-Management (siehe Kapitel 5.2) zumindest ein erster Orientierungsrahmen für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus geschaffen werden, der die theoretisch-konzeptionellen Erkenntnisse der vorherigen Kapitel reflektiert.

### 5.1 Praxisbeispiele zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus

Im vorliegenden Kapitel sollen drei sehr unterschiedliche Unternehmensbeispiele vorgestellt werden, anhand derer zum einen die betriebliche Relevanz des Phänomens Präsentismus unter verschiedenen Gesichtspunkte deutlich wird und zum anderen Ansätze aufgezeigt werden, wie betriebliche Lösungsansätze zu konkreten Herausforderungen des Phänomens gestaltet werden können.

Die Beispiele sind so gewählt, dass sie nicht nur jeweils einen anderen perspektivischen Zugang zum Phänomen Präsentismus gewähren und dessen strategische Relevanz für das jeweilige Unternehmen aufzeigen, sondern darüber hinaus auch spezielle Aspekte im Umgang mit Präsentismus detailliert beleuchten.<sup>1145</sup>

So werden in Kapitel 5.1.1 unter anderem verschiedene Verhaltens- und Verhältnispräventive Ansätze sowie das Instrument des Präventionscoachings und ein Matching-Verfahren für kranke und leistungsgeminderte Mitarbeiter vorgestellt. In Kapitel 5.1.2 soll zum Beispiel die zentrale Bedeutung eines vernetzten Handelns und der Kooperation näher beleuchtet werden und in Kapitel 5.1.3 wird Präsentismus unter anderem im Kontext der (Neu-)Ausrichtung des BGM betrachtet.

<sup>1145</sup> Die Praxisbeispiele basieren unter anderem auf Experteninterviews aus dem Jahr 2013 mit relevanten Akteuren des BGM in den jeweiligen Unternehmen.



### 5.1.1 Präventionscoaching und Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching – am Beispiel der MAN Truck & Bus AG Salzgitter

Vor dem Hintergrund sozioökonomischer Veränderungen, wie des demografischen Wandels, globalisierter Wettbewerbsstrukturen und der Verdichtung von Arbeitsaufgaben, stellt der Faktor Mitarbeitergesundheit, speziell für produzierende Unternehmen mit einem hohen Anteil körperbetonter Arbeitsplätze, eine zentrale Herausforderung für die Personalführung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) dar. Dieser Erkenntnis folgend, stellt sich die MAN Truck & Bus AG im Werk Salzgitter nicht nur den Herausforderungen einer alternden Belegschaft, sondern beschreitet neue Wege der Verhaltens- und Verhältnisprävention und gibt durch innovative Instrumente wie dem Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching (MAM) und dem Präventionscoaching Impulse für den Umgang mit Präsentismus und kranken bzw. leistungsgeminderten Mitarbeitern.

#### 5.1.1.1 Die Ausgangssituation

Im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung stellte die MAN Truck & Bus AG (MAN) rund 1.500 Mitarbeitern im Werk Salzgitter sukzessive die Frage, wie lange sie glauben, ihre jetzige Tätigkeit gesundheitlich noch ausführen zu können. Das sich abzeichnende Ergebnis schien eindeutig und alarmierend zugleich. Bei einem Durchschnittsalter von deutlich über 40 Jahren gab die Mehrzahl aller Befragten Mitarbeiter des Werkes für schwere LKW, Bus-Chassis und Komponenten an, sich eine Fortführung der jetzigen Tätigkeit deutlich über das 50. Lebensjahr hinaus nicht vorstellen zu können. Gestützt wurde diese Selbsteinschätzung der Beschäftigten durch die empirisch gut belegte Erkenntnis, dass bei einem weiteren Anstieg des Durchschnittsalters sowohl Fehlzeiten als auch gesundheitsbedingte Leistungseinschränkungen der Mitarbeiter zunehmen würden. Somit stellten sich der Werksleitung und dem Gesundheitsdienst die Kernfragen, wie es einerseits gelingen werde, die Wettbewerbsfähigkeit des Werkes trotz steigenden Durchschnittsalters und einer zunehmenden Anzahl kranker und leistungsgeminderter Beschäftigter zu erhalten und gleichzeitig ausreichend alters- und leidensadäquate Arbeitsplätze für diese Mitarbeitergruppe zu gestalten, um deren Arbeitsplätze und über Jahrzehnte erworbenes Erfahrungswissen langfristig für das Unternehmen zu sichern.

Im Zuge der systematischen Umgestaltung zahlreicher Arbeitsplätze im Werk sowie weiteren Mitarbeiterbefragungen zum individuellen Gesundheitsverhalten zeigte sich allerdings sehr deutlich, dass die verhältnispräventiven Maßnahmen ohne verhaltenspräventive Flankierung nicht die erwünschte gesundheitsförderliche Wirkung erzielen, teilweise sogar zu einer Verlagerung des Problems in andere Diagnosegruppen führen. So ergab beispielsweise die Fehlzeitenanalyse in einer Abteilung, in welcher Kurbelwellen bearbeitet werden und deren Arbeitsplätze ergonomisch optimiert und die körperlichen Belastungen auf ein Minimum reduziert worden waren, dass der Anteil an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei den dort eingesetzten Mitarbeitern innerhalb von drei Jahren von drei auf 13 Prozent angestiegen war. Darüber hinaus zeigte eine Gesundheitsbefragung des betrieblichen Gesundheitsdienstes elementare Defizite im Ge-

sundheitsbewusstsein großer Teile der Belegschaft auf. Rund die Hälfte der Befragten wusste demnach nicht, ob sie Diabetiker seien, wie hoch ihr Blutdruck liege oder ob bei ihnen eine Cholesterinerhöhung vorliege. Und trotz durchschnittlich mehr als 100 Arbeitsunfähigkeitsfällen pro Monat aufgrund von Rückenbeschwerden blieben kostenlos angebotene Reha-Maßnahmen über Monate hinweg gänzlich ungenutzt. Eine Präsentismusbefragung in zwei Vergleichsgruppen ergab darüber hinaus, dass die Befragten in den zurückliegenden zwölf Monaten an 22,4 beziehungsweise 28,5 Arbeitstagen trotz Krankheit anwesend waren.

Folglich standen Werksleitung und Gesundheitsdienst nicht nur vor der Aufgabe, Arbeitsplätze ergonomisch zu optimieren und altersgerecht zu gestalten, sondern auch vor der Herausforderung, das Gesundheitsbewusstsein und –verhalten ihrer Belegschaft nachhaltig zu verbessern.

### 5.1.1.2 Ein Gefährdungs- und Belastungsatlas für das Werk

*„In einer Zeit, in welcher die Belegschaften der Unternehmen überaltert sind, ist es unsere Aufgabe, nach Lösungswegen zu suchen, wie wir die älteren Beschäftigten unter Berücksichtigung ihrer Fähigkeiten auf adäquate Arbeitsplätze einsetzen, auf denen sie gesund alt werden können und noch 100% produktiv und die Unternehmen wettbewerbsfähig bleiben.“<sup>1146</sup>*

Aus diesem Verständnis heraus und vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangssituation erfolgte zunächst eine systematische Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung aller Arbeitsplätze im Werk. Anhand von 56 Gefahren- und Belastungskriterien (siehe Anlage 5.1.1.a) wurden dabei die vorherrschenden ergonomischen, aber auch psychischen Belastungsfaktoren erfasst. Ausgangspunkt dieser Beurteilung war das Instrument der Leitmerkmalmethode (LMM) der BAuA<sup>1147</sup>, welches bereits bei relativ einfacher Handhabung eine valide Beurteilung eines Arbeitsplatzes hinsichtlich der dort tatsächlich vorhandenen (körperlichen) Arbeitsbelastungen ermöglicht<sup>1148</sup>.

Für die fachliche Beurteilung der Arbeitsplätze ist ein Ergonomie-Team (aus Betriebsarzt, Arbeitssicherheitsfachkraft, Betriebsrat sowie dem zuständigen Planer und der Führungskraft des jeweiligen Bereiches) zuständig. Die vorherrschenden Belastungsfaktoren der Arbeitsplätze werden dabei in Punktwerte transferiert, die addiert und mit dem Faktor Zeit multipliziert für jeden Arbeitsplatz einen Gesamtpunktwert ergeben.

<sup>1146</sup> (Rohrbeck & Kunze, 2012, S. 25)

<sup>1147</sup> Vgl. (BAuA, 2013)

<sup>1148</sup> Die Entscheidung für die LMM erfolgte auf Grundlage einer Belegarbeit, die einen systematischen Vergleich aller in deutscher Sprache verfügbaren Instrumente zur Arbeitsplatzbeurteilung vorgenommen hat. Obwohl die LMM nicht alle Dimensionen arbeitsplatzbezogener Belastungsfaktoren erfasst (z.B. psychische Belastungen), liegt ihr entscheidender Vorteil in der einfachen Handhabbarkeit und Administration. Das Mehr an Genauigkeit, welches andere Methoden, wie das AAWS (Automotive Assembly Worksheet) bieten würden, stünde – angesichts des deutlich höheren Personalaufwandes und der insgesamt überproportionalen Bedeutung an Muskel-Skelett-Erkrankungen im Werk – nicht im Verhältnis zum administrativen Mehraufwand.

Einem Ampelprinzip folgend lassen sich damit Rückschlüsse auf das jeweilige Ausmaß der Belastungen ziehen, welches durch den Arbeitsplatz für den dort eingesetzten Mitarbeiter entsteht. Liegt dieser Gesamtwert unter zehn Punkten (geringe Belastung), so wird der Arbeitsplatz als altersadäquat eingestuft. Liegt der Wert zwischen 10 und 24 Punkten (mittlere Belastung), so ist der Arbeitsplatz nur für die Altersgruppe von 21 bis 40 Jahren geeignet, da eine Überbeanspruchung bei vermindert belastbaren Personen möglich ist. Sind körperliche Überbeanspruchungen auch für normal belastbare Personen möglich, so drückt dies ein Punktwert zwischen 25 und 49 aus und wird gelb dargestellt (erhöhte Belastung). Arbeitsplätze, die über 49 Punkte erzielen, werden rot dargestellt (hohe Belastung), da eine körperliche Überbeanspruchung wahrscheinlich ist<sup>1149</sup>.

Analog wird für jeden Arbeitsplatz ein Arbeitsplatzprofil erstellt, welches die jeweiligen Gefährdungen und Belastungen – über eine modifizierte Version der Konsensmatrix der deutschen Automobilindustrie (erarbeitet durch den Arbeitskreis „AutoErg“<sup>1150</sup>) – aufzeigt (siehe Anlage 5.1.1.a) und durch den Gesundheitsdienst auf einem zentralen Server gespeichert wird, sodass eine Nutzung dieser Informationen durch entsprechend autorisierte Personen und Abteilungen (wie der Personalabteilung) stets gewährleistet ist.

Zusammengefasst in einem zentralen Gefährdungs- und Belastungsatlas (siehe Anlage 5.1.1.b) entsteht aus der Summe aller Arbeitsplätze und Einzelfaktoren somit ein Gesamtbild, welches es den Verantwortlichen einfach und transparent ermöglicht, Problemschwerpunkte zu identifizieren und die Gefährdungs- und Belastungssituation sowie den etwaigen Handlungsbedarf im Werk ganzheitlich zu analysieren.

Um nachhaltig eine systematische Verbesserung der Arbeitsplätze zu gewährleisten und auch ergonomische Probleme zu erfassen, die sich nicht über die LMM darstellen lassen, wurde ferner eine sogenannte „Problemfalldatei“ installiert, in der kontinuierlich alle erkannten Probleme und Optimierungsbedarfe der Arbeitsplätze aufgenommen und systematisch nach Priorität und finanziellen Möglichkeiten behoben werden.

Nach der ersten Beurteilung aller 415 Arbeitsplätze im Werk (Schichtarbeitsplätze und Arbeitsplätze mit gleichen Bedingungen wurden nur einmal erfasst) wiesen im Jahr 2007 noch 68 Arbeitsplätze hohe Belastungswerte auf und wurden „rot“ eingestuft. In den folgenden Jahren erfolgte daraufhin eine systematische Verbesserung und ergonomische Umgestaltung der Arbeitsplätze, sodass Ende 2011 von keinem Arbeitsplatz mehr eine hohe Belastung ausging und auch die Zahl der „gelben“ auf 17 reduziert werden konnte. Inzwischen sind rund 60 Prozent aller Arbeitsplätze altersgerecht gestaltet und binnen ein bis zwei Jahren soll eine Unterscheidung von Arbeitsplätzen ausschließlich noch über die Farben hellgrün oder dunkelgrün erfolgen.

Damit führt die systematische Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung und die darauf aufbauende ergonomische Optimierung der Arbeitsplätze nicht nur zur körperlichen Entlastung und geringeren Fehlbeanspruchung der dort eingesetzten Mitarbeiter,

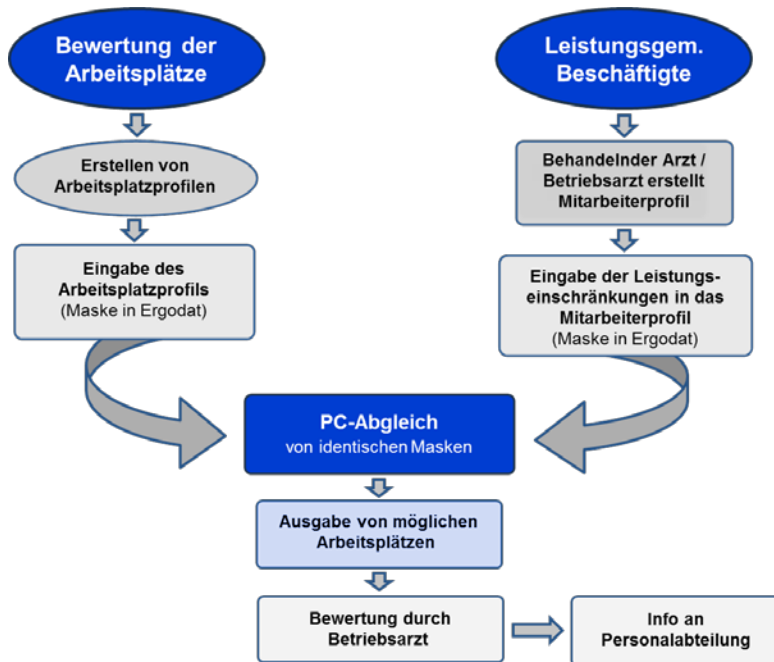
1149 Vgl. (BAuA, 2013)

1150 Vgl. (Automobilspezifischer Arbeitskreis Ergonomie (AutoErg), 2011)

sondern erhöht zugleich signifikant die Anzahl von Arbeitsplätzen und Beschäftigungsmöglichkeiten für Mitarbeiter mit körperlichen Einschränkungen.

### 5.1.1.3 Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching – Ein Verfahren zur leidensadäquaten Arbeitsplatzbesetzung

Doch um konsequent die Arbeitsplatzbelastungen für die Beschäftigten zu minimieren, reicht es nicht aus, lediglich die Arbeitsplätze ergonomisch zu optimieren. Strebt man das Ideal einer 100-prozentigen Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und eine langfristige Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens an, so kommt es insbesondere bei einer alternden Belegschaft mit steigenden Prävalenzen chronischer Erkrankungen und individueller Leistungseinschränkungen darauf an, für jeden Mitarbeiter den Arbeitsplatz zu finden, auf dem er seine volle Produktivität entfalten und gleichzeitig gesund altern kann. MAN setzte hierzu auf die Methode ‚Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching‘ (MAM).



**Abbildung 5.1.1.3:** Matching Arbeitsplatzprofile & Mitarbeiterprofil  
(nach Rohrbeck & Kunze)<sup>1151</sup>

Liegen bei einem Beschäftigten gesundheitliche Leistungseinschränkungen temporär oder dauerhaft vor, so erstellt der Gesundheitsdienst hierzu ein individuelles Mitarbeiterprofil (siehe oben). Mit Blick auf einen späteren Profilabgleich geeigneter Arbeitsplätze stützt sich dieses Profil dabei auf dieselben 56 Beurteilungskriterien, die bereits im Rahmen der Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung zur Erstellung der Arbeits-

<sup>1151</sup> Darstellung nach: (Rohrbeck & Kunze, 2013a, S. 33)

platzprofile verwendet wurden. Über eine eigens dafür programmierte Software (erst als Eigenentwicklung von MAN, dann Erweiterung in Kooperation mit der Firma Ergodat) kann dann ein Profilabgleich (Matching) zwischen den Mitarbeiter- und Arbeitsplatzprofilen erfolgen. Im Ergebnis wird durch dieses Matching eine Liste mit Arbeitsplätzen erstellt, die in ihren Belastungs- und Beanspruchungsfaktoren den Leistungseinschränkungen des betrachteten Mitarbeiters entspricht. Über die Personalabteilung wird schließlich versucht, den Beschäftigten auf einen dieser Arbeitsplätze zu versetzen und (bei konstant bleibendem Profil) dort zu belassen (siehe Abbildung 5.1.1.3).

Grundsätzlich verfügt MAN damit über ein sehr transparentes und effizientes Instrument des leidensadäquaten Mitarbeiterereinsatzes, über das im Werk Salzgitter bereits mehr als 130 Beschäftigte profilgerecht eingesetzt werden konnten.

Zwei Grundprobleme – deren Auftreten allerdings nicht dem Instrument geschuldet sind – erschweren jedoch den optimalen leidensadäquaten Mitarbeiterereinsatz. Einerseits sind viele (der für Leistungsgeminderte) identifizierten Arbeitsplätze nicht vakant und durch andere Mitarbeiter, die teilweise selbst Leistungseinschränkungen aufweisen, besetzt, sodass im Einzelfall geprüft werden muss, ob es möglich ist, den bisherigen Inhaber dieses Arbeitsplatzes auf eine andere Stelle zu versetzen. Andererseits wurden – im Sinne von Job-Rotation – viele Arbeitsplätze im Werk zu Gruppenarbeitsplätzen umgestaltet, um Belastungsspitzen und monotone Tätigkeiten für die einzelnen Mitarbeiter zu reduzieren. Sollte nun eine Teilaufgabe des Rotationskreislaufes dauerhaft durch einen leistungsgeminderten Mitarbeiter besetzt werden, so wäre dieser zwar leidensadäquat eingesetzt, jedoch würde die Arbeitsplatzbelastung und damit die Gefahr der Überbeanspruchung der anderen Gruppenmitglieder steigen. Folglich gilt es dabei wiederum im Einzelfall zu prüfen, ob eine Herauslösung einzelner Arbeitsplätze aus dem Rotationsprinzip verhältnismäßig und sinnvoll ist oder nur zu einer zeitlichen Verschiebung des Problems auf andere Mitarbeiter führen würde.

Ungeachtet der intensiven Bemühungen für jeden Mitarbeiter einen leidens- und leistungsadäquaten Arbeitsplatz zu finden, gelingt dieser Prozess aber nicht immer. Aufgrund zu vieler respektive zu gravierender Leiden oder gesundheitlicher Einschränkungen einzelner Mitarbeiter kann für diese ggf. keine leidensadäquate Beschäftigung „mehr“ gefunden werden. Häufig trauen sich auch die Betroffenen eine dauerhafte Tätigkeit in der Produktion von schweren LKW und Bussen selbst nicht mehr zu. Eine frühzeitige Einbindung und enge Kooperation mit den zuständigen Arbeitsämtern ermöglichte es hierbei in allen bisherigen Fällen jedoch, eine für alle Seiten befriedigende Lösung zu finden, so dass ein Ausscheiden aus dem Unternehmen immer sozial verträglich gestaltet werden konnte.

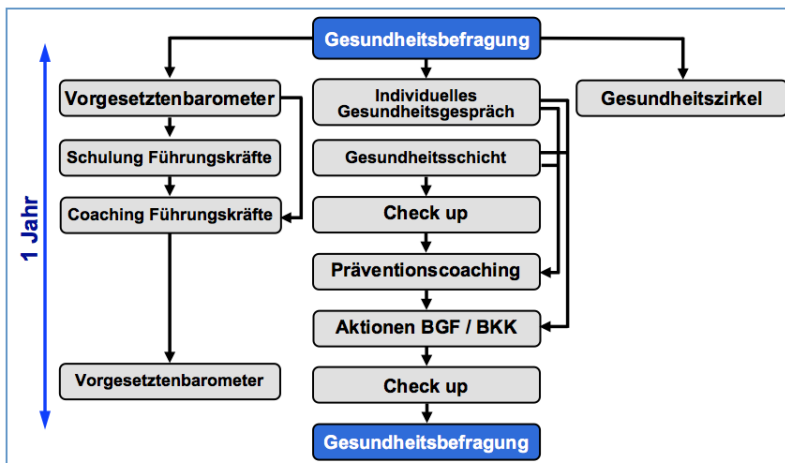
Damit zeigt sich, dass die Methode MAM nicht nur als betriebsinternes Instrument zur Arbeitsplatzsicherung und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit (durch einen leistungsgerechten und wertschöpfenden Mitarbeiterereinsatz) geeignet ist, sondern auch in der Kommunikation mit externen Kooperationspartnern wie Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern oder Behörden ein transparentes und akzeptiertes Verfahren darstellen kann.

#### 5.1.1.4 Verhaltensprävention im Werk

Über die verhältnispräventiven Maßnahmen hinaus bieten der MAN Gesundheitsdienst und die Audi BKK – in der der Großteil der Belegschaft versichert ist – zahlreiche gesundheitsförderliche Maßnahmen und Programme, die speziell auf die systematische und nachhaltige Verbesserung des bislang nur mangelhaft ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins großer Teile der Belegschaft zielen. Hierbei reicht es jedoch nicht aus, „nur“ ein gutes Maßnahmenpaket zu schnüren – wie das zuvor dargestellte Rücken-Reha-Beispiel verdeutlicht. Vielmehr muss das Präventionskonzept neben der klassischen Prävention von möglichen Krankheiten und Verletzungen die Mitarbeiter dazu befähigen, sich selbst verantwortungsbewusst um ihre Gesundheit zu kümmern.

Der Präventionsansatz für das Werk Salzgitter umfasst dabei weit mehr als 20 Einzelmaßnahmen zu den Themengebieten *Vorsorge* (z.B. Gesundheits-Check-Ups & Vorsorgeuntersuchungen), *Bewegung* (z.B. Rückenschule & Sportgruppen), *Ernährung* und *Entspannung* (z.B. Autogenes Training & Massagen). Um mit diesen Angeboten auch eine nachhaltig verhaltenspräventive Wirkung zu erzielen (und einer Beteiligung nach dem „Gießkannen-Effekt“ sinnvoll entgegenzuwirken), wurden mit der „Gesundheitschicht“ und dem „Präventionscoaching“ zusätzlich zwei stark pädagogisch-psychologisch ausgerichtete Instrumente in das Präventionskonzept der MAN Truck & Bus AG implementiert. Denn gelingt es nicht, die angesprochenen Mitarbeiter kognitiv zu erreichen und ihre Sichtweise bezüglich der Verantwortung für die eigene Gesundheit sowie den Umgang mit Krankheit positiv zu verbessern, so erscheint ein nachhaltiger Präventionseffekt der angebotenen Maßnahmen fraglich.

Demzufolge wurde das Konzept zur Verhaltensprävention in mehrere systematisch aufeinander folgenden Präventionsstufen gegliedert (siehe Abbildung 5.1.1.4):



**Abbildung 5.1.1.4:** Verhaltensprävention. Ablauf Werk Salzgitter (nach Rohrbeck & Kunze)<sup>1152</sup>

1152 Darstellung nach: (Rohrbeck & Kunze, 2013 b, S. 66)

Ausgangspunkt aller präventiven Maßnahmen ist das Vorgehen nach dem klassischen Lernweg über Analyse – Planung der Maßnahmen in Salzgitter – Durchführung von Maßnahmen und Evaluierung, welcher auch in den SCOHS (Social Occupational Health Standard) als Handlungsanleitung beschrieben ist. Keine Maßnahme wird als Gesundheitsaktionismus durchgeführt. Grundlage für die Analyse sind der Gesundheitsbericht der BKK, die Entwicklung der Fehlzeiten, das Stimmungsbarometer, der Work-Ability-Index sowie die Gesundheitsbefragung mit Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, des gesundheitsgerechten Verhaltens und der Motivation (siehe Anlage 5.1.1.c).

Auf der Vorgesetztenebene werden die Führungskräfte im Rahmen des Vorgesetztenbarometers zunächst anonym durch ihre Mitarbeiter hinsichtlich ihres Führungsverhaltens beurteilt und erhalten anschließend spezielle Schulungen und Coachings zum gesundheitsgerechten Führen, um über eine bessere und gesundheitsförderlichere Führungskultur den Gesundheitszustand der Beschäftigten und deren Fehlzeitenquoten positiv zu beeinflussen.

Auf der Mitarbeiterebene sind die einzelnen Präventions-Stufen so angeordnet, dass neben einer umfassenden Ist-Analyse zunächst versucht wird, die Mitarbeiter über Einzelgespräche (individuelle Gesundheitsbefragungen) und Seminareinheiten (z.B. Gesundheitsschichten; siehe unten) für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und zu interessieren. Gut informiert und interessiert erfolgt dann die Konfrontation mit den eigenen Gesundheitsdaten, die über den Check-up erhoben wurden. Für die bestmögliche Auswertung der Check-up-Ergebnisse sowie die Wahl der richtigen BGF-Maßnahmen stehen den Mitarbeitern (auf freiwilliger Basis) professionelle Präventionscoaches (siehe unten) zur Verfügung. Im Rahmen eines weiteren Check-ups erhalten die Mitarbeiter ein Feedback, inwieweit die von ihnen ergriffenen Maßnahmen erfolgreich verlaufen. Eine weitere Gesundheitsbefragung nach etwa einem Jahr liefert Informationen darüber, welche Maßnahmen wirksam sind und inwieweit sich der Gesundheitszustand und das Gesundheitsbewusstsein im Werk verbessert haben.

Parallel zu den Maßnahmen auf der Mitarbeiter- und Führungsebene werden bedarfsorientiert in den Abteilungen (meist durch Unterstützung externer Experten) Gesundheitszirkel eingerichtet, um in regelmäßigen Treffen gesundheitsbezogene Probleme zu lösen.

#### **5.1.1.5 Verhaltensoptimierung durch Präventionscoaching und Gesundheitsschicht**

Auf freiwilliger Basis können sich interessierte Mitarbeiter für die Teilnahme an einer Gesundheitsschicht von einer Arbeitsschicht freistellen lassen. Hierbei werden sie in Gruppen von 15 Beschäftigten während der regulären Arbeitszeit (Frühschicht) durch den Gesundheitsdienst und die Abteilung Aus- und Weiterbildung sowie externen Präventionscoaches über verschiedene Gesundheitsthemen informiert und für ein gesundheitsgerechtes Verhalten sensibilisiert. Neben praktischen Übungen im Fitness-Raum des Werkes und Entspannungsübungen werden in einer Gesundheitsschicht inhaltlich

zum Beispiel das *Biogramm des Menschen*, die *Bedeutung von medizinischen Parametern*, *gesunde Ernährung* sowie der *positive Effekt von mehr Bewegung* für die Gesundheit thematisiert.

Darüber hinaus wurde mit dem Einsatz von Präventionscoaches bei MAN ein neues Instrument mit primär verhaltenspräventiver Zielsetzung projektiert, getestet und anschließend in das bestehende Präventionskonzept implementiert. Hierbei handelt es sich um spezielle Coaches mit überwiegend medizinischer, pädagogischer, beratender oder sportwissenschaftlicher Orientierung, die (über die Wolfsburg AG) eine einjährige Zusatzqualifikation erhalten, um damit Mitarbeiter in allen gesundheitsrelevanten Fragen beraten und unterstützen zu können. Kernpunkte ihrer Ausbildung stellen dabei wiederum die Themengebiete *Stress, gesunde Ernährung, Bewegung & Sport, Entspannung, Zeitmanagement* sowie *lösungsorientierte Gespräche* dar. Je nach Schwerpunkt verfügen die Präventionscoaches außerdem über weitere Zusatzqualifikationen. Darüber hinaus steht den Präventionscoaches ein umfangreiches externes Netzwerk zur Verfügung, über das weiterführende Hilfe schnell und unkompliziert organisiert werden kann. Dabei steht das Angebot keineswegs nur den Führungskräften offen, sondern steht jedem Mitarbeiter zur Verfügung, der sich im Rahmen von Prävention und Gesundheitsförderung unterstützen lassen möchte. Kommt es zu einem Präventionscoaching, so finden einerseits zielgerichtete Beratungen zu individuell relevanten Themen statt. Andererseits werden Präventionsziele und -wege festgelegt, deren Umsetzung regelmäßig (ca. nach 6 Wochen) analysiert und ggf. angepasst werden. Damit bietet dieses Instrument eine hervorragende Möglichkeit, um das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten zu verbessern und deren Kompetenz im verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu fördern.

Erste Erfahrungen mit diesem neuen Präventionstool zeichnen ein durchweg positives Bild. Innerhalb des ersten Projekthalbjahres führten die Präventionscoaches im Werk bereits über 400 Coaching-Gespräche durch. Etwa die Hälfte (45,6%) der Gespräche wurden dabei über Ernährung bzw. Gewichtsreduzierung geführt, gefolgt von Stressmanagement (22,8%), Bewegung (17,7%) sowie Entspannung, Zeitmanagement und Motivation / Konzentration.

Aufgrund der insgesamt positiven Erfahrung und großen Nachfrage der Beschäftigten nach Präventionscoachings ist beschlossen worden, das Programm konsequent weiter zu führen. Um den positiven Ersteindruck in Zukunft auch empirisch zu bestätigen, wird die Wirksamkeit dieses Tools dabei über zwei Vergleichsgruppen begleitend untersucht. Es ist aber grundsätzlich davon auszugehen, dass das Präventionscoaching sowohl auf das Gesundheitsbewusstsein als auch auf das Gesundheitsverhalten positiven Einfluss nimmt.



#### **5.1.1.6 Schlussfolgerungen für den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern**

Das Beispiel der MAN Truck & Bus AG Salzgitter verdeutlicht, dass ein wirkungsvolles Präventionskonzept für eine alternde Belegschaft eine enge Verzahnung von verhältnis- und verhaltenspräventiven Maßnahmen erfordert.

Das auf Nachhaltigkeit und die Integration leistungsgeminderter Mitarbeiter ausgerichtete Präventionskonzept belegt, dass eine systematische Gefährdungs- und Belastungsanalyse bereits mit relativ einfachen und praxistauglichen Instrumenten nachhaltig realisierbar ist. Dabei erweist sich speziell die Zusammenfassung aller Arbeitsplatzprofile in einem einheitlichen farbbasierten Gefährdungs- und Belastungsatlas als transparente Möglichkeit, um Problem- und Belastungsschwerpunkte im Werk systematisch zu identifizieren und herauszustellen. Ferner bietet ein solcher Atlas eine belastbare Grundlage, um notwendige – aber zum Teil sehr kostenintensive – ergonomische Umgestaltungsmaßnahmen von Arbeitsplätzen gegenüber dem Management inhaltlich zu begründen und durchzusetzen. Folgen der Beurteilung konsequent ergonomische Optimierungsprozesse der Arbeitsplätze, so lassen sich dadurch Belastungsfaktoren aus den Arbeitsplätzen nehmen und einhergehend damit die Zahl alters- und leidensadäquater Beschäftigungsmöglichkeiten systematisch erhöhen.

Darüber hinaus bedeuten, insbesondere für den Umgang mit Präsentismus und Krankheit am Arbeitsplatz, das Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching und das Präventionscoaching innovative und zugleich auf nachhaltigen Erfolg angelegte Instrumente der Verhältnis- und Verhaltensprävention.

So bietet das systematische Mitarbeiter-Arbeitsplatz-Matching aus Unternehmenssicht die Möglichkeit eines nachhaltig effizienteren und produktiveren Personaleinsatzes, der die negativen Effekte des demografischen Wandels auf die Leistungsfähigkeit der Belegschaft reduzieren und zum Erhalt deren langfristiger Employability beitragen kann. Aus Mitarbeitersicht bietet dieses Verfahren die Möglichkeit, so eingesetzt zu werden, dass es trotz gesundheitlicher Einschränkungen möglich ist, die volle Leistungsfähigkeit zu entfalten und die individuelle Beschäftigungsfähigkeit langfristig aufrechtzuerhalten. Ob und inwieweit sich ein leidensadäquater Mitarbeiterereinsatz überdies auch salutogen auf den Gesundheitszustand des Betroffenen auswirkt, lässt sich aktuell noch nicht eindeutig beurteilen, sollte empirisch jedoch noch näher untersucht werden.

Auch der Einsatz von Präventionscoaches und deren systematische Implementierung in das Präventionskonzept stellen – insbesondere für die Verhaltensprävention – einen überaus vielversprechenden Ansatz dar. Erste Erfahrungen der an der Erprobung und Implementierung im Werk beteiligten Akteure weisen bereits jetzt darauf hin, dass der Einsatz von Präventionscoaches sowohl das Gesundheitsbewusstsein als auch das Gesundheitsverhalten deutlich positiv beeinflusst und damit nachhaltig als maßnahmenübergreifendes Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung betrachtet und als zentrales Element fest in das BGM implementiert werden sollte.

### 5.1.2 Gesundheitsmanagement unter der Maxime: „Vernetztes Handeln und Kooperation“ – am Beispiel der Salzgitter AG

Mit weltweit über 24.000 Mitarbeitern gehört die Salzgitter AG zu den führenden Stahltechnologie-Konzernen Europas. Dabei kann der Konzern neben einer traditionsreichen Unternehmensgeschichte auch auf ein langjähriges und erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zurückblicken. Darüber hinaus bekennt sich der Konzern zur ‚Luxemburger Deklaration‘ (siehe oben) und hat die Themen Mitarbeitergesundheit und Integrationsmanagement seit Jahren als zentrale Handlungsfelder fest in der Unternehmensstrategie verankert. Gesundheit wird somit (auch) als Führungsaufgabe aller Führungskräfte verstanden und bildet damit – neben den Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) – einen wesentlichen Pfeiler des BGM-Verständnisses im Konzern.

Die Besonderheit des BGM der Salzgitter AG liegt jedoch nicht in der Breite der Präventionsmaßnahmen, sondern in der Präventionstiefe und dem hohen Vernetzungsgrad mit externen Kooperationspartnern wie Krankenkasse, Rentenversicherung oder wissenschaftliche Einrichtungen. Ziel ist es hierbei, eine frühzeitige und umfassende Einbindung aller relevanten (in- und externen) Akteure und Kostenträger zu erreichen, um die Beschäftigten umfassend präventiv unterstützen zu können sowie Prozessketten von Diagnoseverfahren und Therapien deutlich beschleunigen und entbürokratisieren zu können und damit eine zeitnahe Genesung der Betroffenen zu ermöglichen. Dabei setzt der Konzern auch auf ungewöhnliche und zum Teil sehr spezielle Maßnahmen, wie die arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainingstherapie (aMTT), welche bereits deutlich therapeutischen Charakter aufweisen.

Insgesamt zeigt das Best-Practice-Beispiel der Salzgitter AG<sup>1153</sup> Wege auf, wie es trotz begrenzter finanzieller und zeitlicher Ressourcen möglich ist, ein fest in die Konzernstrukturen integriertes BGM zu gestalten, das die Gesunderhaltung der Beschäftigten nachhaltig fördert und gleichzeitig erkrankten Mitarbeitern umfangliche Unterstützung anbietet.

#### 5.1.2.1 Die Ausgangssituation

Um den Herausforderungen des demografischen Wandels frühzeitig entgegenzuwirken und damit die eigene Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit langfristig zu erhalten, hat der Salzgitter-Konzern im Jahr 2005 über die „GO-Generationen-Offensive 2025“<sup>1154</sup> folgende sechs zentrale Handlungsfelder identifiziert und hierzu inzwischen über 60 Einzelmaßnahmen initiiert:

<sup>1153</sup> Die Darstellung des Praxisbeispiels bezieht sich inhaltlich primär auf ein Experteninterview mit dem leitenden Betriebsarzt der Salzgitter AG sowie den Aufsatz: Koch, Kröger, Leineweber & Marquardt (2012).

<sup>1154</sup> Vgl. (Salzgitter AG, 2011); (Salzgitter AG, 2013).

- *Unternehmenskultur und Führung,*
- *Personalmarketing und -recruiting,*
- *Personalentwicklung und -qualifizierung,*
- *Arbeitsorganisation, -zeit und Entgelt,*
- *Gesundheit, Fitness und Ergonomie,*
- *Integrationsmanagement.*

Gleichzeitig wurde das BGM für die rund 50 Konzerngesellschaften zentralisiert und erfuhr eine inhaltliche Neuausrichtung an den Kriterien *Bedarfsorientierung, konzeptionelle Geschlossenheit und Nachhaltigkeit* (siehe unten). Alle BGM-Maßnahmen wurden anschließend – unter Federführung des Betriebsärztlichen Dienstes (BÄD) – kritisch auf ihre nachhaltig präventive Wirkung und ihren tatsächlichen Bedarf in der Belegschaft überprüft. Waren diese Kriterien nicht gegeben, wurden die entsprechenden Maßnahmen konsequent eingestellt. Notwendige und nachhaltige Angebote hingegen wurden optimiert und systematisch in das BGM-Konzept des Konzerns integriert, wobei die Möglichkeit der Verknüpfung von betrieblichen Aktivitäten mit der Eigeninitiative des Beschäftigten stets ein wesentliches Entscheidungskriterium für die Implementierung einer Maßnahme darstellt.

Als förderlich für die Implementierung eines konzernweiten und ganzheitlichen BGM erwies sich dabei die breite Akzeptanz und umfassende Unterstützung durch das Management der Konzernholding. Ferner bieten die Versichertenstruktur der Konzernbelegschaft und eine „eigene“ Betriebskrankenkasse (BKK Salzgitter) – in der mehr als drei Viertel der Beschäftigten versichert sind – optimale Voraussetzungen, um auch komplexere und kostenintensivere BGM-Projekte für den Konzern unbürokratisch realisieren zu können.

Dagegen stellen spezifische Rahmenbedingungen die BGM-Akteure aber auch vor besondere Herausforderungen. So ist die Konzernstruktur der Salzgitter AG durch die hohe Anzahl an Konzerngesellschaften sehr dezentral und heterogen organisiert, so dass sich Rahmenbedingungen und Bedarf für BGM-Maßnahmen bereichsübergreifend zum Teil stark unterscheiden und einen hohen koordinativen Aufwand erfordern.

Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus den Arbeitsplatzprofilen der gewerblichen Arbeitsplätze. Um Unfallrisiken und körperliche Belastungen nachhaltig zu reduzieren, erfuhr diese über die vergangenen Jahrzehnte zwar eine konsequente ergonomische Optimierung, wurden mehrheitlich aber in sogenannte Mehrbereichsarbeitsplätze umgewandelt. Hierbei handelt es sich um inhaltlich stark verdichtete und mehrdimensional gestaltete Arbeitsplätze, die verschiedene Tätigkeiten wie Produktion, Steuerung, Qualitätssicherung oder Logistik in sich vereinen. Für dort eingesetzte Mitarbeiter bedeutet dies zwar eine qualitative Aufwertung ihrer Tätigkeit durch prozessorientiertes Arbeiten (Job Enlargement) bei einer zugleich signifikanten Reduzierung eindimensionaler Beanspruchungen. Durch die hohe spezifische Komplexität der meisten Mehrbereichsarbeitsplätze sind aber auch die Anforderungen dieser Arbeitsplätze hinsichtlich Mitarbeiterqualifikation und Erfahrung signifikant gestiegen (Job Enrichment) und kön-

nen faktisch nur noch von gut ausgebildeten Fachkräften bewältigt werden. Einzelne Arbeitsplätze lassen sich dabei kaum noch tätigkeitsbezogen gruppieren, sodass Maßnahmen der Verhältnisprävention mit einem sehr hohen einzelfallbezogenen personellen und zeitlichen Aufwand – speziell des BÄD und der Personalabteilung – verbunden sind. Auch erschwert die hohe Komplexität vieler Mehrbereichsarbeitsplätze die leidensadäquate (Weiter-)Beschäftigung leistungsgewandelter Mitarbeiter. Gemäß §16 Manteltarifvertrag Stahl steht indes jedem Beschäftigten, der das 50. Lebensjahr vollendet hat und aus gesundheitlichen Gründen seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausführen kann, eine Beschäftigungs- und Einkommenssicherung bis zum Renteneintritt zu. Demnach steigt auf der einen Seite die Zahl leistungsgewandelter Mitarbeiter demografiebedingt systematisch an, während auf der anderen Seite immer weniger Arbeitsplätze zur Verfügung stehen, die eine leidensadäquate Beschäftigung dieser Mitarbeitergruppe überhaupt ermöglichen. Anfänglich konnte dieses Problem über Altersteilzeitregelungen sowie eine konzerneigene Servicegesellschaft aufgefangen werden. Bei einem Durchschnittsalter von inzwischen über 43 Jahren und einem gesetzlichen Renteneintrittsalter von 67 Jahren wird jedoch klar, dass es neuer Wege bedarf, um dieser Entwicklung nachhaltig entgegenzuwirken.

Folglich ist der Faktor Mitarbeitergesundheit und damit der langfristige Erhalt der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit seiner Beschäftigten für den Konzern von strategischer Bedeutung – und könnte sich aus tariflicher Sicht sogar existenzbedrohend auswirken, wenn es nicht gelingt, ein gesundes und wertschöpfendes Arbeiten der Belegschaft bis zur Rente zu ermöglichen.

#### 5.1.2.2 Konzeptionelle Ausrichtung

Wie in der Ausgangssituation bereits beschrieben wurde, fußt das BGM-Konzept der Salzgitter AG auf den Prinzipien *Bedarfsorientierung*, *konzeptionelle Geschlossenheit* und *Nachhaltigkeit*.

Um das BGM bedarfsgerecht ausrichten zu können, werden im Konzern sowohl Kennzahlen und bereits bestehende BGM-Angebote systematisch analysiert als auch über Mitarbeiterbefragungen und persönliche Gespräche mit den Beschäftigten, deren subjektiven Bedürfnisse auf verschiedenen Ebenen (z.B. über Betriebsärzte, Integrationsmanager oder Sozialarbeiter) erfragt und berücksichtigt. Als primäre Handlungsfelder des BGM wurden so die Bereiche der *Muskel-Skelett-Erkrankungen* und *Psychischen Erkrankungen* identifiziert. Ein drittes zentrales Handlungsfeld stellt daneben die Verhaltensprävention, das *Gesundheitsbewusstsein und -verhalten* der Beschäftigten und damit indirekt auch die Reduzierung von gesundheitsbedingten Risikofaktoren – etwa für Herz-Kreislauf-Erkrankungen – dar.

Die Ausgestaltung des BGM-Angebotes zielt dabei auf eine konzeptionelle Geschlossenheit und integrative Versorgung aller Beschäftigten ab. Neben Führungskräftebildungen hinsichtlich eines „gesunden Führens“ stehen insbesondere BGF-Maßnahmen, aber auch therapeutische Instrumente zur Verfügung, um bedarfsgerecht und systema-

tisch sowohl primär- als auch sekundär- und/oder tertiärpräventive Maßnahmen und Interventionen anbieten zu können. So reicht die Angebotspalette beispielsweise von Ernährungsberatungen und Gesundheitschecks, über konzerneigene Fitnesscenter und Sozialberater bis hin zur zeitnahen Vermittlung ambulanter oder stationärer Therapien. Für Mitarbeiter mit einer chronischen Schmerzerkrankung wurde außerdem ein eigenes arbeitsplatzbezogenes Therapie-Programm konzipiert.

Alle Einzelmaßnahmen, die der Belegschaft im Rahmen des BGM angeboten werden, sind – mit Ausnahme obligatorischer Führungskräftebildungen – jedoch immer freiwillig und streben einen engen Arbeitsplatzbezug und die Verschränkung mit der Eigeninitiative der Mitarbeiter an.

Um Parallelstrukturen zu vermeiden, werden dabei nur solche Angebote als interne Maßnahmen angeboten, die über externe Anbieter nicht oder nicht in der (durch den Konzern) definierten Qualität bereitgestellt werden können.

Neue Maßnahmen werden unter Federführung des leitenden Betriebsarztes – in enger Abstimmung mit der Konzernholding und eventuellen Kooperationspartnern – „top-down“ initiiert, können aber durch die Konzerngesellschaften jederzeit – im Dialog mit dem Betriebsärztlichen Dienst (BÄD) – durch weitere Maßnahmen ergänzt werden. Um Ressourcen zu schonen und nur effektive Maßnahmen zu unterstützen, werden alle BGM-Angebote über den BÄD systematisch auf ihre nachhaltige Wirkung überprüft und ggf. eingestellt.

Zur Realisierung dieses breiten Aufgabenspektrums gehören dem Team des Betriebsärztlichen Dienstes nicht nur Ärzte, sondern auch konzerneigene Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Suchtberater an. In den einzelnen Konzern-Gesellschaften gibt es darüber hinaus einen haupt- respektive nebenamtlichen Integrationsmanager.

### **5.1.2.3 Vernetztes Handeln und Kooperation**

Trotz zahlreicher interner Spezialisten und Maßnahmen forciert das BGM der Salzgit-ter AG eine möglichst enge Kooperation mit externen Experten, Krankenkassen, Renten- und Unfallversicherungen sowie wissenschaftlichen und therapeutischen Einrichtungen, um<sup>1155</sup>:

- *Unkoordinierte Maßnahmen der beteiligten Akteure zu vermeiden,*
- *gemeinsame Ressourcen zu integrieren,*
- *externe und interne Expertise besser zu verzahnen und zu ergänzen,*
- *„Entgleiten“ der Mitarbeiter zu vermeiden,*
- *übergreifende Patientenversorgung (Case-management) aufzubauen,*
- *Prozesse der Patientenversorgung deutlich zu beschleunigen (und damit lange Wartezeiten zu reduzieren),*
- *Informationsfluss zwischen Reha-Trägern und Betrieb zu optimieren und*
- *Tätigkeitsbezug zwischen der Therapie- und Rehabilitationsmaßnahme herzustellen.*

---

<sup>1155</sup> Vgl. (Koch, Leineweber, & Miede, 2011, S. 7); (Koch, Leineweber, & Miede, 2013, S. 7)

Neben der Definition klarer Schnittstellen hinsichtlich Zuständigkeiten, Kostenübernahme, Fallführung und Informationsfluss zielt das Kooperationsmodell damit auf eine integrative Versorgung, die von einer umfassenden medizinischen und/oder psychologischen Diagnostik des Patienten bis hin zu ambulanten und stationären Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen eine schnelle und zuverlässige Hilfe der Betroffenen gewährleistet.

Zu Realisierung dieses integrativen Versorgungskonzeptes wurden – über die bereits dargestellten Kooperationspartner hinaus – weitere Kooperationen mit der Technischen Universität Braunschweig (TU BS), der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) sowie verschiedenen Kliniken und Rehabilitationszentren in der Region getroffen.

Um das komplexe Kooperationsmodell und vernetzte Handeln der Salzgitter-AG näher zu beleuchten, werden im Folgenden das „Kooperationsprojekt zur Betreuung von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen“ sowie die „Angebote bei Muskel-Skelett-Erkrankungen“ exemplarisch dargestellt (siehe unten).

#### **5.1.2.4 Psychosoziale und -mentale Unterstützung mit niederschwelligem Zugang**

Wenngleich psychische Erkrankungen in den Fehlzeitenstatistiken bislang (noch) eine nachgeordnete Rolle einnehmen und vornehmlich im Bereich der Angestellten (größtenteils im Büro tätig) diagnostiziert werden, weist die stetig steigende Inanspruchnahme psychosozialer und -mentaler Unterstützungsangebote eindeutig darauf hin, dass der Handlungsbedarf im Bereich der psychischen Gesundheit (auch im männlich dominierten gewerblichen Bereich) signifikant größer einzuschätzen ist, als die Fehlzeiten dies zunächst suggerieren.

Aus einem salutogenetischem Verständnis heraus setzt die Salzgitter AG bei der psychosozialen und -mentalenen Unterstützung ihrer Mitarbeiter nicht erst dort an, wo bereits pathologische Krankheitsmuster oder manifeste soziale Probleme erkennbar sind, sondern versucht durch Aufklärung, Beratung und Unterstützung ihre Mitarbeiter dahingehend zu unterstützen, ein Kohärenzgefühl zu entwickeln und Schwierigkeiten bzw. Herausforderungen des Lebens zu bewältigen. Hierzu setzt der Konzern sowohl auf präventive Aufklärungs- und Informationsarbeit sowie verbindliche Führungskräfte-schulungen als auch auf permanente psychische und soziale Unterstützungsangebote mit niedrigschwelligem Zugang.

Alle Führungskräfte der Salzgitter Service und Technik GmbH (als Pilotgesellschaft) werden (bereits ab der Ebene Teamleiter) im Rahmen ihrer dreitägigen Basisqualifizierung zu Themen wie Gesundheit, Stressmanagement und gesundem Führen geschult und hinsichtlich psychischer Belastungen sensibilisiert, um so gesundheitsgerecht führen und gefährdete Mitarbeiter frühzeitig identifizieren zu können.

Außerdem stehen den Beschäftigten über die konzerneigenen Sozialarbeiter und Suchtberater unentgeltlich kompetente Ansprechpartner für Beratung und Unterstützung für alle privaten und beruflichen Probleme (wie Alkoholsucht, Stress oder familiäre Problemen) zur Verfügung. Darüber hinaus bietet der Sozialdienst einen Familienservice zu Fragen hinsichtlich Kinderbetreuung und Pflege von Angehörigen. In

Kooperation mit der AWO wurde hierfür eigens eine Telefon-Hotline geschaltet, die von allen Mitarbeitern der Salzgitter AG rund um die Uhr kostenlos in Anspruch genommen werden kann. In Kooperation mit der Pflegekasse der BKK steht den Mitarbeitern der Standorte Salzgitter, Peine und Ilsenburg – unabhängig ihrer Kassenzugehörigkeit – überdies eine kostenlose Pflegeberatung (hinsichtlich Fragen, Modalitäten und Inanspruchnahme der Pflegeversicherung sowie der Suche und Vermittlung von Experten) zur Verfügung.

Für die Versicherten der BKK Salzgitter wurde am Standort Salzgitter außerdem eine „Psychologische Sprechstunde“ eingerichtet, in der zwei Psychologinnen (eine mit türkischem Migrationshintergrund) außerhalb des Werksgeländes persönliche Beratung anbieten.

#### 5.1.2.5 Kooperationsprojekt zur Betreuung Beschäftigter mit psychischen Erkrankungen

Treten bei Beschäftigten ernsthafte psychische Probleme auf, so ermöglicht das Kooperationsmodell der Salzgitter AG deren unmittelbare Versorgung – einschließlich einer umfassenden medizinisch-psychologischen Diagnostik und zeitnaher ambulanter und/oder stationärer Therapie- respektive Rehabilitationsmaßnahmen. Wie Abbildung 5.1.2.5 zeigt, ist das Konzept – welches in Zusammenarbeit mit der BKK Salzgitter und der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig entwickelt wurde – modular konzipiert, um eine größtmögliche Bedarfsorientierung für die Betroffenen zu gewährleisten.

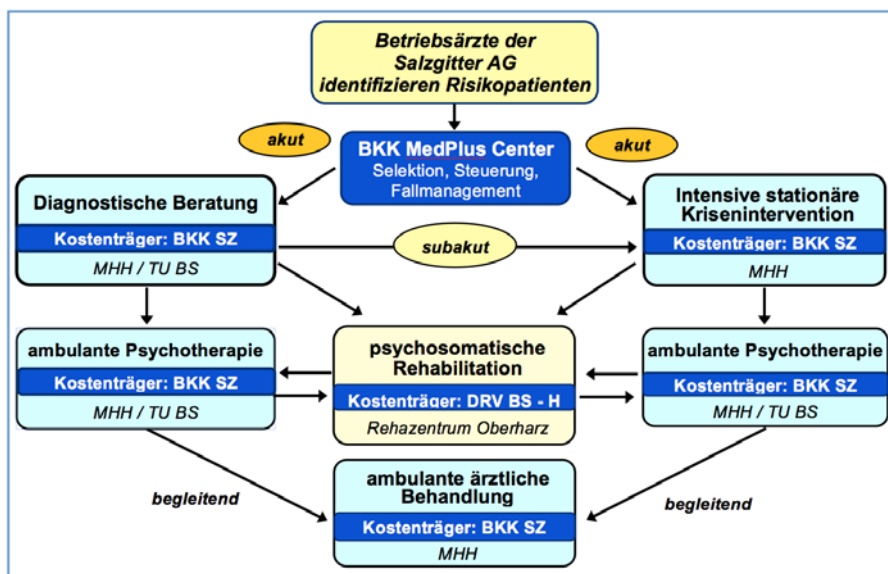


Abbildung 5.1.2.5: Kooperationsprojekt zur Betreuung von Beschäftigten mit psychischen Erkrankungen (nach Koch et al.)<sup>1156</sup>

<sup>1156</sup> Darstellung nach: (Koch, Kröger, Leineweber, & Marquardt, 2012, S. 138)

Ausgangspunkt aller Interventionsmaßnahmen ist zunächst die Identifikation behandlungsbedürftiger Mitarbeiter. In den meisten Fällen erfolgt diese entweder über das selbstständige Aufzeigen der Mitarbeiter oder Verhaltensauffälligkeiten, die durch Vorgesetzte, Kollegen oder das Personal des BÄD wahrgenommen werden. Parallel dazu identifiziert die Krankenkasse EDV-gestützt (über AU-Zeiten und -Diagnosen) Risikopatienten und verweist diese auf den zuständigen Betriebsarzt.

In einem ersten Schritt findet auf freiwilliger Basis zunächst ein ausführliches Gespräch mit dem Betriebsarzt statt, in dem der Mitarbeiter die Gelegenheit erhält sein Problem bzw. seine Situation umfassend zu schildern und der Arzt eine erste Einschätzung des Behandlungsbedarfs vornehmen kann. Stimmt der Mitarbeiter zu und entbindet den Betriebsarzt von seiner Schweigepflicht, so tritt dieser in den Dialog mit der zuständigen Krankenkasse (i.d.R. die BKK Salzgitter), um das weitere Vorgehen abzustimmen. Durch die BKK wird hierzu ein Fallmanager eingesetzt, der als fester Ansprechpartner für alle Beteiligten bereitsteht und alle organisatorischen sowie versicherungsrechtlichen Angelegenheiten übernimmt.

Weist der betroffene Mitarbeiter akuten Behandlungsbedarf auf, so besteht über die MHH die Möglichkeit, dem Betroffenen kurzfristig einen Platz für eine „Intensivierte stationäre Krisenintervention“ bereitzustellen, die ggf. durch eine nachgeschaltete „ambulante Psychotherapie“ bei der MHH bzw. TU BS weitergeführt werden kann.

In der Regel lässt es der psychische Zustand des Betroffenen jedoch zu, vor dem Einleiten weiterführender Interventionen eine umfassende diagnostische Beratung in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig durchzuführen.

Liegt die Zustimmung der Krankenkasse vor, so erfolgt die Voranmeldung des Patienten und der Betriebsarzt erstellt für die diagnostische Beratung eine Epikrise sowie eine Beschreibung der relevanten Arbeitsplatzdetails. Darüber hinaus beantwortet er mit einem ausgewählten Kollegen oder Vorgesetzten (der durch den Betroffenen selbst bestimmt wurde) einen standardisierten Fragebogen zur Arbeitsplatz-Performance. Über die Krankenkasse werden ggf. fremdanamnetische Angaben und medizinische Befunde beigesteuert und gemeinsam mit den Daten des BÄD der TU übersandt. Im Rahmen von zwei mehrstündigen Terminen durchläuft der Betroffene dann ein umfassendes psychologisches Diagnoseverfahren, welches mehrere hundert Fragen umfasst. Im Anschluss erhält der Betroffene im Gespräch mit einem Psychologen der TU eine persönliche Auswertung seiner Befunde und konkrete Empfehlungen weiterer Maßnahmen und Therapien. Mit Einwilligung des Betroffenen werden die Befunde und Therapievorschlüsse an den zuständigen Betriebsarzt und den Fallmanager der Krankenkasse übermittelt, sodass die Intervention umgehend bewilligt werden kann.

Weil eine ausgesproche Therapieempfehlung der TU grundsätzlich mit der Zusicherung eines Therapieplatzes verbunden ist und für die BKK gleichzeitig als gutachterliche Stellungnahme und damit als bindende Therapieempfehlung gilt, ist es in der Regel möglich, mit der ambulanten Psychotherapie oder stationären Krisenintervention binnen zwei Wochen zu beginnen.



Greifen die ambulante Psychotherapie sowie die stationäre Krisenintervention zu kurz, so besteht über die Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover (DRV) die Möglichkeit, dem Betroffenen eine „Psychosomatische Rehabilitation“ im Rehazentrum Oberharz anzubieten. Wie bei der Krisenintervention erfolgt auch nach der Rehabilitation bei Bedarf eine ambulante psychotherapeutische und ärztliche Nachbetreuung des Patienten.

Erfahrungswerte des Kooperationsprojektes und BÄD zeigen, dass bereits die umfassende Diagnostik bei vielen Mitarbeitern therapeutische Wirkung erzielt und nach der Diagnostischen Beratung etwa sechs von zehn Untersuchten psychotherapeutischen Handlungsbedarf aufweisen, während die anderen keine weiteren Maßnahmen benötigen. Dennoch erhalten alle Beratenen das Angebot, erneut Kontakt zur TU aufzunehmen, sollten sich die Beschwerden verstärken.

#### **5.1.2.6 Angebote zur muskulo-skelettalen Gesundheit**

Insbesondere für gewerblich Beschäftigte stellt die muskulo-skelettale Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für deren Beschäftigungsfähigkeit und damit Wertschöpfung des Unternehmens dar. Gleichzeitig sind Muskel-Skelett-Erkrankungen (MSE) auch im Salzgitter-Konzern – sowohl bei den gewerblichen Lohnempfängern als auch bei den Angestellten – die häufigste Ursache für Krankschreibungen. Entsprechend dieser zentralen Bedeutung bildet der Bereich der muskulo-skelettalen Gesundheit ein primäres Handlungsfeld für das BGM der Salzgitter AG. Um diesem nachhaltig Rechnung zu tragen, wurde wiederum ein modulares Kooperationskonzept erarbeitet, das eine umfassende, zeitnahe und zugleich arbeitsplatzbezogene Versorgung von Beschäftigten mit MSE ermöglicht.

Kategorisiert nach Ausprägungsgrad und Intensität der Beschwerden (Modul A, B, C) besteht so die Möglichkeit, leichte, mittelschwere und schwere MSE über interne Maßnahmen und externe Kooperationen bedarfsgerecht und nachhaltig zu versorgen (siehe Abbildung 5.1.2.6).

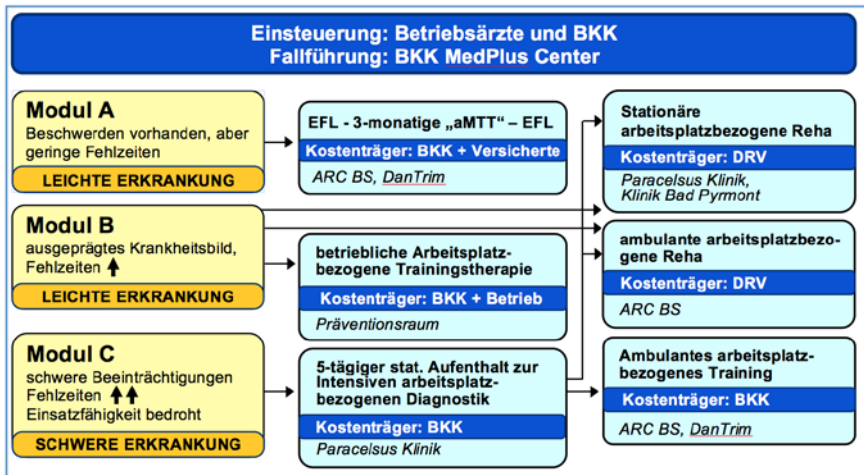


Abbildung 5.1.2.6: Angebote bei Muskel-Skelett-Erkrankungen (nach Koch et al.)<sup>1157</sup>

Um Muskel-Skelett-Erkrankungen schon in einem frühen Stadium zu begegnen, richtet sich das *Modul A* an Mitarbeiter, die bereits Beschwerden und leichte pathologische Veränderungen im muskulo-skelettalen Bereich aufweisen, jedoch noch keine Auffälligkeiten im Bereich ihrer Fehlzeiten oder Behandlungshistorie zeigen. Ebenso wie bei psychischen Erkrankungen erfolgt die Identifikation dieser Mitarbeiter mehrgleisig über den BÄD, die Krankenkasse oder den Betroffenen selbst. Ziel dieses Moduls ist es, die Gesundheit des Mitarbeiters durch ein individuell auf ihn und seinen Arbeitsplatz abgestimmtes Trainingsprogramm zu fördern, seine Beschwerden zu lindern und der Chronifizierung seiner Erkrankung entgegenzuwirken.

Über das Ambulante Reha Centrum Braunschweig (ARC BS) erfolgt dahingehend zunächst eine umfassende Testung des Betroffenen hinsichtlich seiner pathologischen Veränderungen und Einschränkungen seines Skelett-Muskel-Apparates. Um die Testergebnisse optimal auswerten und anschließend in einen arbeitsplatzbezogenen Trainingsplan überführen zu können, werden für das ARC BS bereits im Vorfeld durch den Mitarbeiter und seinen Betriebsarzt eine umfassende Arbeitsplatzbeschreibung sowie Darstellung der vorliegenden pathologischen Veränderungen angefertigt. Im Rahmen der eigentlichen Testung am ARC BS wird eine *individuelle Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)*<sup>1158</sup> durchgeführt und es erfolgen weitere Tests hinsichtlich

1157 Darstellung nach: (Koch, Kröger, Leineweber, & Marquardt, 2012, S. 137)

1158 EFL: Objektive, valide und realitätsnahe Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über 29 standardisierten funktionelle Leistungstests (Heben, Tragen, Überkopf-Arbeit, Leiter steigen, Handkoordination, u.a.). Nach Susan Isernhagen.

*alltagsbezogener Funktionen (PACT-Test<sup>1159</sup>) sowie biomechanischen Funktionen der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur (David-Test<sup>1160</sup>).*<sup>1161</sup>

Auf Grundlage der Testergebnisse und Arbeitsplatzbeschreibung wird dem Mitarbeiter durch das ARC BS ein individueller und arbeitsplatzbezogener Trainingsplan erstellt, der über einen Zeitraum von zunächst drei Monaten mindestens zwei 90minütige Trainingseinheiten pro Woche vorsieht und dem Mitarbeiter verschiedene Kraft-, Ausdauer- sowie Dehnübungen vorgibt. Für die Trainingsdurchführung stehen entweder die Fitnesscenter des Konzerns (die in Kooperation mit der Firma DanTrim betrieben werden) oder das der ARC BS zur Verfügung. Um einen progressiven Trainingserfolg zu ermöglichen und Fehler in der Durchführung unmittelbar abstellen zu können, findet das Training grundsätzlich in Abstimmung und unter regelmäßiger Aufsicht eines professionellen Trainerteams statt.

Nach Abschluss der dreimonatigen Trainingsphase wird eine erneute EFL-Testung und Anpassung des individuellen Trainingsplanes vorgenommen. Um einen nachhaltigen Erfolg der Maßnahme zu erreichen, soll der Mitarbeiter das Training anschließend eigeninitiativ fortführen, kann sich bei Bedarf jedoch Beratung und Unterstützung durch das Trainerteam einholen.

Bei Vorliegen eines bereits ausgeprägten Krankheitsbildes und hohen Fehlzeiten des Betroffenen greifen die Maßnahmen des *Moduls B*, über das sowohl interne als auch externe therapeutische und rehabilitative Maßnahmen angeboten werden. Das Kernelement in diesem Modul bildet die arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainings-Therapie (aMTT), in dessen Rahmen konzerneigene Physiotherapeuten pädagogisch-therapeutisch ausgerichtete Interventionen mit engem Arbeitsplatzbezug anbieten (siehe unten).

Weisen Betroffene die Voraussetzungen für die Teilnahme an einer aMTT auf, so wird ihnen diese Maßnahme empfohlen. Ist die aMTT aus medizinischen oder in der Person liegenden Gründen nicht erfolgversprechend, wird geprüft, ob eine Rehabilitationsmaßnahme indiziert ist. Als Kostenträger stellt hierbei die zuständige Rentenversicherung den zentralen Kooperationspartner für den BÄD und die BKK dar. Wird eine solche Maßnahme angestrebt, so bereiten BKK und Betroffener über den zuständigen Job-Reha-Berater der DRV das Antragsverfahren vor, während der Betriebsarzt wiederum eine genaue (foto- und videogestützte) Arbeitsplatzbeschreibung und Epikrise für die DRV erstellt. Für die Durchführung stationärer oder ambulanter arbeitsplatzbezogener Rehabilitationsmaßnahmen stehen die Paracelsus Klinik in Bad Pyrmont respektive der ARC BB als Kooperationspartner bereit. Aufgrund der getroffenen Vorauswahl der Betroffenen und der engen Kooperation aller Beteiligten können so rund 90 Prozent der Rehabilitationsmaßnahmen bewilligt und binnen zwei Monaten angetreten werden.

Leiden Beschäftigte unter einer schweren Muskel-Skelett-Erkrankung und weisen sehr hohe Fehlzeiten sowie schwere Beeinträchtigungen auf, die ihre Einsatzfähigkeit bedroht, wird dieser Personengruppe – über das *Modul C* – ein fünftägiger stationärer

1159 PACT-Test: Funktionsfragebogen (mit hoher Reliabilität) zur Selbsteinschätzung mit 50 alltagsbezogenen Funktionen (fünfstufige Skala von problemlos bis nicht möglich).

1160 David-Test: Quantitative biomechanische Funktionsanalyse der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur.

1161 Vertiefend hierzu siehe: (Koch, Kröger, Leineweber, & Marquardt, 2012, S. 136)

Aufenthalt in der Paracelsus Klinik an der Gande nahegelegt, wo sie eine umfassende arbeitsplatzbezogene Diagnostik erhalten. Unter Berücksichtigung der Arbeitsplatzbeschreibung und bestehender Vorbefunde, die die Krankenkasse bereitstellt, werden über eine Vielzahl diagnostischer Verfahren (z.B. EFL, PACT und AVEM) Erkrankungen und Restbelastbarkeit des Betroffenen ermittelt. Das ausführliche Ergebnis nebst Handlungsempfehlungen wird unmittelbar der Krankenkasse sowie dem Betriebsarzt übersandt, sodass der Betroffene direkt nach Rückkehr aus der Klinik das weitere Vorgehen mit seinem Betriebsarzt abstimmen kann.

So ist es dem Betriebsarzt auf Grundlage des detaillierten Belastungsprofils beispielsweise möglich, die individuellen Einsatzmodalitäten am Arbeitsplatz festzulegen, Maßnahmen im Rahmen des BGM anzubieten oder ggf. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu veranlassen. Bedarf es hingegen stationärer oder ambulanter Rehabilitationsmaßnahmen, so werden diese bereits über die Klinik, die die Diagnostik durchführt über die DRV beantragt.

#### **5.1.2.7 Arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainings-Therapie als interne Präventions-Maßnahme**

Ein besonderes Instrument, das der Salzgitter-Konzern und die BKK (als Kostenträger) den Beschäftigten anbieten, ist die arbeitsplatzbezogene Medizinische Trainings-therapie (aMTT). Sie kommt zum Einsatz, wenn der Verbleib des Mitarbeiters am bisherigen Arbeitsplatz infolge von Erkrankungen des Skelett-Muskel-Apparates gefährdet ist. Hierbei handelt es sich um eine auf vier Monate angelegte Therapieform für speziell ausgewählte Mitarbeiter, die durch professionelle konzerneigene Physiotherapeuten durchgeführt und betriebsärztlich begleitet wird. Ziel der aMTT ist es, unter Berücksichtigung der speziellen Belastungen am Arbeitsplatz einen individuellen tätigkeitsbezogenen Trainingsplan für den betroffenen Mitarbeiter zu erstellen und bei Bedarf physiotherapeutische Interventionen zu ergreifen, um einerseits die Leiden zu lindern und den Mitarbeiter andererseits anzuleiten, eigenständig die für ihn empfohlenen Übungen (nach der Therapie) fortzuführen.

Für alle potenziellen Teilnehmer – die meist über den BÄD, die Krankenkasse oder auf eigene Nachfrage identifiziert werden – wird durch den Betriebsarzt zunächst eine vorläufige Indikation erstellt und vom Physiotherapeuten verifiziert, um zu prüfen, ob der Mitarbeiter für die aMTT überhaupt infrage kommt und die aMTT für ihn erfolgversprechend ist oder andere Therapiebedarfe zuvor abgedeckt werden sollten.

Da es sich um eine arbeitsplatzbezogene Therapie handelt, ist der erste Schritt jeweils die Begutachtung des Arbeitsplatzes, an dem der Mitarbeiter eingesetzt ist, um so Belastungsfaktoren beurteilen und ergonomische Mängel ggf. unmittelbar abstellen zu können. Erst dann beginnt die eigentliche viermonatige Therapie, welche schichtbegleitend außerhalb der Arbeitszeit an zwei Tagen in der Woche (mindestens 90 Minuten) in Kleinstgruppen (mit maximal 4-5 Teilnehmern) durchgeführt wird. Über ein eigens für diese Therapie konzipiertes Messverfahren wird der Trainingserfolg vor, während und nach dem Training sowie sechs bzw. zwölf Monate nach der Maßnahme erfasst. Mit

Zustimmung des Mitarbeiters werden außerdem dessen Fehlzeiten vor, während und nach der Therapie ausgewertet.

Bezogen auf die rund 60 Teilnehmer, die pro Jahr eine aMTT erhalten, lässt sich konstatieren, dass deren AU-Tage durchschnittlich um etwa zwei Drittel reduziert und das subjektive Wohlbefinden der Beschäftigten nachhaltig gesteigert werden konnte. Der betriebswirtschaftliche Nutzen übersteigt den Aufwand um ein Mehrfaches.

#### 5.1.2.8 Ambulante Schmerztherapie für chronisch Erkrankte

Über die Angebote zur muskulo-skelettalen und psychischen Gesundheit hinaus bietet der Salzgitter-Konzern für chronisch schmerzkrankte Mitarbeiter ein – in Anlehnung an das Göttinger-Rücken-Intensiv-Programm (GRIP) konzipiertes – modulares Therapieprogramm an (siehe Abbildung 5.1.2.8). In Gruppen von höchstens zehn Personen absolvieren die teilnehmenden Mitarbeiter während der Arbeitszeit ein zehnwöchiges Therapieprogramm mit jeweils zwei dreistündigen Einheiten pro Woche.

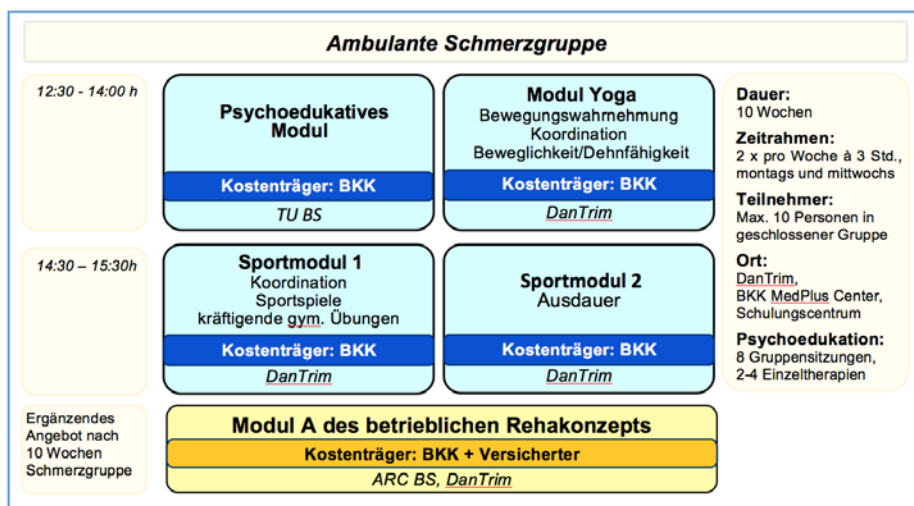


Abbildung 5.1.2.8: Ambulante Schmerzgruppe (nach Koch et al.)<sup>1162</sup>

Zum modular gestalteten Programm gehören insgesamt vier psychoedukative Yoga- und Sport-Module. Über Schmerztherapeuten der TU Braunschweig werden hierbei insgesamt acht psychoedukative Gruppensitzungen durchgeführt, welche durch zwei bis vier Einzel-Module ergänzt werden. Ziel der Psychoedukation ist es, Hintergründe und Zusammenhänge der Schmerzerkrankung zu erfahren und über die nachgeschalteten Yoga- und Sportmodule zu lernen, die Schmerzen durch adäquate Bewegungen, Verhaltensweisen oder Konzentration zu reduzieren bzw. zu verhindern.

<sup>1162</sup> (Koch, Kröger, Leineweber, & Marquardt, 2012): S.139.

Bedarf es nach Beendigung des zehnwöchigen Programms weiterer rehabilitativer Maßnahmen, so wird der betroffene Mitarbeiter in das Modul A des betrieblichen Rehakonzepts (siehe Abbildung 5.1.2.6) eingesteuert und weiterbetreut.

#### 5.1.2.9 Schlussfolgerungen für den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern

Das Best-Practice-Beispiel der Salzgitter AG zeigt, dass die Bedarfsorientierung und ein vernetztes Denken und Handeln zentrale Promotoren und Erfolgsfaktoren für ein ganzheitliches und nachhaltiges BGM darstellen.

Insbesondere vor dem Hintergrund zeitlich und finanziell begrenzter Ressourcen bedeuten eine konsequente Bedarfsorientierung – also die Fokussierung auf das individuelle Problem des einzelnen Mitarbeiters – sowie die systematische Einbindung aller relevanten in- und externen BGM-Akteure, die Möglichkeit, BGM-Angebote optimal auf die tatsächlichen Gesundheitsbedürfnisse der Beschäftigten auszurichten, Versorgungslücken zu schließen sowie diagnostische und therapeutische Prozessketten signifikant zu beschleunigen.

Speziell für kranke und leistungsgeminderte Mitarbeiter bedeutet diese Angebots- und Prozessoptimierung die Möglichkeit, frühzeitig die Unterstützung zu empfangen, die erforderlich ist, um trotz Erkrankung die individuelle Beschäftigungsfähigkeit zu bewahren und (langfristig) wertschöpfend im Konzern eingesetzt werden zu können. Hierbei lassen sich – neben den verschiedenen Kooperationsprojekten zur Rehabilitation und Wiedereingliederung – mit der arbeitsplatzbezogenen Medizinischen Trainings-Therapie sowie der ambulanten Schmerztherapie für chronisch erkrankte Mitarbeiter exemplarisch zwei Angebote hervorheben, die nicht nur aus medizinisch-therapeutischer sondern auch pädagogisch-psychologischer (und damit verhaltenspräventiver) Sicht auf nachhaltige und eigenverantwortliche Gesundheitsförderung und Beschäftigungsfähigkeit der Betroffenen angelegt sind.

Betrachtet man die Ansätze zur muskulo-skelettalen und psychischen Gesundheit insgesamt, so gewährleisten die engen Kooperationen mit der „eigenen“ BKK, der DRV sowie den wissenschaftlichen und therapeutischen Einrichtungen eine weitgehend lückenlose Versorgung mit bemerkenswerter Präventionstiefe bei klar definierten finanziellen und organisatorischen Zuständigkeiten der Beteiligten. Und wenngleich der Fokus der Darstellung dieses Best-Practice-Beispiels auf die sekundäre und tertiäre Prävention gerichtet ist, so zielen überdies zahlreiche primäre verhaltens- und verhältnispräventive Programme explizit auf die Gesunderhaltung der Beschäftigten.

Jedoch resultieren aus den engen Kooperationen mit einigen wenigen Kooperationspartnern nicht nur Synergien. Zwar bietet der Umstand einer „eigenen“ Betriebskrankenkasse, in der die überwiegende Mehrheit der Beschäftigten versichert ist, optimale organisatorische und finanzielle Voraussetzungen für die Realisierung komplexer und umfangreicher Maßnahmen und Interventionen für Versicherte, gehört ein bedürftiger Mitarbeiter dieser Krankenkasse allerdings nicht an, so bedarf es mitunter enormer organisatorischer und administrativer Anstrengungen des Betroffenen und des BÄD,

um eine „fremdfinanzierte“ Teilnahme zu ermöglichen. In einigen Fällen wird die Teilnahme auch abgelehnt, was häufig eine Alternativmaßnahme mit geringerer Präventionsstufe und – speziell bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung – lange Wartezeiten bedeutet.

Eine weitere Herausforderung bleibt – trotz hochgradig optimierter Angebots- und Prozessstrukturen hinsichtlich der muskulo-skelettalen und psychischen Gesundheit – der Bereich der Verhaltensprävention. Häufig fehlen – besonders im gewerblichen Bereich – grundlegende Kenntnisse in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gesundheit oder vorhandene Kenntnisse zeigen keine Konsequenz im Verhalten. Auch wird ein Zusammenhang zwischen Erwerbstätigkeit und Gesundheit vielfach nicht erkannt oder angesichts einer vollständigen Verdienstsicherung mit Vollendung des 50. Lebensjahres (siehe oben) nicht als relevant betrachtet. Anstatt Gesundheitsrisiken vor dem Hintergrund einer gestiegenen Lebensarbeitszeit zu reduzieren, droht damit eine subjektive Entkoppelung der Aspekte Erwerbsfähigkeit und Gesundheit, sodass verhaltenspräventive Maßnahmen des Unternehmens gehemmt werden und die Auswirkungen des demografischen Wandels und Fachkräftemangels zusätzlich verstärken. Auch erfordert die besondere Charakteristik von Mehrbereichsarbeitsplätzen durch das heterogene Tätigkeitsmuster der dort eingesetzten Mitarbeiter eine systematische verhaltenspräventive Unterstützung, um die Gesundheit zu erhalten oder die einzelnen Arbeiten leidensadäquat umzusetzen.

Somit lässt sich insgesamt konstatieren, dass es der Salzgitter AG über die konzeptionelle Einbindung in- und externer Leistungserbringer und Kostenträger gelungen ist, ein bedarfsorientiertes und zugleich außerordentlich feinmaschiges Versorgungsnetz hinsichtlich der psychischen und muskulo-skelettalen Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu generieren. Abgesehen von den verhaltenspräventiven Herausforderungen für das BGM, scheint der Ansatz der Salzgitter AG damit ein erfolgversprechendes Konzept für den Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern und leistet damit einen wichtigen Beitrag in Bezug auf die Herausforderungen des demografischen Wandels und die langfristige Beschäftigungsfähigkeit ihrer alternden Belegschaft.

### 5.1.3 Präsentismusmanagement auf 3 Ebenen – am Beispiel der Unilever Deutschland Holding

Im Jahr 2008 führte die Unilever Deutschland Holding GmbH (kurz: Unilever) als erstes Unternehmen in Deutschland eine Gesundheitsbefragung durch, die explizit den Umfang und die Produktivitätsverluste des Phänomens *Präsentismus*<sup>1163</sup> erfassen sollte. Die Befragung machte deutlich, dass Präsentismus keine Randerscheinung der Arbeitswelt darstellt, sondern ein „ganz normales“ und allgegenwärtiges Phänomen ist, das zu signifikanten Produktivitätsverlusten führt, die deutlich über die Einbußen durch Fehlzeiten hinausgehen.

<sup>1163</sup> *Präsentismus-Verständnis (leitender Betriebsarzt von Unilever): „Menschen mit vorwiegend chronischen Erkrankungen sind am Arbeitsplatz, leisten nicht 100% ihres Arbeitsvermögens“*

Auf Grundlage der gewonnenen Erkenntnisse konnte der Konzern sein Gesundheitsmanagement sehr klar (neu-)ausrichten und ergriff hierzu vielseitige Interventionen auf den drei Ebenen der *Mitarbeiter*, *Führungskräfte* und *Geschäftsleitung/ Organisation*. Inhaltlich reichen die Angebote weit über die Aspekte Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) hinaus und richten sich auch an bereits erkrankte Mitarbeiter, die etwa eine psychische Erkrankung oder Anpassungsstörung aufweisen und in ihrer Produktivität und ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt sind.

Insgesamt soll mit dem Best-Practice-Beispiel der Unilever Deutschland Holding GmbH<sup>1164</sup> ein Konzept für ein ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) skizziert werden, das nicht nur ein vielfältiges BGF-Portfolio vorweisen kann und fest in der Organisationskultur/-struktur verankert ist, sondern auch Lösungsansätze für die Herausforderungen von Präsentismus und psychischen Belastungen / Erkrankungen bei seinen Mitarbeitern aufzeigt.

#### 5.1.3.1 Die Ausgangssituation

Als einer der weltweit größten Anbieter von Markenartikeln in den Bereichen Ernährung, Gesundheit und Körperpflege beschäftigt die niederländisch-britische Unilever AG in mehr als 100 Ländern rund 163.000 Mitarbeiter, davon etwa 6.100 in Deutschland<sup>1165</sup>.

Im Zusammenhang mit der Ausrichtung des Unternehmens auf das Kerngeschäft und den damit einhergehenden Verkäufen zahlreicher Unilever-Marken sowie der Bildung einer Drei-Länder-Organisation für Deutschland, Österreich und die Schweiz (D-A-CH, mit Sitz in Hamburg) erfolgten bei Unilever Deutschland tiefgreifende Restrukturierungsmaßnahmen, einhergehend mit einer signifikanten Reduzierung der Belegschaft (von rund 27.000 Beschäftigten im Jahr 1990<sup>1166</sup>) auf heute etwa 6.100 Mitarbeiter<sup>1167</sup>. Neben der Hauptverwaltung mit rund 1.200 Mitarbeitern gehören Unilever damit noch neun Produktionsstandorte im gesamten Bundesgebiet sowie der Außendienst mit zumeist sehr lebens- und berufserfahrenen Mitarbeitern an.

Parallel zu den innerbetrieblichen Strukturveränderungen führen auch Veränderungen der sozioökonomischen Rahmenbedingungen, wie globalisierte Wettbewerbsstrukturen, Digitalisierung oder die Verknappung von Ressourcen zu einer weiteren Verdichtung der Arbeitsaufgaben in einer – für den Einzelnen – zunehmend unübersichtlicher, komplexer und komplizierter werdenden Arbeitswelt. Dabei beobachtet der leitende Betriebsarzt von Unilever – analog zu den offiziellen AU-Statistiken<sup>1168</sup> – seit Jahren eine

1164 Die Darstellung des Praxisbeispiels bezieht sich inhaltlich primär auf ein Experteninterview und eine Email-Korrespondenz mit dem leitenden Betriebsarzt der von Unilever sowie folgenden Bezugsdokumenten: (Tscharnezki, 2012); (Tscharnezki, 2011 a); (Tscharnezki, 2011 b); (Titzte, 2010); (Unilever Deutschland Holding, 2010)

1165 Vgl. (Unilever Deutschland Holding, 2013 a); (Unilever Deutschland Holding, 2010, S. 4).

1166 Vgl. (Unilever Deutschland Holding, 2013 a); (Wikipedia, 2013).

1167 Vgl. (Unilever Deutschland Holding, 2013 b)

1168 Vgl. z. B.: (Marshall, Nolting, & Hildebrand, 2013); (Lohmann-Haislah, 2012); (Badura, Ducki,



Veränderung des Krankheitsspektrums mit einem kontinuierlichen Bedeutungszugewinn psychischer Erkrankungen.

Als einer der deutschen „Vorreiter“ im Bereich der Mitarbeitergesundheit stellt sich Unilever jedoch offen diesen Herausforderungen und betreibt seit vielen Jahren ein professionelles BGM, welches fest im Selbstverständnis des Konzerns verankert ist. Folglich stellen die Themen Vitalität und Gesundheit für Unilever nicht nur ein Geschäftsfeld, sondern auch einen festen Bestandteil der Unternehmenskultur und -vision dar, welcher überdies im klaren Bekenntnis zur *Luxemburger Deklaration* bekräftigt wird. Die „Lebensqualität der Menschen zu verbessern und die richtigen Dinge zu tun“ sowie Verantwortung zu übernehmen sind dabei Teil der Unternehmensvision<sup>1169</sup>. Bereits im Jahr 2004 stellte der Konzern hierzu seine „Vitality-Strategie“ vor, die das Ziel verfolgt, „Lebensqualität zu steigern: [...] Menschen dabei zu helfen, sich gut zu fühlen, gut auszusehen und mehr vom Leben zu haben“<sup>1170</sup>.

Neben klassischen Präventionszielen wie die „Reduzierung von Unfällen und Verletzungen“ adressiert der Konzern gegenwärtig drei Gesundheitsrisiken als zentrale Handlungsfelder für Mitarbeiterprogramme: Psychische Gesundheit, Lebensstil (z.B. Bewegung, Ernährung, Rauchen, Übergewicht) und ergonomische Faktoren.<sup>1171</sup>

Einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit folgend – welches auf ein dynamisches Gleichgewicht eines physischen, psychischen, emotionalen, sexuellen und spirituellen Wohlbefindens zielt – bietet Unilever seinen Mitarbeitern im Rahmen seines BGM vielfältige Angebote und Möglichkeiten in den Handlungsfeldern „Ernährung“, „Bewegung“, „Entspannung“ und „Denken“ (siehe unten)<sup>1172</sup>. Hierzu zählen beispielsweise die Bereiche:

- **Betriebssport** (lebendig & bedürfnisorientiert)
- **Betriebsrestaurant** (attraktiv mit vielfältigem Angebot)
- **Externe Mitarbeiterberatung (EAP) & Familienservice**
- **Entspannungsreise**
- **Gute Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten**
- **Gesundheitstage** (regelmäßig & mit wechselnden Gesundheitschecks)
- **Vielfältige Beratungsangebote** (der ärztlichen Abteilung)<sup>1173</sup>

Um das BGM aber wirklich bedarfsgerecht und nachhaltig ausrichten zu können, musste eine belastbare Analyse der Ist-Situation und des Interventions-Bedarfes vorgenommen werden, die über eine großangelegte Gesundheits- respektive Präsentismusbefragung aller Mitarbeiter der Hauptverwaltung (siehe Präsentismus-Befragung) realisiert wurde.

---

Schröder, Klose, & Meyer, 2012)

1169 Vgl. (Unilever Deutschland Holding, 2013 c)

1170 (Unilever Deutschland Holding, 2013 b)

1171 Vgl. (Unilever Deutschland Holding, 2013 d)

1172 Vgl. (Tscharnezki, 2011 a, S. 9f.)

1173 Vgl. (Tscharnezki, 2011 a, S. 10)

### 5.1.3.2 Präsentismus-Befragung zur BGM-Ausrichtung

Angesichts der weitreichenden Veränderungen in Konzernstruktur und Gesellschaft sowie dem kontinuierlichen Bedeutungszugewinn psychischer Erkrankungen erkannten Management und Betriebsarzt, dass der Faktor Mensch etwas in den Hintergrund getreten war und es die Frage zu klären galt, ob die Ausrichtung des BGM insgesamt noch stimmig sei und inwieweit das BGM nachjustiert oder gar neu ausgerichtet werden müsse.

So wurde die Entscheidung getroffen, bei den Mitarbeitern der Hauptverwaltung in Hamburg eine Präsentismusbefragung durchzuführen, in der einerseits psychische Belastungen der Mitarbeiter erfasst werden und es andererseits möglich ist, einen Blick auf den Gesamtzusammenhang von Gesundheit, Krankheit und Produktivität zu werfen. Hierzu wurden zentrale Fragen definiert, auf die es Antworten zu finden galt:

- „Was genau sind die gesundheitlichen Probleme unserer Mitarbeiter?
- Was kostet Krankheit? Wie hoch sind die Produktivitätsverluste?
- Haben wir die richtigen Angebote, was soll ergänzt werden?
- Was muss geschehen, damit die Situation sich wieder verbessert?“<sup>1174</sup>

Ohne den eigentlichen Begriff „Präsentismus“ zu verwenden wurde im Jahr 2008, mittels Online-Fragebogen, eine (über interne Medien) kommunikativ gut vorbereitete Gesundheitsbefragung der derzeit etwa 1.250 Mitarbeiter durchgeführt. Mit einer Download-Möglichkeit von Informationsmaterial sollten die Mitarbeiter dabei einerseits motiviert werden an der Befragung teilzunehmen und andererseits die Möglichkeit erhalten, sich weiterführend über (ihre) gesundheitlichen Probleme sowie die BGM-Angebote des Unternehmens zu informieren.<sup>1175</sup>

Insgesamt nahmen 52 Prozent aller Mitarbeiter an der Befragung teil, wobei sowohl die hervorragende Beteiligung und spätere Auswertung als auch die Anzahl der heruntergeladenen Informationen zeigten, dass das Thema der Befragung offensichtlich eine hohe Relevanz aufweist und das Interesse der Mitarbeiter geweckt hat. Gleichzeitig war aber auch von einem gesundheitsbezogenen Leidensdruck und einer nur eingeschränkten Vitalität der Belegschaft auszugehen.<sup>1176</sup>

Die *Auswertung der Befragung*<sup>1177</sup> ergab, dass der größte Anteil der Produktivitätsverluste auf psychische Störungen zurückzuführen war. Etwa 80 Prozent der Befragten empfanden arbeitsbedingten Stress, 60 Prozent gaben Schlafstörungen an und 40 Prozent klagten über Dysthymie bis hin zur Depression. Rücken- und Gelenkschmerzen ergaben sich darüber hinaus als zweitwichtigstes Handlungsfeld. Bemerkenswert hoch war außerdem das Ausmaß der Produktivitätsverluste durch Allergien und Kopfschmerzen.

<sup>1174</sup> (Tscharnezki, 2011 a, S. 10)

<sup>1175</sup> Vgl. (Titze, 2010, S. 32f.) (Tscharnezki, 2011 a, S. 10)

<sup>1176</sup> Vgl. (Tscharnezki, 2011 b, S. 9)

<sup>1177</sup> Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 9f.); (Tscharnezki, 2011 a, S. 10); (Tscharnezki, 2011 b, S. 9); (Titze, 2010, S. 32f.)

Insgesamt verliert Unilever nach Auswertung der Ergebnisse pro Jahr und Mitarbeiter 21 Arbeitstage oder 10 Prozent der Jahresarbeitszeit durch Präsentismus und Fehlzeiten, wobei von einem Verhältnis der beiden Faktoren von 3:1 (Präsentismus zu Fehlzeiten) ausgegangen wird.

Hinsichtlich der Kosten ergab der Business Case für die Hauptverwaltung in Hamburg, dass bei einem Durchschnittswert von 250 Euro pro AU-Tag und einem Verhältnis von 73 zu 27 Prozent (von *Präsentismus*: Krank und trotzdem am Arbeitsplatz zu *krankheitsbedingten Fehlzeiten*) jährlich Gesamtkosten in Höhe von etwa sieben Millionen Euro (konservativ geschätzt) entstehen. Bezogen auf die erfragten Gesundheitsprobleme entfielen etwa 50 Prozent der Gesamtkosten durch Produktivitätsverluste auf die Themen Stress, Schlafstörungen und Depression / Dysthymie.

Als positives Ergebnis ließ sich neben der bemerkenswert hohen Beteiligung an der Befragung festhalten, dass die Thematik offensichtlich eine hohe Relevanz aufweist und die Befragten selbst an der Lösung ihrer Probleme interessiert sind. Im Rahmen der Befragung wurden insgesamt rund 1.400 Informations-Broschüren heruntergeladen, so dass sich jeder Teilnehmer durchschnittlich Informationen über mehr als zwei gesundheitliche Problemen einholte.

In der Gesamtbetrachtung der Befragung waren damit die Probleme der Mitarbeiter sowie die akuten Herausforderungen für das Personal- und Gesundheitsmanagement klar definiert und es galt den durch die Mitarbeiter erteilten „Handlungsauftrag“ systematisch und nachhaltig umzusetzen.

Über die Präsentismus-Befragung in der Hauptverwaltung hinaus wurde im Bereich des Außendienstes 2012 eine „Sozialkapitalbefragung“ durchgeführt, welche einen Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur, Führungskultur, Arbeitsbedingungen und Gesundheit respektive Krankheit ermöglicht. Aufgrund der Zusammenhänge und Abhängigkeiten, die dieses Instrument skizzieren kann (und dem nur noch geringen Erkenntniszugewinn einer zweiten Präsentismus-Befragung), wird es insbesondere für die Ausrichtung des BGM interessant und könnte an Stelle einer zweiten Präsentismus-befragung auch in der Hauptverwaltung eingesetzt werden.

### 5.1.3.3 (Neu-)Ausrichtung des BGM auf drei Interventionsebenen

Bereits vor der Präsentismus-Befragung unterstützte Unilever seine Mitarbeiter durch vielfältige Angebote in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Denken. Durch die Ergebnisse der Befragung war es darüber hinaus möglich, die einzelnen Angebote sehr klar an den Bedürfnissen und Problemen der Mitarbeiter auszurichten und das BGM damit insgesamt effektiver zu gestalten.

Als Konsequenz aus der Befragung wurden die bestehenden internen und externen Maßnahmen, Kooperationen und Projekte kritisch überprüft und Interventionsmaßnahmen auf drei verschiedenen Ebenen ergriffen:

1. **Mitarbeiter:** *Hilfe und Beratung*
2. **Führungskräfte:** *Frühintervention*
3. **Geschäftsleitung & Organisation:** *Ressourcen stärken, Stressoren reduzieren*<sup>1178</sup>

Auf der *organisationalen Ebene*<sup>1179</sup> kommt es primär darauf an, „gesunde“ Rahmenbedingungen und Strukturen zu schaffen, um Ressourcen der Mitarbeiter zu stärken und Stressoren / Belastungen zu reduzieren. Hierbei leiten sich die organisationalen Ziele unmittelbar aus der Unternehmensvision (*dem Kompass*) ab, in dem es heißt: „Mit den Mitarbeitern gewinnen – und emotionales Engagement schaffen“. Hierzu zählen auch klar definierte Werte wie Offenheit, Ehrlichkeit, Transparenz und Vertrauen. Um diese Werte und Visionen fest im Unternehmen zu verankern und zu leben, wurden alle Mitarbeiter mit diesen vertraut gemacht und seit 2010 erhält jeder neue Mitarbeiter ein halbtägiges *Onboarding-Seminar* zur Einführung in die Vision, Strategie und Gesundheitspolitik von Unilever.

Die ausgeprägte Leistungs- und Wachstumskultur des Konzerns erfordert aber auch, dass Klarheit über den Auftrag geschaffen wird und jedes Organisationsmitglied genau weiß, was von ihm erwartet wird und was genau seine Aufgaben sind. Um diese Leistung richtig einsetzen und erbringen zu können, werden (nach dem Prinzip: WAS soll ich WIE tun) Trainings durchgeführt, die den Mitarbeitern helfen, Ziele und Aufträge klar zu erkennen und Lösungswege zu entwickeln.

Für *Führungskräfte*<sup>1180</sup> bietet Unilever verschiedene (obligatorische und fakultative) Weiterbildungsmaßnahmen, Workshops und Check-Ups an, die die Führungskräfte unterstützen sowie für gesundheitliche Themen sensibilisieren und ihnen die Bedeutung der Gesundheit für sich und ihre Mitarbeiter bewusst machen soll. So bieten umfassende *Manager Check ups* (ab dem 35. Lebensjahr) die Möglichkeit einer genauen Bewertung der eigenen gesundheitlichen Situation und es stehen *individuelle Coaching-Angebote* zur Verfügung, um sich beispielsweise auf schwierige Situationen oder Gespräche vorzubereiten.

Über verschiedene Projekte und zum Teil mehrtägige Führungskräftetrainings werden die Kompetenzen der Vorgesetzten hinsichtlich eines gesunden Führens sowie der Früherkennung gesundheitlicher Probleme gefördert. Inhalte dieser Maßnahmen sind beispielsweise Burnout-Prävention, Talente und Stärken von Mitarbeitern und Teams oder der Umgang mit Veränderungen im Team.

Seit dem Jahr 2010 bildet der Workshop „WE CARE“ eine der wichtigsten Maßnahmen auf dieser Ebene. Mit dem Ziel, das emotionale Engagement der Mitarbeiter zu erhöhen, die Leistungskultur zu verbessern und die Anwesenheitsrate zu erhöhen, durchlaufen Führungskräfte sowie Angehörige der Bereiche Personal, Betriebsrat und Ar-

1178 (Tscharnezki, 2011 b, S. 10ff.)

1179 Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 16); (Tscharnezki, 2011 a, S. 11f.); (Tscharnezki, 2011 b, S. 12); (Titze, 2010, S. 34)

1180 Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 13ff.); (Tscharnezki, 2011 a, S. 11f.); (Tscharnezki, 2011 b, S. 11); (Titze, 2010, S. 34)

beitssicherheit einen anderthalbtägigen hierarchieübergreifenden Workshop. Den inhaltlichen Rahmen bilden hierbei folgende Themen und Fragestellungen:

- **Wie arbeitet das Gehirn?** - Entscheidungsprozesse, Neurowissenschaften „light“
- **Denke und handle erwachsen** („think win / win“).
- **Wie steigert man Gesundheit und Produktivität?** - Leistung und Werte.
- **Wie inspiriert man Menschen?** - Gestaltung eines motivierenden Umfeldes.
- **Wie fördert man Talente und Teams?**
- **Überlegungen zur Rolle einer Führungskraft.**<sup>1181</sup>

Die Rückmeldungen auf dieses Programm sind bei Führungskräften (auf allen Ebenen) und Betriebsrats-Mitgliedern durchweg positiv. Eine modifizierte Version des Programms für alle Mitarbeiter (WE CARE – Teamworkshop) ist entwickelt und eingesetzt worden. Ebenfalls erfolgreich.

Um ein gesundheitsbewusstes Verhalten aller Mitarbeiter zu fördern und flächendeckend bedarfsgerechte Hilfe und Unterstützung bei individuellen Problemen gewährleisten zu können, umfasst das BGM insbesondere auf der *Mitarbeiterebene*<sup>1182</sup> ein sehr breites Portfolio edukativer, sensibilisierender und aktivierender Einzelmaßnahmen.

Zur Sensibilisierung, Aufklärung und dem Aufbau eines Basiswissens bezüglich gesundheitsrelevanter Themen (wie etwa Ernährung, Bewegung, Entspannung und Resilienz) werden regelmäßig *Vorträge* zu aktuellen Themen angeboten und es werden jährlich zwei *Gesundheitstage* veranstaltet. Das thematische Angebot der Vortragsreihe ist dabei eng auf die Ergebnisse und Kernthemen der Präsentismus-Befragung abgestimmt und wird häufig durch renommierte Gastreferenten durchgeführt, um möglichst viele Mitarbeiter für dieses Angebot zu gewinnen. Hierbei reichen die Themen der Vortragsreihe beispielsweise von gesunder Ernährung, über Stressmanagement, Bewegung und Sport bis hin zu Schlafstörungen und modernen Kopfschmerztherapien.

Die Gesundheitstage werden grundsätzlich in Kooperation mit dem Betriebssport sowie dem Anbieter der Externen Mitarbeiterberatung (EAP) durchgeführt. Je etwa 200 Mitarbeiter werden in diesem Rahmen ganztägig über verschiedene Gesundheitsthemen informiert und erhalten die Möglichkeit, den Unilever „Lamplighter“ (Check-up) sowie weitere altersbezogene Check-ups (ab 35 Jahren) durchzuführen und auf Grundlage der Ergebnisse beraten zu werden. Mit niedergelassenen Ärzten und Fachärzten werden darüber hinaus weitere Vorsorgeuntersuchungen wie Krebs-Screenings angeboten.

Zentrale Pfeiler der Angebote auf dieser Ebene stellen die *externe Mitarbeiterberatung* (Employee Assistance Programme: EAP) sowie der *Familienservice* für alle Mitarbeiter dar. Über eine Hotline stehen den Mitarbeitern damit rund um die Uhr kostenlos

---

<sup>1181</sup> Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 15)

<sup>1182</sup> Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 12); (Tscharnezki, 2011 a, S. 11); (Tscharnezki, 2011 b, S. 10); (Titze, 2010, S. 34)

und anonym professionelle Ansprechpartner für alle beruflichen und privaten Probleme zur Verfügung. Bedarfsabhängig können auch persönliche Termine mit dem jeweiligen Berater vereinbart werden. Insgesamt nimmt etwa jeder fünfte Mitarbeiter dieses Angebot in Anspruch. Abgerundet wird das Beratungsangebot für die Belegschaft durch Gesundheitsberatungen der betriebsärztlichen Abteilung sowie eigens für Gesundheitsthemen ausgebildete „Betriebliche Gesundheitsberater“.

Aber auch infrastrukturell steht den Mitarbeitern von Unilever ein außergewöhnliches Angebot zur Verfügung. Während es einerseits möglich ist, individuell oder über die *Betriebssportgruppe RAPID* das *firmeneigene Fitness-Center* sehr kostengünstig zu nutzen, steht allen Mitarbeitern darüber hinaus mit der „*Entspannungsoase*“ ein ruhiger Ort bereit, um Ruhe zu finden, Stress abzubauen und Kraft für den weiteren Tag zu schöpfen. Ergänzt werden diese Angebote durch eine *professionelle Physiotherapie-Beratung* externer Physiotherapeuten sowie *Massageangebote* (für Selbstzahler) vor Ort.

Des Weiteren wurde bei Unilever ein regelmäßiger Austauschprozess zwischen den verschiedenen Ebenen initiiert, in dem eine hierarchieübergreifende Gruppe von Mitarbeitern (*„Navigatoren“*) Stärken und Schwächen des Unternehmens unmittelbar mit dem Chairman und dem Arbeitsdirektor erörtern kann. *Jährliche Mitarbeiter-Befragungen* bieten außerdem die Möglichkeit, Probleme, Stimmungslagen und Verbesserungspotenziale quantitativ zu erfassen und fließen als „Key Performance Indicators“ in die Entscheidungsprozesse der Geschäftsleitung ein.<sup>1183</sup> Diese Feedback- und Evaluationsmöglichkeit gewährleistet ferner eine kontinuierliche Bedarfsorientierung und Adaption bestehender BGM-Maßnahmen/ Interventionen und Ausrichtung an den Zielen und Vorgaben der Gesundheitspolitik des Konzerns.

#### 5.1.3.4 Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern

Betrachtet man die Ergebnisse der Präsentismus-Befragung von Unilever insgesamt, so ist die Kernaussage eindeutig: *Präsentismus ist keine Randerscheinung, sondern ein ganz normales Phänomen des Arbeitsalltags*. Auch sind es eher die alltäglichen und oft weniger schweren Gesundheitsprobleme wie Stress, Schlafstörung, negative Stimmung (Dysthymie), Rückenschmerzen, Allergien und Kopfschmerzen, die signifikante Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz verursachen. Folglich stellt sich die Frage, was dagegen präventiv getan werden kann und wie richtig und verantwortungsbewusst mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern am Arbeitsplatz umgegangen werden soll.

Bereits vor Jahren hat Unilever die steigende Bedeutung psychischer Belastungen (insbesondere im Verwaltungsbereich) erkannt und auf eine systematische Enttabuisierung dieser Thematik hingearbeitet und (aus Sicht des leitenden Betriebsarztes) weitestgehend erreicht. Dazu gehört auch die Enttabuisierung von Schlaf – zum Beispiel durch das offizielle Angebot einer Entspannungsoase. Ein elementarer Baustein war hierbei auch die Einführung einer externen Mitarbeiterberatung und Familienbetreuung (siehe oben).

<sup>1183</sup> Vgl. (Tscharnezki, 2012, S. 16) (Tscharnezki, 2011 a, S. 11); (Tscharnezki, 2011 b, S. 12)

Um psychisch erkrankten oder stark belasteten Mitarbeitern nicht nur Beratung, sondern unmittelbare arbeitsplatzbezogene Unterstützung anzubieten, wird in Kooperation mit der Leuphana Universität Lüneburg außerdem ein spezielles Coaching-Angebot getestet. In einem dreistufigen Verfahren bietet das Forschungsprojekt *Supported Employment Plus (SEplus)* (zunächst 20) Mitarbeitern über externe Coaches ein individuelles, arbeitsplatzbezogenes Coaching an. Dabei verfolgt das regelmäßige Training on-the-job, welches zunächst auf einen Zeitraum von circa einem Jahr angelegt ist, die Ziele der Aufrechterhaltung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters, der Produktivität für das Unternehmen sowie der Wiederherstellung des psychischen Wohlbefindens und der Verringerung von AU-Tagen aufgrund psychischer Erkrankungen und Belastungen.<sup>1184</sup>

Für Mitarbeiter mit muskulo-skelettalen Beschwerden, wie Gelenk- oder Rückenschmerzen, bietet Unilever eine wöchentliche Physiotherapie-Beratung sowie Massagen (für Selbstzahler) an. Durch enge Kooperationen mit Krankenkassen und externen Dienstleistern kann darüber hinaus weiterführende Hilfe organisiert werden. Über eine Premium-Partnerschaft mit einer ortsansässigen Krankenkasse und deren Gesundheitsförderungsprogramm mit begleitenden Bonusheften werden die Mitarbeiter zusätzlich angeregt. Hilfe bietet auch die enge Kooperation für erkrankte Mitarbeiter insbesondere im Bereich der ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung in Zusammenarbeit mit dem Integrationsamt und der gesetzlichen Rentenversicherung.

Fallen Mitarbeiter krankheitsbedingt für einen längeren Zeitraum aus, bietet Unilever – seit 2004 noch konsequenter – Unterstützung im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) an. Wenngleich für Mitarbeiter mit gesundheitlichen Einschränkungen dauerhaft keine Schon- oder Sonderarbeitsplätze eingerichtet werden können, blickt das BEM-Team (aus Betriebsarzt, Schwerbehindertenvertretung, Führungskraft und Vertretern des Betriebsrates sowie der Personalabteilung) explizit auf die Talente und Stärken des Betroffenen, um eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess zu ermöglichen. In enger Kooperation des BEM-Teams mit dem Integrationsamt (für Schwerbehinderte) werden hierzu individuelle Lösungen erarbeitet (die eine temporäre Entlastung am Arbeitsplatz und zielgerichtete Rehabilitationsmaßnahmen beinhalten), die zunächst die Wiederherstellung der Arbeits- und langfristig die volle Leistungsfähigkeit des Betroffenen ermöglichen soll. Grundsätzlich wird hierzu durch die jeweilige Führungskraft ein Einarbeitungsplan erstellt, der in der Regel eine stufenweise Wiedereingliederung vorsieht. Zahlreiche Langzeitkranke (auch mit psychischen Erkrankungen) konnten auf diese Weise bereits wieder in den Arbeitsprozess wieder eingegliedert werden.<sup>1185</sup>

#### 5.1.3.5 Schlussfolgerungen für ein ganzheitliches BGM

Als einer der Pioniere des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland hat Unilever seine gesundheitsbedingten Produktivitätsverluste nicht nur anhand von Fehl-

<sup>1184</sup> Vertiefen hierzu siehe: (Leuphana Universität Lüneburg, 2013)

<sup>1185</sup> Vgl. (Tscharnetzki, 2011 a, S. 12)

zeiten ermittelt, sondern explizit das Phänomen Präsentismus systematisch analysiert und damit einen ganzheitlichen Ansatz der Bedarfsanalyse für ein BGM aufgezeigt. Und wenngleich es sich bei den ermittelten Produktivitätsverlusten um Annäherungswerte handelt, so zeigen die Relationen präsentismusbedingter Einschränkungen (die sich im Wesentlichen durch andere Studien bestätigen lassen) insgesamt, dass Präsentismus die Mitarbeiter deutlich stärker in ihrer Produktivität beeinträchtigt, als klassische Fehlzeiten. Von besonderer Bedeutung sind hierbei psychische Erkrankungen, die (analog zur gesamtgesellschaftlichen Entwicklung) an Bedeutung zunehmen und folglich umfassend Berücksichtigung bei der Gestaltung des BGM finden müssen.

Entsprechend der Erkenntnisse seiner Befragung hat Unilever sein BGM neu ausgerichtet und einen dreistufigen Interventionsplan entwickelt, um die Gesundheit seiner Mitarbeiter zu verbessern / zu erhalten und Präsentismus nachhaltig entgegenzuwirken. Zentrale Elemente des BGM von Unilever sind folgende Maßnahmen und Interventionen:

1. **Bestandsaufnahme**
  - *Präsentismus-/ Mitarbeiterbefragung / Sozialkapitalbefragung*
2. **Schulung für Führungskräfte, Betriebsärzte, Personaler, Betriebsräte**
  - *WE CARE – Workshop*
3. **Schulungen MA:**
  - *Stress-/ Zeit-/ Selbstmanagement;*
  - *Vortragsreihe;*
  - *WE CARE -Teamworkshop*
4. **Gesundheitsleistungen**
  - *WE CARE – Lamplighter*
  - *Gesundheitstage*
5. **Externe Mitarbeiterberatung**
  - *EAP*
  - *Familienservice*
  - *SEplus*<sup>1186</sup>

Wichtig ist zu erkennen, dass BGM nur funktionieren und ein verantwortungsbewusster Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern nur gewährleistet werden kann, wenn sich auf allen drei beschriebenen Ebenen nachhaltige Optimierungen einstellen respektive gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Denn ohne gesundheitsbewusste/-orientierte Mitarbeiter laufen die BGF-Bemühungen des Unternehmens ins Leere. Andererseits führt das gesundheitsbewussteste Verhalten nicht zu Wohlbefinden und langfristiger Leistungsfähigkeit, wenn es bei-

1186 Vgl. (Tscharnezki, 2011 a, S. 11); (Tscharnezki, 2012, S. 11)



spielsweise durch schlechte Führung, chronische Überforderung, unklare Ziele, soziale Konflikte oder ungesunde Strukturen flankiert bzw. konterkariert wird.

Einen wichtigen Garanten für den Erfolg des BGM von Unilever stellt darüber hinaus das feinmaschige Netzwerk externer Kooperationspartner dar. Neben EAP- & BGF-Dienstleistern (z.B. interne Physiotherapeuten, Rückenzentren etc.) findet eine intensive Zusammenarbeit mit leistungsstarken Krankenkassen sowie dem Integrationsamt statt. Schwieriger gestaltet sich hingegen die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, Therapeuten oder Rehabilitations-Einrichtungen.

Im Hinblick auf psychische Belastungen, Präsentismus und die Rehabilitation erkrankter Mitarbeiter bleibt neben der Notwendigkeit gesundheitsförderlicher Strukturen und Führungsverhalten insbesondere die Herausforderung, die Resilienz der Mitarbeiter hinsichtlich beruflicher und privater Belastungen zu verbessern und den (zumeist pathogenen) Blick auf Krankheit und Gesundheit zu verändern. Während eine Arbeitsunfähigkeit zwingend zu einer Abwesenheit vom Arbeitsplatz führen muss, sollte bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen grundsätzlich weniger pauschal zwischen krank und gesund differenziert werden. Vielmehr sollte der Fokus verantwortungsbewusst darauf gerichtet werden, wie Mitarbeiter trotz Erkrankung verantwortungsbewusst und wertschöpfend eingesetzt werden können. Sollte das Pilotprojekt des individuellen arbeitsplatzbezogenen Coachings (SEplus) erfolgreich verlaufen, so wird hierzu zu prüfen sein, inwieweit dieses Programm fester Bestandteil des BEM werden und ggf. sogar auf alle psychisch belasteten / erkrankten Mitarbeiter ausgedehnt werden kann.

Alles in allem zeigt das Best-Practice-Beispiel von Unilever damit einen Ansatz für ein ganzheitliches BGM – von einer systematischen Ist-Analyse über bedarfsgerechte Interventionen auf mehreren Ebenen bis hin zur Evaluation und nachhaltigen Verankerung in die Unternehmensstrategie. Neben dem breiten BGF-Portfolio und seiner strategischen Verankerung zeichnet sich das BGM von Unilever insbesondere durch den hohen Grad an Verbindlichkeit aus, mit dem etwa Führungskräfte für das Thema Gesundheit sensibilisiert werden sowie die umfassende Berücksichtigung psychischer Faktoren und die Fokussierung auf ein ganzheitliches Wohlbefinden der Mitarbeiter. *Resümierend hält der leitende Betriebsarzt von Unilever hierzu fest, dass sein Unternehmen getan habe, was Unternehmen tun können*<sup>1187</sup>.

Mit Blick auf andere Unternehmen bietet das dargestellte Praxisbeispiel insbesondere für die Bereiche Verwaltung und Dienstleistung zentrale Gestaltungsvorlagen für ein professionelles BGM – speziell für den Umgang mit psychischen Belastungen und / oder Erkrankungen von Mitarbeitern.

---

1187 Vgl. (Tscharnezki, 2011 a, S. 11);

## 5.2 Betriebliches Präsentismus-Management (BPM) – ein konzeptioneller Ansatz im Kontext von BGM und Personalführung

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Unternehmensbefragung zeigt, dass Präsentismus zwar in rund zwei Drittel der befragten Unternehmen als Thema im weitesten Sinne Berücksichtigung findet (siehe Kapitel 4.3.3), jedoch lediglich in acht Prozent der Unternehmen das *Erscheinen erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz* systematisch erhoben und analysiert wird. Im Vergleich dazu liegen die Werte für die Erhebung und Analyse von Fehlzeiten bei fast 97 Prozent, bezüglich des Gefährdungs- und Belastungspotenzials der Arbeitsplätze bei rund 71 und selbst der Wert für die Ermittlung der Mitarbeiterzufriedenheit bei knapp 69 Prozent (siehe Kapitel 4.3.2). Berücksichtigt man dabei, dass ausschließlich Unternehmen befragt wurden, die sich bereits aktiv im Bereich der BGF engagieren und mehrheitlich bereits ein systematisches BGM eingeführt haben, so ist zu erwarten, dass insgesamt noch deutlich weniger als acht Prozent der deutschen Unternehmen das Phänomen Präsentismus systematisch erfassen und analysieren.

Interessant ist dabei auch, dass auf der einen Seite über 89 Prozent der Befragten mit Präsentismus *ein Problem verbinden, welches es zu lösen beziehungsweise zu verhindern gilt*, während auf der anderen Seite die Herausforderungen und Probleme ihres Unternehmens bezüglich dieses Phänomens insgesamt als gering eingeschätzt wird (siehe Kapitel 4.3.3). Folglich kann interpretiert werden, dass diese Unternehmen das Thema Präsentismus „im Griff haben“ und sich keine nennenswerten betrieblichen Herausforderungen oder Probleme diesbezüglich stellen (oder über das BGM bereits gelöst wurden). Bezieht man jedoch die in Kapitel 3.3 und 3.4 ermittelten Häufigkeiten und Produktivitätsverluste von Präsentismus mit ein, so drängt sich alternativ indes die Interpretation auf, dass vielen Unternehmen ohne entsprechende Analysedaten die Verbreitung von Präsentismus und damit einhergehende Handlungsbedarfe schlichtweg nicht bekannt sind.

Im Zuge des vorliegenden Kapitels soll daher ein Ansatz vorgetzellt werden, wie Unternehmen dem Phänomen Präsentismus<sup>1188</sup> systematisch begegnen können. Dabei soll es primär darum gehen, wie Präsentismus praktikabel und systematisch ermittelt sowie ein *Betriebliches Präsentismus-Management (BPM)* konzipiert und implementiert werden kann.

### 5.2.1 Anforderungen an ein BPM

In den vorstehenden Abschnitten dieser Arbeit wurde bereits in verschiedenen Zusammenhängen die hohe Relevanz des Phänomens Präsentismus für die Betriebe sowie die Gesundheit, Produktivität und Arbeitsfähigkeit deren Mitarbeiter und damit die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen hergeleitet. Vor allem hat sich aber gezeigt, dass Präsentismus komplex und multikausal determiniert ist, sodass ein betriebliches Konzept zum adäquaten Umgang mit Präsentismus mehr als ein paar Einzelmaßnahmen oder Ad-hoc-Interventionen erfordert.

<sup>1188</sup> Im engeren Sinne

Konzeptionell lassen aus den bisherigen Erkenntnissen und in Anlehnung an die Gestaltungsprinzipien für ein BGM (siehe Kapitel 2.4.3.3) und für ein Betriebliches Präsentismus-Management folgende Anforderungen definieren:

- *Betrieblich & bedarfsgerecht*
- *Individuell & differenziert*
- *Integriert*
- *Alle Mitarbeiter berücksichtigend*
- *Analytisch, datenbasiert & systematisch*
- *Ganzheitlich*
- *Vernetzt & interdisziplinär*
- *Projektorientiert & auf einen OE-Prozess gerichtet*

Der erste Punkt *betrieblich und bedarfsgerecht* macht deutlich, dass es bei der Erstellung eines BPM-Konzeptes und der Erarbeitung entsprechender Ansätze nicht darum gehen kann, eine Musterlösung zu generieren, sondern der Fokus auf das Unternehmen gerichtet und die Lösungsansätze im respektive mit dem Unternehmen gesucht und entwickelt werden müssen.

Im Hinblick auf die multifaktorielle Determiniertheit des Phänomens Präsentismus (siehe Kapitel 3.6) ist es außerdem erforderlich, *individuell und differenziert* vorzugehen, sodass der Blick primär auf den einzelnen Mitarbeiter gerichtet und für jeden Einzelfall sowohl personenbezogene als auch arbeits- und situationsbezogene Faktoren und die persönlichen Umstände (in ihrem gemeinsamen Auftreten und Zusammenwirken) berücksichtigt werden.

Ein *integriertes Vorgehen* soll einerseits bewirken, dass das Thema Präsentismus möglichst breit und auf allen Führungsebenen des Unternehmens verankert und berücksichtigt wird, während das BPM selbst an den Unternehmenszielen sowie der Betrieblichen Gesundheitspolitik (siehe Kapitel 2.4.2.3) auszurichten ist. Andererseits soll ein integrierter Ansatz aber auch Doppelstrukturen im Bereich des Personal- und Gesundheitsmanagements verhindern. Denn auch wenn das Handlungsfeld Präsentismus insgesamt erst seit Kurzem Berücksichtigung findet, so sind bereits zahlreiche Lösungsansätze in vielen Unternehmen vorhanden, die es systematisch zu nutzen gilt (siehe Kapitel 5.2.2).

Ein wichtiger Aspekt ist außerdem, dass im Rahmen des BPM *alle Mitarbeiter berücksichtigt* werden, um „blinde Flecken“ wie in der Vergangenheit zu vermeiden sowie eine möglichst umfassend präventive Wirkung zu erzielen. Hierzu bietet es sich an, das BPM eng mit den anderen Instrumenten und Handlungsfeldern des Personal- und Gesundheitsmanagements zu verzahnen (siehe Kapitel 5.2.2), um über die Synergieeffekte möglichst alle Mitarbeiter zu erreichen. Ein rein auf Präsentisten fokussiertes Vorgehen würde ebenso zu kurz greifen, wie ein Fehlzeiten-Management, welches nur die Absenden im Blick hat.

Darüber hinaus macht die Erkenntnis, dass Präsentismus trotz seiner Verbreitung betrieblich bislang weitestgehend unberücksichtigt blieb, deutlich, dass es *systematischer* und möglichst auf (vergleichbaren) *Daten basierender Analysen* bedarf, um Bedeutung und Handlungsbedarfe aufzuklären, bedarfsgerechte Maßnahmen zu ergreifen und das Vorgehen zielgerichtet steuern und überwachen zu können.

Ein *ganzheitliches Vorgehen* soll ferner gewährleisten, dass Interventionen bezüglich Präsentismus möglichst umfassend und auf unterschiedlichen Ebenen in Betracht gezogen werden. Hierzu zählen sowohl die Verhaltens- und Verhältnisprävention als auch die Wechselwirkung zwischen dem Mitarbeiter und seinen Arbeitsbedingungen sowie Kontextfaktoren. Ganzheitlich meint aber auch, dass (sofern erforderlich und im Rahmen der Möglichkeiten) sowohl primär-, als auch sekundär- und tertiärpräventiv agiert wird (siehe Tabelle 5.2.1).

Speziell vor dem Hintergrund alternder Belegschaften und der damit (statistisch) steigenden Bedeutung chronischer Erkrankungen (siehe Kapitel 2.3.5) sowie der zunehmenden Bedeutung psychischer Erkrankungen (siehe Kapitel 2.3.4) wird der Bereich der Sekundär- und Tertiärprävention im Zusammenhang mit Präsentismus an Bedeutung gewinnen. Stork weist allerdings darauf hin, dass in Unternehmen häufig die Bereiche der Verhältnis- und Verhaltensprävention durch unterschiedliche Gremien gesteuert werden (wo oft nur der Betriebsarzt beiden angehört), was nicht nur Doppelarbeit bedeuten, sondern auch dazu führen kann, dass „ganze Arbeitsfelder“ wie die Tertiärprävention oder die betriebliche Epidemiologie „brachliegen“<sup>1189</sup>. Insofern ist für ein ganzheitliches Vorgehen vor allem ein *interdisziplinäres* und (sowohl intern als auch extern) *vernetztes Handeln* eine wesentliche Erfolgsvoraussetzung für das BGM und speziell das BPM (siehe Kapitel 5.2.4).

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
<b>Zeitpunkt</b> der Intervention	Vor Eintreten einer Krankheit	In Frühstadien einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
<b>Ziel</b> der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Progression oder Chronifizierung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
<b>Adressaten</b> der Intervention	Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik	Akutpatienten/ Klienten	Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitation

**Tabelle 5.2.1:** Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (nach Leppin)<sup>1190</sup>

Für die Implementierung eines BPM sowie für umfassendere Interventionsmaßnahmen und -programme sollte ferner ein *projektiertes Vorgehen* gewählt werden, welches sich an den Kernprozessen des BGM (Diagnose, Zielsetzung/Planung, Implementierung und Evaluation; siehe Kapitel/Abbildung 2.4.3.4) respektive den Projektmanagement-Pha-

<sup>1189</sup> Vgl. (Stork, 2010, S. 140)

<sup>1190</sup> Vgl. (Leppin, 2007, S. 33)

sen nach DIN 69901 (Initialisierung, Definition, Planung, Steuerung, Abschluss)<sup>1191</sup> orientiert. Dabei sollte das BPM als kontinuierlicher und salutogener *OE-Prozess* verstanden und realisiert werden<sup>1192</sup>.

### 5.2.2 Integration des BPM in das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement

Da es sich bei Präsentismus um ein gesundheitsbezogenes Phänomen von Mitarbeitern handelt, liegt es auf der Hand, dass dieses dem Zuständigkeitsbereich des Personalmanagements und/oder BGM zugeordnet wird. Dennoch zeigen die Ergebnisse der Unternehmensbefragung, dass trotz systematischer BGM-Systeme in den meisten befragten Unternehmen das Phänomen unbemerkt oder zumindest weitgehend unberücksichtigt blieb, sodass offensichtlich Handlungsbedarf besteht. Im Rahmen der Implementierung eines umfassenden Präsentismus-Managements ließe sich diese „Fähigkeitslücke“ schließen, würde jedoch in den meisten Fällen ineffiziente Doppelstrukturen zur Folge haben, die es zu vermeiden gilt. Da jedoch ein Großteil der Elemente eines BPM in vielen Unternehmen bereits vorhanden sind, gilt es das BPM in diese zu integrieren beziehungsweise das BGM im Hinblick auf das Phänomen systematisch nachzujustieren (siehe Abbildung 5.2.2):

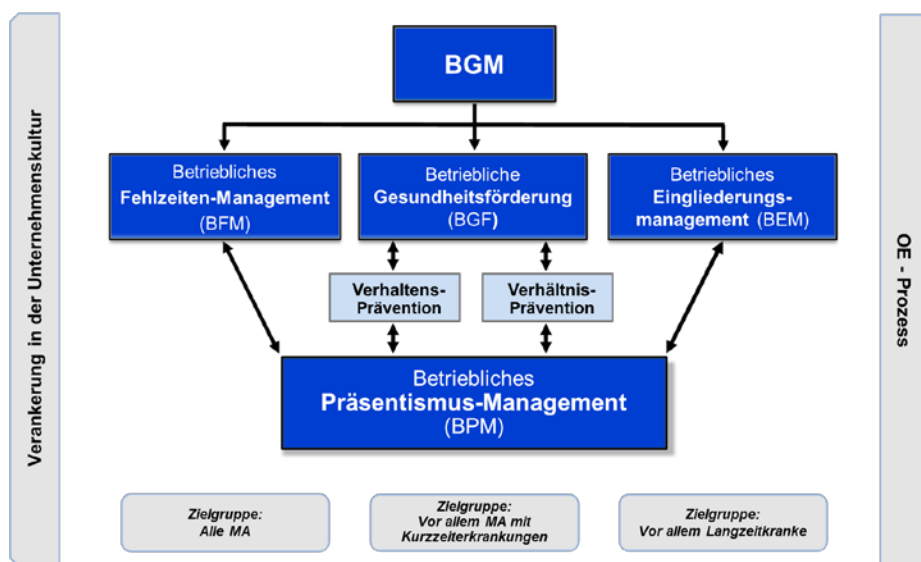


Abbildung 5.2.2: Implementierung des Präsentismus-Managements in das BGM<sup>1193</sup>

1191 Vertiefend siehe z. B.: (Wastian, 2014, S. 393ff.)

1192 Vertiefend zu OE siehe z. B.: (Nieder & Michalk, 2001); (Rimbach, 2013, S. 98ff.); (Schiersmann & Thiel, 2014); (Michalk, 2005, S. 55ff.); (Schein, 1998)

1193 Eigene Darstellung in Anlehnung an: (Nieder & Michalk, 2007, S. 46)

Wie Abbildung 5.2.2 verdeutlicht, stehen bezüglich der Implementierung des Präsentismus-Managements in das BGM insbesondere das Betriebliche Fehlzeiten-Management (BFM), die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) in funktionaler Nähe zum BPM. Darüber hinaus sollen die beiden äußeren Rahmen verdeutlichen, dass ein integriertes BGM beziehungsweise BPM immer auch im Kontext der Unternehmenskultur und -ziele sowie als (salutogener) OE-Prozess zu sehen ist. Ferner verdeutlicht dieser Ansatz, dass Präsentismus-Management verschiedene Zielgruppen zu berücksichtigen hat – wenngleich die Übergänge meist fließend sind.

Durch die modulare Betrachtung lässt sich zugleich auch die Anschlussfähigkeit des BPM für Betriebe herstellen, in denen kein umfassendes integriertes BGM besteht, sondern „nur“ vereinzelte Elemente oder Fragmente eines BGM – wie es in vielen kleinen und mittelständischen Betrieben in realiter zu erwarten ist. In diesem Fall bietet es sich (aufgrund der inhaltlichen Nähe von Fehlzeiten und Präsentismus, aber auch vor dem Hintergrund der hohen Aufmerksamkeit, die dem Fehlzeitengeschehen in der Praxis zukommt) an, das Präsentismus-Management eng an bereits bestehende Strukturen des *Fehlzeiten-Managements* (siehe Kapitel 2.4.3.8) auszurichten und darauf aufbauend systematisch zu erweitern.

### 5.2.3 Präsentismus-Analysen im Rahmen des BPM

Doch unabhängig vom Integrations- und Entwicklungsstand des BGM bedarf es für etwaige Maßnahmen des BPM zunächst einer systematischen Diagnose des Ist-Zustandes im Unternehmen. Denn wie die Ergebnisse der Präsentismus-Studie diesbezüglich belegen (siehe Kapitel 4.3), haben selbst Unternehmen, die bereits ein BGM betreiben und unterschiedlichste Maßnahmen zur BGF anbieten, bislang kaum Kenntnis darüber, welche Relevanz das Phänomen Präsentismus hinsichtlich Verbreitung und Interventionsbedarf für ihre Belegschaft aufweist. Insofern steht außer Frage, dass es in einem ersten Schritt zunächst darum geht, diesen „Blinden Fleck“ des Personal- und Gesundheitsmanagements aufzulösen.

Hierzu soll nachfolgend zunächst das auf die operative Ebene der Vorgesetzten ausgegerichtete Verfahren der *Präsentismus-Impuls-Analyse* vorgestellt werden (siehe Kapitel 5.2.3.1), bevor daraufhin auf Ansätze einer *betrieblich-systematischen Präsentismus-Analyse* (siehe Kapitel 5.2.3.2) eingegangen wird.

Wichtig ist allerdings, dass im Vorfeld geklärt wird, was im betrieblichen Setting unter Präsentismus subsumiert wird (siehe Kapitel 2.1.2), welche Ziele mit einer solchen Erhebung verbunden werden und *welche Informationen bezüglich Präsentismus gewonnen werden sollen*: Geht es um das Präsentismus- und das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter? Geht es um die daraus resultierenden Produktivitätsverluste? Oder sollen Informationen über beide Aspekte gewonnen werden?

Im Hinblick auf die Ergebnisse der betrieblichen Präsentismus-Analysen können analog zu Fehlzeiten (siehe Kapitel 2.4.3.8) drei Grundmuster auftreten:

- *Präsentismus tritt nur bei wenigen Mitarbeitern im Unternehmen auf.*
- *Präsentismus tritt in bestimmten Bereichen oder Abteilungen des Unternehmens besonders stark auf.*
- *Präsentismus ist im gesamten Unternehmen stark verbreitet.*<sup>1194</sup>

Entsprechend dieser Präsentismus-Muster ergeben sich für das betriebliche Vorgehen folglich verschiedenen Interventionsstrategien (siehe Kapitel 5.2.3.3).

#### **5.2.3.1 Präsentismus-Impuls-Analyse (für Führungskräfte)**

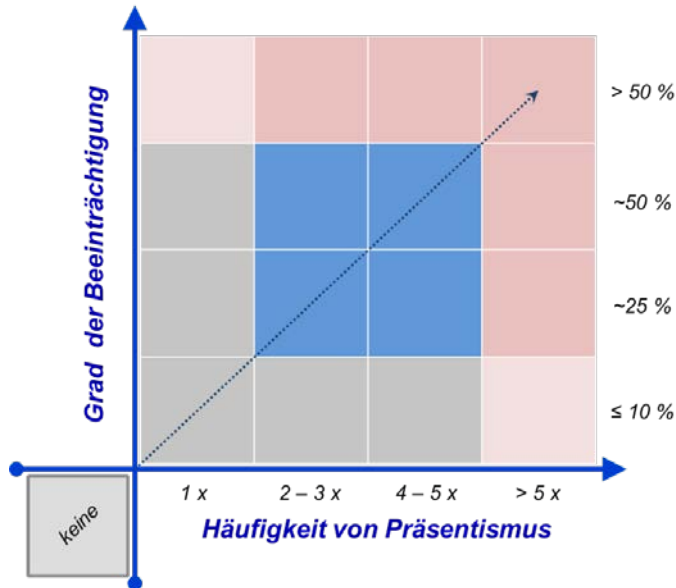
Es darf als belegt angesehen werden, dass Vorgesetzte großen Einfluss auf die Gesundheit und vor allem das Gesundheits- und Fehlzeitenverhalten ihrer Mitarbeiter haben (siehe Kapitel 2.4.4). Insofern ist es von zentraler Bedeutung, dass Vorgesetzte Kenntnis über das Präsentismusgeschehen in ihrem Verantwortungsbereich erlangen, um ihr Führungsverhalten reflektieren und gegebenenfalls optimieren zu können. Zwar gilt unverändert der Grundsatz, dass Gespräche das wichtigste Führungsinstrument<sup>1195</sup> und zugleich eine der wichtigsten Informationsquellen für Vorgesetzte zu ihren Mitarbeitern darstellen, jedoch liegen die Gründe für Präsentismus oft im privaten Kontext, werden vom Mitarbeiter als sensibel angesehen oder liegen gar in der Interaktion mit dem Vorgesetzten begründet, sodass der Erkenntnisgewinn durch verschiedene Einflüsse begrenzt sein kann und ein direktes Ansprechen nur auf Grundlage von Vertrauen zielführend erscheint.

Dennoch sollte für Führungskräfte (neben entsprechenden Schulungen und Sensibilisierungsmaßnahmen Präsentismus; siehe unten) eine Möglichkeit geschaffen werden, niederschwellig Informationen über das Präsentismus-Verhalten in ihrem Bereich zu gewinnen. Hierzu dient die *Präsentismus-Impuls-Analyse (PIA)* und das *Situative Präsentismus-Raster* (siehe Abbildung 5.2.3.1):

---

1194 *Die theoretische Möglichkeit, dass Präsentismus im Unternehmen nicht existiert kann mit Blick auf den Forschungsstand (siehe Kapitel 3.3.1) verworfen werden.*

1195 Vgl. (Nieder, 1997a, S. 44)



**Abbildung 5.2.3.1:** *Situatives Präsentismus-Raster*

Ausgehend von der Idee ein einfach zu handhabendes und zugleich beide zentralen Grundverständnisse von Präsentismus erfassendes Analyseverfahren für Führungskräfte zu entwickeln, wurde die Präsentismus-Impuls-Analyse konzipiert. Diese hat nicht das Ziel die Ursachen und Hintergründe von Präsentismus zu ergründen, sondern soll mit sehr geringem Aufwand die Präsentismus-Situation in einem bestimmten Bereich (oder für eine bestimmte Person) skizzieren und damit Impulse hinsichtlich möglicher Probleme und Interventionsbedarfe setzen.

Konkret werden im Rahmen der PIA zwei Fragen gestellt, die mit einem Kreuz auf dem *situativen Präsentismus-Raster* (siehe Abbildung 5.2.3.1) beantwortet werden können. Die erste Frage zielt dabei auf die *Häufigkeit des gezeigten Präsentismusverhaltens* und die zweite auf die *damit einhergehenden Produktivitätsverluste* im Arbeitsprozess. Somit werden auf sehr einfache und effiziente Art und Weise die beiden zentralen Präsentismus-Dimensionen erfasst.

Darüber hinaus ist das Verfahren im Grundsatz offen skaliert, sodass es auf die betriebliche Situation angepasst werden kann. Je nach Erkenntnisinteresse lässt sich Präsentismus damit sowohl nach Fällen als auch Tagen erfassen und die Skalierung der Produktivitätsverluste entsprechend der betrieblichen Arbeitssituation modifizieren. Dabei ist es sowohl möglich, nach dem durchschnittlichen oder auch maximalen Grad der Beeinträchtigungen in der Produktivität zu fragen. Da es sich um retrospektive und subjektive Selbsteinschätzungen handelt, mit denen ohnehin entsprechende Erinnerungsverzerrungen einhergehen (siehe Kapitel 3.4.3), wurden die Skalenwerte im vorliegenden



Beispiel nicht proportional, sondern direkt als einfach zu greifende Anteilswerte (ein Zehntel, ein Viertel etc.) definiert.

Die Befragung sollte anonymisiert und auf Gruppen-, Bereichsebene etc. erfolgen, um etwa Effekte der sozialen Erwünschtheit oder Antwortverzerrungen durch den Vorgesetzten zu minimieren. Durch die Gruppen- oder Bereichsauswertung werden so über das Präsentismus-Raster Problemfelder und grundsätzliche Handlungsbedarfe sichtbar und liefern Impulse und Ansatzpunkte für eine detailliertere Präsentismus-Analyse.

- Liegen die Antworten der Mitarbeiter *in den grauen Feldern (links-unten)*, so entspricht dies insgesamt noch dem „normalen“ respektive alltäglichen Rahmen und sollte sensibel beobachtet und präventiv flankiert werden.
- Liegen die Antworten *im blauen (mittleren) Sektor*, so deutet dies auf ein stärker ausgeprägtes Präsentismus-Verhalten mit relevanten Produktivitätsverlusten hin, wobei eine systematische Präsentismus-Analyse und daraus abgeleitete Interventionen angebracht erscheinen.
- Liegen die Antworten *im roten Sektor (oben-rechts)*, besteht unmittelbarer Analyse- und Interventionsbedarf, weil sich das Präsentismus-Verhalten entweder bereits manifestiert hat und/oder die Produktivitätsverluste besonders hoch und damit nicht nur gesundheitlich bedenklich, sondern auch ökonomisch hoch relevant sind.

Vergleicht man dieses Verfahren zum Beispiel mit dem pauschalisierenden Ansatz der Stanford-Faust-Formel (siehe Kapitel 3.2.2), so verspricht die PIA bei viel geringerem Aufwand einen wesentlich höheren betrieblichen Erkenntnisgewinn. Doch auch wenn die PIA durch ihre Handhabbarkeit und den sehr geringen Aufwand besticht, so kann und soll sie nur Impulse liefern, nicht aber eine systematische Präsentismus-Analyse ersetzen (siehe hierzu Kapitel 5.2.3.2). Denn um im Hinblick auf Präsentismus „korrigierend einwirken zu können, bedarf es [...] der Kenntnis zentraler Ursachen bzw. Treiber des Gesundheitszustandes der Belegschaft (Arbeits- und Organisationsbedingungen, familiäre Ursachen etc.)“<sup>1196</sup>.

### 5.2.3.2 Betrieblich-systematische Präsentismus-Analyse

Ist hinsichtlich einer systematischen Präsentismus-Analyse geklärt, welche Informationen gewonnen werden sollen, so bietet es sich wiederum an betriebliche Synergien zu erzielen. Von besonderer Bedeutung sind dabei Mitarbeiterbefragungen (MAB)<sup>1197</sup>, die zu den Standardtools eines modernen und erfolgreichen Personalmanagements gehören<sup>1198</sup> und von sehr vielen Unternehmen auch zu Fragen der Mitarbeitergesundheit eingesetzt werden. In der vorliegenden Präsentismusbefragung waren es rund 70 Prozent der teilnehmenden Unternehmen, die bereits MAB zu gesundheitsrelevanten Themen durchführen und ein weiteres Fünftel plant dieses konkret für die Zukunft (siehe Kapitel 4.3.2).

---

1196 (Steinke & Badura, 2011a, S. 107)

1197 Vertiefend zu Mitarbeiterbefragungen siehe z. B.: (Domsch & Ladwig, 2013); (Nieder, 2013)

1198 Vgl. (Domsch & Ladwig, 2013, S. 5)

Dabei kann zur Ermittlung des Präsentismus im Unternehmen beispielsweise ein validiertes Instrument (etwa die Präsentismus-Skala von Hägerbäumer; siehe Kapitel 3.2.1) in bestehende MAB implementiert werden und so mit relativ geringem Aufwand eine zuverlässige Präsentismus-Befragung realisiert werden, ohne dabei Gefahr zu laufen, dass die Mitarbeiter durch „zu viele Befragungen“ ermüden und das Interesse an solchen Erhebungen verlieren.

Existiert im Unternehmen noch keine entsprechendes Instrument, so kann die Präsentismus-Analyse als Ausgangspunkt für eine systematische MAB einschließlich weiterer relevanter Fragestellungen (etwa zur Mitarbeitergesundheit oder Zufriedenheit) genutzt werden und damit wiederum einen positiven Synergieeffekt für das Personal- und Gesundheitsmanagement erzeugen.

Wie in Kapitel 3.2.1 und 3.2.2 dargestellt, existieren inzwischen zahlreiche Ansätze und Instrumente zur Messung des Präsentismus-Verhaltens oder dessen Produktivitätsverluste sowie zur Berechnung der Präsentismus-Neigung (siehe Kapitel 3.2.3), sodass eine systematische Präsentismus-Analyse über MAB auf verschiedene Arten realisiert werden kann.

Eine Alternative zu standardisierten und meist schriftlichen oder digitalen MAB bietet darüber hinaus das Instrument der Arbeitssituationsanalyse (ASA)<sup>1199</sup>. Im Rahmen eines dreistufigen Gruppendiskussionsverfahrens können hierüber Probleme der Arbeitssituation aufgedeckt und durch die Mitarbeiter Lösungsansätze sichtbar gemacht werden. Und insofern das Präsentismus-Verhalten der Mitarbeiter durch die Arbeitssituation (etwa ein Belastendes Vorgesetztenverhalten) bedingt ist, kann dieses Verfahren helfen, entsprechende Präsentismus-Ursachen zu klären. Da die Teilnehmerzahl auf etwa 15 Personen begrenzt werden sollte, bietet es sich an, eine ASA vorzugsweise für Bereiche durchzuführen, in denen das Phänomen besonders ausgeprägt ist.

Denkbar wäre außerdem, die ASA mit der PIA kombiniert einzusetzen. So könnten die Mitarbeiter parallel zum ersten Schritt der ASA (bei dem sie ihren Veränderungsbedarf der Arbeitssituation auf einem Flip-Chart anzeigen) auch ihre Präsentismus-Situation auf einem weiteren Chart (mit dem situativen Präsentismus-Raster) markieren. Im Idealfall würden hierdurch gemeinsame Ansätze zur Verbesserung der Präsentismus- und Arbeits-Situation sichtbar.

Diese Idee suggeriert bereits, dass die systematische und betriebliche Präsentismus-Analyse auch keine isolierte Bewertung des einen Phänomens vornehmen sollte, sondern im Kontext der anderen gesundheitsbezogenen Daten erfolgen und interpretiert werden sollte (siehe Kapitel 2.4.1). Da die Ursachen für Fehlzeiten und Präsentismus häufig identisch sind, ist insbesondere die Verknüpfung mit den Daten des Fehlzeitenmanagements (siehe Kapitel 2.4.3.8) von großer Bedeutung. Im Hinblick auf ein integriertes Gesundheitsmanagement (siehe Kapitel 2.4.3.5) erscheint es außerdem sinnvoll, die Präsentismus-Analysen sowohl strategisch als auch operativ an das BGM sowie die betriebliche Gesundheitspolitik (siehe Kapitel 2.4.2.3) zu koppeln, um etwaige Präsentis-

<sup>1199</sup> Vertiefend zur Arbeitssituationsanalyse siehe z. B.: (Nieder, 2005); (Nieder, 2013, S. 207ff.)

mus-Probleme möglichst ganzheitlich zu lösen und den Prozess einer salutogenen Organisationsentwicklung zu fördern.

Über detaillierte Einzelfallanalysen (wie sie zum Beispiel im Kontext des Betrieblichen Eingliederungsmanagements; siehe Kapitel 2.4.3.9) üblich sind, können außerdem fall-spezifische Zusammenhänge und Präsentismus-Ursachen ermittelt und individuelle Interventionsbedarfe identifiziert werden, welche zugleich die Konzeptionsgrundlage für die Maßnahmenplanung (siehe Kapitel 5.2.4) bilden.

#### **5.2.4 Maßnahmenplanung**

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass in der betrieblichen Präsentismus-Analyse (analog zum Fehlzeitengeschehen; siehe Kapitel 2.4.3.8) prinzipiell drei verschiedene Grundmuster auftreten können, für die sich unterschiedliche strategische Interventionsansätze empfehlen (siehe Kapitel 5.2.3)<sup>1200</sup>.

Ergibt die Analyse, dass Präsentismus *nur einen kleinen Teil der Belegschaft* betrifft, empfiehlt sich der gezielte Einsatz ausgewählter Instrumente des Betrieblichen Präsentismus-Managements (siehe Tabelle 5.2.4). Wichtig ist dabei, dass diese Instrumente möglichst konsequent an den Ursachen des Verhaltens sowie den betrieblichen und personenbezogenen Kontextfaktoren ausgerichtet werden.

Deutet die Präsentismus-Analyse jedoch auf *das verstärkte Auftreten von Präsentismus in einem bestimmten Bereich* (Gruppe, Abteilung etc.) des Unternehmens hin, bedarf es neben gezielten (auf die Mitarbeiter bezogenen Interventionen) zumeist auch eines ganzheitlicheren Vorgehens, welches insbesondere die Arbeitssituation und arbeitsbezogenen Determinanten von Präsentismus (siehe Kapitel 3.6.2) in diesem Bereich in den Blick rückt. Wie beim Fehlzeiten-Management bieten sich hierzu Prozesse der OE an, in deren Rahmen (gegebenenfalls mit Unterstützung externer Berater) eine situationsbezogene Problemanalyse durchgeführt und daraus systematisch und bedarfsgerecht Interventionen abgeleitet werden.

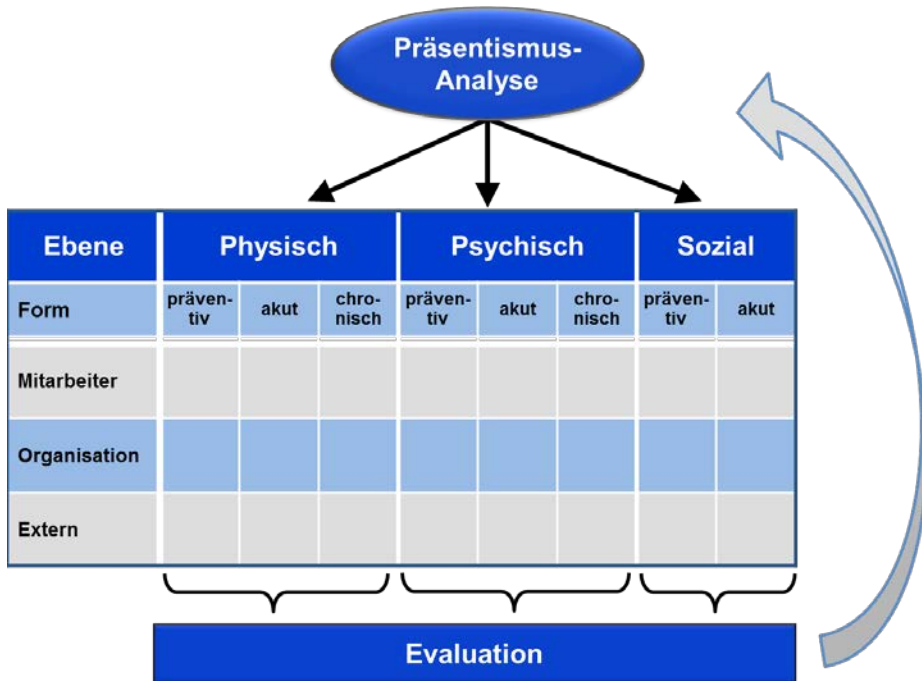
Ergibt die Analyse hingegen, dass *Präsentismus im gesamten Unternehmen stark verbreitet* ist, sollte (wie im Rahmen des BFM) ebenfalls ein strategisch angelegtes und auf das gesamte Unternehmen bezogenes OE-Projekt zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus initiiert werden, da es sich wahrscheinlich nicht „nur“ um ein mitarbeiterbezogenes Problem handelt, sondern auch (oder vor allem) um ein betriebliches. Anders als beim Fehlzeiten-Management sollte in diesem Fall jedoch nicht auf den Einsatz unmittelbarer Einzelmaßnahmen verzichtet werden, weil Präsentismus (etwa im Gegensatz zu motivationalem Absentismus) in der Regel mit einem negativen Gesundheitszustand einhergeht und weitere negative Folgen für die Gesundheit entwickeln kann (siehe Kapitel 3.7.1). In diesem Sinne wäre es kontraproduktiv auf die Realisierung eines komplexen OE-Programms zu warten. Insofern bedarf es einer Doppelstrategie aus

---

<sup>1200</sup> Vgl. (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 29ff.)

strategisch-konzeptionellem Vorgehen und (bedarfsgerechten) operativen Sofortmaßnahmen.

Die konkrete Planung der Maßnahmen im betrieblichen Umgang mit Präsentismus kann zum Beispiel in Anlehnung an Abbildung 5.2.4 erfolgen:



**Abbildung 5.2.4:** Interventionsplan des Betrieblichen Präsentismus-Managements

Liegen hinreichend Informationen zu Ursachen, Zusammenhängen und Hintergründen des Präsentismus-Verhaltens eines Mitarbeiters vor, so gilt es diese möglichst systematisch in zielgerichtete Interventionen zu überführen. Wie Abbildung 5.2.4 skizziert, sollten dabei (im Hinblick auf das oft komplexe Ursachegefüge) Interventionsbedarfe und -möglichkeiten auf unterschiedlichen Ebenen (Mitarbeiter, Organisation und externe Akteure) in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus gilt es die Charakteristik der Krankheit respektive der Beeinträchtigungen mit in die Interventionsplanung einzubeziehen – was im vorliegenden Schema über die Kategorien *physisch*, *psychisch* und *sozial* erfolgt. Dabei sollte differenziert werden, ob dem Phänomen Präsentismus *präventiv* begegnet werden soll oder ob es *akut vorliegt* beziehungsweise aus einer *chronischen Erkrankung* resultiert.

Sind die entsprechenden Interventionsbereiche definiert, beziehungsweise die relevanten Felder auf der Matrix ausgewählt, so sind konkrete Einzelmaßnahmen zu bestimmen.

men. Hierzu sind alle Felder des dargestellten Schemas in Tabelle 5.2.4 mit Einzelmaßnahmen hinterlegt.

*Aufgrund der Komplexität des Phänomens Präsentismus und seiner immensen Anzahl möglicher Determinanten sei jedoch angemerkt, dass es sich bei Tabelle 5.2.4 um ausgewählte Beispiele handelt, die im Rahmen des BPM systematisch auf die jeweiligen Bedingungen angepasst und ergänzt werden sollten.*

In den Anforderungen an das BPM wurde darüber hinaus gefordert, dass dessen Vorgehen nicht nur ganzheitlich (also auf das Verhalten, die Verhältnisse und deren Zusammenhänge) ausgerichtet, sondern auch (wo nötig) interdisziplinär und vernetzt agiert werden sollte, um den Präventionserfolg (insbesondere im sekundär- und tertiärpräventiven Bereich) zu erhöhen (siehe Kapitel 5.2.1). Blickt man zum Beispiel auf Präsentismus infolge psychischer Erkrankungen, chronischer Leiden oder auch auf den Bereich der betrieblichen Wiedereingliederung, so wird deutlich, dass in vielen dieser Fälle nur durch das Zusammenwirken verschiedener interner Akteure (wie Betriebsärzten, Führungskräften, Betriebsräten, Personalleitern/-referenten etc.) und unter Einbezug der Fachexpertise und Angeboten externer Kooperationspartner (wie Krankenkassen, DRV, gesundheitsbezogener Dienstleister, Reha-/Therapie-Einrichtungen etc.) ganzheitlich interveniert werden kann. Folglich gehört zu einer umfassenden Maßnahmenplanung auch, diese Möglichkeiten zu berücksichtigen und frühzeitig entsprechende interne und externe Strukturen und/oder Netzwerke aufzubauen, um (im Rahmen der jeweiligen Möglichkeiten und betrieblichen Rahmenbedingungen) möglichst ganzheitliche Interventionsangebote abbilden und anbieten zu können. *(Ein praktisches Beispiel für ein vernetztes Präsentismus-Management wird in Kapitel 5.1.2 gegeben).*

## Interventionsmatrix zum Betrieblichen Präsentismus-Management

Ebene	Physisch			Psychisch			Sozial	
	präventiv	akut	chronisch	präventiv	akut	chronisch	präventiv	akut
<b>Mitarbeiter</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ergonomieberatung</li> <li>Check-ups/Screenings</li> <li>Bewegungs- und Ernährungsprogramme</li> <li>Vorsorgeuntersuchungen</li> <li>Präventionscoaching</li> <li>Funktionale Info</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notfallversorgung</li> <li>Ergonomische Intervention im Krankheitsfall</li> <li>Physiotherapie</li> <li>Rückencoach</li> <li>Gesundheitsberatung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Physiotherapie</li> <li>Reha-/Trainings-/Coaching-Maßnahmen etc. (s. u.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stressmanagementprogramme</li> <li>Beratungsgespräche/ Coaching</li> <li>Fragebogen/ Selbst-Checks</li> <li>Bewegungs- und Ernährungsprogramme</li> <li>Entspannungsmaßnahmen</li> <li>Funktionale Info</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EAP-Beratung</li> <li>Akutinervention nach psychischen Traumata</li> <li>Intervention bei Suchtkranken</li> <li>Coaching-gespräch</li> <li>Vermittlung an Psychotherapeuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychotherapie</li> <li>Coaching (ggf. AP-bezogen)</li> <li>Beratung</li> <li>Entwöhnung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Konfliktmanagementkurse</li> <li>Teamcoaching</li> <li>Teambuilding</li> <li>Mobbing-aufklärung</li> <li>Funktionale Info</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Teamcoaching</li> <li>Gesundheitscoaching</li> <li>Mitarbeitergespräche</li> <li>Erstgespräch mit Beratern</li> </ul>
<b>Organisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MA-Befragung/Präsentismus-Analyse</li> <li>Gefährdungsbeurteilung</li> <li>Gesundheits-Schichten</li> <li>Arbeitsplatz-/Büro-gestaltung</li> <li>AU-Regelung</li> <li>Ersetzbarkeit/ Vortreregelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Freistellung</li> <li>Arbeitsentlastung (Zeit/Tätigk.)</li> <li>Rettungskette (Ersthelfer, Ambulanz etc.)</li> <li>Umsetzung Pandemieplanung</li> <li>Massage-/ Entspannung-Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mitarbeiter-AP-Matching (MAM)</li> <li>Umsetzung leistungsfähiger AP (BEM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MA-Befragung/Präsentismus-Analyse</li> <li>psych. Gefährdungsbeurteilung</li> <li>FK-Sensibilisierung und -training</li> <li>Arbeitsplatz/Büro-gestaltung</li> <li>AU-Regelung</li> <li>Ersetzbarkeit/ Vortreregelung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Freistellung</li> <li>Interventions-leitfaden</li> <li>Gesprächs-leitfaden</li> <li>Sozialberatung/EAP</li> <li>Therapeuten-netzwerk</li> <li>Qualifizieren von Kollegen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MAM</li> <li>Umsetzung leistungsfähiger AP (BEM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MA-Befragung/Org.-Analysen</li> <li>Förderung Unternehmensklima/ achtsame Kultur</li> <li>Familienservice, Child-/ Elder-Care</li> <li>FK-Schulung</li> <li>360-Grad-Feedback</li> <li>Sportgruppen</li> <li>OE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Freistellung</li> <li>Sozialberatung/EAP</li> <li>Ersthelfer</li> </ul>
<b>Externe Kooperationen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufbau Netzwerke mit Krankenkassen, DRV, Reha-Zentren, Kliniken, niedergelassenen Ärzten etc.</li> <li>Einbindung Krankenkassen nach § 20b SGB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kooperationen mit Kliniken, niedergelassenen Ärzten etc.</li> <li>Nutzung der Netzwerke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>AP-bezogene Reha/Beratung</li> <li>AP-bezogene med. Trainings-therapie (amTT)</li> <li>Ambulante Schmerztherapie</li> <li>Kooperation mit Integrationsamt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aufbau Netzwerke mit Krankenkassen, DRV, Reha-Zentren, Kliniken, Therapeuten, Psychologen etc.</li> <li>Einbindung Krankenkassen nach § 20b SGB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sozialberatung/EAP</li> <li>Kooperationen für ambulante Krisenintervention (stationär)</li> <li>Nutzung der Netzwerke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reha/Training</li> <li>AP-bezogenes Coaching etc.</li> <li>Kooperation mit Integrationsamt, Krankenkasse etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gemeinschafts-events (Sport, Kultur, Feiern etc.)</li> <li>Aufbau Netzwerke mit Soz.-Beratern, Behörden etc.</li> <li>Einbindung Krankenkassen nach § 20b SGB V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sozialberatung/EAP</li> <li>Arbeits-Situations-Analyse (ASA)</li> <li>Mediation</li> <li>Nutzung der Netzwerke</li> </ul>

Tabelle 5.2.4: Interventionsmatrix Präsentismus<sup>1201</sup>

1201 In Anlehnung an: (DGFP e. V., 2014, S. 69ff.); (Brandenburg & Nieder, 2009, S. 78)

Inhaltlich sind die Maßnahmen in Abbildung sowie Tabelle 5.2.4 primär auf das Phänomen Präsentismus ausgerichtet. Jedoch liegt es in der Grundlogik des Betrieblichen Präsentismus-Managements (als Bestandteil des BGM), dass auch Maßnahmen anderer Bereiche des BGM (siehe Kapitel 2.4.3.6/7/8), die eine Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bewirken, der Prävention von Präsentismus dienen und einbezogen werden sollten. Im besonderen Maße gilt dies für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Förderung der personalen und organisationalen Gesundheitskompetenz (siehe zum Beispiel Anlage/Tabelle 2.4.3.7).

In Anlehnung an Iverson & Krause sowie Fissler & Krause kann die konkrete Planung verhaltensorientierter Maßnahmen dabei an drei Interventionsstufen orientiert erfolgen, welche sich im Hinblick auf die „Intensität der Betreuung und damit durch den Personaleinsatz sowie die Kosten unterscheiden“<sup>1202</sup>. Die niederschwelligste Interventionsstufe stellt dabei die „*Funktionale Information*“ dar. Hierbei werden den Mitarbeitern zum Beispiel schriftliche Informationen zu ausgewählten Gesundheitsproblemen oder Behandlungsmethoden bereitgestellt und aktionsorientierte Informationen gegeben, was sie selbst gegen ihre Beschwerden tun können. Das Praxisbeispiel Unilever zeigt diesbezüglich, dass Präsentismus oft mit alltäglichen und weniger schweren Gesundheitsproblemen (wie Stress, Schlafstörung, negativer Stimmung, Rückenschmerzen, Allergien oder Kopfschmerzen etc.) einhergeht und diese Interventionsform in hohem Maße angenommen wird (siehe Kapitel 5.1.3). Die zweite Interventionsstufe bezieht sich auf „*Selbstmanagement-Strategien*“, in dessen Rahmen der Mitarbeiter Informationen und Anleitungen für die Umsetzung konkreter Aktivitäten und Programme erhält. Auf der dritten Stufe, werden die individuellen (Gesundheits-)Probleme des Mitarbeiters im Rahmen einer „*Persönlichen Beratung*“ eruiert und zum Beispiel in Form von Einzelberatungen, Kursen etc. Lösungsansätze erarbeitet. Dabei sollten die Interventionen auf allen drei Ebenen durch die jeweiligen Maßnahmen des BGM (etwa EAP oder Betriebsärztliche Maßnahmen) flankiert werden.<sup>1203</sup>

Somit stellt die Auswahl und Planung der „richtigen“ (also bedarfsgerechten und auf die Ursachen und betrieblichen Bedingungen bezogenen) Maßnahmen einen entscheidenden Beitrag für den Erfolg des BPM dar – und sollte Verhalten, Verhältnisse und Wechselbeziehungen stets ganzheitlich in die Planung einbeziehen.

## 5.2.5 Implementierung und Realisierung

Während in den vorstehenden Teilkapiteln bereits wichtige inhaltliche und konzeptionelle Fragen zum Betrieblichen Präsentismus-Management geklärt wurden, sollen nachfolgend mögliche Ansätze zur *strukturellen Implementierung* und *konzeptionellen Realisierung* des BPM im Unternehmen dargestellt werden. Hierzu wurde bereits in den Anforderungen an das BPM (siehe Kapitel 5.2.1) auf eine möglichst projektorientierte

<sup>1202</sup> (Iverson & Krause, 2007, S. 47)

<sup>1203</sup> Vgl. (Iverson & Krause, 2007, S. 47); (Fissler & Krause, 2010, S. 420f.)

und auf eine salutogene Organisationsentwicklung zielende Vorgehensweise hingewiesen (siehe auch Kapitel 2.4.3.4).

Die Einführung des BPM kann dabei an drei zentralen Phasen orientiert erfolgen:

- *Initialisierungs-Phase*
- *Strukturierungs- und Implementierungs-Phase*
- *Realisierungs-Phase*

### **Initialisierungs-Phase**

Der logische erste Schritt für die systematische betriebliche Auseinandersetzung mit dem Phänomen Präsentismus ist, dass die Thematik als potenzielles Handlungsfeld (möglichst auf Ebene der Geschäftsleitung) thematisiert wird – wobei diese Initialisierung letztlich durch alle Akteure des Personal- oder Betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgen kann.

Wichtig ist dabei, dass Präsentismus als betriebliches Handlungsfeld erkannt und definiert wird sowie klare Ziele zum grundsätzlichen Umgang mit Präsentismus im Unternehmen formuliert werden, aus denen sich der Auftrag für die Durchführung relevanter Analysen (siehe Kapitel 5.2.3) und gegebenenfalls bereits der Schaffung erforderlicher Strukturen ergibt.

### **Strukturierungs- und Implementierungs-Phase**

Ist die Entscheidung getroffen, dass Präsentismus betrieblich präveniert und gemanagt werden soll, so gilt es auf der Basis der bereits bestehenden Strukturen einen geeigneten organisatorischen und strukturellen Rahmen zu schaffen, um dem Phänomen proaktiv zu begegnen. Hierbei sollten Doppelstrukturen möglichst vermieden und Synergien präferiert werden, um die bereits diffizilen BGM-Strukturen vieler Unternehmen nicht komplexer, sondern effizienter zu gestalten.

Neben der Prüfung, wie sich das BPM bestmöglich in die bestehenden Elemente des Betrieblichen Fehlzeiten- oder Gesundheitsmanagements integrieren lässt (siehe Kapitel 5.2.2), zählt hierzu vor allem, dass klare personelle Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten definiert, erforderliche Ressourcen (zeitlich, personell, finanziell, organisatorisch etc.) bereitgestellt werden sowie die Ressourcennutzung einschließlich Daten der Gesundheitsberichterstattung geregelt wird. Darüber hinaus gilt es (soweit diese über das BEM noch nicht bestehen) interne und externe Kooperationsnetzwerke zu bilden, um dem Phänomen Präsentismus auch bei komplexeren oder chronischen Ursachen (etwa im Rahmen Sekundär- oder Tertiärprävention; siehe Kapitel 5.2.4) adäquat entgegenwirken zu können.

Und obwohl es – aus einer isolierten Perspektive heraus – sinnvoll erscheint, eine Steuerungsgruppe für das komplexe Handlungsfeld des BPM zu bilden, sollte in den meisten Unternehmen davon abgeraten werden, ein solches zu implementieren, da im Be-



reich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, des BGM sowie des BEM in der Regel bereits verschiedene gesundheitsbezogene Gremien existieren, die nicht immer optimal vernetzt zusammenarbeiten (siehe Kapitel 5.2.1). Zielführender ist es daher die Koordination und Steuerung des Vorgehens im Bereich des BPM über eines dieser bereits bestehenden Gremien zu organisieren und zugleich die Vernetzung zu den anderen Gremien zu optimieren.

Aufgrund des übergeordneten Charakters des BGM wird in vielen Unternehmen dessen Steuerungsgruppe respektive der Lenkungsausschuss<sup>1204</sup> (soweit dieser existiert) auch das zu präferierende Gremium für das BPM darstellen.

### **Realisierungs-Phase**

Blickt man abschließend auf die Realisierung der Interventionen des BPM so sollten die Maßnahmen (wie grundsätzlich im Bereich des BGM zu empfehlen ist) am sogenannten Lernzyklus respektive den Kernprozessen des BGM orientiert erfolgen (siehe Kapitel 2.4.3.4).

Hierzu erfolgt zunächst eine möglichst umfassende *Diagnose* des Phänomens und seiner Ursachen und Verstärkungsfaktoren (siehe Kapitel 5.2.3). Aus betrieblicher Sicht kann diese Analyse auch einen Soll-Ist-Abgleich bezüglich der Häufigkeit von Präsentismus respektive der damit einhergehenden Produktivitätsverluste einschließen. Auf Grundlage dieser Informationen erfolgt die Definition entsprechender (Präventions-) *Ziele* sowie die *Planung* konkreter Interventionsmaßnahmen (siehe Kapitel 5.2.4), die in der nächsten Phase *implementiert beziehungsweise umgesetzt* und schließlich *evaluiert* werden. Wie Abbildung 5.2.4 darüber hinaus zeigt, kann die Evaluation zu dem Ergebnis kommen, dass eine weiterführende Analyse sowie weitere Maßnahmen erforderlich sind, sodass dieses Vorgehen in vielen Fällen zirkulär erfolgt.

Einen erfolgskritischen Aspekt stellt bei solchen Interventionen jedoch immer die Kommunikation sowie die Bildung des erforderlichen Vertrauens dar. Daher gilt es im Unternehmen möglichst frühzeitig und umfassend über die Ziele und Verfahren des BPM zu informieren, um Transparenz und Vertrauen bei den Mitarbeitern zu schaffen und deren Bereitschaft zur Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen zu erhöhen.

## **5.2.6 Kritische Einordnung des BPM-Konzeptes**

Blickt man resümierend auf das vorgestellte Konzept für ein Betriebliches Präsentismus-Management, so wird deutlich, dass es kein Patentrezept geben kann, jedoch Möglichkeiten bestehen, dem Auftreten von Präsentismus entgegenwirken.

---

<sup>1204</sup> Der *Lenkungsausschuss* bzw. die *Steuerungs- und Lenkungsgruppe* ist ein Gremium für die Einführung und dauerhafte Steuerung des BGM; vertiefend siehe z. B. (Walter, 2010, S. 150f.); (Rimbach, 2013, S. 38f.)

Hierzu zeigt der Ansatz auf, welchen Anforderungen ein BPM genügen sollte und verdeutlicht zugleich, dass es für das BPM im Wesentlichen keiner neuen Strukturen beziehungsweise Strukturelemente bedarf, sondern insbesondere Synergien mit den bestehenden Handlungsfeldern und Instrumenten des Personal- und Gesundheitsmanagement geschaffen werden sollten, um dem Phänomen Präsentismus im betrieblichen Kontext adäquat zu begegnen. Hierzu gibt das Konzept einen strukturierten Rahmen vor, wie das Phänomen Präsentismus systematisch durch ein Unternehmen berücksichtigt und in den Kontext seines Personal- beziehungsweise Gesundheitsmanagements sowie dessen Handlungsfelder eingebunden werden kann. Darüber hinaus wird Unternehmen (und insbesondere Führungskräften) mit der *Präsentismus-Impuls-Analyse* ein Instrument zur Verfügung gestellt, mit dem unkompliziert und dennoch systematisch eine erste Analyse der Präsentismus-Situation in einem definierten Bereich vorgenommen werden kann. Ebenso werden Wege aufgezeigt, wie Präsentismus sowie dessen Relevanz und Interventionsbedarfe betrieblich-systematisch analysiert werden können, um auf dieser Grundlage bedarfsgerechte und zielgerichtete Interventionen abzuleiten.

Einschränkend gilt es zum vorliegenden Konzept jedoch anzumerken, dass es primär auf den Bereich des gesundheitsbezogenen Präsentismus fokussiert ist, wohingegen Präsentismusphänomene im weiteren Sinne weitgehend unberücksichtigt bleiben. Allerdings gilt es diesbezüglich auch zu berücksichtigen, dass Präsentismus im weiteren Sinne (siehe Kapitel 2.1.2.3) weniger einer konzeptionellen Grundlage als vielmehr des unmittelbaren Intervenierens des direkten Vorgesetzten bedarf, wenn es beispielsweise darum geht, konterproduktives Verhalten oder Face Time zu unterbinden.

Des Weiteren geht das Konzept nur indirekt (über die Aspekte der betrieblichen Wiedereingliederung und des BEM) auf salutogene Einflüsse von Präsentismus-Verhalten ein. Jedoch kann diesbezüglich konstatiert werden, dass diese Fälle im Regelfall nicht ohne die Fachexpertise des Betriebsarztes bewertet werden können und diese im jeweiligen Einzelfall auch entsprechende Maßnahmen ergreifen. Insofern sollte ein allgemeines Konzept nicht vorschnell dazu anregen, Präsentismus-Verhalten als gesundheitsförderlich zu bewerten.



## 6 Resümee und Ausblick

Ziel der Arbeit war es, das Phänomen Präsentismus aus Sicht des Personal- und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) näher zu untersuchen. Dabei sollte einerseits ein Beitrag zur weiteren Fundierung und Differenzierung des Phänomens geleistet werden und andererseits ein praxis- und anwendungsbezogener Orientierungsrahmen für den betrieblichen Umgang mit Präsentismus geschaffen werden, der sowohl Hintergründe und Zusammenhänge des Phänomens erläutert als auch Handlungsmöglichkeiten und -strategien aufzeigt. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf der unternehmensübergreifenden und praxisorientierten Analyse des Phänomens sowie der Herleitung eines integrierten Konzeptes zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus.

Nach einer Hinführung zum Thema wurden zunächst eine begriffliche und definitorische Herleitung von Präsentismus und die inhaltliche Abgrenzung zu anderen Konzepten des Personalmanagements (wie Absentismus und innere Kündigung sowie Burnout und Workaholismus) vorgenommen, bevor für den weiteren Verlauf der Arbeit ein eigenes Definitionsverständnis daraus abgeleitet wurde. Besonders deutlich wurde dabei, dass es – trotz des in den letzten Jahren stark gestiegenen Forschungsinteresses – bislang weder gelungen ist den Begriff Präsentismus allgemeingültig zu definieren noch theoretisch-konzeptionell klar zu umreißen, wenngleich erste konzeptionelle Ansätze bereits vorliegen. Festhalten lässt sich indes, dass Präsentismus mehr umfasst, als „nur“ krank zur Arbeit zu gehen und es für eine ganzheitliche Verwendung des Begriffs im Kontext des Personalmanagements zielführend erscheint, eine zweigeteilte Operationalisierung von Präsentismus (im engeren sowie im weiteren Sinne) vorzunehmen, um neben den gesundheitsbezogenen Dimensionen von Präsentismus jene ohne unmittelbaren Gesundheits-/Krankheitsbezug (wie etwa ‚Mentale Ablenkung‘, ‚Face Time‘ oder ‚kontraproduktives Arbeitsverhalten‘) nicht grundsätzlich zu negieren.

Während Präsentismus (in Europa) meist aus einer gesundheits- und verhaltensorientierten Perspektive heraus betrachtet wird oder (in den USA) produktivitäts- und defizitorientierte Aspekte den Präsentismus-Diskurs prägen, reichen die mit dem Phänomen assoziierten Interpretationen von einem Problem, das es zu lösen beziehungsweise zu verhindern gilt, über eine normale Erscheinung der Arbeitswelt bis hin zu einem Verhalten, das grundsätzlich begrüßt werden sollte.

Insofern verlangte die Annäherung an das Phänomen Präsentismus und sein vieldimensionales Definitions- und Interpretationsspektrum zunächst eine systematische Analyse der interdisziplinären Hintergründe und Zusammenhänge. Als primär arbeits- und gesundheitsbezogenes Phänomen standen dabei vor allem die Aspekte *Arbeit und Gesundheit* sowie *Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeiten* im Fokus.

Bereits einleitend wurde diesbezüglich aufgezeigt, dass der Faktor Mitarbeiter-Gesundheit als wichtiger denn je wahrgenommen wird und die Rolle des Humankapitals – angesichts der gravierenden Veränderungen der soziodemografischen Strukturen in Deutschland sowie der aktuellen Trends und Entwicklungen in der Arbeitswelt – als ‚kritischer Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor‘ immer deutlicher wird. Zudem zeichnet sich in Deutschland eine starke Kausalverschiebung innerhalb des Fehlzeitengeschehens ab, wonach insbesondere psychische Erkrankungen in den letzten Jahren wesentlich an Bedeutung hinzugewonnen haben, während die Fehlzeiten insgesamt seit Jahrzehnten sukzessive zurückgegangen sind und trotz der gegenwärtig guten Wirtschafts- und Beschäftigungslage auf einem niedrigen Niveau liegen. Gleichzeitig belegen zahlreiche Studien aber auch, dass trotz der aktuell sehr guten Arbeitsmarktlage weit mehr als die Hälfte aller Beschäftigten krank zur Arbeit geht. Aus Sicht des Personalmanagement bedeutet dies, dass sowohl Präsentismus als auch Fehlzeiten als alltägliche Phänomene der Arbeitswelt anzusehen sind und angesichts der hohen strategischen Relevanz die Mitarbeiter-Gesundheit für eine nachhaltige Wettbewerbsfähigkeit vieler Unternehmen systematisch analysiert und gemanaged werden sollte.

Im Hinblick auf Präsentismus ist (in Anlehnung an die Konzepte der *Salutogenese* und *Arbeitsbewältigungsfähigkeit*) dabei insbesondere die Loslösung von einem dichotomen *Gesundheits-Krankheits-Verständnis* und die Orientierung an einem *prozessorientierten Gesundheitsverständnis* und *Kontinuum* (mit der völligen Gesundheit/Beschwerdelosigkeit und schwerer/manifester Krankheit als Endpunkte) zielführend, um das Verhalten näher systematisieren zu können. Grenzt man die Grauzone zwischen den Polen über das Auftreten von Befindensstörungen/Leistungsbeeinträchtigungen sowie über das Vorliegen einer konkreten Arbeitsunfähigkeit weiter ab, so ergeben sich drei Stufen der Arbeits(un)fähigkeit und damit erste Ansatzpunkte für mögliche Interventionen.<sup>1205</sup>

Ein weiteres zentrales Grundlagenkapitel und zugleich Ausgangspunkt für die spätere Erarbeitung betrieblicher Maßnahmen und Interventionen im Umgang mit Präsentismus stellte überdies der Themenkomplex *Gesundheit als Handlungsfeld des Personalmanagements* dar. Neben den rechtlichen und normativen Rahmen zum Thema *Gesundheit im Arbeitskontext* lag dabei vor allem das BGM im Fokus. Es zeigte sich unter anderem, dass Präsentismus nicht nur individuell, sondern auch aus arbeitsrechtlicher Sicht sehr differenziert betrachtet und behandelt werden muss, um den unterschiedlichen Facetten dieses Phänomens gerecht zu werden. Zugleich wurde aber auch deutlich, dass die zentralen Handlungsfelder des BGM bereits viele Elemente abbilden, auf die im Hinblick eines Betrieblichen Präsentismus-Managements (BPM) systematisch zurückgegriffen werden kann.

Da es sich bei Präsentismus um ein arbeitsbezogenes Verhalten handelt, muss neben der „klassischen“ Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie der Entwicklung einer personale und organisationalen Gesundheitskompetenz vor allem dem Aspekt Führung große Bedeutung beigemessen werden – wobei im Hinblick auf den betrieb-

<sup>1205</sup> Vgl. (Oppolzer, 2010, S. 175ff.)

lichen Umgang mit Präsentismus-Verhalten besonders der Ansatz der *Health-oriented Leadership* (nach Franke & Felfe) geeignet erscheint<sup>1206</sup>.

### Zum Stand der Forschung

In einem weiteren Schritt wurde der aktuelle Forschungsstand zum Phänomen Präsentismus systematisch untersucht (siehe auch Zwischenfazit II). Erneut zeigte sich, dass der theoretisch-konzeptionelle Rahmen von Präsentismus nach wie vor sehr uneinheitlich definiert ist. Als Schwerpunkt der konzeptionellen Forschung scheint sich aber das Alternativhandeln zwischen Präsentismus und Fehlzeiten herauszubilden, wobei Präsentismus als Ergebnis eines *restringierten Entscheidungsprozesses* aufgefasst werden kann, der sowohl durch die *Schwere der Erkrankung* (und den Grad der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit) als auch durch *organisatorische, personale und tätigkeitsbezogene Bedingungen* eingeschränkt wird<sup>1207</sup>. Durch diese Fokussierung auf den Entscheidungsprozess lässt sich bislang auch eine psychologisch geprägte und auf das Individuum gerichtete Konzept-Forschung konstatieren, wobei übergeordnete (betriebswirtschaftliche, soziologische, politische etc.) Faktoren konzeptionell noch weitgehend unberücksichtigt bleiben.

Trotz der konzeptionellen Unschärfe wurden bereits zahlreiche Instrumente zur Messung der Häufigkeit von Präsentismus und/oder den damit einhergehenden Produktivitätsverlusten/Kosten erarbeitet, von denen einige auch belastbare Ergebnisse erzielen. Allerdings weisen nahezu alle bisherigen Messverfahren die Einschränkung auf, dass sie retrospektiv vorgehen und damit zwar Präsentismus in der Vergangenheit aufklären, jedoch kaum Aussagen zum weiteren Präsentismusverhalten erlauben – wenngleich erste prospektive Berechnungs-Verfahren zur Neigung respektive der Wahrscheinlichkeit, mit der sich ein Mitarbeiter im Krankheitsfall für Präsentismus entscheidet, inzwischen entwickelt wurden<sup>1208</sup>.

Blickt man auf die Häufigkeit und Höhe der Produktivitätsverluste von und durch Präsentismus, so weichen die Werte der Untersuchungen zum Teil erheblich voneinander ab. Nahezu alle Erhebungen deuten aber darauf hin, dass Präsentismus im betrieblichen Alltag sehr häufig auftritt und rund jeder zweite Mitarbeiter, wahrscheinlich sogar zwei Drittel aller Beschäftigten, mindestens einmal pro Jahr (viele sogar öfter) Präsentismus-Verhalten zeigt. Zu den häufigsten *Mustern* zählen dabei der *Verzicht auf Genesung*, das *Arbeiten gegen ärztlichen Rat* sowie die (*Selbst-*)*Medikation zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit* beziehungsweise zur Unterdrückung von Krankheitssymptomen. Hinsichtlich der Produktivitätsverluste und Kosten weist die Mehrzahl der Untersuchungen darauf hin, dass diese jeweils die Verluste durch Fehlzeiten übersteigen. Aufgrund methodischer Einschränkungen und der fast ausschließlich aus subjektiven Selbstauskünften resultierenden Datenbasis sollten viele Ergebnisse aber eher als Tendenzaussage oder Orientierungsrahmen denn als belastbare Kennzahl interpretiert werden.

1206 Vgl. (Franke, Ducki, & Felfe, 2015); (Felfe, 2012b, S. 93ff.); (Franke & Felfe, 2011)

1207 Vgl. (Gerich, 2015, S. 32f.); (Gerich, 2014, S. 33ff.)

1208 Vgl. z. B. (Gerich, 2015); (Gerich, 2014)

Obwohl sich ein großer Teil der (europäischen) Studien zu Präsentismus auf die Untersuchung der *Ursachen und Bestimmungsfaktoren* bezieht, sind die Forschungsergebnisse auch hierzu noch sehr inkonsistent. Dennoch kann festgehalten werden, dass es sich bei Präsentismus grundsätzlich um ein multikausal determiniertes Phänomen handelt, dass sowohl personen- als auch arbeitsbezogenen Determinanten unterliegt. Und obwohl letzteren eine leicht vorrangige Bedeutung zugesprochen wird, scheint ein Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren aus beiden Kategorien als sehr wahrscheinlich, sodass insgesamt eher die Kontextfaktoren statt isolierter Variablen das Phänomen Präsentismus erklären.

Entsprechend schwierig ist es im Hinblick auf die multifaktorielle Determiniertheit und Heterogenität des Phänomens allgemeine Aussagen zu den gesundheitlichen Folgen von Präsentismus seriös zu treffen. Zwar wurden bereits in zahlreichen (Querschnitts-)Studien signifikante Zusammenhänge zwischen Präsentismus und einer Verschlechterung gesundheitsbezogener Faktoren belegt, jedoch liegen bislang nur wenige Studien vor, die kausale Effekte von Präsentismus auf die Gesundheit längsschnittlich untersucht haben. Resümierend lässt sich aber davon ausgehen, dass Präsentismus – insbesondere bei wiederholt oder längerfristig auftretenden Episoden – sowohl die physische als auch die psychische Gesundheit von Mitarbeitern (und ggf. Kollegen) negativ beeinflussen und Krankheitssymptome verstärken kann. Auch lässt sich – trotz der noch dünnen empirischen Befundlage – konstatieren, dass Präsentismus in bestimmten Fällen die Gesundheit respektive den Genesungsprozess positiv (salutogen) beeinflussen kann. Dies scheint insbesondere im Zusammenhang mit bestimmten psychischen Erkrankungen sowie für einige minderschwere Muskel-Skelett-Erkrankungen zu gelten.

Erst am Anfang steht darüber hinaus die Forschung bezüglich wirksamer Interventionsmaßnahmen und -strategien zu Präsentismus. Blickt man diesbezüglich auf die jeweiligen personen- und arbeitsbezogenen Ursachen und Verstärkungsfaktoren, so sind die Ansätze für mögliche Interventionsmaßnahmen zur Reduzierung von Präsentismus aber im Wesentlichen definiert – wenngleich bislang noch keine Arbeit eine systematische Zusammenstellung oder gar Wirksamkeitsanalyse dieser Instrumente vorgenommen hat. Im Grundsatz herrscht aber Einigkeit darüber, dass bereits Maßnahmen der BGF einen geeigneten Ansatz darstellen können, um Präsentismus zu reduzieren und verschiedene Studien deuten ferner darauf hin, dass dem Präsentismus (je nach Ursache) zum Beispiel über die Förderung der organisationalen/personalen Gesundheitskompetenz, gesundheitsförderliche Führung, die Bereitstellung ausreichender Ressourcen oder die Ersetzbarkeit von Mitarbeitern im Krankheitsfall entgegengewirkt werden kann.

Somit lässt sich insgesamt festhalten, dass die Präsentismus-Forschung zwar noch am Anfang steht, das Phänomen und seine Zusammenhänge hinsichtlich Verbreitung, Risikofaktoren, Ursachen und Folgen aber in zahlreichen Studien aus verschiedenen wissenschaftlichen Perspektiven heraus (teils detailliert) untersucht und analysiert wurde. Allerdings fokussierte sich das Forschungsinteresse noch primär auf die Betroffenen oder einzelne Unternehmen, wohingegen nur wenige (meist kostenorientierte) Studi-

en das Phänomen auch aus einer „Makroperspektive“ heraus untersucht haben, sodass dieser Aspekt des Phänomens – speziell im Hinblick auf dessen Bedeutung und Herausforderungen für das Personalmanagement – noch große Forschungslücken aufweist.

### **Zur empirischen Untersuchung**

Da bisher keine unternehmens- und branchenübergreifende Untersuchung des Phänomens aus Sicht von Unternehmen, Behörden und Organisationen in Deutschland vorliegt, ging es im empirischen Teil dieser Arbeit zunächst darum, Präsentismus in den Kontext des Personal- und Gesundheitsmanagements zu rücken und über eine explorative Studie Erkenntnisse zu Begriffsverständnis und Relevanz des Phänomens zu gewinnen sowie Handlungs- und Interventionsbedarfe und konkrete Ansätze zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus in deutschen Unternehmen zu eruieren. Bundesweit wurden hierzu über 300 Unternehmen, Behörden und Organisationen (kurz: Unternehmen) schriftlich-postalisch (zu den Themen BGM, Präsentismus-Verständnis sowie zum Umgang mit Präsentismus) befragt. Dabei richtete sich die Erhebung an Unternehmen, die sich bereits aktiv dem Handlungsfeld BGF/BGM angenommen haben. Bei einem Rücklauf von über 41 Prozent konnten schließlich 125 Datensätze in die Auswertung einfließen.

Die Ergebnisse zeigten, dass der betriebliche Blick auf Präsentismus nur partiell das (europäische) gesundheits- und verhaltensorientierte Forschungsverständnis widerspiegelt. Nur rund vier von zehn Befragten schließen sich einer ausschließlich verhaltensorientierten Definition von Präsentismus (im Sinne des Arbeitens trotz Krankheit) an, wohingegen sich mehrheitlich ein Verständnis erkennen lässt, welches beide zentralen Grundverständnisse zusammenführt und sowohl das Verhalten als auch die Produktivitätsverluste einschließt. Dabei waren die Antworten bezüglich der Produktivitätsverluste mehrheitlich auf Präsentismus im erweiterten Sinne und nicht ausschließlich auf gesundheitliche Aspekte bezogen.

Sehr klar war darüber hinaus die Bewertung des Phänomens als ein „Problem, das es zu lösen beziehungsweise zu verhindern gilt“, welcher sich rund 90 Prozent der Befragten anschlossen. Uneinheitlicher interpretieren die befragten Unternehmen hingegen ihren Handlungs- und Interventionsbedarf im Hinblick auf das Phänomen – wenngleich die mit Präsentismus assoziierten Herausforderungen und Probleme als insgesamt gering eingeschätzt werden. Obwohl alle Unternehmen Handlungsbedarf hinsichtlich des Gesundheitsbewusstseins/-verhaltens ihrer Mitarbeiter erkennen, bewerten sie sowohl ihre Herausforderungen und Probleme bezüglich der Anwesenheit akut erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz als auch der Produktivitätsverluste durch Präsentismus weitestgehend als gering. Größerer Handlungsbedarf wird bezüglich des Anteils psychisch sowie chronisch erkrankter oder dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter am Arbeitsplatz gesehen – wenngleich auch hier lediglich 11 beziehungsweise 17 Prozent größeren Handlungsbedarf für das eigene Unternehmen angaben.

Doch dürfen diese positiven Einschätzungen aufgrund der Stichprobe nicht dahingehend interpretiert werden, dass in deutschen Unternehmen faktisch kaum Handlungs-



und Interventionsbedarf bezüglich Präsentismus besteht. Nahezu alle befragten Unternehmen betrieben bereits ein BGM oder boten zentrale Elemente daraus an. Folglich ist davon auszugehen, dass sich dieses Engagement positiv auf die (verbliebenen) Herausforderungen und Probleme auswirkt. Bei Unternehmen ohne vergleichbares Engagement ist demgegenüber mit entsprechend größeren Herausforderungen und Problemen zu rechnen. So zeigt zum Beispiel ein abschließender Blick auf den angegebenen Handlungsbedarf, dass nicht nur alle befragten Unternehmen Handlungsbedarf zum Gesundheitsbewusstseins ihrer Mitarbeiter sehen, sondern auch zwei Drittel den bezüglich der „Überalterung ihrer Belegschaft“ als hoch oder sehr hoch einschätzen – womit wiederum die zentrale betriebliche Bedeutung der Mitarbeitergesundheit bestätigt wird.

So lässt sich aus den Ergebnissen jedoch auch folgern, dass in der betrieblichen Praxis (selbst in Unternehmen mit einem Spektrum an BGM/BGF-Maßnahmen) bislang kaum systematische Erkenntnisse zu Präsentismus vorliegen und vielen Unternehmen ohne entsprechende Analysen die Verbreitung von Präsentismus und damit einhergehende Handlungsbedarfe schlichtweg nicht bekannt sind. Zwar gab nur rund ein Drittel der Befragten an, dass das Phänomen Präsentismus in ihrem Unternehmen keinerlei Berücksichtigung erfährt, wohingegen gut ein weiteres Drittel angibt, das Thema im Rahmen von Gesundheitsanalysen, Mitarbeiterbefragungen und/oder BGM-Maßnahmen zu berücksichtigen, jedoch liegt der Wert derer, die das Erscheinen erkrankter Mitarbeiter systematisch erheben und analysieren bei nur 8 Prozent. Auch erhoben bislang nur 15 Prozent der befragten Unternehmen präsentismusbedingte Produktivitätsverluste über Mitarbeiterbefragungen und weniger als 4 Prozent mittels wissenschaftlicher Instrumente.

Blickt man darüber hinaus auf die Maßnahmen im betrieblichen Umgang mit Präsentismus, so sind diese extrem vielseitig und jeweils stark auf die Begebenheiten der Unternehmen sowie die individuellen Probleme und/oder Beeinträchtigungen der entsprechenden Mitarbeiter bezogen. Auffällig war allerdings, dass nur wenige dieser Maßnahmen unmittelbar auf Präsentismus ausgerichtet waren und es sich bei den meisten Nennungen (wie zum Beispiel EAP, BEM oder Gesundheitscoaching) um eher „klassische“ Instrumente des BGM handelt, die „auch“ zur Reduzierung von Präsentismus beitragen sollen.

Interventionen, die sich direkt auf Präsentismus (im engeren Sinne) beziehen, sind dabei oft „recht einfacher Natur“ (wie die unmittelbare Freistellung des Betroffenen oder die Reduzierung seiner Arbeitsaufgaben). Demgegenüber werden in vielen Unternehmen aber auch sehr aufwendige Verfahren eingesetzt die (meist über den Betriebsarzt initiiert) stark in den medizinisch-therapeutischen Bereich hineinreichen (wie arbeitsplatzbezogene Reha- oder Trainingsmaßnahmen) und oft über externe Kooperationspartner durchgeführt werden.

Tendenziell lässt sich außerdem festhalten, dass der Umgang mit Präsentismus in vielen Unternehmen als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und vor allem die Unterstüt-

zung der Mitarbeiter hinsichtlich psychologischer und sozialer Thematiken sowie BEM und arbeitsmedizinische Angebote einen hohen Stellenwert bei den befragten Unternehmen im Umgang mit Präsentismus aufzeigen.

Auch spiegelt sich diese Erkenntnis in den *drei Praxisbeispielen* wider, die im Rahmen dieser Arbeit detailliert dargestellt wurden, um weiterführende qualitative Erkenntnisse zum betrieblichen Umgang mit Präsentismus gewinnen zu können. Dem praxis- und anwendungsorientierten Anspruch dieser Arbeit folgend, wurden die Unternehmensbeispiele dabei so gewählt, dass sie – jeweils über einen anderen perspektivischen Zugang – spezielle Aspekte im Umgang mit Präsentismus detailliert beleuchten und zugleich die strategische Bedeutung des Themas für das dargestellte Unternehmen aufzeigen. Dabei wurden neben konkreten Ansätzen zur *Verhaltens- und Verhältnisprävention* zum Beispiel Möglichkeiten eines *vernetzten Handelns und externer Kooperationen* im Umgang mit Präsentismus aufgezeigt oder das Phänomen im Kontext einer *systematischen (Neu-)Ausrichtung des BGM* erörtert.

### **Zum Konzept für ein Betriebliches Präsentismusmanagement**

Im abschließenden Teilkapitel dieser Arbeit wurden die aktuellen Erkenntnisse der Präsentismus-Forschung sowie der eigenen empirischen Untersuchungen in einen Konzeptansatz für ein *Betriebliches Präsentismusmanagement (BPM)* überführt. Dabei suggeriert die Bezeichnung ‚*betrieblich*‘ bereits, dass es im Hinblick auf die individuellen Besonderheiten der Betriebe und ihrer Mitarbeiter kein allgemeines Patentrezept im Umgang mit Präsentismus geben kann.

Das Konzept zeigt jedoch auf, dass es den Unternehmen (über die Gestaltung und Implementierung geeigneter Prozesse und Strukturen) dennoch möglich ist, dem Phänomen Präsentismus systematisch entgegenzuwirken. Hierbei wurde zugleich verdeutlicht, dass es für ein systematisches BPM im Wesentlichen keiner neuen Strukturen oder Strukturelemente bedarf, sondern primär Synergien mit den bestehenden Handlungsfeldern und Instrumenten des Personal- und Gesundheitsmanagements geschaffen und genutzt werden sollten.

Da die Ergebnisse der Präsentismus-Studie sehr deutlich aufgezeigt haben, dass selbst Unternehmen, die ein systematisches BGM betreiben und umfangreiche Maßnahmen der BGF anbieten, bislang kaum Kenntnis darüber haben, welche Relevanz das Phänomen Präsentismus hinsichtlich Verbreitung und Interventionsbedarf für ihre Belegschaft aufweist, wurde diesem Aspekt besonderes Augenmerk gewidmet. Neben Ansätzen zur ‚*Betrieblich-systematischen Präsentismus-Analyse*‘ wurde im Rahmen dieser Arbeit das Instrument der ‚*Präsentismus-Impuls-Analyse*‘ (PIA) entwickelt, mit der es (insbesondere Führungskräften der operativen Ebene) möglich ist, niederschwellig und bei sehr geringem Aufwand, die Präsentismus-Situation in einem bestimmten Bereich (oder für eine Person) zu ermitteln und über das ‚*Situative Präsentismus-Raster*‘ zu skizzieren, um damit Impulse hinsichtlich möglicher Probleme und Interventionsbedarfe zu erhalten.

Ein weiteres zentrales Handlungsfeld des BPM stellt darüber hinaus die systematische und konkrete Interventionsplanung und Realisierung dar. Hierzu wurde im Rahmen des Konzeptes ein strukturiertes Verfahren entwickelt, das es mittels einer *Interventionsmatrix* ermöglicht, die betrieblichen Interventionsbedarfe und Interventions-Möglichkeiten auf unterschiedlichen Akteurs- und Inhaltsebenen sowie differenziert nach präventiver, akuter oder chronischer Ausrichtung systematisch auszuwählen und zu planen.

Um ein BPM möglichst stark den Bedingungen und Erfordernissen des jeweiligen Unternehmens anpassen zu können und zugleich die Umsetzung zu erleichtern, wurden im Rahmen des Konzepts darüber hinaus konkrete Anforderungen an ein systematisches BPM formuliert und dessen Integration in das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement aufgezeigt sowie Ansätze zur strukturellen Implementierung und Realisierung des BPM hergeleitet.

Ohne eine Patentlösung zu generieren, ist es damit gelungen, einen Orientierungsrahmen für ein systematisches Vorgehen aufzuzeigen, wie sich Unternehmen dem Phänomen Präsentismus strukturiert nähern, ihren präsentismusbezogenen Handlungsbedarf systematisch eruieren und bedarfsgerechte Interventionen ergreifen und diese evaluieren können.

### **Kritische Bewertung und Ausblick**

In der Gesamtbetrachtung der vorliegenden Arbeit lässt sich damit resümieren, dass es zum einen gelungen ist, einen Beitrag zur Klärung der wissenschaftlichen Bedeutung des komplexen und interdisziplinären Phänomens Präsentismus für das Personal- und Betriebliche Gesundheitsmanagement zu leisten. Zum anderen konnte erstmalig in Deutschland eine unternehmens- und branchenübergreifende Untersuchung zur betrieblichen Relevanz, zum vorliegenden Begriffsverständnis sowie zum betrieblichen Umgangs mit Präsentismus vorgenommen und aus den Erkenntnissen ein systematisches Konzept für ein Betriebliches Präsentismus-Management abgeleitet werden.

Dabei unterliegen die empirischen Ergebnisse dieser Arbeit einigen methodischen Einschränkungen, welche sich insbesondere durch das bewusste Auswahlverfahren der Stichprobe, das Querschnittsdesign und die deskriptive Datenauswertung ergeben, wodurch keine repräsentative Beschreibung der Gesamtpopulation (aller in Deutschland ansässigen Unternehmen) und keine Herleitung generalisierbarer Kausalzusammenhänge möglich ist. Durch den Fokus der Untersuchung auf Unternehmen, die sich bereits der Thematik BGM/BGF angenommen haben, lässt sich ferner davon ausgehen, dass die Ergebnisse hinsichtlich Herausforderungen und Interventionsbedarfe bezüglich Präsentismus (im Vergleich zur Grundgesamtheit aller Unternehmen) unterrepräsentiert ist, da für viele Instrumente des BGM eine gesundheitsförderliche Wirkung als belegt angesehen werden kann. Ferner waren die Fragestellungen der Unternehmensbefragung generisch ausgerichtet, sodass die Antworten zu Interventionen nicht unmittelbar mit vertiefenden Fragen zu den spezifischen Hintergründen und genauen Umständen der Maßnahmen verbunden waren.

Blickt man hierzu aber auf die explorative Zielsetzung dieser Untersuchung, so wird deutlich, dass es weder die Intention der Untersuchung war, eine vollständige Populationsbeschreibung vorzunehmen noch generalisierbare Kausalzusammenhänge herzuleiten oder einzelne Interventionsmaßnahmen zu evaluieren. Vielmehr sollte und konnte in einem ersten Schritt zunächst grundsätzlich geklärt werden, welchen Stellenwert und welche betriebliche Bedeutung Präsentismus in deutschen Betrieben hat und wie mit dem Phänomen dort bislang umgegangen wird. Ebenso wäre der zu erwartende Erkenntnisgewinn einer standardisierten Hintergrundabfrage zu bestimmten Instrumenten auch nur bedingt zielführend, da diese kaum die Komplexität der betrieblichen Zusammenhänge so adäquat abbilden könnte, wie es zum Beispiel qualitative Fallanalysen ermöglichen.

Überdies sind hinsichtlich des dargestellten BPM-Konzeptes Einschränkungen zu berücksichtigen. Diese beziehen sich zum einen auf die bislang noch ausstehende Verifizierung des Konzeptes und sind zum anderen in der Fokussierung auf den Bereich des gesundheitsbezogenen Präsentismus und der nur indirekten Berücksichtigung salutogener Präsentismus-Folgen zu sehen.

Allerdings leiten sich aus diesen Einschränkungen auch wichtige Implikationen für das weitere Vorgehen der betrieblichen Präsentismus-Forschung ab. Nachdem der Forschungsstand aufgezeigt hat, dass es sich bei Präsentismus um ein weit verbreitetes Phänomen der Arbeitswelt, mit meist negativen Folgen für die Gesundheit und Produktivität, handelt, das aber nur in wenigen Unternehmen systematisch Berücksichtigung erfährt, ergibt sich speziell im Hinblick auf die Verfahren und Instrumente zur Analyse und Bewertung der betrieblichen Präsentismus-Situation großer Forschungsbedarf. Da inzwischen auf erste valide Instrumente in deutscher Sprache zurückgegriffen werden kann, gilt es aus betrieblicher Sicht zukünftig vor allem strukturierte Prozesse der betrieblichen Datenerhebung und Analyse zu entwickeln und diese systematisch in das Personal- und Gesundheitsmanagement zu integrieren. Auch sollten einheitliche unternehmensübergreifende und branchenbezogene Metadaten erfasst werden, die den betrieblichen Akteuren eine überbetriebliche Einordnung ihrer Ergebnisse ermöglichen.

Da bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu wirksamen Interventionsmaßnahmen im Hinblick auf Präsentismus vorliegen, bedarf es auch diesbezüglich einer Intensivierung der Forschung – wobei sich in dieser Arbeit vor allem zwei mögliche Ansatzpunkte herauskristallisiert haben. Einerseits zeigen die Ergebnisse der Unternehmensbefragung, dass es sich bei einem Großteil der im Umgang mit Präsentismus genannten Maßnahmen um „klassische“ Instrumente des BGM handelt, sodass diese zunächst systematisch auf ihre Wirksamkeit und Einsatzmöglichkeiten im betrieblichen Umgang mit Präsentismus untersucht werden sollten. Andererseits zeigten speziell die Praxisbeispiele, dass dem Phänomen Präsentismus in den Betrieben zum Teil bereits sehr differenziert entgegengewirkt wird. Folglich sollten gezielt qualitative Fallanalysen eingesetzt werden, um wirksame Interventionsmaßnahmen und deren betrieblichen Hintergründe und Zusammengänge zu identifizieren. Dabei sollte im Hinblick auf Interventionen (sowie Determinanten und salutogene/pathogene Folgen von Präsentis-

mus) gezielt das in den Unternehmen vorhandene Erfahrungswissen (speziell der Betriebsärzte) systematisch erschlossen werden. Als geeignet bewertete Maßnahmen sollten außerdem systematisch zusammengeführt, weiterentwickelt und evaluiert werden. Hierzu kann beispielsweise die im BPM-Konzept vorgestellte Interventionsmatrix einen strukturierenden Rahmen oder konzeptionellen Ausgangspunkt bilden.

Parallel zur betrieblichen Präsentismus-Forschung gilt es überdies die Grundlagenforschung zu Präsentismus vor allem über Längsschnittuntersuchungen weiter voranzutreiben, um etwa die Determinanten und Entscheidungsprozesse von Präsentismus besser zu verstehen, mögliche „Schutzfaktoren“ zu identifizieren oder auch um mögliche (salutogene und pathogene) Folgen von Präsentismus präziser einschätzen zu können. Speziell aus der Sicht des Personalmanagements sollte Präsentismus dabei sowohl im engeren als auch weiteren Sinne berücksichtigt werden, um ein ganzheitliches Präsentismus-Verständnis (auch zu möglichen Produktivitätsverlusten und Kosten) zu erlangen.

*Alles in allem stellt Präsentismus damit kein neues, wohl aber ein weitgehend unberücksichtigtes Phänomen der modernen Arbeitswelt dar.*

*Es existiert, es wirkt sich aus und es bedarf insofern einer angemessenen Berücksichtigung durch das Personal- und Betriebliche Gesundheitsmanagement.*

## 7 Literaturverzeichnis

- Altgeld, T., & Kolip, P. (2007). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 41-50). Bern: Hans Huber.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (A. Franke, Hrsg.) Tübingen: DGVT-Verlag.
- Arbeit & Gesundheit e.V. (2013). *Gesunde Arbeit*. Abgerufen am 17. 03 2015 von <http://www.gesundearbeit.info/dokumente/gesundheitspreis>
- Aronson, E., Wilson, T. D., & Akert, R. M. (2005). *Sozialpsychologie*. München: Pearson Studium.
- 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(9), S. 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(7), S. 502-509.
- Automobilspezifischer Arbeitskreis Ergonomie (AutoErg). (2011). Von <http://www.autoerg.net/node/30> abgerufen
- Baase, C. M. (2007). Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In B. Badura, H. Schnellschmidt, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung* (S. 45-59). Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (2010). Wege aus der Krise. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (S. 3-12). Berlin Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (2013). Auf der Suche nach den Wurzeln von Gemeinsinn und Solidarität. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixgens, M. Ueberle, & M. Behr, *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (S. 1-17). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Badura, B., Ducki, A., Schöder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2014). *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Meyer, M. (2012). *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren*. Berlin Heidelberg: Springer.

- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur Gesunden Organisation*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Badura, B., Walter, U., & Steinke, M. (2012). Grundlagen einer Public Health-Strategie für die Arbeitswelt. In K. Hurrelmann, & O. Razum, *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 541-571). Weinheim: Beltz Juventa.
- Baker-McCleary, D., Greasley, K., Dale, J., & Griffith, F. (2010). Absence management and presenteeism: the pressure on employees to attend work and the impact of attendance on performance. *Human Resources Management Journal*, 20(3), S. 311-328.
- Bansback, N., Zhang, W., Walsh, D., Kiely, P., Williams, R., Guh, D., . . . Young, A. (2012). Factors associated with absenteeism, presenteeism and activity impairment in patients in the first years of RA. *Rheumatology: Official journal of the British Society for Rheumatology*, 51(2), S. 375-384.
- Barthold, L., & Schütz, A. (2010). *Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention*. Weinheim: Beltz.
- BAuA. (2009). Präsentismus: Arbeiten mit Erkrankung. Neues Phänomen oder Modeerscheinung? *baua Aktuell. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*, 2009(2), S. 5-7.
- BAuA. (2013). *Gefährdungsbeurteilung mithilfe der Leitmerkmalmethode*. Abgerufen am 06.2013 von Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: <http://www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Physische-Belastung/Gefahrungsbeurteilung.html>
- BAuA. (2013). *Why WAI? Der Workabilityindex im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention - Erfahrungsberichte aus der Praxis*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- BAuA. (2015). *Arbeitswelt im Wandel. Zahlen - Daten - Fakten*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Bauer, W. (2015). Vorwort zu: Arbeitskultur 2020. In W. Widuckel, K. Molina de, M. J. Ringlsetter, & D. Frey, *Arbeitskultur 2020. Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft* (S. 1-2). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Beaton, D., Bombardier, C., Escorpizo, R., Zhang, W., Lacaille, D., Boonen, A., . . . Tigwell, P. S. (2009). Measuring Worker Productivity: Framework and Measure. *Journal of Rheumatology*, 36(9), S. 2100-2109.
- Becker, E., Krause, C., & Siegemund, B. (2014). *Betriebliches Gesundheitsmanagement nach DIN SPEC 91020. Erläuterungen zur Spezifikation für den Anwender*. Berlin: Beuth.
- Behr, M., Rixinger, P., & Badura, B. (2013). Das Unternehmensmodell - Elemente und Zusammenhänge. In B. Badura, W. Greiner, P. Rixinger, M. Überle, & M. Behr, *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (S. 49-59). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.

- Beivers, A. (2014). Was ist Gesundheit und wer soll sie erhalten? In S. Hahnzog, *Betriebliche Gesundheitsförderung. Das Praxishandbuch für den Mittelstand* (S. 13-21). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Bengel, J., Strittmatter, R., & Willmann, H. (2001). *Was erhält Menschen gesund? Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009a). Sicknes Presenteeism Today, Sicknes Absenteeism Tomorrow? A Prospective Study on Sicknes Presenteeism and Future Sicknes Absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(6), S. 629-638.
- Bergström, G., Bodin, L., Hagberg, J., Lindh, T., Aronsson, G., & Josephson, M. (2009b). Does sickness presenteeism have an impact on future general health? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(10), S. 1179-1190.
- Berthel, J., & Becker, F. G. (2013). *Personalmanagement. Grundzüge für Konzeptionen betrieblicher Personalarbeit*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- BIBB & BAuA. (2012). *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Abgerufen am 02.10.2015 von BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012. Arbeit und Beruf im Wandel, Erwerb und Verwertung beruflicher Qualifikationen: [http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/pdf/Fragebogen.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/pdf/Fragebogen.pdf?__blob=publicationFile&v=4)
- Bierla, I., Huver, B., & Richard, S. (2011). Presenteeism at work: The influence of manager. *International Journal of Business and Management Studies*, 3(2), S. 97-107.
- Bierla, I., Huver, B., & Richard, S. (2013). New evidence on absenteeism and presenteeism. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(7), S. 1536-1550.
- BKK Bundesverband. (2012). *BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen - mit Krankheit leben*. Essen: BKK Bundesverband.
- BKK Dachverband. (2014). *Diagramme - BKK Gesundheitsreport 2014*. Abgerufen am 03.10.2015 von <http://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport/diagramme/artikel/bkk-gesundheitsreport-2014/>
- BKK Dachverband e.V. (2013). *Deutscher Unternehmenspreis Gesundheit*. Abgerufen am 10.10.2015 von <http://www.deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.de/deutscher-unternehmenspreis-gesundheit.html>
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York: Wiley.
- Bleicher, K. (2003). Integriertes Management von Wertschöpfungsnetzwerken. In N. Bach, W. Buchholz, & B. Eichler, *Geschäftsmodelle für Wertschöpfungsnetzwerke* (S. 145-178). Wiesbaden: Gabler.



- Blickle, G., & Nerdinger, F. W. (2014). Ethik und kontraproduktive Prozesse in Organisationen. In H. Schuler, & K. Moser, *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 757-785). Bern: Hans Huber.
- BMAS. (2014a). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013. Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA).
- BMAS. (2014b). *Schritt für Schritt zurück in den Job. Betriebliche Eingliederung nach längerer Krankheit – was Sie wissen müssen*. Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- BMG. (2014). *Arbeitsunfähigkeit: Monatlicher Krankenstand. 1970 bis Oktober 2014. Ergebnisse der Mitgliederstatistik KM1 der gesetzlichen Krankenversicherung*. Abgerufen am 24. 05 2015 von Bundesministerium für Gesundheit: <http://bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschäftsergebnisse.html>
- BMG. (2015a). *Daten des Gesundheitswesens 2015*. Abgerufen am 11 2015 von Bundesministerium für Gesundheit: <http://bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/geschäftsergebnisse.html>
- BMG. (2015b). *Bundesministerium für Gesundheit*. Abgerufen am 11 2015 von <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/betriebliche-gesundheitsfoerderung/steuerliche-vorteile.html>
- BMG. (2015c). *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz – PräVG)*. Abgerufen am 10 2015 von Bundesministerium für Gesundheit: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/meldungen/2015/praeventionsgesetz.html>
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2009). What makes you while you are sick? Evidence from a survey of workers. *European Journal of Public Health*, 20(1), S. 43-46.
- Böckerman, P., & Laukkanen, E. (2010). Predictors of Sickness Absence and Presenteeism: Does the Pattern Differ by a Respondent's Health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(3), S. 332-335.
- Bödeker, W. (2009). Arbeitsunfähigkeitsanalysen. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 239-245). Berlin Heidelberg: Springer.
- Bödeker, W. (2012). Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsförderung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 180-186). Bern: Hans Huber.
- Bödeker, W., & Hüsing, T. (2008). *iga.Report 12. IGA-Barometer 2. Welle. Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit – 2007*. Essen: Initiative Gesundheit und Arbeit.

- Böhm, W. (2014). Arbeitsrecht für Vorgesetzte. In L. Rosenstiel, E. Reget, & M. E. Domsch, *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches PErsonalmanagement* (S. 303-323). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Böhnke, E. (2006). *Standards für das Gesundheitsmanagement in der PraxiS. Konsequenzen des gesetzlichen Präventionsauftrags für Unternehmen und den Arbeits- und Gesundheitsschutz*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Böker, K. (1979). Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der westdeutschen Arbeiter. In P. Nieder, *Fehlzeiten. Ein Unternehmer- oder Arbeitnehmerproblem? Wege zur Reduzierung von Fehlzeiten* (S. 181-193). Bern, Stuttgart: Haupt.
- Boles, M., Pelletier, B., & Lynch, W. (2004). The Relationship Between Health Risks and Work Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Madicine*, 46(7), S. 737-745.
- Booz & Company. (2011). *Vorteil Vorsorge: Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandortes Deutschland*. (Felix-Burda-Stiftung, Hrsg.) Abgerufen am 06 2015 von Felix Burda Stiftung: <http://www.felix-burda-stiftung.de/content/stiftung/projekte/studie-betriebliche-gesundheitsvorsorge/>
- Börne, L. (1862). *Gesammelte Schriften. Fragmente und Aphorismen* (Bd. 7). Hamburg: Hoffmann & Campe.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Brake, A. (2009). Schriftliche Befragung. In S. Kühl, P. Strodtholz, & A. Taffertshofer, *Handbuch Merhoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden* (S. 392-412). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brandenburg, U. (2009). Demografischer Wandel: Ältere Mitarbeiter im Unternehmen. In P. Nieder, & S. Michalk, *Modernes PErsonalmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente* (S. 53-76). Weinheim: WILEY-VCH.
- Brandenburg, U., & Nieder, P. (2009). *Betriebliches Fehlzeiten-Management*. Wiesbaden: Gabler.
- Bräunig, D., & Kohstall, T. (2015). Wirtschaftlichkeit und Wirkung des betrieblichen Arbeitsschutzes - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012. In iga.Report 28, *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention* (S. 111-127). Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Brauweiler, J., & Zenker-Hoffmann, A. (2014). *Arbeitsschutzmanagementsysteme nach OHSAS 18001. Grundwissen für Praktiker*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Brooks, A., Hagen, S. E., Sathyanarayanan, S., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2010). Presenteeism: Critical IssueS. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(11), S. 1055-1067.

- Bruder, R. (2013). Zukunft der Gestaltung menschengerechter Arbeitssysteme. In R. Stock-Homburg, *Handbuch Strategisches Personalmanagement* (S. 631-649). Wiesbaden: Springer Gabler.
- BS OHSAS 18001. (2008). *Arbeits- und Gesundheitsschutz - Managementsysteme - Anforderungen*. BS OHSAS 18001:2007 - Deutsche Übersetzung. Reihe zur Beurteilung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Köln: TÜV Media GmbH; Beuth.
- BSI Group Deutschland. (10 2015). *BS OHSAS 18001 Revision*. Von Neue Internationale Norm für Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement: <http://www.bsigroup.com/de-DE/BS-OHSAS-18001-Arbeits-und-Gesundheitsschutz/Revision-der-BS-OHSAS-18001/> abgerufen
- Bühning, P. (2012). Psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt: Frühestmöglich wieder arbeiten. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(39), S. B 1554- B 1555.
- Bundesagentur für Arbeit. (05 2015). *Arbeitslosigkeit im Zeitverlauf*. Abgerufen am 03. 06 2015 von [https://statistik.arbeitsagentur.de/nn\\_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche\\_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input\\_=&pageLocale=de&topicId=17722&year\\_month=aktuell&year\\_month.GROUP=1&search=Suchen](https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_31892/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=17722&year_month=aktuell&year_month.GROUP=1&search=Suchen)
- Burchert, H. (2011). *Lexikon Gesundheitsmanagement*. Herne: NWB Verlag.
- Burisch, M. (2014). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Burnus, M., Steinhardt, V., Benner, V., & Stock, S. (2012). Zusammenhang von Stressbefinden und Muskelverspannung am Bildschirmarbeitsplatz. Produktivitätseinbußen durch Präsentismus. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7(3), S. 182-189.
- Burton, W. N., & Conti, D. J. (1999a). The real measure of productivity. *Business & Health*, 17(11), S. 34-36.
- 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(3), S. 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(8), S. 769-777.
- Burton, W. N., Conti, D. J., Chen, C.-Y., Schultz, A. B., & Edington, D. W. (1999b). The Role of Health Risk Factors and Disease on Worker Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(10), S. 963-877.
- Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C., & Cote, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? a systematic review and best evidence synthesis of literature. *BMC Public Health*, 395, S. 1-11.

- Canfield, G., & Soash, D. (08/09 1955). Presenteeism - a constructive view. *Personnel Journal*, S. 94-97.
- Chaverley, N., Cunningham, J. B., & MacGregor, J. N. (2007). Sickness Presenteeism, Sickness Absenteeism, and Health Following Restructuring in Public Service OrganizationS. *Journal of Management Studies*, 44(2), S. 304-319.
- Claes, R. (2011). Employee correlates of sickness presence: A study across four European countries. *Work & Stress*, 25(3), S. 224-242.
- Collins, A., & Cartwright, S. (2012). Why come into work ill? Individual and organizational factors underlying presenteeism. *Employee Relations*, 34(4), S. 429-442.
- Collins, J. J., Baase, C. M., Sharda, C. E., Ozmikowski, R. J., Nicholson, S., Billotti, G. M., . . . Berger, M. L. (2005). The Assessment of Chronic Health Conditions on Work Performance, Absence, and Total Economic Impact for Employer. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), S. 547-557.
- Conway, P. M., Hogh, A., Rugulies, R., & Hansen, A. M. (2014). Is Sickness Presenteeism a Risk Factor for Depression? A Danish 2-Year Follow-Up Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(6), S. 595-603.
- Cooper, C. L. (1994). The Cost of Healthy Work OrganizationS. In C. L. Cooper, & S. Williams, *Creating Healthy Work Organizations* (S. 1-5). Chichester.
- Cooper, C. L. (21. June 1996). Hot under the Collar. *The Times Higher Education Supplement*.
- DAK-Gesundheit. (20. 10 2014). DAK-Studie: Viele Deutsche gehen krank zur Arbeit. Von DAK.de: [http://www.dak.de/dak/bundesweite\\_themen/Krank\\_zur\\_Arbeit-1477390.html](http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Krank_zur_Arbeit-1477390.html) abgerufen
- de Vries, H. J., Reneman, M. F., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H., & Brouwer, S. (2012a). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experienceS. In H. J. de Vries, *Working with pain. Sustainable work participation of workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain* (S. 53-75). Groningen: Dissertation. Universität Groningen.
- de Vries, H. J., Reneman, M. F., Groothoff, J. W., Geertzen, J. H., & Brouwer, S. (2012b). Workers who stay at work despite chronic nonspecific musculoskeletal pain: do they differ from workers with sick leave? In H. J. de Vries, *Working with pain. Sustainable work participation of workers with chronic nonspecific musculoskeletal pain* (S. 77-99). Groningen: Dissertation. Universität Groningen.
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., 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(1), S. 50-68.
- Dew, K., Keefe, V., & Small, K. (2005). 'Choosing' to work when sick: workplace Presenteeism. *Social Science & Medicine*, 60(10), S. 2273-2282.

- DGB-Index Gute Arbeit. (2009). *Der Report 2009. Wie Beschäftigte die Arbeitswelt beurteilen*. Abgerufen am 04 2015 von <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++903d7648-dec8-11e3-b2dc-52540023ef1a>
- DGB-Index Gute Arbeit. (2013). *Der Report 2013. Wie beschäftigte die Arbeitsbedingungen in deutschland beurteilen. Mit Themenschwerpunkt: Unbezahlte Arbeit*. Abgerufen am 04 2015 von <http://index-gute-arbeit.dgb.de/veroeffentlichungen/jahresreports/++co++20acc212-dec2-11e3-a855-52540023ef1a>
- DGFP e. V. (2014). *Integriertes Gesundheitsmanagement. Konzepte und Handlungshilfen für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen*. (Deutsche Gesellschaft für Personalführung, Hrsg.) Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- DGUV. (11 2013). *DGUV Vorschrift 1 tritt in Kraft*. (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Hrsg.) Abgerufen am 09 2015 von DGUV Vorschrift 1: Unfallverhütungsvorschrift. Grundsätze der Prävention: <http://www.dguv.de/de/Pr%C3%A4vention/Vorschriften-Regeln-und-Informationen/DGUV-Vorschrift-1/index.jsp>
- DGUV. (26. 10 2015). *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung*. (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., Herausgeber) Abgerufen am 10 2015 von Nationale Präventionskonferenz konstituiert sich: [http://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/Pressearchiv/2015/quartal\\_4/details\\_q4\\_117057.jsp](http://www.dguv.de/de/mediencenter/pm/Pressearchiv/2015/quartal_4/details_q4_117057.jsp)
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E., & Remschmidt, H. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Hans Huber.
- Dillman, D. A. (1978). *Mail and Telephone SurveyS. The Total Design Method*. New York: Wiley.
- Dillman, D. A. (1991). The Design and Administration of Mail SurveyS. *Annual Review of Sociology*, 17, S. 225-249.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet SurveyS. The Tailored Design Method*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Dillman, D. A., Smyth, J. D., & Christian, L. M. (2014). *Internet, Phone, Mail and Mixed-Mode SurveyS. The Tailored Design Method*. Hoboken: Wiley.
- DIMDI, D. I. (2015). *ICD-10-WHO*. Abgerufen am 05. 05 2015 von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm>
- DIN Deutsches Institut für Normung e. V. (2012). *DIN SPEC 91020 Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Berlin: Beuth.
- Doka, S., Eggers, S., & Eis, S. (2012). Leben und Arbeiten mit chronischen Erkrankungen. In B. Bundesverband, *BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern – Krankheit versorgen - mit Krankheit leben* (S. 183-185). Essen: Bundesverband BKK.

- Domsch, M. E., & Ladwig, D. (2013). Mitarbeiterbefragungen - Stand und Entwicklung. In M. E. Domsch, & D. Ladwig, *Handbuch Mitarbeiterbefragung* (S. 5-55). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Druss, B. G., Schlesinger, M., & Allen, H. M. (2001). Depressive Symptoms, Satisfaction With Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population. *American Journal of Psychiatry*, 158(5), S. 731-734.
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. (E. Ulich, Hrsg.) Zürich: VDF Hochschulverlag.
- Econtech. (2007). *Economic Modelling of the Cost of Presenteeism in Australia*. Canberra: Medibank.
- Eichhorst, W., & Tobsch, V. (2015). Flexible Arbeitswelten - eine Bestandsaufnahme. In W. Widuckel, K. Molina de, M. J. Ringlstetter, & D. Frey, *Arbeitskultur 2020. Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft* (S. 45-58). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Elstad, J. I., & Vabo, M. (2008). Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of public health*, 36(5), S. 467-474.
- Emmermacher, A. (2008). *Gesundheitsmanagement und Weiterbildung. Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung*. Wiesbaden: Gabler.
- Engström, L.-G., & Janson, S. (2009). Predictors of work presence - Sickness absence in a salutogenetic perspective. *Work*, 33(3), S. 287-295.
- EuPD Research Sustainable Management. (2013). *Corporate Health Award*. Abgerufen am 10.2015 von <http://www.corporate-health-award.de/>
- F. A. Brockhaus. (2004). *Der Brockhaus Gesundheit. Krankheiten erkennen, verstehen und heilen*. . Mannheim: F. A. Brockhaus.
- Faller, G. (2012). Was ist eigentlich BGF? In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 15-26). Bern: Hans Huber.
- Faller, G., & Faber, U. (2012). Hat BGF eine rechtliche Grundlage? Gesetzliche Anknüpfungspunkte für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 39-52). Bern: Hans Huber.
- Felfe, J. (2012a). *Arbeits- und Organisationspsychologie 1. Arbeitsgestaltung, Motivation und Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Felfe, J. (2012b). *Arbeits- und Organisationspsychologie 2. Führung und Personalentwicklung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fissler, E. R., & Knospe, S. (2009). Produktivität erhöhen. *Personal*, 61(4), S. 48-50.

- Fissler, E. R., & Krause, R. (2010). Absentismus, Präsentismus und Produktivität. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 411-425). Berlin Heidelberg: Springer.
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber.
- Franke, F., & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung - Das Instrument "Health-oriented Leadership". In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit* (S. 3-13). Berlin Heidelberg: Springer.
- Franke, F., Ducki, A., & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe, *Trends der psychologischen Führungsforschung. Neue Konzepte, Methoden und Erkenntnisse* (S. 253-263). Göttingen: Hogrefe.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung. (17. 02 2004). FAZ.NET. Abgerufen am 05 2015 von Bindehautentzündung legt Kasernen lahm: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/bundeswehr-bindehautentzuendung-legt-kasernen-lahm-1142487.html>
- Freudenberger, H., & North, G. (2005). *Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Gallup. (2015). *Engagement Index Deutschland*. Abgerufen am 20. 06 2015 von <http://www.gallup.com/de-de/181871/engagement-index-deutschland.aspx>
- Galon, T., Briones-Vozmediano, E., Agudelo-Suárez, A., Felt, E. B., Benavides, F. G., & Ronada, E. (2014). Understanding Sickleave Presenteeism Through The Experience of Immigrant Workers in a Context of Economic Crisis. *American Journal of Industrial Medicine*, 57(8), S. 950-959.
- Gatrell, C. J. (2011). 'I'm a bad mum': Pregnant presenteeism and poor health at work. *Social Science & Medicine*, 72(4), S. 478-485.
- Geißler, R. (2014). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Wiesbaden: Springer VS.
- Gerich, J. (2014). Präsentismus - krank und doch in der Arbeit? *Wirtschafts- und sozialpolitische Zeitschrift*, 37(2), S. 31-49.
- Gerich, J. (2015). Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Gesundheitsindikatoren. *Zeitschrift für Personalforschung*, 29(1), S. 31-48.
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. (2015a). *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (GDA)*. Abgerufen am 10 2015 von Informationen zur Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA): <http://www.gda-portal.de/de/Ueber-die-GDA/Ueber-die-GDA.html>
- Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. (2015b). *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie*. Abgerufen am 10 2015 von Arbeitsprogramme 2013-2018: <http://www.gda-portal.de/de/Arbeitsprogramme2013-2018/Arbeitsprogramme2013-2018.html>

- Gesellschaft für Integriertes Management St. Gallen . (10 2015). *Gesellschaft für Integriertes Management St. Gallen* . Von Geschichte des St. Galler Konzepts Integriertes Management: <http://www.gimsg.ch/gimsg/konzepthist.html> abgerufen
- Geyer, S. (2010). Antonovsky's sense of coherence - ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel, *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 71-83). Weinheim München: Juventa.
- Goetzel, R. Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R. J., & Wang, S. (2003). The Health Productivity Cost Burden of the "Top 10" Physical and Mental Health Conditions Affecting Six Large U.S. Employers in 1999. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(1), S. 5-14.
- Goetzel, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, Absence, Disability, and Presenteeism Cost Estimates of Certain Physical and Mental Health Conditions Affecting U.S. EmployerS. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), S. 398-412.
- Gosselin, E., Lemyre, L., & Corneil, W. (2013). Presenteeism and Absenteeism: Differentiated Understanding of Related Phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(1), S. 75-86.
- GPTW Deutschland. (2013). *Deutschlands Beste Arbeitgeber*. Abgerufen am 17. 03 2015 von <http://www.greatplacetowork.de/deutschlands-beste-arbeitgeber-landing-page>
- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? *Journal of clinical psychiatry*, 64(12), S. 1465-1475.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A., & Nienhaus, A. (2010). Führungsverhalten und Gesundheit - Zum Stand der Forschung. Leadership Behaviour and Health – Current Research State. *Das Gesundheitswesen*, 73(1), S. 3-12.
- 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(1), S. 7-21.
- Grobe, T. G., Gerr, J., Steinmann, S., & AQUA-Institut. (2014). *BARMER-GEK Gesundheitsreport 2014. Nordrhein-Westfalen. Psychische Gesundheit im Erwerbsleben*. (BARMER-GEK, Hrsg.) Wuppertal: BARMER GEK.
- Groves, R. M., Singer, E., & Corning, A. (2000). Leverage-Saliency Theory of survey participation. Description an an illustration. *The Public Opinion Quarterly*, 64(3), S. 299-308.
- Gustafsson, K., & Marklund, S. (2014). Associations between health and combinations of sickness presence and absence. *Occupational Medicine*, 64(1), S. 49-55.



- Häder, M. (2015). *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Häder, M., & Häder, S. (2014). Stichprobenziehung in der quantitativen Sozialforschung. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 283-297). Wiesbaden: Springer VS.
- Hägerbäumer, M. (2011). *Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit. Implikationen des Präsentismus für das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement*. Osnabrück: Dissertation. Universität Osnabrück.
- 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(6), S. 956-965.
- 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(5), S. 397-402.
- Hasselhorn, H. M., & Freude, G. (2007). *Der Work Ability Index – ein Leitfaden* (Bd. S 87). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hassenmöller, A.-M., Pangert, B., Pieper, C., Schiml, N., Schröer, S., & Schüppach, H. (2014). *iga.Report 27: iga.Barometer 4. Welle 2013: Die Arbeitssituation in Unternehmen. Eine repräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland*. Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Heery, E., & Noon, M. (2008). *A Dictionary of Human Resource Management*. Oxford.
- Heide, H. (2010). Ursachen und Konsequenzen von Arbeitssucht. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (S. 83-91). Berlin Heidelberg: Springer.
- Heipertz, W. (2010). Der chronisch Kranke im Erwerbsleben - eine kritische Einführung. In T. Kraus, S. Letzel, & D. Nowak, *Der chronisch Kranke im Erwerbsleben. Orientierungshilfe für Ärzte in Klinik, Praxis und Betrieb* (S. 17-28). Heidelberg: ecomed Medizin.
- Hemp, P. (2004). Presenteeism: At work but out of it. *Harvard Business Review*, 82(10), S. 49-58.
- Hemp, P. (2005). Krank am Arbeitsplatz. *Harvard Business manager*, 27(1), S. 47-60.
- Hey, P. (2014). Betriebliche Gesundheitsförderung führt zu erfolgreichem Personalmarketing. In S. Hahnzog, *Betriebliche Gesundheitsförderung. Das Praxishandbuch für den Mittelstand* (S. 51-58). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Hippler, H.-J. (1985). Schriftliche Befragung bei allgemeinen Bevölkerungsstichproben: Untersuchungen zur Dillmanschen "Total Design Method". *ZUMA Nachrichten*, 9(16), S. 39-56.

- Hollmann, J., & Geissler, A. (2013). *Leistungsbalance für Leitende Ärzte. Selbstmanagement, Stress-Kontrolle, Resilienz im Krankenhaus*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Homans, G. C. (1961). *Social behaviour: Its elementary forms*. New York: Hartcourt, Brace & World.
- Howard, K., Mayer, T. G., & Gatchel, R. J. (2009). Effects of presenteeism in chronic occupational musculoskeletal disorders: stay at work is validated. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 6, S. 724-731.
- Hromadka, W. (2014). *Arbeitsrecht für Vorgesetzte. Rechte und Pflichten bei der Mitarbeiterführung*. München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Hromadka, W., & Maschmann, F. (2015). *Arbeitsrecht Band 1. Individualarbeitsrecht*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Hromadka, W., & Maschmann, F. (2014). *Arbeitsrecht Band 2. Kollektivarbeitsrecht + Arbeitsstreitigkeiten*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Ilmarinen, J. (2011). Arbeitsfähig in die Zukunft. In M. Geisert, *Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit!* (S. 20-29). Hamburg: VSA.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQUA). (2013). *Gute Praxis*. Abgerufen am 17. 03 2015 von <http://www.inqa.de/DE/Lernen-Gute-Praxis/inhalt.html>
- International Organization for Standardization. (10 2015). *ISO/CD 45001*. Abgerufen am 10 2015 von ISO 45001 Briefing note. Occupational health and safety: [http://www.iso.org/iso/catalogue\\_detail?csnumber=63787](http://www.iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=63787)
- Iverson, D. C., & Krause, R. (2007). Produktivitätsräuber Präsentismus. *Personal*, 59(12), S. 46-48.
- Iverson, D., Lewis, K., Caputi, P., & Knospe, S. (2010). The Cumulative Impact and Associated Costs of Multiple Health Conditions on Employee Productivity. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(12), S. 1206-1211.
- Jäger, W. (2015). Prävention – Historischer Rückblick. In L. Mülheims, K. Hummel, S. Peters-Lange, E. Toepler, & I. Schuhmann, *Handbuch Sozialversicherungswissenschaft* (S. 41-53). Wiesbaden: Springer VS.
- Jahn, F. (2010). Absentismus und Präsentismus - zwei Seiten einer Medaille. In D. Windemuth, D. Jung, & O. Petermann, *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. vorbeugen - erkennen - handeln* (S. 355-363). Stuttgart: Gentner-Verlag.
- Johansen, V., Aronsson, G., & Marklund, S. (2014). Positive and negative reasons for sickness presenteeism in Norway and Sweden: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 4(e004123; doi:10.1136/bmjopen-2013-004123), S. 1-6.

- 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(10), S. 1857-1868.
- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*, 31, S. 519-542.
- Johns, G. (2008). Absenteeism and presenteeism: Not at work or not working well. In J. Barling, & C. L. Cooper, *The SAGE Handbook of organizational behavior. Volume I Micro Approaches* (S. 160-177). Los Angeles.
- Johns, G. (2009). Absenteeism or Presenteeism? Attendance Dynamics and Employee Well-Being. In S. Cartwright, & C. L. Cooper, *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being* (S. 7-30). Oxford: Oxford University Press.
- Johns, G. (2011). Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity. *Journal of Occupational and Psychology*, 16(4), S. 483-500.
- Johns, G. (2012). Presenteeism: A Short History and a Cautionary Tale. In J. Houdmont, S. Leka, & R. Sinclair, *Contemporary Occupational Health Psychology. Global Perspectives on Research and Practice* (S. 204-220).
- Jung, H. (2006). *Personalwirtschaft*. München: Oldenbourg.
- Jung, T. (2011). *Reduzierung von Burnout bei Mitarbeitern. Ein betriebliches Konzept zur Burnout-Prävention durch zielgerichtete Personalführung*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Jungereuthmayer, E.-M. (2012). *Präsentismus. Ein Phänomen im Wirkungsfeld von Arbeit, Organisation, Individuum und Erkrankung*. Saarbrücken: AV Akademiker Verlag.
- Kanai, A. (2009). "Karoshi (Work to Death)" in Japan. *Journal of Business Ethics*, 84(2), S. 209-216.
- Kanzlei Hensche. (2015). *Arbeitsrecht für Arbeitnehmer, Manager und Betriebsräte. Urteile, Gesetzgebung, Arbeitsmarkt & SozialeS*. Abgerufen am 10.2015 von Urteile zum Arbeitsrecht: [http://www.hensche.de/Rechtsanwalt\\_Arbeitsrecht\\_Urteile\\_Eingliederungsmanagement\\_BAG\\_2AZR400-08.html](http://www.hensche.de/Rechtsanwalt_Arbeitsrecht_Urteile_Eingliederungsmanagement_BAG_2AZR400-08.html)
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birnbaum, H., Greenberg, P., Hirschfeld, R. M., . . . Wang, P. S. (2006). The prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), S. 1561-1568.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., & Wang, P. S. (2001). The Effects of Chronic Medical Conditions on Work Loss and Work Cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), S. 218-225.

- Kiesche, E. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Betriebs- und Dienstvereinbarungen. Analysen und Handlungsempfehlungen*. Frankfurt am Main: Bund-Verlag.
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Hemingway, H., Shipley, M. J., & Vahtera, J. (2005). Working While Ill as a Risk Factor for Serious Coronar Events: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health*, 95(1), S. 98-102.
- 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, S. 364-368.
- Klein, J. (2013). Präsentismus, Absentismus und psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. *Gesundheitswesen*, 75(10), S. e139-e148.
- Knieps, F., & Pfaff, H. (2014). *BKK Gesundheitsreport 2014. Gesundheit in Regionen. Zahlen, Daten, Fakten*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koch, B., Kröger, C., Leineweber, B., & Marquardt, B. (2012). Kooperation, die Wirkung zeigt - das betriebliche Rehabilitationskonzept der Salzgitter AG. In B. Bundesverband, *BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern - Krankheit versorgen - mit Kranken leben* (S. 135-141). Essen.
- Koch, B., Leineweber, B., & Miede, J. (2011). *Vernetztes Handeln der Salzgitter AG zur Förderung der betrieblichen Gesundheit in Kooperation mit Krankenversicherung und Rentenversicherung*. Abgerufen am 03. 06 2013 von Landesarbeitskreis für Arbeitssicherheit Niedersachsen : [http://www.lak-nds.net/lak20110901/vortraege/koch\\_leineweber\\_miede/koch\\_leineweber\\_miede.pdf](http://www.lak-nds.net/lak20110901/vortraege/koch_leineweber_miede/koch_leineweber_miede.pdf)
- Koch, B., Leineweber, B., & Miede, J. (12. 05 2013). *BDA. Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände*. Von [http://www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/files/716C587EBFFC4845C12579A5002CF9F2/\\$file/Vortrag\\_Miede\\_Koch\\_Leineweber-Salzgitter.pdf](http://www.bda-online.de/www/arbeitgeber.nsf/files/716C587EBFFC4845C12579A5002CF9F2/$file/Vortrag_Miede_Koch_Leineweber-Salzgitter.pdf) abgerufen
- Kolip, P., Wydler, H., & Abel, T. (2010). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In H. Wydler, P. Kolip, & T. Abel, *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (S. 11-19). Weinheim München: Juventa.
- 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(1), S. 14-20.
- KPMG Econtech. (2011). *Sick at work. The cost of Presenteeism to your business and the economy*. (Medibank, Hrsg.) Abgerufen am 06 2015 von [www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/sick\\_at\\_work.pdf](http://www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/sick_at_work.pdf)
- Kramer, I., Oster, S., & Fiedler, M. (2013). Präsentismus: Verlust von Gesundheit und Produktivität. In *iga.Fakten 6*. Essen: Initiative Gesundheit und Arbeit.

- Krane, L., Larsen, E. L., Nielsen, C. V., Stapelfeldt, C. M., Johnsen, R., & Risor, M. B. (2014). Attitudes toward sickness absence and sickness presenteeism in health and care sectors in Norway and Denmark: a qualitative study. *BMC Public Health*, 14(880), S. 1-13.
- Kreis, J., & Bödeker, W. (2003). *iga-Report 3. Gesundheitlicher und Ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz*. Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.
- Kuhn, K. (2012). Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 27-38). Bern: Hans Huber.
- Langhoff, T. (2009). *Den demographischen Wandel im Unternehmen erfolgreich gestalten. Eine Zwischenbilanz aus arbeitswissenschaftlicher Sicht*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P., & Alexanderson, K. (2012). Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: results from the population-based SLOSH study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8), S. 905-915.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P., Luukkala, M., & Alexanderson, K. (2010). Sickness Presenteeism Among Swedish Police OfficerS. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), S. 12-22.
- Leppin, A. (2007). Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann, T. Klotz, & J. Haisch, *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (S. 31-40). Bern: Hans Huber.
- Leuphana Universität Lüneburg. (10. 07 2013). *Supported Employment Plus*. Von [www.leuphana.de/inkubator/gesundheit/vernetzte-versorgung/projekte/supported-employment-plus.html](http://www.leuphana.de/inkubator/gesundheit/vernetzte-versorgung/projekte/supported-employment-plus.html) abgerufen
- Lewin, K. (1920). *Die Sozialisierung des Taylorsystems. Eine grundsätzliche Untersuchung zur Arbeits- u. Berufs-Psychologie*. Berlin-Fichtenau: Verlag Gesellschaft und Erziehung.
- Loeppke, R., Taitel, M., Richling, D., Parry, T., Kessler, R. C., Hymel, P., & Konicki, D. (2007). Health and Productivity as a Business Strategy. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(7), S. 712-721.
- Lofland, J. H., Pizzi, L., & Frick, K. D. (2004). A Review of Health-Related Workplace Productivity Loss InstrumentS. *Pharmacoeconomic*, 22(3), S. 165-185.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Löve, J., Grimby-Ekman, A., Eklöf, M., Hagberg, M., & Dellve, L. (2010). "Pushing Oneself Too Hard": Performance-Based Self-Esteem as a Predictor of Sickness Presenteeism Among Young Adult Woman and Men - A Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(6), S. 603-609.
- Lowe, G. (2. December 2002). Here in body, absent in productivity. Presenteeism hurts output, quality of work-life and employee health. *Canadian HR Reporter*.
- Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. (2007). *Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. (E. N. Gesundheitsförderung, Hrsg.) Luxemburg: BKK Bundesverband.
- MacGregor, J. N., Cunningham, J. B., & Caverly, N. (2008). Factors in absenteeism and presenteeism: life events and health events. *Management Research News*, 31(8), S. 607-615.
- Mannion, A. F., Horisberger, B., Eisenring, C., Tamcan, O., Elfering, A., & Müller, U. (2009). The Association between Belief About Low Back Pain and Work Presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(11), S. 1256-1266.
- March, S., Rauch, A., Bender, S., & Ihle, P. (2014). Datenschutzrechtliche Aspekte bei der Nutzung von Routinedaten. In E. Swart, P. Ihle, H. Gothe, & D. Matusiewicz, *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektive*. (S. 291-303). Bern: Hans Huber.
- Marr, A. (1996). Absentismus - der schleichende Verlust an Wettbewerbspotenzial. In R. Marr, *Absentismus. Der Schleichende Verlust an Wettbewerbspotenzial* (S. 13-39). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Marschall, J., Nolting, H.-D., & Hildebrand, S. (2013). *Gesundheitsreport 2013. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunkt: Update psychische Erkrankungen - Sind wir heute anders krank?* Hamburg.
- Marschall, J., Nolting, H.-D., Hildebrandt, S., & Sydow, H. (2015). *DAK-Gesundheitsreport 2015. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update: Doping am Arbeitsplatz*. Heidelberg: medhochzwei.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), S. 397-422.
- McKevitt, C., Morgan, M., Dundas, R., & Holland, W. (1996). Sickness absence and 'working through' illness: a comparison of two professional groups. *Journal of Public Health*, 19(3), S. 295-300.
- Meilicke, G., von Gottberg, C., Krumm, S., & Kilian, R. (2014). Präsentismus vermeiden - Arbeitsbereitschaft fördern. Ein Zielkonflikt der Pandemieplanung? Ergebnisse einer Beschäftigtenbefragung in der Stadtverwaltung Dortmund. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 9(2), S. 123-129.

- Menold, N. (2015). *Schriftlich-postalische Befragung*. Abgerufen am 15. 03 2015 von GESIS - Leibniz Institut für Sozialwissenschaften (SDM - Survey Guidelines): [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Schriftlich-postalische\\_Befragung\\_Menold\\_12092014\\_1.0.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/SDMwiki/Schriftlich-postalische_Befragung_Menold_12092014_1.0.pdf)
- Menzel, P. (25. 02 2015). *Neue Westfälische*. Abgerufen am 05 2015 von Grippewelle: Klinikum schließt zwei Stationen: [http://www.nw.de/lokal/kreis\\_hoexter/warburg/warburg/20346182\\_Grippewelle-Klinikum-schliesst-zwei-Stationen.html](http://www.nw.de/lokal/kreis_hoexter/warburg/warburg/20346182_Grippewelle-Klinikum-schliesst-zwei-Stationen.html)
- Merrill, R. M., Aldana, S. G., Pope, J. E., Anderson, D. R., Coberley, C. R., Whitmer, R. W., & HERO Research Study Subcommittee. (2012). Presenteeism According to Healthy Behaviours, Physical Health, and Work Environment. *Population Health Management*, 15(5), S. 293-302.
- Messingschlager, M. (20112). *Fehlende Werte in den Sozialwissenschaften. Analyse und Korrektur mit Beispielen aus dem ALLABUS* (Bde. Schriften aus der Fakultät Sozial- und Wirtschaftswissenschaften der Otto-Friedrich-Universität Bamberg). Bamberg: University of Bamberg Press.
- Meurer, S. (25. 02 2015). *RP-Online*. Abgerufen am 05 2015 von Altenheim wegen Norovirus geschlossen: <http://www.rp-online.de/nrw/staedte/rommerskirchen/altenheim-wegen-norovirus-geschlossen-aid-1.4901785>
- Meyer, M. (2014). Arbeitsunfähigkeit. In E. Swart, P. Ihle, H. Gothe, & D. Matusiewicz, *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven* (S. 146-160). Bern: Hans Huber.
- Meyer, M., Böttcher, M., & Glushanok, I. (2015). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2014. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagements* (S. 341-548). Berlin Heidelberg: Springer.
- Meyer, M., Modde, J., & Glushanok, I. (2014). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2013. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 323-511). Berlin Heidelberg: Springer Medizin.
- Michalk, S. (2005). *Angewandte Organisationsentwicklung in mittelständischen Unternehmen. Erfolgreiche Veränderungen durch externe Berater*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Michalk, S. (2009). Arbeitsrechtliche Grundlagen. In P. Nieder, & S. Michalk, *Modernes Personalmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente* (S. 23-51). Weinheim: Wiley.
- Michalk, S., & Nieder, P. (2007). *Erfolgsfaktor Work-Life-Balance*. Weinheim: WILEY-VCH.
- Muck, P. M. (2006). Persönlichkeit und berufsbezogenes Sozialverhalten. In H. Schuler, *Lehrbuch der PErsonalpsychologie* (S. 527-577). Göttingen: Hogrefe.

- Neufeld, T. (2011). Führung und Gesundheit - Betriebliches Gesundheitsmanagement aus rechtlicher Sicht. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit* (S. 103-110). Berlin Heidelberg: Springer.
- Nieder, P. (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung. In P. Nieder, & B. Susen, *Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung* (S. 15-27). Bern; Stuttgart; Wien: Paul Haupt.
- Nieder, P. (1997a). *Erfolg durch Vertrauen. Abschied vom Management des Mißtrauens*. Wiesbaden: Gabler.
- Nieder, P. (1998). Reduzierung der Fehlzeiten als Organisationsentwicklung oder: Die Entwicklung einer gesunden Organisation. In P. Nieder, *Fehlzeiten wirksam reduzieren. Konzepte, Maßnahmen, Praxisbeispiele* (S. 157-164). Wiesbaden: Gabler.
- Nieder, P. (1998a). *Fehlzeiten wirksam reduzieren. Konzepte, Maßnahmen, Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Gabler.
- Nieder, P. (1998b). Grundlagen der Reduzierung von Fehlzeiten. In P. Nieder, *Fehlzeiten wirksam reduzieren. Konzepte, Maßnahmen, Praxisbeispiele* (S. 11-13). Wiesbaden: Gabler.
- Nieder, P. (2005). Anpacken wo der Schuh drückt. Das Instrument der Arbeitssituationsanalyse. *Organisationsentwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management*, 24(4), S. 54-61.
- Nieder, P. (2009a). Mitarbeiterführung. In P. Nieder, & S. Michalk, *Modernes Personalmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente* (S. 331-350). Weinheim: WILEY-VCH.
- Nieder, P. (2009b). Zusammenfassung: Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung. In P. Nieder, & S. Michalk, *Modernes Personalmanagement. Grundlagen, Konzepte, Instrumente* (S. 351-361). Weinheim: WILEY-VCH.
- Nieder, P. (2012). Die Rolle der Vorgesetzten bei der gesundheitsfördernden Organisationsentwicklung. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 144-149). Bern: Hans Huber.
- Nieder, P. (2013). Mitarbeiterbefragung und betriebliches Gesundheitsmanagement. In M. E. Domsch, & D. Ladwig, *Handbuch Mitarbeiterbefragung* (S. 203-220). Berlin Heidelberg: Springer Gabler.
- Nieder, P., & Michalk, S. (2001). Reduzierung von Fehlzeiten durch Organisationsentwicklung. In D. Griesche, H. Meyer, & F. Dörrenberg, *Innovative Managementaufgaben in der nationalen und internationalen Praxis. Anforderungen, Methoden, Lösungen, Transfer* (S. 283-296). Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Nieder, P., & Michalk, S. (2007). "Wer sich gut fühlt, bringt gute Leistung" Realisierung eines betrieblichen GesundheitsmanagementS. *Personalführung*, 40(1), S. 44-51.



- Niehaus, M., & Vater, G. (2010). Aktueller Stand der Umsetzung des Betrieblichen EingliederungsmanagementS. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern - Potenziale nutzen* (S. 189-196). Berlin Heidelberg: Springer.
- 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(8), S. 803-811.
- O'Donnell, J. E. (08.10.2014. 09 2009). *Presenteeism: A Comparative Analysis*. Von ScholarWorks@UMass Amherst: <http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1398&context=theses&sei-redir=1&referer=http%3A%2F%2Fscholar.google.de%2Fscholar%3Fum%3D1%26ie%3DUTF-8%26lr%3D%26q%3Drelated%3AkkWtMmV6hFPfXM%3AScholar.google.com%2F#search=%22related%3AkkWtMmV6hFP> abgerufen
- Oldenburg, C. (2012). Präsentismus - die zweite Seite der Gesundheitsmünze. In A. Lohmann-Haislah, *Stressreport Deutschland 2012* (S. 134-142). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Opaschowski, H. W. (2013). Work Life Balance: Mehr Wunsch als Wirklichkeit? Zur Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit. In M. Kastner, *Die Zukunft der Work Life Balance: wie Lassen sich Beruf und Familie, Arbeit und Freizeit miteinander vereinbaren?* (S. 437-448). Kröning: Asanger.
- Oppolzer, A. (2010). *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Hamburg: VSA Verlag.
- Pauly, M. V., Nicholson, S., Polsky, D., Berger, M. L., & Sharda, C. (2008). Valuing reduction in on-the-job illness: 'Presenteeism' from managerial and economic perspective. *Health Economics*, 17(4), S. 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(7), S. 746-754.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Work Characteristics and Sickness Absence in Burnout and Nonburnout Groups: A Study of Swedish Health Care WorkerS. *International Journal of Stress Management*, 15(2), S. 153-172.
- Pieper, C., Schröder, S., Haupt, J., & Kramer, I. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention - Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012. In iga.Report 28, *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention* (S. 7-110). Berlin: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Poppelreuter, S. (2006). Arbeitssucht - Diagnose, Prävention und Intervention. *Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin*, 41(7), S. 328-334.

- Poppelreuter, S., & Mierke, K. (2005). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Ursachen - Auswirkungen - Handlungsempfehlungen*. Berlin: Erisch Schmidt Verlag.
- Prater, T., & Smith, K. (2011). Underlying Factors Contributing To Presenteeism And Absenteeism. *Journal of Business & Economic Research*, 9(6), S. 1-14.
- Preisendörfer, P. (2010). Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldung bei der Arbeit. *Zeitschrift für Personalforschung*, 24(4), S. 401-408.
- Proner, H. (2011). *Ist keine Antwort auch eine Antwort? Die Teilnahme an politischen Umfragen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Quazi, H. (2013). *Presenteeism. The Invisible Cost to Organization*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Regnet, E. (2014). Aging Workforce - Herausforderung für die Unternehmen. In L. Rosenstiel, E. Regnet, & M. E. Domsch, *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (S. 671-685). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Reichel, W., Winter, W., & Orthmann, A. (09. 12 2013). AOK Bayern – Die Gesundheitskasse. Von DIN SPEC 91020 zum BGM - Akzeptanz bei ausgewählten bayerischen Unternehmen. Eine Erhebung zum Unterstützungsbedarf bei Einführung der DIN SPEC: <https://www.aok-bgf.de/bayern/newsbereich/din-spec-91020-zum-bgm-akzeptanz-bei-ausgewaehlten-bayerischen-unternehmen.html> abgerufen
- Reuband, K.-H. (2014). Schriftlich-postalische Befragung. In N. Baur, & J. Blasius, *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 643-658). Wiesbaden: Springer VS.
- Richenhagen, G. (2011). Arbeitsfähigkeit - Arbeitsunfähigkeit - Arbeitsschutz. In M. Giesert, *Arbeitsfähig in die Zukunft. Willkommen im Haus der Arbeitsfähigkeit* (S. 30-44). Hamburg: VSA.
- Rimbach, A. (2009). Alternsgerechte Personalentwicklung. In P. Nieder, & S. Michalk, *Modernes Personalmanagement* (S. 195-222). Weinheim: WILEY-VCH.
- Rimbach, A. (2013). *Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung*. Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Ritter, A. (2013a). Kennzahlen. In J. Sauer, M. Scheil, M. Schurr, & R. Kiparski von, *Arbeitsschutz von A-Z* (S. 402-405). Freiburg: Haufe-Lexware.
- Ritter, A. (2013b). Arbeitsschutz-Managementsysteme. In J. Sauer, M. Scheil, M. Schurr, & R. Kiparski von, *Arbeitsschutz von A-Z* (S. 57-60). Freiburg: Haufe-Lexware.

- Rohrbeck, U., & Kunze, J. (2012). *Initiative Neue Qualität der Arbeit*. Von [http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Meldungen/Personalfuehrung/tagungs-arbeitsplanung-und-praevention-2012-uwe-rohrbeck.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Meldungen/Personalfuehrung/tagungs-arbeitsplanung-und-praevention-2012-uwe-rohrbeck.pdf?__blob=publicationFile) abgerufen
- Rohrbeck, U., & Kunze, J. (2013 b). Gesundheitsbefragung 2012 und Präventionskonzept 2013. *Unveröffentlichte Präsentation*.
- Rohrbeck, U., & Kunze, J. (11. 01 2013a). *Allianz für die Region*. Von [http://www.allianz-fuer-die-region.de/uploads/media/3\\_Dr\\_Rohrbeck\\_Verhaltens-und\\_Verhaeltnispraevention\\_11\\_01\\_2013\\_01.pdf](http://www.allianz-fuer-die-region.de/uploads/media/3_Dr_Rohrbeck_Verhaltens-und_Verhaeltnispraevention_11_01_2013_01.pdf) abgerufen
- Rosenstiel von, L. (2006). Die Bedeutung von Arbeit. In H. Schuler, *Lehrbuch der Personalpsychologie* (S. 15-43). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenstiel, L. (2014). Grundlagen der Führung. In L. Rosenstiel, E. Regnet, & M. E. Domsch, *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (S. 3-28). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Rudow, B. (2011). *Die gesunde Arbeit. Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Personalführung*. München: Oldenbourg Verlag.
- Rump, J., & Eilers, S. (2010). Das Employability-Management-Konzept als ganzheitliches Unternehmensplanungs-Modell für den betrieblichen demografischen Wandel. In G. Happe, *Demografischer Wandel in der unternehmerischen Praxis. Mit Best-Practice-Berichten* (S. 57-68). Wiesbaden: Gabler.
- Salowsky, H. (1996). Fehlzeiten - empirische Zusammenhänge. In R. Marr, *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotenzial* (S. 41-58). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Salzgitter AG. (2011). *Die Zukunft gestalten. 5 Jahre Generationen-Offensive 2025*. Abgerufen am 03. 06 2013 von [http://www.salzgitter-ag.com/de/Konzern/Projekt\\_GO/](http://www.salzgitter-ag.com/de/Konzern/Projekt_GO/)
- Salzgitter AG. (12. 05 2013). *GO – Die Generationen-Offensive 2025 der Salzgitter AG*. Von [http://www.salzgitter-ag.com/de/Konzern/Projekt\\_GO/](http://www.salzgitter-ag.com/de/Konzern/Projekt_GO/) abgerufen
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Heijden van der, F. M., & 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(4), S. 249-272.
- 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, *The long work hours culture. Causes, consequences and choices* (S. 203-226). Bringley: Emerald.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. London: Taylor & Francis.

- Schein, E. H. (1998). Organisationsentwicklung und die Organisation der Zukunft. *Organisationsentwicklung*, 17(3), S. 40-49.
- Schiersmann, C., & Thiel, H.-U. (2014). *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmidt, A., & Wilkens, U. (2014). Gesundheitsmanagement. In L. Rosenstiel, E. Regnet, & M. E. Domsch, *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (S. 613-623). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Schmidt, J., & Schröder, H. (2010). Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern* (S. 93-100). Berlin Heidelberg: Springer.
- Schnee, M., & Vogt, J. (2013). Burnout, Mobbing und Präsentismus - Zusammenhänge und Präventionsmaßnahmen. In J. Böcken, B. Braun, & U. Repschläger, *Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen* (S. 99-117). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Schnell, R., Hill, P. B., & Esser, E. (2011). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.
- Scholz, C. (2014). *Personalmanagement. Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen*. München: Vahlen.
- Schulte-Meßtorff, C., & Wehr, P. (2013). *Employee Assistance ProgramS. Externe Mitarbeiterberatung im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Schultz, A. B., & Edington, D. W. (2007). Employee Health and Presenteeism: A Systematic Review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(3), S. 547-579.
- Schultz, A. B., Chen, C.-Y., & Edington, D. W. (2009). The Cost and Impact of Health Conditions on Presenteeism to EmployerS. A Review of Literature. *Pharmaeconomics*, 27(5), S. 365-378.
- Schurian, P. (22. 10 2010). *Augsburger Allgemeine*. Abgerufen am 05 2015 von Krätze breitet sich im Altenheim aus: <http://www.augsburger-allgemeine.de/schwabmuenchen/Kraetze-breitet-sich-im-Altenheim-aus-id18354481.html>
- Seel, H. (2012). Fernab von Fehlzeitengesprächen: Betriebliches Gesundheitsmanagement als Chance und Herausforderung. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 207-214). Bern: Hans Huber.
- Semmer, N. K., & Meier, L. L. (2014). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler, & K. Moser, *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 559-604). Bern: Hans Huber.
- Sennett, R. (2007). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin: Berliner Taschenbuch Verlag.

- Simpson, R. (1998). Presenteeism, Power and Organizational Change: Long Working Hours as a Career Barrier and the Impact on the Working Lives of Woman Managers. *British Journal of Management*, 9, S. 37-50.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), S. 107-139.
- Smith, D. J. (1970). Absenteeism and "Presenteeism" in Industry. *Archives of Environmental Health*, 21(5), S. 670-677.
- Smith, S. (16. May 1996). Presenteeism. *Computer Weekly*, S. 32-33.
- Sockoll, I., Kramer, I., & Bödeker, W. (2008). *iga.Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention: Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006*. Essen: Initiative Gesundheit und Arbeit.
- Statistisches Bundesamt. (31. 05 2014d). *Unternehmensregister*. Abgerufen am 12.02.2015 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/UnternehmenHandwerk/Unternehmensregister/Tabellen/UnternehmenBeschaeftigtengroessenklassenWZ08.html>
- Statistisches Bundesamt. (03 2015a). *Arbeitslosenquote*. Abgerufen am 03. 05 2015 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/Konjunkturindikatoren/Arbeitsmarkt/arb210.html>
- Statistisches Bundesamt. (03 2015b). *Erwerbstätigkeit*. Abgerufen am 03. 05 2015 von <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbstaetigkeit.html>
- Statistisches Bundesamt. (2015c). *Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt. (06 2015e). *Bevölkerungsvorausberechnung*. Von <https://www.destatis.de/bevoelkerungspyramide/#!> abgerufen
- Steinke, M., & Badura, B. (2011a). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Steinke, M., & Badura, B. (2011b). Präsentismus: Arbeiten mit und trotz Erkrankung. *ErgoMed. Zeitschrift für praktische Arbeitsmedizin*, 35(4), S. 6-10.
- Stewart, W. F., Ricci, J. A., Chee, E., & Morgenstein, D. (2003). Lost Productive Work Time Costs From Health Conditions in the United States: Results From the American Productivity Audit. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12), S. 123-1246.
- Stilijanow, U. (2012). Führung und Gesundheit. In A. Lohmann-Haislah, *Stressreport Deutschland 2013. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (S. 123-128). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Stock-Homburg, R. (2013a). *Personalmanagement. Theorien - Konzepte - Instrumente*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stock-Homburg, R. (2013b). Zukunft der Arbeitswelt 2030 als Herausforderung des PersonalmanagementS. In R. Stock-Homburg, *Handbuch Strategisches Personalmanagement* (S. 603-629). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Stork, J. (2010). Grundlagen angewandter Arbeitsmedizin. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 133-145). Berlin Heidelberg: Springer.
- Swart, E., Ihle, P., Gothe, H., & Matusiewicz, D. (2014). *Routinedaten im Gesundheitswesen. Handbuch Sekundäranalyse: Grundlagen, Methoden und Perspektiven*. Bern: Hans Huber.
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sickness Presenteeism Predicts Suboptimal Self-Rated Health and Sickness Absence A Nationally Representative Study of Swedish Working Population. *PLOS ONE*, 7(9), S. e44721 (1-8). Abgerufen am 2 2015 von PLOS ONE: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0044721>
- Techniker Krankenkasse. (2014). *Gesundheitsreport 2014. Risiko Rücken*. Abgerufen am 22. 05 2015 von <http://www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/studien-und-auswertungen/gesundheitsreport-2014/644780>
- Techniker Krankenkasse. (11 2015). *Gesundheitsreport 2015. Gesundheit von Studierenden*. Von <http://www.tk.de/tk/broschueren-und-mehr/studien-und-auswertungen/gesundheitsreport-2015/718618> abgerufen
- Tempel, J. (2010). Arbeitsbewältigungsindex. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 223-237). Berlin Heidelberg: Springer.
- Tempel, J., Geißler, H., & Ilmarinen, J. (2012). Stärken fördern, Schwächen anerkennen: Der Beitrag der Betrieblichen Gesundheitsförderung für die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit von älteren und älter werdenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. In G. Faller, *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 197-206). Bern: Hans Huber.
- The Japan Times. (14. 11 2014). *Getting a grip on karoshi*. Abgerufen am 06 2015 von <http://www.japantimes.co.jp/opinion/2014/11/15/editorials/getting-a-grip-on-karoshi/#.VYnbYEBk28h>
- Thibaut, J. W., & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology group*S. New York: Wiley.
- Thoma, M., & Zimmermann, M. (November 1996). Zum Einfluß der Befragungstechnik auf den Rücklauf bei schriftlichen Umfragen. Experimentelle Befunde zur „Total-Design-Methode“. *ZUMA-Nachrichten*, 20(39), S. 141-157.

- Thun, S., Fridner, A., Minucci, D., & Løvseth, T. (2014). Sickness present with signs of burnout: The relationship between burnout and sickness presenteeism among university hospital physicians in four European countries. *Scandinavian Psychologist*, 1(e5).
- Titze, M. (8 2010). Erst mal genau hinschauen. *Personalwirtschaft*, S. 32-34.
- Treier, M. (2015). *Betriebliches Arbeitsfähigkeitsmanagement. Mehr als nur Gesundheitsförderung*. Wiesbaden: Springer.
- Tscharnezki, O. (2011 a). Gesundheitsmanagement. Eine lohnende Investition in Gegenwart und Zukunft. *Sozialpsychiatrische Information*, 41(4), S. 9-12.
- Tscharnezki, O. (13. 04 2011 b). *Gesundheitsförderung als Unternehmenskultur*. Von Handelskammer Hamburg: [www.hk24.de/linkableblob/1375266/6./data/Vortrag\\_Dr\\_Tscharnezki-data.pdf](http://www.hk24.de/linkableblob/1375266/6./data/Vortrag_Dr_Tscharnezki-data.pdf) abgerufen
- Tscharnezki, O. (13. 09 2012). *Burnout Prävention in der Wirtschaft. Psychische Störungen wie Burnout sind ganz normal - kein Verbrechen*. Abgerufen am [http://www.bzo.de/data\\_de/downloads\\_und\\_seminarmaterialien/downloads//Seminarmaterialien/40\\_Demografie\\_Tagung\\_September2012/\\_Burnout\\_Pra\\_\\_776\\_vention\\_in\\_der\\_Wirtschaft\\_Olaf\\_Tscharnezki.pdf](http://www.bzo.de/data_de/downloads_und_seminarmaterialien/downloads//Seminarmaterialien/40_Demografie_Tagung_September2012/_Burnout_Pra__776_vention_in_der_Wirtschaft_Olaf_Tscharnezki.pdf) von Bildungszentrum Oberjosbach.
- 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, S. 1123-1133.
- TÜV Nord Cert. (2015). *DIN EN ISO 45001:2016*. Abgerufen am 10 2015 von Fact Sheet: Erstellung der DIN EN ISO 45001:2016: <http://www.tuev-nord.de/de/arbeitssicherheit/ohsas-18001-11749.htm>
- TÜV SÜD. (10 2015). *ISO 45001*. Von ISO 45001 ersetzt OHSAS 18001: <http://www.tuev-sued.de/management-systeme/arbeitsschutz/iso-45001> abgerufen
- Twain, M. (1892). *The American Claimant*. Boston (reprint).
- Ueberle, M., & Greiner, W. (2010). Kennzahlenentwicklung. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 253-261). Berlin Heidelberg: Springer.
- Uhle, T., & Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse Gestalten, Erfolge messen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Ulfig, A. (2003). *Lexikon der philosophischen Begriffe*. Köln: Komet.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: vdf Hochschulverlag. Schäffer Poeschel.
- Ulich, E., & Nido, M. (2014). Präsentismus - auch ein Ergebnis persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung? In P. Sachse, & E. Ulich, *Psychologie menschlichen Handelns: Wissen und Denken - Wollen und Tun* (S. 185-205). Lengerich: Pabst.

- Ulich, E., & Straßer, P. (2010). Präsentismus. *Psychologie des Alltagshandelns*, 3(1), S. 51-55.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Unilever Deutschland Holding. (03 2010). *Introduction to Unilever*. Von Unilever im Überblick: [www.unilever.de/Images/Introduction%20to%20Unilever%2003.2010\\_tcm212-133500.pdf](http://www.unilever.de/Images/Introduction%20to%20Unilever%2003.2010_tcm212-133500.pdf) abgerufen
- Unilever Deutschland Holding. (2010). *Unilever.de*. Von Ausbildung bei Unilever: [www.unilever.de/Images/Ausbildungsbrosch%C3%BCre%20Allgemein\\_tcm212-354387.pdf](http://www.unilever.de/Images/Ausbildungsbrosch%C3%BCre%20Allgemein_tcm212-354387.pdf) abgerufen
- Unilever Deutschland Holding. (10. 07 2013 a). *Unilever im Überblick*. Von [www.unilever.de/ueberuns/unileverimueberblick/](http://www.unilever.de/ueberuns/unileverimueberblick/) abgerufen
- Unilever Deutschland Holding. (10. 07 2013 b). *Unsere Geschichte*. Von [www.unilever.de/ueberuns/unseregeschichte/](http://www.unilever.de/ueberuns/unseregeschichte/) abgerufen
- Unilever Deutschland Holding. (10. 07 2013 c). *Unsere Vision*. Von [www.unilever.de/ueberuns/unserevision/](http://www.unilever.de/ueberuns/unserevision/) abgerufen
- Unilever Deutschland Holding. (10. 07 2013 d). *Nachhaltigkeit. Unsere Mitarbeiter*. Von [www.unilever.de/sustainable-living/ourpeople/](http://www.unilever.de/sustainable-living/ourpeople/) abgerufen
- Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. (09 2015). *Luxemburger-Deklaration*. Von Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU: [http://www.luxemburger-deklaration.de/\\_blank](http://www.luxemburger-deklaration.de/_blank) abgerufen
- Uris, A. (1955). How to build presenteeism. *Petroleum Refiner*, 34, S. 348-359.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, J., Linna, A., Virtanen, M., Virtanen, P., & Ferrie, J. E. (2004). Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study. *BMJ*, 328(7439), S. 555-558.
- Vingård, E., Alexanderson, K., & Norlund, A. (2004). Chapter 10. Sickness presence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32(63), S. 216-221.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Vahtera, J., & Ferrie, J. E. (2003). From insecure to secure employment: changes in work, health, health related behaviours, and sickness absence. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(12), S. 948-953.
- Virtanen, M., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, P., & Vahtera, J. (2005). Local economy and sickness absence: prospective cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(11), S. 973-978.
- Vogt, J., Badura, B., & Hollmann, D. (2009). Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene. In J. Böcken, B. Braun, & J. Landmann, *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. (S. 179-202). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.



- von der Oelsnitz, D. (2012). *Einführung in die systemische Personalführung*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- WAI-Netzwerk Deutschland. (2013a). *WAI-Berechnungsmethode*. Abgerufen am 14. 05 2015 von [www.arbeitsfaehigkeit.net](http://www.arbeitsfaehigkeit.net): <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Berechnung.pdf>
- WAI-Netzwerk Deutschland. (2013b). *WAI-Fragebogen & Auswertung*. Abgerufen am 14. 05 2015 von [www.arbeitsfaehigkeit.net](http://www.arbeitsfaehigkeit.net): <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/picture/upload/file/WAI-Fragebogen%20Kurzversion.pdf>
- WAI-Netzwerk Deutschland. (14. 05 2015). *Work Ability Index*. Von [arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de](http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?der-wai): <http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?der-wai> abgerufen
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen GesundheitsmanagementS. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 147-161). Berlin Heidelberg: Springer.
- Wan, H. C., Downey, L. A., & Stough, C. (2014). Understanding non-work presenteeism: Relationships between emotional intelligence, boredom, procrastination and job stress. *Personality and Individual Differences*, 65, S. 86-90.
- Wastian, M. (2014). Projektleitung - Führung im "Ausnahmезustand". In L. Rosenstiel, E. Regnet, & M. E. Domsch, *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (S. 391-402). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Wegge, J., & Rosenstiel, L. (2014). Führung. In H. Schuler, & K. Moser, *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 315-367). Bern: Hans Huber.
- Weierl, P., Emmermacher, A., & Kemter, P. (2007). Gesundheitsmanagement, Präsentismus und Core Self-EvaluationS. In P. G. Richter, R. Rau, & S. Mühlpfordt, *Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld* (S. 305-323). Lengerich: Pabst.
- Weinert, A. B. (2004). *Organisations- und Personalpsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Westermayer, G., & Stein, B. A. (2006). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.
- WHO. (22. 07 1946). *Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. Abgerufen am 20. 04 2015 von Weltgesundheitsorganisation: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- WHO. (2015). *International Classification of Diseases (ICD)*. Abgerufen am 05. 05 2015 von Weltgesundheitsorganisation: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- WHO, Weltgesundheitsorganisation. (21. 11 1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Von [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf?ua=1#page=1&zoom=auto,-17,849](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1#page=1&zoom=auto,-17,849) abgerufen

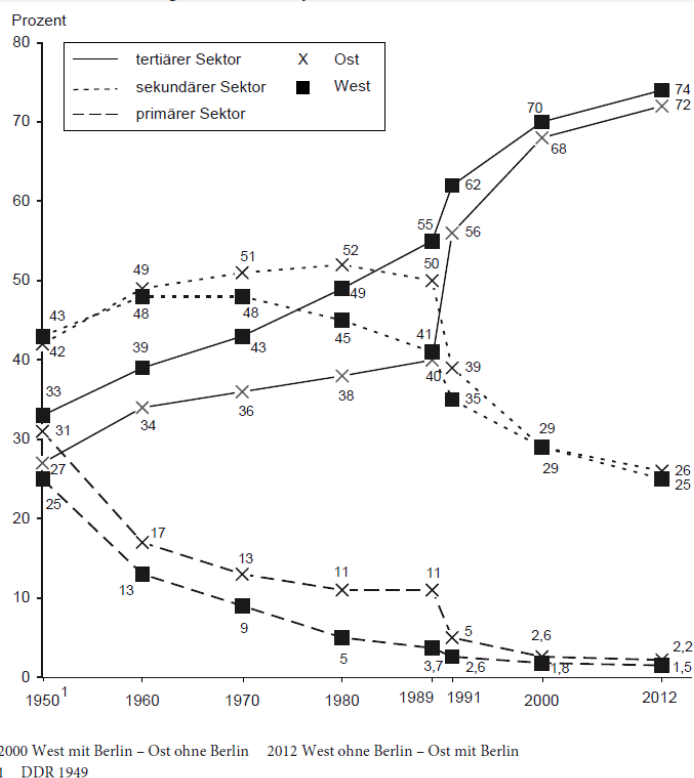
- Widera, E., Chang, A., & Chen, H. L. (2010). Presenteeism: A Public Health Hazard. *Journal of General Internal Medicine*, 25(11), S. 1244-1247.
- Widuckel, W. (2015). Arbeitskultur 2020 – Herausforderungen für die Zukunft der Arbeit. In W. Widuckel, K. Molina de, M. J. Ringlstetter, & D. Frey, *Arbeitskultur 2020. Herausforderungen und Best Practices der Arbeitswelt der Zukunft* (S. 27-44). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Wieland, R., & Hammes, M. (2010). *BARMER GEK Gesundheitsreport 2010 - Teil 2. Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz*. Wuppertal: BARMER GEK.
- Wieland, R., Winizuk, S., & Hammes, M. (2009). Führung und Arbeitsgestaltung - Warum gute Führung allein nicht gesund macht. *Arbeit*, 18(4), S. 282-297.
- Wikipedia. (10. 07 2013). *Unilever*. Von <http://de.wikipedia.org/wiki/Unilever> abgerufen
- Wilke, C., Elis, T., Biallas, B., & Froböse, I. (10 2014). Gesundheitsbedingte Leistungseinbußen bei der Arbeit durch Präsentismus. *Prävention und Gesundheitsförderung*, S. 1-6.
- Winter, W., Orthmann, A., & Reichel, W. (2015). BGM mit System: Zertifizierung erfolgreicher Unternehmenspraxis. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer, *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit - Qualitätsstandards für ein zeigruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 273-282). Berlin Heidelberg: Springer.
- Wolf, S., Hüttges, A., Hoch, J. E., & Wegge, J. (2010). Führung und Gesundheit. In D. Windemuth, D. Jung, & O. Petermann, *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf. Vorbeugen, erkennen, handeln* (S. 220-231). Stuttgart: Gentner Verlag.
- Worrall, L., Cooper, C., & Campbell, F. (2000). The New Reality for UK Managers: Perpetual Change and Employment Instability. *Work, Employment & Society*, 14(4), S. 647-668.
- Wüstner, K. (2006). *Arbeitswelt und Organisation*. Wiesbaden: Gabler.
- Wüstner, K. (2014). Das Individuum in einem auszehrenden Arbeitsumfeld. In D. Oelsnitz von der, F. Schirmer, & K. Wüstner, *Die auszehrende Organisation. Leistung und Gesundheit in einer anspruchsvollen Arbeitswelt* (S. 13-43). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Yang, J., & Liern, B. (2009). The impact of presenteeism in work place: an empirical study. *International Journal of Management and Enterprise Development*, S. 339-357.
- Zok, K. (2004). Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag - Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern. In B. Badura, H. Schnellschmidt, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben* (S. 243-261). Berlin Heidelberg: Springer.

- Zok, K. (2008a). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter, *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 121-144). Heidelberg: Springer.
- Zok, K. (2008b). Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter GKV-Mitgliedern. *WIdO-monitor*, 5(1), S. 1-7.
- Zok, K. (2011). Führungsverhalten und Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter - Analyse von WIdO-Mitarbeiterbefragungen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, & K. Macco, *Fehlzeiten-Report 2011. Führungs und Gesundheit* (S. 27-47). Berlin Heidelberg: Springer.

## 8 Anhang

### Anlage 2.2.1: Strukturelle Veränderungen der Arbeitswelt

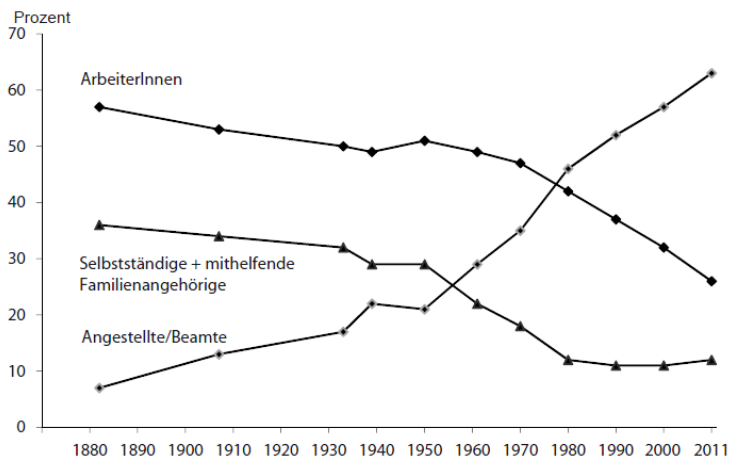
#### Anlage 2.2.1.1: Veränderung der Erwerbstätigkeit in Deutschland: (nach Geißler)<sup>1209</sup>:



**Abbildung 2.2.1.1.a: Erwerbstätige nach Wirtschaftssektoren in West und Ost (1950–2012; Geißler)<sup>1210</sup>**

<sup>1209</sup> Vgl. (Geißler, 2014, S. 185ff.)

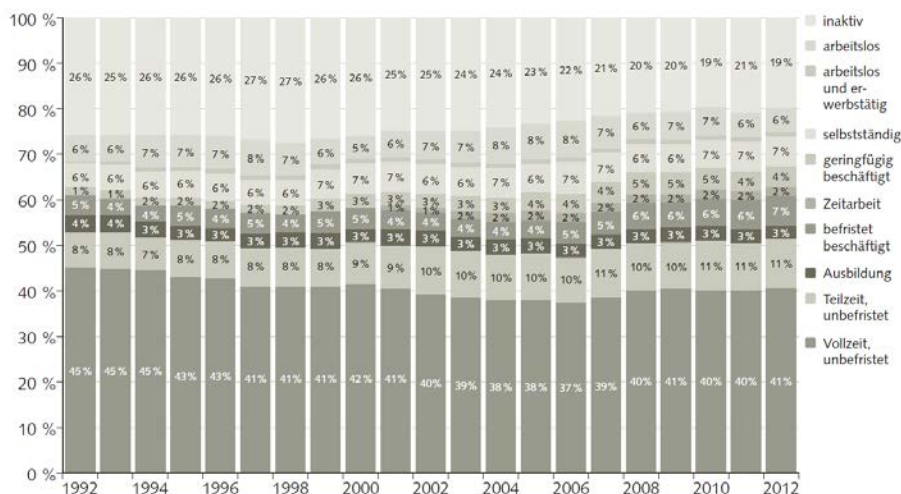
<sup>1210</sup> (Geißler, 2014, S. 187)



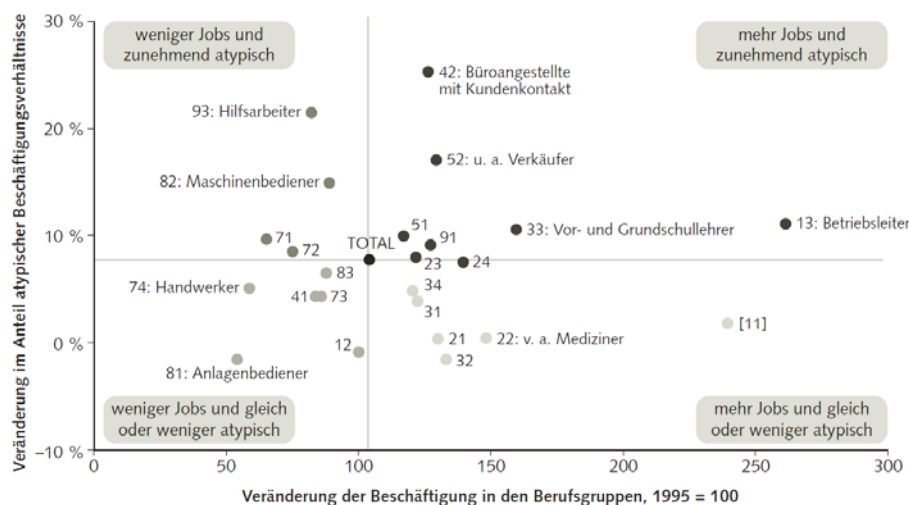
**Abbildung 2.2.1.1.b:** Erwerbstätige nach ihrer Stellung im Beruf (1882–2011; Geißler)<sup>1211</sup>

<sup>1211</sup> (Geißler, 2014, S. 190)

### Anlage 2.2.1.2: Entwicklung der Beschäftigungsformen in Deutschland: (nach Eichhorst & Tobsch)<sup>1212</sup>



**Abbildung 2.2.1.2.a: Erwerbstätige Bevölkerung nach Erwerbsstatus**  
(Eichhorst & Tobsch; Datenquelle: SOEP)<sup>1213</sup>



**Abbildung 2.2.1.2.b: Anteil und Entwicklung atypischer Beschäftigung**  
(Eichhorst & Tobsch; Datenquelle: SOEP)<sup>1214</sup>

1212 Vgl. (Eichhorst & Tobsch, 2015)

1213 (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 48)

1214 (Eichhorst & Tobsch, 2015, S. 50)

Anlage 2.2.2: Differenzierung von Gesundheit und Krankheit

Maximen für eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit (nach Hurrelmann & Richter)	
1.	Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.
2.	Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.
3.	Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.
4.	Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.
5.	Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.
6.	Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.
7.	Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegen einer subjektiven Bewertung.
8.	Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können auch auf alle drei Dimensionen – der körperlichen, der psychischen und der sozialen – voneinander unterscheiden.

Tabelle 2.2.2: Maximen für eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit<sup>1215</sup>

Die in Tabelle 2.2.4 aufgeführten Maximen stellen den Versuch der Definition von Grundsätzen und Leitvorstellungen dar, auf denen integrative, interdisziplinär ausgerichtete Definitionen von Gesundheit und Krankheit aufbauen können.

Es handelt sich um theoretische Annahmen, die sich nach Hurrelmann & Richter in der Fachdiskussion der letzten Jahre „als konsensfähig“ und im wissenschaftlichen Diskurs als haltbar und belastungsfähig erwiesen“ haben.<sup>1216</sup>

1215 (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 138ff.)  
1216 Vgl. (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 139)

### Anlage 2.2.4: Konzepte-Ansätze von Gesundheit und Krankheit (nach Franke)<sup>1217</sup>:

#### *Dichotomes Konzept:*

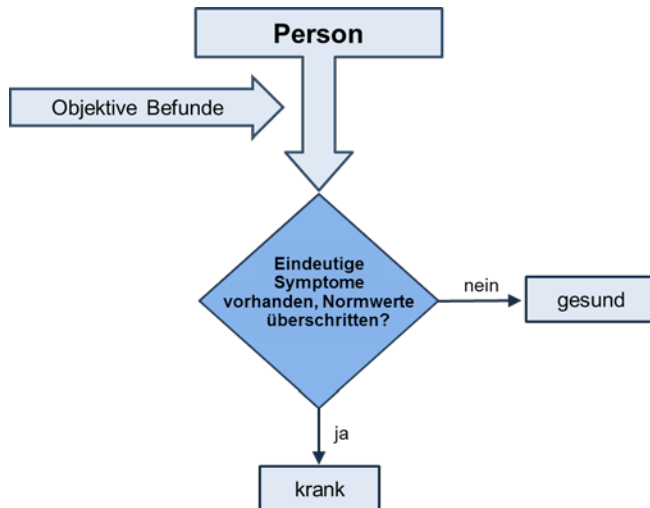


Abbildung 2.2.4.a: Dichotomes Konzept von Gesundheit und Krankheit (nach Franke)<sup>1218</sup>

#### *Bipolares Konzept:*

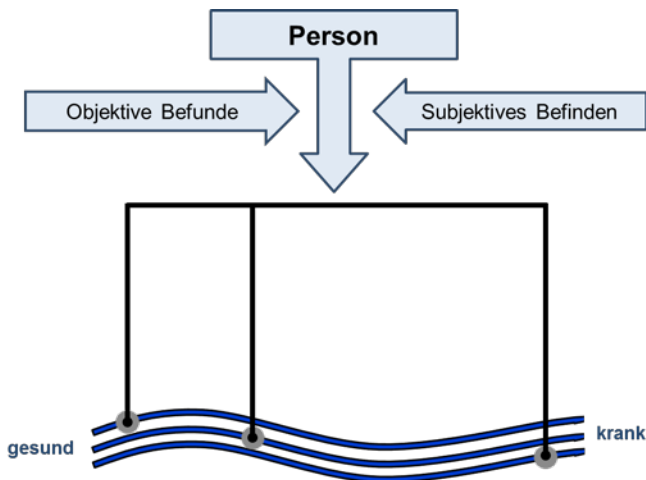


Abbildung 2.2.4.b: Bipolares Konzept von Gesundheit und Krankheit (nach Franke)<sup>1219</sup>

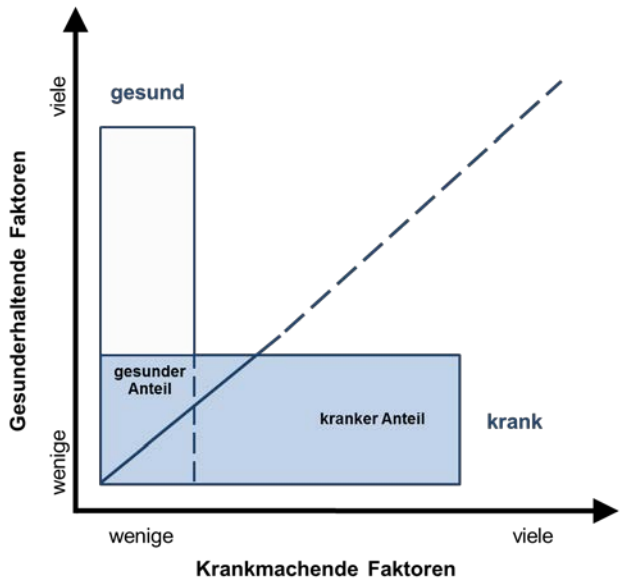
<sup>1217</sup> Vgl. (Franke A. , 2010, S. 91ff.)

<sup>1218</sup> Darstellung nach: (Franke A. , 2010, S. 92)

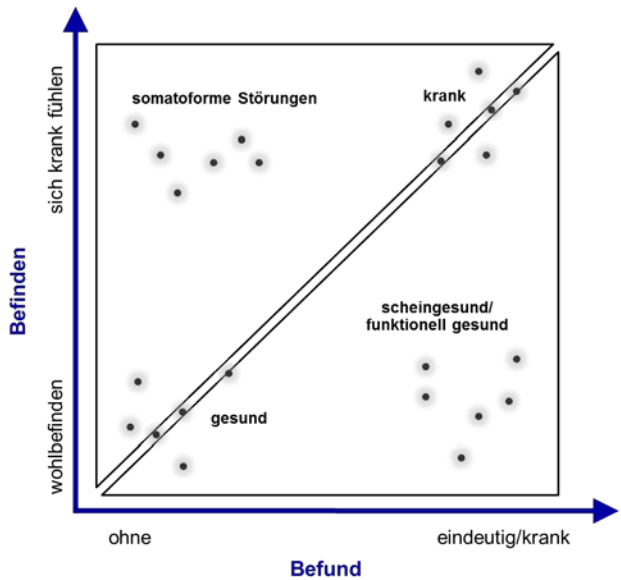
<sup>1219</sup> Darstellung nach: (Franke A. , 2010, S. 93)



**Orthogonale Konzepte:**



**Abbildung 2.2.4.c:** Unabhängigkeitsmodell von Gesundheit und Krankheit (nach Franke)<sup>1220</sup>



**Abbildung 2.2.4.d:** Zweidimensionales Modell von Befund und Befinden (nach Franke)<sup>1221</sup>

1220 Darstellung nach: (Franke A. , 2010, S. 95)

1221 Darstellung nach: (Franke A. , 2010, S. 95)

## Anlage 2.2.5: Konzept der Arbeitsfähigkeit

### Anlage 2.2.5.1: Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit<sup>1222:</sup>

Vier Faktoren, Untersuchungen, Maßnahmen und Ergebnis

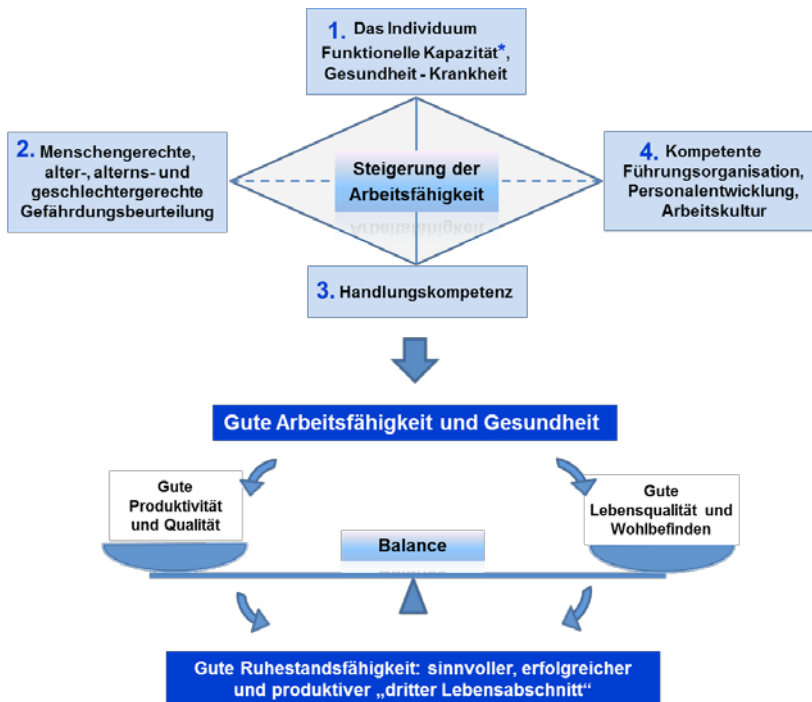


Abbildung 2.2.5.1: Förderungsmodell der Arbeitsfähigkeit (nach Tempel)<sup>1223</sup>

#### \*Funktionelle Kapazität:

Der Begriff der funktionellen Kapazität beschreibt das Potenzial eines Menschen, seine Stärken und Schwächen, in einem bestimmten Gleichgewicht von körperlicher Verfassung, mentalem Befinden und sozialer Kompetenz im Arbeitsleben auf die verschiedenen Anforderungen zu reagieren<sup>1224</sup>.

1222 Nach: (Ilmarinen 1999); (Ilmarinen & Tuomi 2004); (Tempel et al. 2005)

1223 Darstellung nach: (Tempel, 2010, S. 226) in Anlehnung an: (Ilmarinen 1999); (Ilmarinen & Tuomi 2004); (Tempel et al. 2005)

1224 (Tempel, 2010, S. 226)

## Anlage 2.2.5.2 Work Ability Index – Fragebogen (Kurzform)<sup>1225</sup>:



### Work Ability Index - Fragebogen

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG!

<b>Sind Sie bei Ihrer Arbeit...</b>										
vorwiegend geistig tätig?						O <sub>1</sub>				
vorwiegend körperlich tätig?						O <sub>2</sub>				
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?						O <sub>3</sub>				

<b>1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit</b>										
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)										
O <sub>0</sub>	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>5</sub>	O <sub>6</sub>	O <sub>7</sub>	O <sub>8</sub>	O <sub>9</sub>	O <sub>10</sub>
völlig										derzeit die beste
arbeitsunfähig										Arbeitsfähigkeit

<b>2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen</b>										
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?										
sehr gut		eher gut		mittelmäßig		eher schlecht		sehr schlecht		
O <sub>5</sub>		O <sub>4</sub>		O <sub>3</sub>		O <sub>2</sub>		O <sub>1</sub>		
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?										
sehr gut		eher gut		mittelmäßig		eher schlecht		sehr schlecht		
O <sub>5</sub>		O <sub>4</sub>		O <sub>3</sub>		O <sub>2</sub>		O <sub>1</sub>		

<b>3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten</b>										
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.										
		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor						
1	Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>						
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>						
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>						
4	Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>						
5	Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>						

Abbildung 2.2.5.2.a: WAI-Fragebogen

1225 (WAI-Netzwerk Deutschland, 2013b)



## Work Ability Index - Fragebogen

		<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
6	Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
7	Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
8	Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
9	Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
10	Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
11	Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
12	Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
13	Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>
14	Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	
Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?	
Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.	
• Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung	O <sub>6</sub>
• Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden	O <sub>5</sub>
• Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O <sub>4</sub>
• Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern	O <sub>3</sub>
• Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten	O <sub>2</sub>
• Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig	O <sub>1</sub>

Abbildung 2.2.5.2.b: WAI-Fragebogen (Seite 2)

## Work Ability Index - Fragebogen

### 5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

überhaupt keinen	O <sub>5</sub>
höchstens 9 Tage	O <sub>4</sub>
10 - 24 Tage	O <sub>3</sub>
25 - 99 Tage	O <sub>2</sub>
100 - 365 Tage	O <sub>1</sub>

### 6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
O <sub>1</sub>	O <sub>4</sub>	O <sub>7</sub>

### 7. Psychische Leistungsreserven

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O <sub>4</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>1</sub>	O <sub>0</sub>

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O <sub>4</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>1</sub>	O <sub>0</sub>

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
O <sub>4</sub>	O <sub>3</sub>	O <sub>2</sub>	O <sub>1</sub>	O <sub>0</sub>

Abbildung 2.2.5.2.c: WAI-Fragebogen (Seite 3)

## Anlage 2.2.6: Konzept der Salutogenese

### Überblick „Generalisierter Widerstandsressourcen“ (GGR):

Widerstandsressourcen	...zum Beispiel
<b>Gesellschaftliche Widerstandsressourcen</b>	politische und ökonomische Stabilität, Frieden, intakte Sozialstrukturen, funktionierende gesellschaftliche Netze
<b>Individuelle Widerstandsressourcen</b>	
<b>Kognitive Ressourcen:</b>	Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit
<b>Psychische Ressourcen:</b>	Selbstvertrauen, Ich-Identität, Selbstsicherheit, Optimismus
<b>Physiologische Ressourcen:</b>	Konstitution, anlagebedingte oder erworbene körperliche Stärken und Fähigkeiten
<b>Ökonomische und materielle Ressourcen:</b>	Geld, finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit, Zugang zu Dienstleistungen, sicherer Arbeitsplatz

**Tabelle 2.2.6:** Überblick wesentlicher Generalisierter Widerstandsressourcen (nach Franke)<sup>1226</sup>

<sup>1226</sup> (Franke A., 2010, S. 167)

Anlage 2.3.2 Krankenstandsentwicklung (BMG)

Krankenstand nach Kassenarten

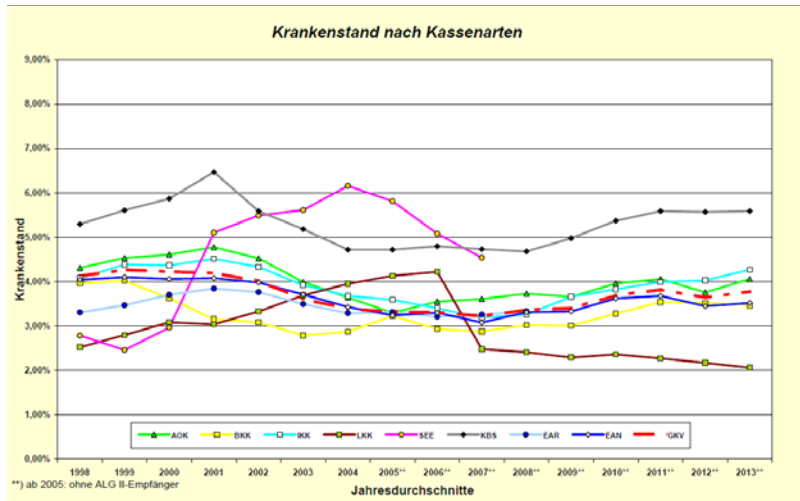


Abbildung 2.3.2.d: Krankenstandsentwicklung nach Kassenarten (BMG)<sup>1227</sup>

Jahr		Krankenstand* nach Kassenarten															
		Jahresdurchschnitte															
Kassenart		1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005**	2006**	2007**	2008**	2009**	2010**	2011**	2012**	2013**
Männer und Frauen zusammen																	
AOK BUND (WEST)		4,38%	4,55%	4,64%	4,83%	4,57%	4,04%	3,70%	3,36%	3,60%	3,64%						
AOK BUND (OST)		4,13%	4,47%	4,49%	4,53%	4,31%	3,77%	3,41%	3,03%	3,33%	3,47%						
AOK BUND		4,31%	4,53%	4,61%	4,78%	4,53%	3,99%	3,64%	3,30%	3,55%	3,61%	3,73%	3,66%	3,96%	4,06%	3,76%	4,06%
BKK BUND (WEST)		3,99%	4,05%	3,68%	3,16%	3,08%	2,80%	2,86%	3,22%	2,92%	2,83%						
BKK BUND (OST)		3,77%	3,83%	3,31%	3,11%	3,11%	2,73%	2,91%	3,28%	3,01%	3,28%						
BKK BUND		3,96%	4,02%	3,63%	3,15%	3,09%	2,79%	2,87%	3,23%	2,93%	2,88%	3,02%	3,01%	3,28%	3,54%	3,52%	3,46%
LKK BUND (WEST)		4,11%	4,30%	4,33%	4,55%	4,42%	3,97%	3,71%	3,63%	3,42%	3,19%						
LKK BUND (OST)		3,99%	4,60%	4,47%	4,40%	4,11%	3,78%	3,59%	3,50%	3,33%	3,20%						
LKK BUND		4,06%	4,39%	4,37%	4,51%	4,33%	3,92%	3,68%	3,59%	3,40%	3,19%	3,26%	3,66%	3,83%	3,99%	4,03%	4,27%
LKK BUND (WEST)		2,37%	2,52%	2,83%	3,14%	3,40%	3,63%	3,91%	4,11%	4,27%	2,46%						
LKK BUND (OST)		3,76%	4,83%	4,92%	1,73%	2,39%	4,37%	4,49%	4,44%	3,73%	2,69%						
LKK BUND		2,52%	2,80%	3,09%	3,04%	3,33%	3,69%	3,95%	4,13%	4,22%	2,48%	2,41%	2,29%	2,36%	2,27%	2,17%	2,06%
SEE BUND (WEST)		2,78%	2,40%	2,96%	5,23%	5,65%	5,65%	6,49%	6,14%	5,19%	4,48%						
SEE BUND (OST)		2,78%	2,79%	2,99%	4,56%	4,86%	4,74%	5,07%	4,67%	4,66%	4,76%						
SEE BUND		2,78%	2,46%	2,97%	5,10%	5,49%	5,61%	6,16%	5,81%	5,08%	4,54%						
KBS BUND (WEST)		5,18%	5,72%	6,15%	6,67%	5,66%	5,31%	4,93%	4,87%	4,98%	4,88%						
KBS BUND (OST)		5,54%	5,35%	5,20%	6,05%	5,45%	4,93%	4,31%	4,43%	4,43%	4,41%						
KBS BUND		5,29%	5,61%	5,67%	6,47%	5,59%	5,18%	4,72%	4,80%	4,73%	4,68%	4,68%	4,98%	5,37%	5,59%	5,57%	5,59%
EAR BUND (WEST)		3,28%	3,39%	3,66%	3,80%	3,73%	3,47%	3,25%	3,30%	3,15%	3,20%						
EAR BUND (OST)		3,48%	3,83%	3,68%	4,05%	3,94%	3,61%	3,46%	3,42%	3,51%	3,68%						
EAR BUND		3,51%	3,47%	3,71%	3,84%	3,76%	3,48%	3,29%	3,32%	3,31%	3,28%	3,33%					
EAN BUND (WEST)		3,88%	3,96%	3,97%	3,98%	3,90%	3,63%	3,37%	3,19%	3,22%	2,97%						
EAN BUND (OST)		4,66%	4,64%	4,40%	4,43%	4,29%	4,04%	3,65%	3,48%	3,66%	3,72%						
EAN BUND		4,04%	4,10%	4,06%	4,08%	3,98%	3,71%	3,43%	3,24%	3,30%	3,08%	3,31%	3,33%	3,62%	3,68%	3,45%	3,52%
BUND (WEST)		4,08%	4,21%	4,20%	4,18%	4,00%	3,60%	3,38%	3,32%	3,29%	3,16%						
BUND (OST)		4,29%	4,49%	4,31%	4,26%	4,07%	3,66%	3,42%	3,32%	3,39%	3,48%						
BUND		4,13%	4,27%	4,22%	4,19%	4,02%	3,61%	3,39%	3,32%	3,31%	3,22%	3,37%	3,40%	3,69%	3,82%	3,64%	3,78%

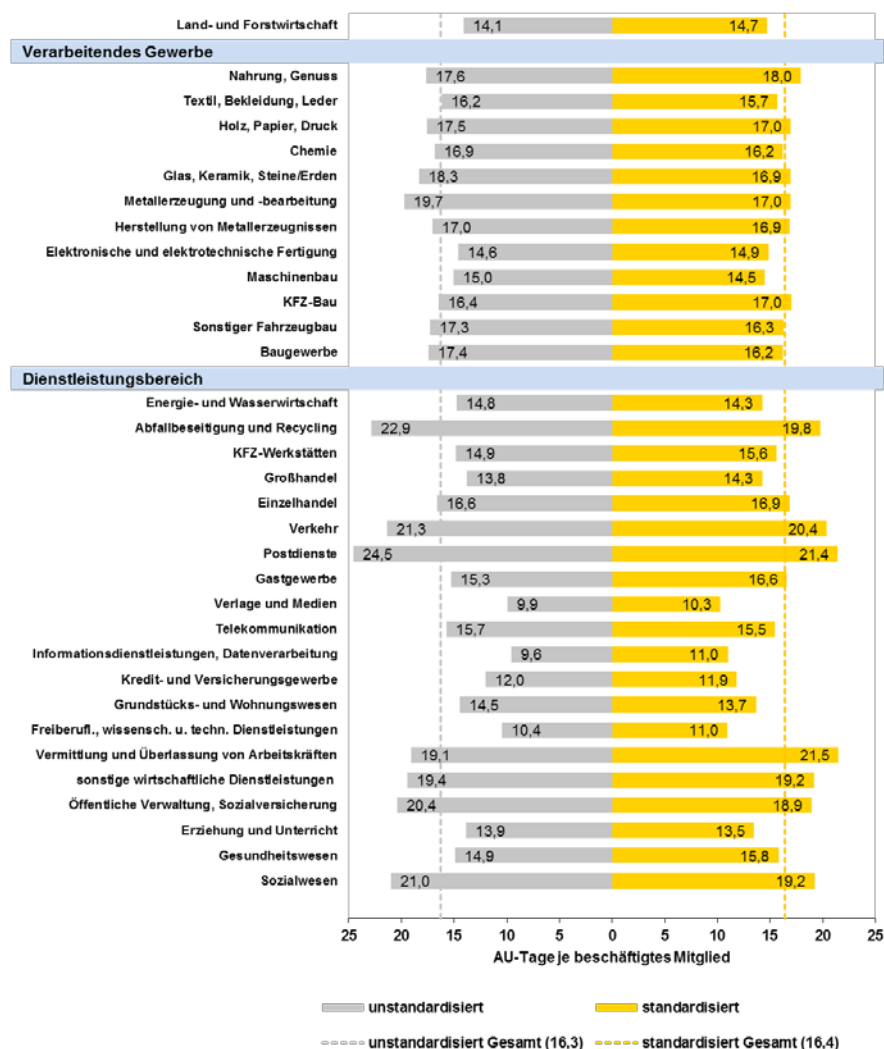
Tabelle 2.3.2: Krankenstandsentwicklung nach Kassenarten (BMG)<sup>1228</sup>

1227 (BMG, 2014, S. 9)

1228 (BMG, 2014, S. 8)

### Anlage 2.3.2 AU-Tage nach Wirtschaftsgruppen (BKK)<sup>1229</sup>

#### Gegenüberstellung der standardisierten und unstandardisierten AU-Tage



**Abbildung 2.3.2.e:** AU-Tage der beschäftigten Mitglieder nach Wirtschaftsgruppen – Alter und Geschlecht standardisiert/unstandardisiert im Vergleich (Berichtsjahr 2013; BKK Dachverband)<sup>1230</sup>

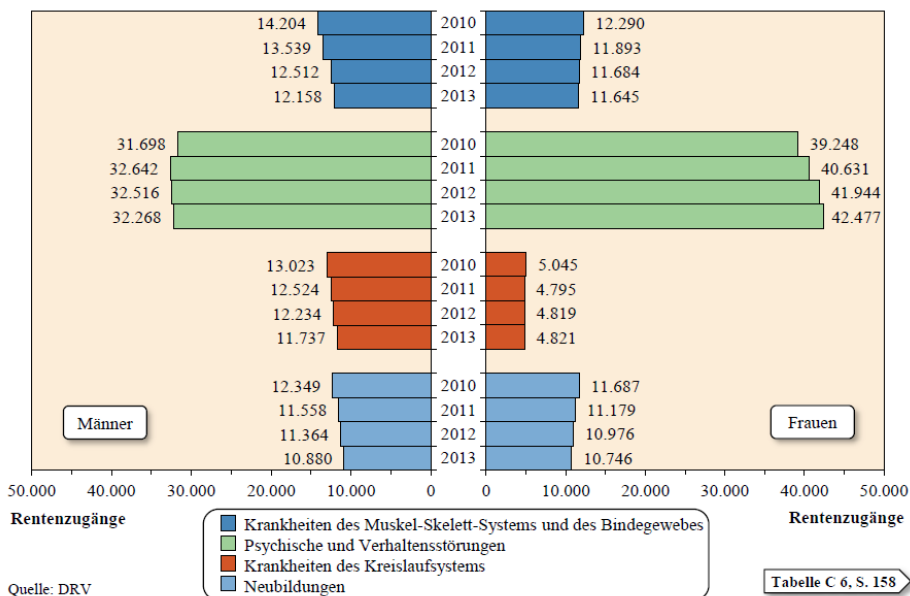
1229 (BKK Dachverband, 2014)

1230 Vgl. (Knieps & Pfaff, 2014, S. 255)



## Anlage 2.3.3 Bedeutung psychischer Erkrankungen

### Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit



**Abbildung 2.3.3.a: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen 2010 – 2013 (BMAS)<sup>1231</sup>**

<sup>1231</sup> (BMAS, 2014a, S. 159); Datenquelle Deutsche Rentenversicherung

Diagnosegruppen	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit								Veränderungen			
	2013		2012		2011		2010		von 2012 auf 2013		von 2010 auf 2013	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
<b>Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes</b>	23.803	13,6	24.196	13,7	25.432	14,2	26.494	14,7	-393	-1,6	-2.691	-10,2
Männer	12.158	13,7	12.512	13,8	13.539	14,6	14.204	15,0	-354	-2,8	-2.046	-14,4
Frauen	11.645	13,4	11.684	13,5	11.893	13,9	12.290	14,3	-39	-0,3	-645	-5,2
<b>Psychische und Verhaltensstörungen</b>	74.745	42,7	74.460	42,1	73.273	41,0	70.946	39,3	+285	+0,4	+3.799	+5,4
Männer	32.268	36,5	32.516	35,9	32.642	35,2	31.698	33,4	-248	-0,8	+570	+1,8
Frauen	42.477	49,0	41.944	48,5	40.631	47,4	39.248	45,6	+533	+1,3	+3.229	+8,2
<b>Krankheiten des Kreislaufsystems</b>	16.558	9,5	17.053	9,6	17.319	9,7	18.068	10,0	-495	-2,9	-1.510	-8,4
Männer	11.737	13,3	12.234	13,5	12.524	13,5	13.023	13,7	-497	-4,1	-1.286	-9,9
Frauen	4.821	5,6	4.819	5,6	4.795	5,6	5.045	5,9	+2	+0,0	-224	-4,4
<b>Neubildungen</b>	21.626	12,3	22.340	12,6	22.737	12,7	24.036	13,3	-714	-3,2	-2.410	-10,0
Männer	10.880	12,3	11.364	12,6	11.558	12,4	12.349	13,0	-484	-4,3	-1.469	-11,9
Frauen	10.746	12,4	10.976	12,7	11.179	13,1	11.687	13,6	-230	-2,1	-941	-8,1
<b>Übrige Diagnosen</b>	38.403	21,9	39.012	22,0	39.736	22,3	41.208	22,8	-609	-1,6	-2.805	-6,8
Männer	21.476	24,3	21.918	24,2	22.589	24,3	23.489	24,8	-442	-2,0	-2.013	-8,6
Frauen	16.927	19,5	17.094	19,8	17.147	20,0	17.719	20,6	-167	-1,0	-792	-4,5
<b>Gesamt</b>	175.135	100,0	177.061	100,0	178.497	100,0	180.752	100,0	-1.926	-1,1	-5.617	-3,1
Männer	88.519	100,0	90.544	100,0	92.852	100,0	94.763	100,0	-2.025	-2,2	-6.244	-6,6
Frauen	86.616	100,0	86.517	100,0	85.645	100,0	85.989	100,0	+99	+0,1	+627	+0,7

Rundungsfehler

Quelle: DRV, eigene Berechnungen

**Tabelle 2.3.3.: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit nach den vier häufigsten Diagnosegruppen 2010 – 2013 (BMAS)<sup>1232</sup>**

1232 (BMAS, 2014a, S. 158): Datenquelle Deutsche Rentenversicherung

Anlage 2.3.5 Bedeutung demografischer Veränderungen

Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnungen für Deutschland<sup>1233</sup>

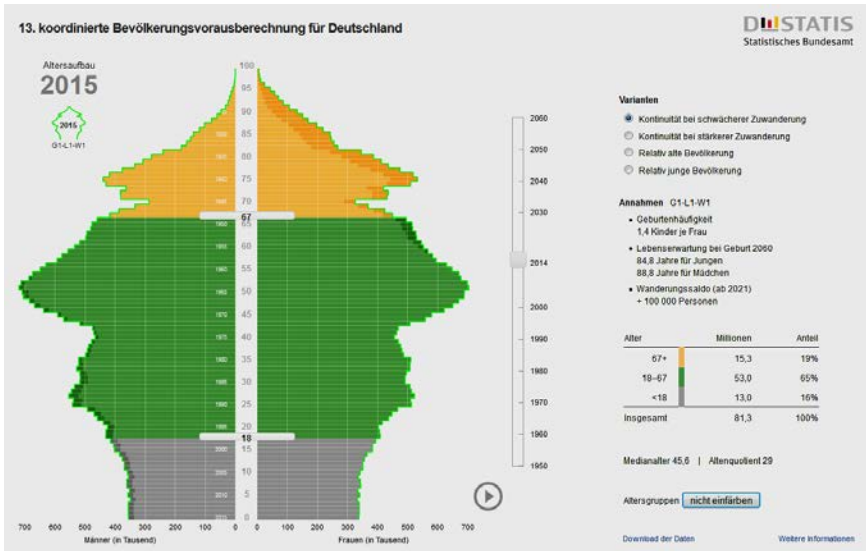


Abbildung 2.3.5. c: Bevölkerungsberechnung für das Jahr 2015 (StBA)

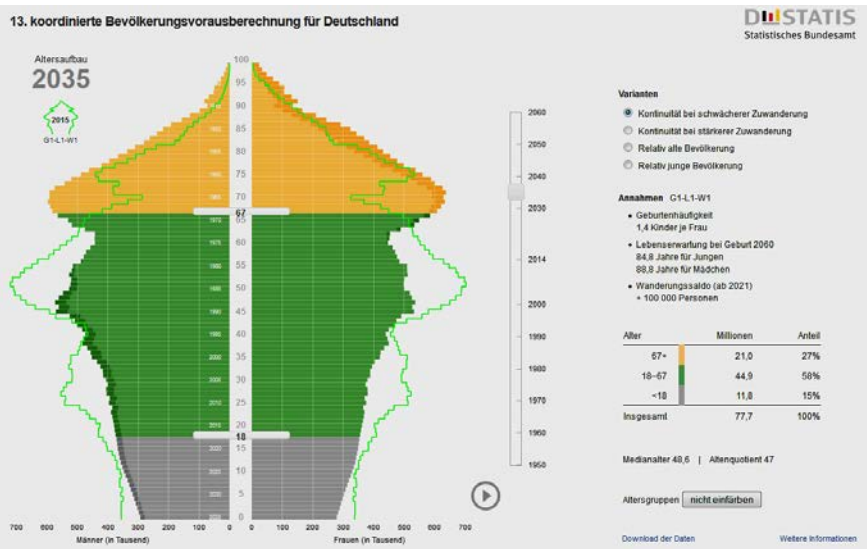


Abbildung 2.3.5. d: Bevölkerungsberechnung für das Jahr 2035 (StBA)

1233 (Statistisches Bundesamt, 2015e)

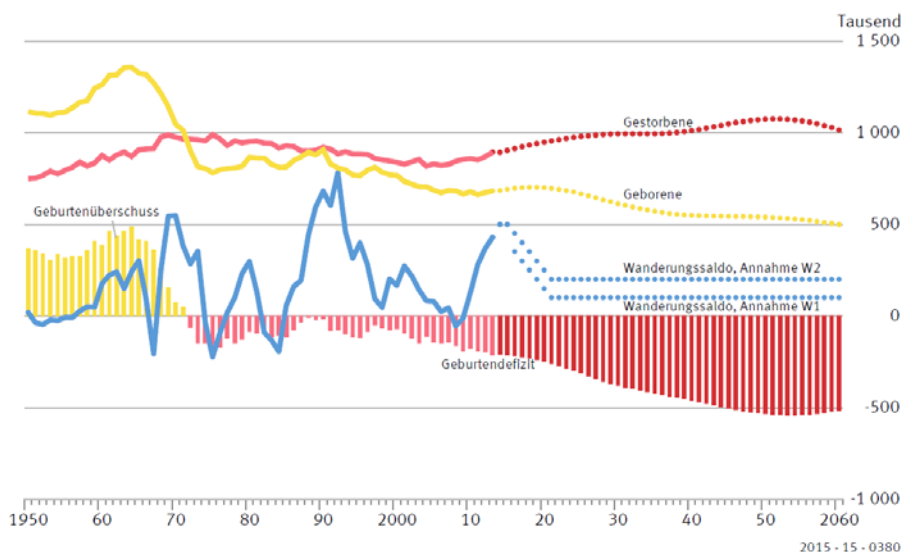


Abbildung 2.3.5.e: Natürliche Bevölkerungsbewegung und Wanderungssaldo (StBA)<sup>1234</sup>

1234 (Statistisches Bundesamt, 2015c, S. 16)

**Anlage 2.4.2.2 Erklärung zur Luxemburger Deklaration zur BGF<sup>1235</sup>****Erklärung**

Die unterzeichnende Organisation (Unternehmen/Betrieb/Behörde/Institution) bringt hiermit zum Ausdruck, dass sie die in der „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union“ beschriebenen Grundsätze teilt und ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz im Geiste der Deklaration fortführt.

Zu diesen Grundsätzen zählen:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor,
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen,
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten andererseits sowie Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung,
- die Verankerung von Gesundheitszielen insbesondere in der Personalpolitik, aber auch in allen anderen Unternehmensbereichen (Integration),
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- ein hoher Grad an Einbeziehung der Beschäftigten in Fragen der Gesundheit (Partizipation),
- die systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme (Projektmanagement),
- die Verbindung von Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).

Die Organisation erklärt sich damit einverstanden, dass der BKK Bundesverband GbR/ Europäisches Informationszentrum als Nationale Kontaktstelle im Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung die Unterzeichner in angemessener Weise öffentlich bekanntmacht mit dem Ziel, weitere Unternehmen dafür zu gewinnen, im Sinne der Luxemburger Deklaration zu handeln.

---

1235 (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, 2007, S. 9)

## Anlage 2.4.3.5 Integrierte BGM-Modelle

### Modell eines integrierten BGM (nach Wienemann/Rimbach)

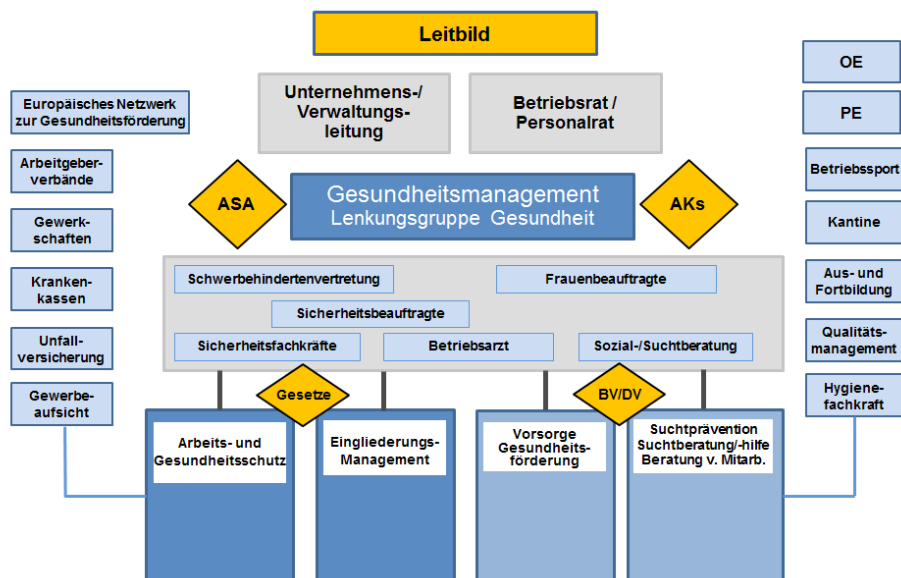


Abbildung 2.4.3.5.d: Modell eines integrierten BGM (nach Rimbach)<sup>1236</sup>

<sup>1236</sup> Darstellung nach: (Rimbach, 2013, S. 85) in Anlehnung an (Wienemann/Rimbach 2008 S.15)

*Drei Ebenen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (nach Oppolzer)*

Gesundheitspolitik und Gesundheitsmanagement im Betrieb			normative Ebene
Öffentlich-rechtliche Verpflichtungen, Führungs- und Unternehmensleitlinien, Unternehmenskultur Anforderungen der Shareholder bzw. Stakeholder, Erwartungen der internen und externen Kunden			
<b>Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz</b>  Ziel: Sicherung und Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verhütung von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren Umsetzung öff.-rechtl. Pflichten (Gesetze/Verordnungen) Zuständigkeiten und Ressourcen: ArbG/Führungskräfte, Sicherheitsbeauftragte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt; Betriebsrat (Überwachung, Mitwirkung, Mitbestimmung), Beschäftigte Strategische Partnerschaften mit externen Stellen	<b>Betriebliche Gesundheitsförderung</b>  Ziel: Sicherung und Verbesserung der Gesundheit durch Stärkung von Ressourcen (Person) und Minderung von Risiken (Betrieb)  Programme zur Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit über die Pflichten zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren hinaus Verhaltens- und Verhältnisprävention  Grundlage: Ottawa-Charta WHO, § 20 SGB V	<b>Integriertes Management</b>  Ziel: Einbettung von »Gesundheit und Leistung« als Querschnittsaufgabe in alle Managementfunktionen  Personalplanung, Personalentwicklung, Personalcontrolling, Personalführung, Mitarbeiterbeurteilung, Betriebliche Sozialberatung	strategische Ebene
Gefährdungsbeurteilung und Maßnahmen des Arbeitsschutzes, Wirksamkeitsüberprüfung, Dokumentation der Ergebnisse Arbeitsschutzmanagement Brandschutz und Unfallverhütung Betriebsärztliche Betreuung Sicherheitstechnische Begehungen Ergonomie (auch: Software-Ergonomie) Kooperation aller Beteiligten (z.B. Arbeitsschutzausschuss, Betriebsrat, Schwerbehindertenvertretung) Betriebsvereinbarungen zum Arbeitsschutz, Betriebliches Eingliederungsmanagement	Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung (Struktur- und Personalentwicklung): Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel, Gesundheitsbericht, Sport, Bewegung, Entspannung, Ernährung (Beratung, Speise-angebote), Suchtprävention (Alkohol, Rauchen, Drogen) menschengerechte Arbeitsgestaltung Arbeitsorganisation und Arbeitsaufgaben Konfliktmanagement, Führungsverhalten Zufriedenheit und Persönlichkeitsentwicklung	Fehlzeitenberichte (Statistiken) Anwesenheitsmanagement Mitarbeitergespräche Jährliche Mitarbeitergespräche Krankenrückkehrgespräche Teamentwicklung Führungskräftecoaching Sekundäre Individualprävention Berufliche Rehabilitation Drogenberatung, Schuldenberatung Partner- und Familienberatung	operative Ebene

**Tabelle 2.4.3.5: Drei Ebenen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (nach Oppolzer)**<sup>1237</sup>

1237 (Oppolzer, 2010, S. 31)

## Anlage 2.4.3.7 Betriebliche Gesundheitsförderung

### BGM Maßnahmenportfolio mit Beispielen (nach DGFP)

Aufgaben	Förderung Gesundheitskompetenz		Prävention		Lösung akuter Gesundheitsprobleme	
	individuell	organisatorisch	individuell	organisatorisch	individuell	organisatorisch
Physische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen und Trainings zur gesunden Lebensführung/zur Gesundheitsthemen</li> <li>• Ritualisierung von Gesundheitselementen im Arbeitsablauf (Bewegungsprogramme)</li> <li>• Unterweisungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegungsräumen</li> <li>• E-Learning-Angeboten und Zugang zu Gesundheitsportalen</li> <li>• körperlich anregender Bürogestaltung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impfung</li> <li>• Ergonomieberatung</li> <li>• Check-ups</li> <li>• Bewegungs- und Ernährungsprogramme</li> <li>• Vorsorgeuntersuchungen</li> <li>• Gesundheitsuntersuchungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MA-Befragung</li> <li>• Gefährdungsbeurteilung</li> <li>• Arbeitsplatz-/Bürogestaltung</li> <li>• Screening-Angebote</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notfallversorgung</li> <li>• Physiotherapie</li> <li>• Ergonomische Intervention im Krankheitsfall</li> <li>• Unterstützung im Krankheitsfall auf Reisen</li> <li>• Rückencoach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umsetzen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rettungskette (Ersthelfer etc.)</li> <li>• Pandemieplanung</li> <li>• Katastrophenschutz (z. B. Evakuierung)</li> <li>• Travel-Assistance-Verträgen</li> </ul> </li> </ul>
Psychische Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen und Trainings zur psychischen Gesundheit</li> <li>• Ritualisierung von Gesundheitselementen (Ruhezeiten, Entspannung, Bewegung etc.)</li> <li>• im Arbeitsablauf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifizierung der Führungskräfte</li> <li>• Gestaltung der Arbeitssysteme und der Arbeitsräume</li> <li>• Bewegungs-/Entspannungsraum</li> <li>• attraktiver Arbeitsplatzgestaltung</li> <li>• Partizipation bei der Arbeitsgestaltung</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stressmanagementprogramme</li> <li>• Beratungsgespräche/Coaching</li> <li>• Fragebogen/Selbst-Checks</li> <li>• Bewegungs- und Ernährungsprogramme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsanalysen</li> <li>• MA-Befragung</li> <li>• Psychische Gefährdungsbeurteilung</li> <li>• Führungskräfte sensibilisierung und -training</li> <li>• Arbeitsplatz/Bürogestaltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervention bei Suchtkranken</li> <li>• Akutintervention nach psychischen Traumata</li> <li>• Coachinggespräch</li> <li>• EAP-Beratung</li> <li>• Vermittlung an Psychotherapeuten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bereitstellen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationskette bei Krisen (Raubüberfall, Selbstmord)</li> <li>• Interventionsleitfäden</li> <li>• Gesprächsleitfäden</li> <li>• Sozialberatung/EAP</li> <li>• Therapeutennetzwerk</li> <li>• qualifizierten Kollegen</li> </ul> </li> </ul>
Soziale Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wahrnehmung von Gelegenheiten für den sozialen Austausch (Kaffeecke bis Event etc.)</li> <li>• Respektvoller Umgang mit sich selbst und anderen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Achtsamkeit als Teil der Unternehmenskultur</li> <li>• Policies/ Führungsgrundsätzen</li> <li>• Integration von Gesundheitselementen in Arbeitsprozessen</li> <li>• Gemeinschaftsferlebnissen (z. B. Sport- und Kulturprogramme)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobbingaufklärung</li> <li>• Konfliktmanagementkurse</li> <li>• Teamcoaching</li> <li>• Teambuilding</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisationsanalysen</li> <li>• MA-Befragung</li> <li>• Unternehmensklima</li> <li>• 360-Grad-Feedback</li> <li>• Sportgruppen</li> <li>• Change Management</li> <li>• Familienservice (Child/Elder Care)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mediation</li> <li>• Teamcoaching</li> <li>• Mitarbeitergespräche</li> <li>• Erstgespräch mit Beraterin</li> <li>• Gesundheitscoach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellen von:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesundheitszirkeln</li> <li>• Sozialberatung/EAP</li> <li>• Ersthelfern</li> </ul> </li> </ul>

**Tabelle 2.4.3.7: BGM Maßnahmenportfolio mit Beispielen (nach DGFP)<sup>1238</sup>**

1238 Tabelle zusammenggeführt und leicht modifiziert nach: (DGFP e. V., 2014, S. 69ff.)



## Anlage 3.1 Das Konzept Präsentismus

### Präsentismus-Modelle

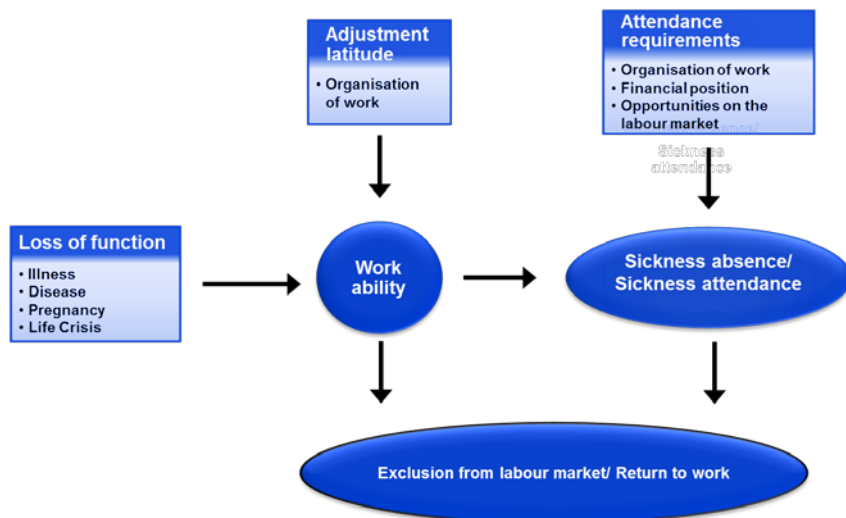


Abbildung 3.1.d: The model of illness flexibility (nach Johansson & Lundberg)<sup>1239</sup>

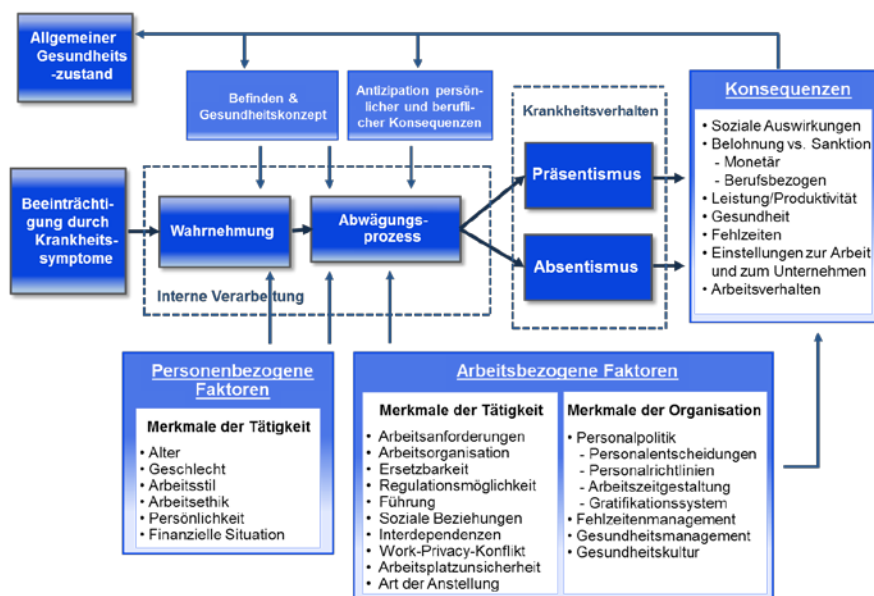


Abbildung 3.1.e: Integratives Modell des Krankheitsverhaltens am Arbeitsplatz (nach Hägerbäumer)<sup>1240</sup>

<sup>1239</sup> Darstellung nach: (Johansson & Lundberg, 2004, S. 1858)

<sup>1240</sup> Darstellung nach: (Hägerbäumer, 2011, S. 234)

## Anlage 3.2.2 Erfassung präsentismusbedingter Kosten

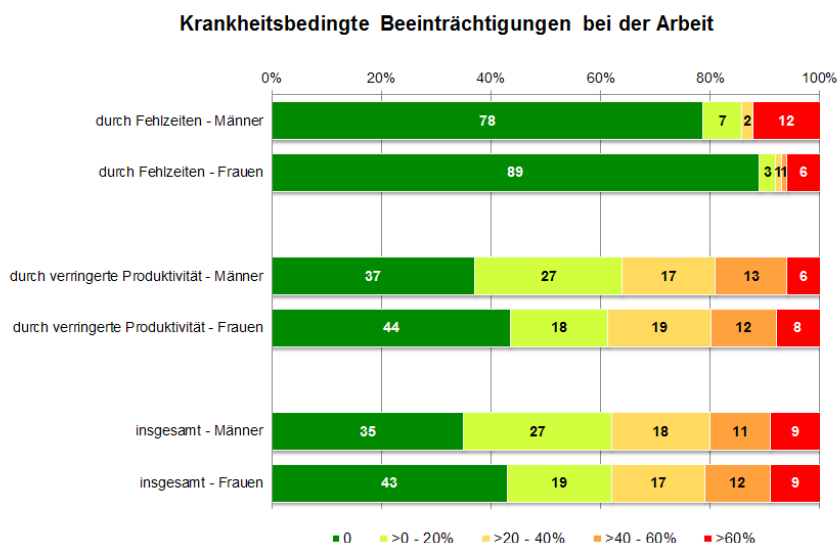
### Stanford-Formel zur Gesundheitskostenrechnung



**Abbildung 3.2.2:** Stanford-Formel zur Gesundheitskostenrechnung  
(nach Schulte-Meßtorff & Wehr)<sup>1241</sup>

## Anlage 3.4.1 Produktivitätsverluste durch Präsentismus

### IGA-Report 12. IGA-Barometer 2007 (Bödeker & Hüsing)



**Abbildung 3.4.1.b:** Beeinträchtigungen der Arbeit durch Gesundheitsprobleme nach WPAI (aus den Teilstichproben der Befragten mit gesundheitlichen Problemen, in Anzahl & Prozent; nach Bödeker & Hüsing)<sup>1242</sup>

1241 Darstellung nach: (Schulte-Meßtorff & Wehr, 2013, S. 19)

1242 Vgl. (Bödeker & Hüsing, 2008, S. 99)

Anlage 3.4.2 Produktivitätsverluste nach Krankheitsarten

Ergebnisse der Vergleichsstudie von Goetzel et al. (2004)

Comparison of Condition Prevalence Rates Across Studies and Databases

Condition	EHC	APA	MIDUS	WPI	HPM				Low	High	Range	Measures	Range (0–10 = low, 11–19 = med, 20+ = hi)
					Database	NHIS	Average						
Allergy	25.8%	27.5%			41.0%	9.0%	25.8%	9.0%	41.0%	32.0%	4		Hi
Arthritis	15.4%		12.6%		10.5%	3.5%	20.0%	12.4%	3.5%	20.0%	16.5%	5	Med
Asthma	4.2%	11.0%	14.6%		8.7%	2.4%	9.0%	8.3%	2.4%	14.6%	12.2%	6	Med
Autoimmune disease			4.3%				4.3%	4.3%	4.3%	0.0%	1		N/A
Any cancer	2.0%		0.5%	0.6%		0.8%	6.2%	2.0%	0.5%	6.2%	5.7%	5	Low
Breast cancer	0.9%						0.1%	0.5%	0.1%	0.9%	0.8%	2	Low
Colon cancer	0.4%							0.4%	0.4%	0.4%	0.0%	1	N/A
Dental problems		9.0%					9.0%	9.0%	9.0%	0.0%	1		N/A
Depression/sadness mental illness	10.3%	26.5%	16.5%		17.4%	4.9%	3.4%	13.2%	3.4%	26.5%	23.1%	6	Hi
Diabetes	5.0%		3.7%	2.7%	2.1%	4.9%	5.3%	3.9%	2.7%	5.3%	2.6%	6	Low
Gastrointestinal/di- gestive				1.3%				1.3%	1.3%	1.3%	0.0%	1	N/A
General anxiety dis.			4.0%		13.6%			8.8%	4.0%	13.6%	9.6%	2	Low
Heart disease	3.8%		3.4%		2.0%	16.9%	5.9%	6.4%	2.0%	16.9%	14.9%	5	Med
Hepatitis	1.1%							1.1%	1.1%	1.1%	0.0%	1	N/A
High cholesterol				4.6%				4.6%	4.6%	4.6%	0.0%	1	N/A
High risk pregnancy	2.8%							2.8%	2.8%	2.8%	0.0%	1	N/A
Hypertension	17.2%		12.4%	8.5%	4.8%	12.4%	19.0%	12.4%	8.5%	19.0%	10.5%	6	Med
Menstrual problems		23.7%						23.7%	23.7%	23.7%	0.0%	1	N/A
Migraine/headache	7.9%	51.7%			27.0%		15.7%	25.6%	7.9%	51.7%	43.8%	4	Hi
Muskuloskeletal, neck, back, spine	36.5%			1.2%		20.1%		19.3%	1.2%	36.5%	35.3%	3	Hi
Obesity				29.8%				29.8%	29.8%	29.8%	0.0%	1	N/A
Respiratory disorders (except asthma)	7.8%	6.1%		1.3%	16.5%	22.6%		10.9%	1.3%	22.6%	21.3%	5	Hi

Tabelle 3.4.2.a: Übersicht der Prävalenzen verschiedener Krankheitsbilder (Goetzel et al.)<sup>1243</sup>

Comparison of Top 10 Conditions—Pct Productivity Losses Due to Presenteeism Per Employee Per Year—For Employees Who Have the Condition Over a Multi-day or Multi-week Period

Condition	EHC	APQA	MIDUS	WPI	HPM		WPSI	Average	Low	High	Range
					Database						
Allergy	14.5%	8.3%	N/A	N/A	N/A		9.8%	10.9%	8.3%	14.5%	6.2%
Arthritis	16.0%	N/A	N/A	N/A	N/A		6.3%	11.2%	6.3%	16.0%	9.7%
Asthma	14.0%	11.0%	N/A	N/A	N/A		7.9%	11.0%	7.9%	14.0%	6.1%
Any cancer	15.0%	N/A	N/A	1.9%	N/A		N/A	8.5%	1.9%	15.0%	13.1%
Depression/sadness/mental illness	24.5%	11.5%	N/A	9.3%	N/A		16.0%	15.3%	9.3%	24.5%	15.2%
Diabetes	10.5%	N/A	N/A	21.8%	N/A		1.9%	11.4%	1.9%	21.8%	19.9%
Heart disease	13.5%	N/A	N/A	N/A	N/A		0.0%	6.8%	0.0%	13.5%	13.5%
Hypertension	0.6%	N/A	N/A	9.8%	N/A		10.4%	6.9%	0.6%	10.4%	9.8%
Migraine/headache	28.5%	8.3%	N/A	N/A	N/A		24.8%	20.5%	8.3%	28.5%	20.2%
Respiratory disorders	20.5%	12.9%	N/A	14.6%	N/A		20.7%	17.2%	12.9%	20.7%	7.8%
Average Loss	15.8%	10.4%	N/A	11.5%	N/A		10.9%	12.0%	5.7%	17.9%	12.1%

Tabelle 3.4.2.b: Produktivitätsverluste der zehn wichtigsten Krankheitsbilder (Goetzel et al.)<sup>1244</sup>

1243 (Goetzel, et al., 2004, S. 404)

1244 (Goetzel, et al., 2004, S. 405)

## Anlage 4.1.2: Leverage-Salience-Theorie (nach Groves et al.)<sup>1245</sup>

### Grundidee der Leverage-Salience-Theorie:

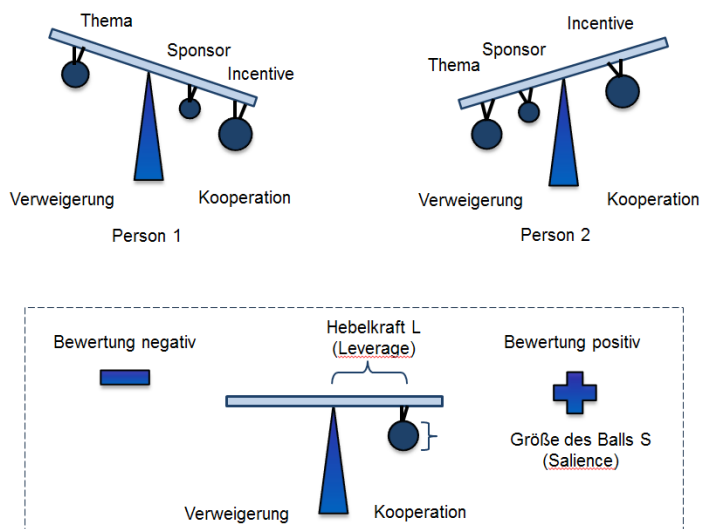


Abbildung 4.1.2: Die Grundidee der Leverage-Salience-Theorie (nach Proner)<sup>1246</sup>

### Grundaussagen der Leverage-Salience-Theorie:

1.	Unterschiedliche Aspekte einer Umfrage sind unterschiedlichen Zielpersonen mehr oder weniger wichtig ( <i>Leverage</i> ), wie z. B. das Thema der Umfrage, der Sponsor, der Zeitaufwand usw.
2.	Diese Aspekte können bei der Durchführung einer Umfrage für unterschiedliche Zielpersonen unterschiedlich sichtbar ( <i>oder salient</i> ) sein.
3.	Die Interaktion zwischen Leverage und Salience ist für die Teilnahmebereitschaft entscheidend. Wenn sich beispielsweise eine Zielperson für das Thema der Befragung interessiert und dieses Thema deutlich und prägnant an die Zielpersonen kommuniziert wird, erhöht sich ihre Teilnahmebereitschaft. Nimmt eine Zielperson, die wenig Zeit hat, dominant wahr, dass die Beantwortung des Fragebogens mit einem hohen Zeitaufwand verbunden ist (langer Fragebogen), sinkt die Teilnahmebereitschaft dieser Person.
4.	Dominiert nur ein Aspekt der Befragung in der Wahrnehmung der Zielpersonen, wie z. B. das Thema, so kann es zu schwerwiegenden Verzerrungen in der Stichprobe führen, weil nur Personen befragt werden können, die sich für das Thema der Befragung interessieren. Deshalb sollte man bei der Durchführung von Umfragen darauf achten, dass Personen mit verschiedenen Motiven gleichermaßen angesprochen werden.

Tabelle 4.1.2: Grundaussagen der Leverage-Salience-Theorie (nach Menold)<sup>1247</sup>

<sup>1245</sup> Vgl. (Groves, Singer, & Corning, 2000)

<sup>1246</sup> Darstellung nach: (Proner, 2011, S. 66) in Anlehnung an: (Groves, Singer, & Corning, 2000, S. 300)

<sup>1247</sup> (Menold, 2015, S. 2)

Anlage 4.2: Total/Tailored Design Method nach Don Dillman

To Establish Trust...	To Establish Trust...	To Establish Trust...
<ul style="list-style-type: none"><li>• Provide token of appreciation in advance</li><li>• Sponsorship by legitimate</li><li>• Make the task appear important</li><li>• Invoke other exchange relationships</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Show positive regard</li><li>• Say thank you</li><li>• Ask for advice</li><li>• Support group values</li><li>• Give tangible rewards</li><li>• Make the questionnaire interesting</li><li>• Give social validation</li><li>• Communicate scarcity of response opportunities</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avoid subordinating language</li><li>• Avoid embarrassment</li><li>• Avoid inconvenience</li><li>• Make questions short and easy</li><li>• Minimize request to obtain personal information</li><li>• Emphasize similarity to request</li></ul>

**Tabelle 4.2.a:** Ansätze zur Optimierung schriftlich-postalischer Befragungen (nach Dillman)<sup>1248</sup>

<sup>1248</sup> (Dillman, 2007, S. 27)

<b>Fragebogen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Broschüren-Form</li> <li>• Frontreite und letzte Seite frei</li> <li>• Verkleinert</li> <li>• Weißes Papier</li> </ul>	
<b>Anordnung der Fragen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mit leichten, interessanten Fragen beginnen</li> <li>• Inhaltlich gleiche Fragen zusammen – technisch einheitlich</li> <li>• Komplexe auseinander aufbauen</li> <li>• Sensible bzw. heikle Fragen am Ende</li> <li>• Demografie am Ende</li> </ul>	
<b>Design der Fragen:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übersichtlich</li> <li>• Art und Anordnung der Buchstaben</li> <li>• Vermeidung von Frageteilung</li> <li>• Frageabfolge von oben nach unten</li> <li>• Visuelle Hilfen</li> </ul>	
<b>Implementation:</b>	
<b>Anschreiben:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offizielles Briefpapier</li> <li>• Anschrift auf Brief</li> <li>• Datum exakt</li> <li>• Nützlichkeit der Studie</li> <li>• Wichtigkeit der Befragten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vertraulichkeit</li> <li>• Erklärung der Identifikationsnummer</li> <li>• Rückfragen ermuntern</li> <li>• Dank</li> <li>• Unterschrift</li> </ul>
<b>Verpackung:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufmachung des Anschreibekuvirts</li> <li>• Rückkuvert beilegen</li> </ul>	
<b>Versand:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jeweils Mitte der Woche (Wochenende dazwischen)</li> <li>• 1 Woche später: Postkarte (Dank an alle / freundliche Erinnerung)</li> <li>• 3 Wochen später: nochmals Fragebogen beilegen / kürzerer Brief</li> <li>• 7 Wochen später: „certified mail“ (besondere Versandart – Einschreiben, Eilbrief / Fragebogen beilegen)</li> </ul>	

**Tabelle 4.2.b:** TDM: Anweisungen DILLMANNs (nach Hippler)<sup>1249</sup>

<sup>1249</sup> Vgl. Dillmann 1983 zit. n. (Hippler, 1985, S. 43)

## Anlage 4.2.1: Anschreiben Unternehmenskurzbefragung

Seite 1

Helmut-Schmidt-Universität, Postfach 700822, 22008 Hamburg

**Bereichsleitung**  
**Frau**

Hamburg, 01.11.2013

**Kurzbefragung Präsentismus & Betriebliches Gesundheitsmanagement**

Sehr geehrte Frau [REDACTED],

im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie untersuche ich als Doktorand der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg (Universität der Bundeswehr) das Phänomen 'Präsentismus' hinsichtlich seiner Bedeutung, Konsequenzen und Herausforderungen für die Personalführung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM).

Für eine bundesweite Kurzbefragung werden hierzu aktuell mehrere hundert Unternehmen, Behörden und Organisationen angeschrieben, die durch ein besonderes Gesundheitsmanagement oder als guter Arbeitgeber über Publikationen und das Internet identifiziert wurden.

Ziel dieser umfangreichen Studie ist es, Erkenntnisse über Bedeutung, Probleme und betriebliche Erfahrungswerte mit Präsentismus sowie den Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitskontext zu gewinnen, um daraus Instrumente und Unterstützungsmaßnahmen für die Personalführung und das BGM abzuleiten.

Im Hinblick auf Ihre praktischen Erfahrungen und den Erfolg dieser Studie möchte ich Sie herzlich bitten, sich kurz Zeit zu nehmen (ca.10-15 Minuten) und den beiliegenden Fragebogen auszufüllen. Sollte Ihnen die Beantwortung zeitlich nicht möglich sein oder die Thematik nicht in Ihren Zuständigkeitsbereich fallen, würde ich mich sehr freuen, wenn Sie Ihre/n zuständige/n Kollegen/in um die Beantwortung bitten würden.

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben absolut anonym und vertraulich ausgewertet werden, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen, Unternehmen, Behörden oder Organisationen möglich sind.

Um Ihre Antworten im Referenzrahmen oder mit den Erfahrungswerten anderer Teilnehmer vergleichen zu können, werden die Ergebnisse der



HELMUT SCHMIDT  
UNIVERSITÄT  
Universität der Bundeswehr Hamburg

Fakultät für Geistes- und  
Sozialwissenschaften

Professur für Personalwesen,  
insb. Personalführung  
Univ.-Prof. Dr. Peter Nieder

Dipl.-Päd. Thomas Jung

E Jung@hsu-hh.de

Sekretariat: Frau [REDACTED]  
T +49(0)40/6541-  
F +49(0)40/6541-  
E [REDACTED]@hsu-hh.de

Helmut-Schmidt-Universität  
Universität der Bundeswehr  
Hamburg

Besucherschrift:  
Holstenhofweg 85  
22043 Hamburg

Postanschrift:  
Postfach 700822  
22008 Hamburg

Abbildung 4.2.1.a: Anschreiben Unternehmensbefragung (Seite 1)



Abbildung 4.2.1.b: Anschreiben Unternehmensbefragung (Seite 2)



## Anlage 4.2.2: Fragebogen Unternehmenskurzbefragung

Fragebogen:

# Kurzbefragung Präsentismus & Betriebliches Gesundheitsmanagement



**HELMUT SCHMIDT  
UNIVERSITÄT**  
Universität der Bundeswehr Hamburg

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, mein Forschungsprojekt und Dissertationsvorhaben zum Thema „Präsentismus und der betriebliche Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern am Arbeitsplatz“ mit Ihren Erfahrungswerten zu unterstützen.

Ziel dieser bundesweiten Studie ist es, das bislang noch sehr uneinheitlich gedeutete Phänomen ‚Präsentismus‘ hinsichtlich seiner Bedeutung für deutsche Unternehmen, Behörden und Organisationen zu erforschen und betriebliche Erfahrungswerte im Umgang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen im Arbeitskontext systematisch zu erheben, um einen Referenzrahmen zu erstellen und Maßnahmen für die Personalführung und das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu entwickeln.

Der inhaltliche Rahmen der Kurzbefragung bezieht sich auf die Themenbereiche:

- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Präsentismus-Verständnis
- Umgang mit Präsentismus

Von besonderer Bedeutung sind für den Verlauf der Studie Ihre Antworten hinsichtlich Ihres Präsentismus-Verständnisses und Ihrer Herangehensweise bzw. Ihres Umgangs mit Krankheit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Mitarbeitern am Arbeitsplatz.

Die Bearbeitung des Fragebogens wird ca. 10-15 Minuten dauern. Zur besseren Handhabbarkeit beziehen sich die Antwortmöglichkeiten immer nur auf eine Geschlechtsform, repräsentieren aber ebenfalls die jeweils andere.

**Den ausgefüllten Fragebogen bitte ich Sie, im beiliegenden gelben Freiumschlag an die Helmut-Schmidt-Universität zurück zu senden.**

Ich versichere Ihnen, dass Ihre Angaben **absolut anonym und vertraulich** ausgewertet werden, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen, Unternehmen, Behörden oder Organisationen möglich sind.

Bei Fragen, Anregungen oder für eine detailliertere Darstellung Ihres betrieblichen Ansatzes oder Konzeptes im Umgang mit Präsentismus freue ich mich über eine E-Mail an folgende Adresse: [juna@hsu-hh.de](mailto:juna@hsu-hh.de)

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Mit freundlichen Grüßen



Dipl.-Päd. Thomas Jung  
(Doktorand der Helmut-Schmidt-Universität Hamburg)

Abbildung 4.2.2.a: Fragebogen Kurzbefragung (Deckblatt & Bearbeitungshinweise)

## Unternehmensbefragung Präsentismus

**A) Unternehmen/Behörde/Organisation (Im Folgenden kurz: Unternehmen):****1. Welcher Branche oder Wirtschaftsgruppe gehört Ihr Unternehmen an?**

- ☐ Dienstleistung/IT/Kommunikation
- ☐ Gesundheits-/Sozialwesen
- ☐ Finanzen/Versicherungen
- ☐ Maschinenbau/Automobil-/Schwerindustrie
- ☐ Konsumgüter/Nahrung/Elektrotechnik/Chemie
- ☐ Energie/Wasser/Entsorgung/Bergbau
- ☐ Verkehr/Handel/Logistik
- ☐ Bau/Handwerk
- ☐ Öffentliche Verwaltung/Behörde
- ☐ Sonstige

**2. Wie viele Mitarbeiter beschäftigt Ihr Unternehmen?**

- ☐ Bis 50
- ☐ 51 bis 500
- ☐ 501 bis 1.000
- ☐ 1.001 bis 5.000
- ☐ Mehr als 5.000

**3. Wie viel Prozent der Mitarbeiter Ihres Unternehmens (auf die sich Ihre Antworten beziehen) verrichten überwiegend körperliche Tätigkeiten?**

- ☐ Weniger als 25 %
- ☐ 25 - 50 %
- ☐ 51 - 75 %
- ☐ Mehr als 75 %

**4. Welche Position bekleiden Sie selbst im Unternehmen? (In Hauptfunktion)**

- ☐ Betrieblicher Gesundheitsmanager
- ☐ Geschäftsführer/Vorstand
- ☐ Personalleiter/-referent
- ☐ Betriebsarzt
- ☐ Fachkraft für Arbeitssicherheit
- ☐ Sozialberater/Schwerbehindertenvertreter
- ☐ Betriebs-/Personalrat
- ☐ Referent Presse-/Öffentlichkeitsarbeit
- ☐ Sonstiges

**B) Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM):****5. Betreibt Ihr Unternehmen ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)?**

- ☐ Ja
- ☐ Noch nicht, ist aber in der Planung oder Umsetzung
- ☐ Nein, ist auch nicht geplant

⇒ Wenn nein, bitte weiter mit Frage 8

Abbildung 4.2.2.b: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 3)

Unternehmensbefragung Präsentismus

6. Welche Abteilung oder welcher Bereich Ihres Unternehmens steuert das BGM federführend?

☐ Geschäftsführung

☐ Personalabteilung

☐ Eigenständige Abteilung BGM

☐ Arbeits-/Betriebsmedizin

☐ Schwerbehindertenvertretung/Sozialberatung

☐ Arbeitssicherheit/Arbeitsschutz

☐ Sonstige

7. Welche der aufgeführten Themengebiete umfassen die Angebote und Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des BGM in Ihrem Unternehmen derzeit oder sind für die Zukunft konkret geplant? (Mehrfachnennungen möglich)

	Aktuell	Geplant
Gefährdungs- und Belastungsanalysen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitarbeiterbefragungen (zu gesundheitsrelevanten Themen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische Vorsorge/Prävention (Check-Up, Impfungen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information/Aufklärung (zu gesundheitsrelevanten Themen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Führungskräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Belegschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung/Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung (Bereitstellung, Beratung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtberatung/-entwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förderung der psychischen Gesundheit (Beratung, Entspannung, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Work-Life-Balance (Kinderbetreuung, Flexible Arbeitszeitmodelle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verankerung des BGM in der Unternehmensstrategie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Welche gesundheitsbezogenen Daten werden in Ihrem Unternehmen über Kennzahlen oder Mitarbeiter-/Führungskräftebefragungen systematisch erhoben und analysiert? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ Fehlzeiten

☐ Arbeitsunfälle

☐ Mitarbeiterzufriedenheit

☐ Erscheinen erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz

☐ Gefährdungs-/Belastungspotenzial der Arbeitsplätze

☐ Psychische Beanspruchung der Mitarbeiter

☐ Körperliche Beanspruchung der Mitarbeiter

☐ Individuelle Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiter (z.B. Work-Ability-Index)

☐ Beteiligungsquote an BGF-/BGM-Maßnahmen

☐ Sonstige: (Bitte benennen)

☐ Keine

4

Abbildung 4.2.2.c: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 4)



## Unternehmensbefragung Präsentismus

## 9. Wie schätzen Sie den aktuellen Handlungsbedarf Ihres Unternehmens hinsichtlich folgender Themen ein? (Mehrfachnennungen)

	Keinen	Gering	Hoch	Sehr hoch	Keine Angabe
Fehlzeiten/Krankenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überstunden/signifikante Mehrarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluktuationsquote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachkräftemangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wertewandel/Generationenkonflikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überalterung der Belegschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitsbewusstsein/-verhalten der Belegschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inklusion (Teilhabe von Menschen mit Behinderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frühverrentungen von Mitarbeitern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Inwieweit findet die DIN SPEC 91020 (Betriebliches Gesundheitsmanagement) Berücksichtigung für die Ausrichtung des BGM Ihres Unternehmens?

- ☐ Die DIN SPEC 91020 ist mir nicht bekannt.
- ☐ Ich habe von der DIN SPEC 91020 gehört, kenne sie aber inhaltlich nicht.
- ☐ Die DIN SPEC 91020 ist mir bekannt, findet aber im Unternehmen keine Berücksichtigung.
- ☐ Die DIN SPEC 91020 dient als Orientierungsrahmen für das BGM in unserem Unternehmen.

## C) Präsentismus-Verständnis:

## 11. Welchem Präsentismus-Verständnis stimmen Sie (aus Sicht Ihres Unternehmens) am ehesten zu?

- ☐ Präsentismus ist das **Arbeiten trotz Krankheit** oder gesundheitlicher Beschwerden.
- ☐ Präsentismus sind **Produktivitätsverluste** durch Mitarbeiter am Arbeitsplatz **infolge von Krankheit** oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen.
- ☐ Präsentismus sind **Produktivitätsverluste** durch Mitarbeiter am Arbeitsplatz, **bedingt durch Krankheit oder sonstige (auch private) Beeinträchtigungen/Ablenkungen**.
- ☐ Präsentismus ist die **unverhältnismäßig lange Präsenz** am Arbeitsplatz.
- ☐ **Der Begriff Präsentismus ist mir nicht bekannt.**
- ⇒ Wenn nicht bekannt, bitte weiter mit Frage 14

12. Wie bewerten Sie das Phänomen Präsentismus?  
Präsentismus ist...

- ☐ ...ein Problem, das es zu lösen bzw. zu verhindern gilt.
- ☐ ...ein normales Phänomen, das es in Kauf zu nehmen gilt.
- ☐ ...etwas, das grundsätzlich begrüßt werden sollte.

## 13. Inwieweit findet das Thema Präsentismus in Ihrem Unternehmen Berücksichtigung?

- ☐ Findet keine Berücksichtigung.
- ☐ Ist Gegenstand strategischer oder operativer Überlegungen und Planungen.
- ☐ Ist Gegenstand von Gesundheitsanalysen, Mitarbeiterbefragungen und/oder BGM-Maßnahmen.

Abbildung 4.2.2.d: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 5)

## Unternehmensbefragung Präsentismus

## 14. Wie beurteilen Sie die Herausforderungen oder Probleme Ihres Unternehmens hinsichtlich folgender Sachverhalte? (von 1-5) (Mehrfachnennungen)

1 = unproblematisch bis 5 = existenzbedrohend

1 2 3 4 5

Anteil psychisch erkrankter Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteil chronisch erkrankter oder dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anwesenheit akut erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz (Infektionskrankheiten, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktivitätsverluste durch anwesende, aber gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktivitätsverluste durch anwesende Mitarbeiter, die <u>nicht</u> gesundheitlich, <u>sondern</u> verhaltensbedingt sind (z.B. durch ungerechtfertigte Pausen, private Emails, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## D) Umgang mit Präsentismus:

## 15. Gibt es in Ihrem Unternehmen eine verbindliche Regelung, Handlungsanweisung oder standardisierte Maßnahmen zum Umgang mit akut erkrankten und nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz?

☐ Nein☐ Ja:

⇒ Wenn ja, welche? (Bitte Textfeld nutzen)

## 16. Werden Ihre Führungskräfte im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern systematisch geschult?

☐ Ja, Führungskräfte aller Ebenen☐ Ja, Führungskräfte ab dem mittleren Management☐ Ja, aber nur im Einzelfall☐ Nein☐ Keine Angaben

## 17. Inwieweit wurden in Ihrem Unternehmen (neben Fehlzeiten) Produktivitätsverluste infolge gesundheitlicher Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz ermittelt?

☐ Noch gar nicht☐ Mittels Mitarbeiter-Befragung☐ Mittels „Stanford-Formel“ (Faustformel)☐ Mittels wissenschaftlicher Instrumente (z.B. SPS, WPAI, HLQ, HPQ, HWQ, etc.)☐ Keine Angaben

Abbildung 4.2.2.e: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 6)

*Unternehmensbefragung Präsentismus*

**18. Welche verbindlichen Angebote bietet Ihr Unternehmen erkrankten oder leistungsgeminderten Mitarbeitern zur Verbesserung/Förderung ihrer Arbeitsfähigkeit? (Mehrfachnennungen möglich)**

<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizinische Beratung und Unterstützung (zur betrieblichen und individuellen gesundheitlichen Situation)
<input type="checkbox"/>	Psychologische/Soziale Beratung (Psychologen, Sozialarbeiter, EAP, etc.)
<input type="checkbox"/>	Gesundheits-Coaching/Resilienztraining
<input type="checkbox"/>	Reduzierung/Flexibilisierung der Arbeitszeit
<input type="checkbox"/>	Reduzierung der Arbeitsbelastung (Umfang)
<input type="checkbox"/>	Individuelle gesundheitsgerechte (Um-)Gestaltung des Arbeitsplatzes
<input type="checkbox"/>	Individuelle Zuweisung eines gesundheitsgerechten Arbeitsplatzes (Matching)
<input type="checkbox"/>	Physiotherapie/leidensbezogenes Training
<input type="checkbox"/>	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)
<input type="checkbox"/>	Sonstige
<input type="checkbox"/>	Keine

**19. Welche Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter bietet Ihr Unternehmen außer den zuvor (in Frage 18) genannten Angeboten aktuell oder in naher Zukunft an?  
(Bitte Textfeld nutzen)**

**20. Welche Ihrer genannten Maßnahmen im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern im Arbeitskontext bewerten Sie (für welche Ziel-/ Symptomgruppe) als besonders wirksam und nachhaltig?**

(Bitte benennen und zuordnen)	körperlich (langfristig)	psychisch (langfristig)	akut
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7

Abbildung 4.2.2.f: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 7)

Unternehmensbefragung Präsentismus

21. Wie gut fühlen Sie sich durch folgende externe Kooperationspartner bei der Integration/Betreuung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter unterstützt? (von 1-5) (Mehrfachnennungen)

1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht	1	2	3	4	5	Keine Kooperation
Krankenkassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rentenversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufsgenossenschaften/ gesetzliche Unfallversicherungsträger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bundesagentur für Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Integrationsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinsame Servicestellen für Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeberverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewerkschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beauftragte Dienstleister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: (Bitte benennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!



HELMUT SCHMIDT  
UNIVERSITÄT  
Universität der Bundeswehr Hamburg

Dipl.-Päd. Thomas Jung

[Jung@hsu-hh.de](mailto:Jung@hsu-hh.de)

8

Abbildung 4.2.2.g: Fragebogen Kurzbefragung (Seite 8)

### Anlage 4.3: Ergebnisse (Ergänzungen)

#### Anlage 4.3.1: Merkmale der Befragungsteilnehmer

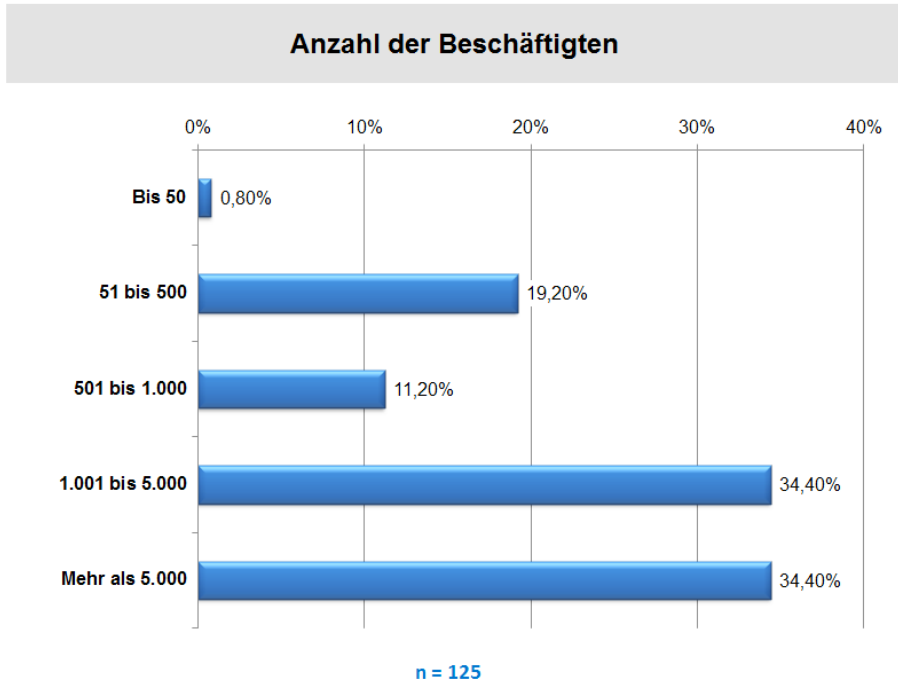


Abbildung 4.3.1.d: Anzahl der Beschäftigten



Anlage 4.3.2: Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Anlage 4.3.2.1: Weitere Ergebnisse

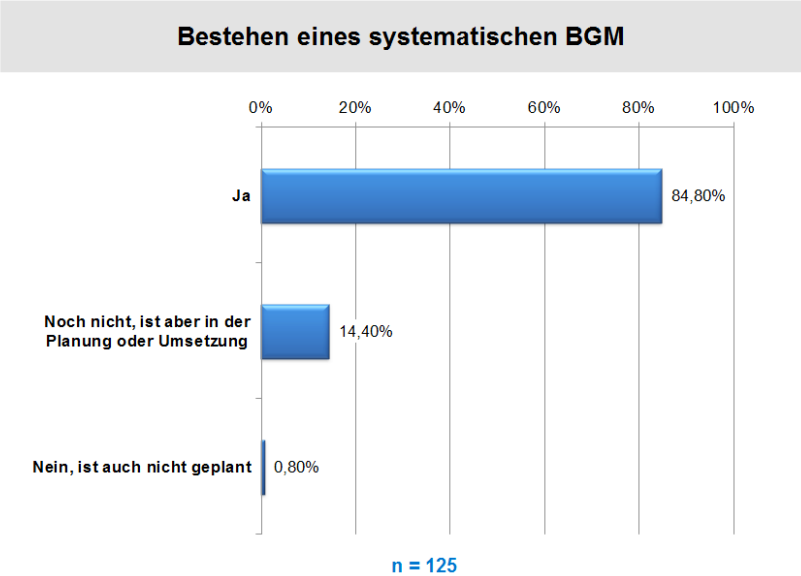


Abbildung 4.3.2.1: Bestehen eines Systematischen BGM

Weitere Nennungen gesundheitsbezogener Daten: Auszug offener Angaben unter „Sonstige“
• Anteil der Mitarbeiter ohne Fehlzeiten pro Jahr • (der „Nie-Kranken“ => „Präsentismus“)
• Altersstrukturanalyse
• Anteil MA über 55
• Anteil Schwerbehinderter
• Fehlzeiten nach Altersgruppen
• Gesundheitsberichte der Krankenkassen
• Jahresauswertung EAP (psych. Belastungen)
• Ergebnisse und Anlässe aus BEM
• Business Health Culture Index
• Teilnahme an Gesundheitsschichten, Coachings
• Eigenes BGM-System (mit Zertifizierung)
• Überstunden

Tabelle 4.3.2.1: Erhebung/Analyse sonstiger gesundheitsbezogene Daten

### Anlage 4.3.2.2: Vergleich Unternehmen mit/ohne Analyse ABF

Gegenwärtige Angebote und Maßnahmen zu <sup>1250</sup> :	Analyse ABF		Keine Analyse ABF		Differenz
	n = 23		n = 102		
Gefährdungs- und Belastungsanalysen	21	91,30%	82	80,39%	10,91%
Mitarbeiterbefragungen (zu gesundheitsrelevanten Themen)	21	91,30%	60	58,84%	32,46%
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	21	91,30%	87	85,29%	6,01%
Medizinische Vorsorge/Prävention (Check-Up, Impfungen, etc.)	22	95,65%	92	90,20%	5,45%
Information/Aufklärung (zu gesundheitsrelevanten Themen)	20	86,96%	93	91,18%	-4,22%
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Führungskräfte	20	86,96%	72	70,59%	16,37%
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Belegschaft	21	91,30%	66	64,71%	26,59%
Bewegung/Sport	21	91,30%	88	86,28%	5,02%
Ernährung (Bereitstellung, Beratung, etc.)	19	82,61%	77	75,49%	7,12%
Suchtberatung/-entwöhnung	19	82,61%	74	72,55%	10,06%
Förderung der psychischen Gesundheit (Beratung, Entspannung, etc.)	20	86,96%	66	64,71%	22,25%
Work-Life-Balance (Kinderbetreuung, Flexible Arbeitszeitmodelle, etc.)	22	95,65%	78	76,47%	19,18%
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	22	95,65%	83	81,37%	14,28%
Verankerung des BGM in der Unternehmensstrategie	18	78,26%	53	51,96%	26,30%

**Tabelle 4.3.2.2.a:** Vergleichsauswertung Frage 7 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse

<sup>1250</sup> Frage 7 (Abbildung: 4.2.2.c)

Erhebung/Analyse gesundheitsbezogener Daten <sup>1251</sup> :	Analyse ABF		Keine Analyse ABF		Differenz
		<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 102	
Fehlzeiten	23	100%	98	96,08%	3,92%
Arbeitsunfälle	23	100%	94	82,16%	17,84%
Mitarbeiterzufriedenheit	21	91,30%	65	63,73%	27,57%
Erscheinen erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz	6	26,09%	4	3,92%	22,17%
Gefährdungs-/Belastungspotenzial der Arbeitsplätze	20	86,96%	69	67,65%	19,31%
Psychische Beanspruchung der Mitarbeiter	13	56,52%	28	27,45%	29,07%
Körperliche Beanspruchung der Mitarbeiter	14	60,87%	32	31,37%	29,50%
Individuelle Arbeitsbewältigungs- fähigkeit der Mitarbeiter (z.B. Work-Ability-Index)	23	100%	0	0%	100%
Beteiligungsquote BGF-/BGM-Maßnahmen	18	78,21%	65	63,73%	14,48%
Keine	0	0%	1	0,98%	-0,98%

Tabelle 4.3.2.2.b: Vergleichsauswertung Frage 8 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse

Angebote zur Verbesserung/Förderung der Arbeitsfähigkeit <sup>1252</sup> :	Analyse ABF		Keine Analyse ABF		Differenz
	n = 23		n = 101		
Arbeitsmedizinische Beratung und Unterstützung	22	95,65%	97	96,04%	-0,39%
Psychologische/Soziale Beratung	20	86,96%	72	71,29%	18,67%
Gesundheits-Coaching/Resilienztraining	14	60,87%	32	31,68%	29,19%
Reduzierung/Flexibilisierung der Arbeitszeit	23	100%	80	79,21%	20,97%
Reduzierung der Arbeitsbelastung	17	73,91%	51	50,50%	23,41%
Individuelle gesundheitsgerechte(Um-) Gestaltung des Arbeitsplatzes	21	91,30%	80	79,21%	12,09%
Individuelle Zuweisung eines gesundheitsgerechten Arbeitsplatzes	15	65,22%	47	46,54%	18,68%
Physiotherapie/leidensbezogenes Training	13	56,52%	26	25,74%	30,78%
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	23	100%	90	89,11%	10,89%
Sonstige	4	17,39%	12	3,96%	13,43%
Keine	0	0%	0	0%	0%

Tabelle 4.3.2.2.c: Vergleichsauswertung Frage 18 bei Unternehmen mit und ohne ABF-Analyse

1251 Frage 8 (Abbildung: 4.2.2.c)  
1252 Frage 18 (Abbildung: 4.2.2.f)

### Anlage 4.3.2.3: Teilauswertung Unternehmen mit Präsentismus-Analyse

Angebote und Maßnahmen zu <sup>1253</sup> :	Aktuell		Geplant	
	n = 10			
Gefährdungs- und Belastungsanalysen	10	100%	0	0%
Mitarbeiterbefragungen (zu gesundheitsrelevanten Themen)	9	90%	1	10%
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	10	100%	0	0%
Medizinische Vorsorge/Prävention (Check-Up, Impfungen, etc.)	10	100%	0	0%
Information/Aufklärung (zu gesundheitsrelevanten Themen)	10	100%	0	0%
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Führungskräfte	10	100%	0	0%
Schulung/Qualifizierung/Sensibilisierung der Belegschaft	9	90%	1	10%
Bewegung/Sport	10	100%	0	0%
Ernährung (Bereitstellung, Beratung, etc.)	9	90%	1	10%
Suchtberatung/-entwöhnung	10	100%	0	0%
Förderung der psychischen Gesundheit (Beratung, Entspannung, etc.)	8	80%	2	20%
Work-Life-Balance (Kinderbetreuung, Flexible Arbeitszeitmodelle, etc.)	9	90%	1	10%
Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	10	100%	0	0%
Verankerung des BGM in der Unternehmensstrategie	8	80%	2	20%

Tabelle 4.3.2.3: Teilauswertung Frage 7 bei Unternehmen mit Präsentismus-Analyse

<sup>1253</sup> Frage 7 (Abbildung: 4.2.2.c)

#### Anlage 4.3.2.4: Einschätzungen zum Handlungsbedarf

	Keinen	Gering	Hoch	Sehr hoch	n =	mittel
<b>Fehlzeiten/ Krankenstand</b>	<b>5,74%</b> (7)	<b>41,80%</b> (51)	<b>44,26%</b> (54)	<b>8,20%</b> (10)	<b>122</b>	<b>2,55</b>
<b>Überstunden/signifi- kante Mehrarbeit</b>	<b>10,66%</b> (13)	<b>45,90%</b> (56)	<b>39,34%</b> (48)	<b>4,10%</b> (5)	<b>122</b>	<b>2,37</b>
<b>Fluktuationsquote</b>	<b>40,00%</b> (48)	<b>53,33%</b> (64)	<b>5,00%</b> (6)	<b>1,67%</b> (2)	<b>120</b>	<b>1,68</b>
<b>Fachkräftemangel</b>	<b>6,84%</b> (8)	<b>47,86%</b> (56)	<b>43,59%</b> (51)	<b>1,71%</b> (2)	<b>117</b>	<b>2,40</b>
<b>Wertewandel/ Generationenkonflikt</b>	<b>10,92%</b> (13)	<b>48,74%</b> (58)	<b>36,13%</b> (43)	<b>4,20%</b> (5)	<b>119</b>	<b>2,34</b>
<b>Überalterung der Belegschaft</b>	<b>5,83%</b> (7)	<b>26,67%</b> (32)	<b>51,67%</b> (62)	<b>15,83%</b> (19)	<b>120</b>	<b>2,77</b>
<b>Gesundheitsbewusst- sein/-verhalten der Belegschaft</b>	<b>0,00%</b> (0)	<b>23,77%</b> (29)	<b>69,67%</b> (85)	<b>6,56%</b> (8)	<b>122</b>	<b>2,83</b>
<b>Inklusion (Teilhabe von Menschen mit Behinde- rung)</b>	<b>16,38%</b> (19)	<b>62,93%</b> (73)	<b>18,10%</b> (21)	<b>2,59%</b> (3)	<b>116</b>	<b>2,07</b>
<b>Frühverrentungen von Mitarbeitern</b>	<b>24,35%</b> (28)	<b>57,39%</b> (66)	<b>16,52%</b> (19)	<b>1,74%</b> (2)	<b>115</b>	<b>1,96</b>

Tabelle 4.3.2.4: Einschätzung Handlungsbedarfe (tabellarisch)

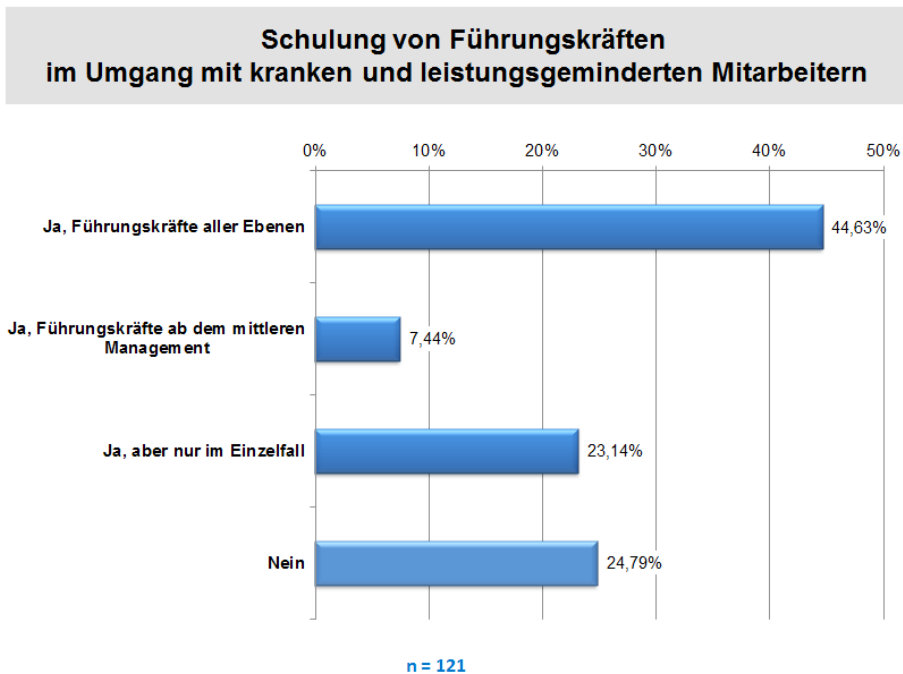
### Anlage 4.3.3: Präsentismus-Verständnis

Grund-Verständnis (Frage 11) \ Bewertung (Frage 12)	n=	Problem, das es zu lösen bzw. zu verhindern gilt	Ein normales Phänomen, das es in Kauf zu nehmen gilt	etwas, das grundsätzlich begrüßt werden sollte
Antwort (1): Verhaltensorientiert <b>Arbeiten trotz Krankheit</b>	50	82,00% (41)	16,00% (8)	2,00% (1)
Antwort (2): Produktivitätsorientiert (eng) <b>Produktivitätsverlust durch Krankheit</b>	11	90,91% (10)	9,09% (1)	--
Antwort (3): Produktivitätsorientiert (weit) <b>Produktivitätsverlust durch Krankheit</b>	47	95,74% (45)	4,26% (2)	--
Antwort (6): Auswertvariable <b>Kombination Antwort 1 mit 2 und/oder 3</b>	10	90,00% (9)	10,00% (1)	--

Tabelle 4.3.3.a: Gegenüberstellung Verständnis und Bewertung von Präsentismus

	1	2	3	4	5	n =	mittel
von 1 = unproblematisch bis 5 = existenzbedrohend							
<b>Anteil psychisch erkrankter Mitarbeiter</b>	8,94% (11)	43,90% (54)	35,77% (44)	10,57% (13)	0,81% (1)	123	2,50
<b>Anteil chronisch erkrankter oder dauerhaft gesundheitlich beeinträchtigter Mitarbeiter</b>	7,38% (9)	32,79% (40)	42,62% (52)	16,39% (20)	0,82% (1)	122	2,70
<b>Anwesenheit akut erkrankter Mitarbeiter am Arbeitsplatz (Infektionskrankheiten, etc.)</b>	27,42% (34)	46,77% (58)	24,19% (30)	1,61% (2)	0,00% (0)	124	2,00
<b>Produktivitätsverluste durch anwesende, aber gesundheitlich beeinträchtigte Mitarbeiter</b>	15,57% (19)	42,62% (52)	37,70% (46)	4,10% (5)	0,00% (0)	122	2,30
<b>Produktivitätsverluste durch anwesende Mitarbeiter, die nicht gesundheitlich, sondern verhaltensbedingt sind (z.B. durch ungerechtfertigte Pausen, private Emails, etc.)</b>	16,39% (20)	48,36% (59)	28,69% (35)	5,74% (7)	0,82% (1)	122	2,26

Tabelle 4.3.3.b: Herausforderungen präsentismusbezogener Sachverhalte (Frage 14)

**Anlage 4.3.4: Umgang mit Präsentismus***Weitere Ergebnisse***Abbildung 4.3.4.f: Führungskräfte-Schulungen Krankheit am Arbeitsplatz (Frage 16)**

	1	2	3	4	5	n =	mittel
<b>Krankenkassen</b>	11,71% (13)	44,14% (49)	26,13% (29)	10,81% (12)	7,21% (8)	111	2,58
<b>Rentenversicherungs- träger</b>	3,96% (4)	31,68% (32)	35,64% (36)	20,79% (21)	7,92% (8)	101	2,97
<b>Berufsgenossenschaf- ten/ gesetzliche Unfall- versicherungsträger</b>	10,35% (12)	37,93% (44)	37,93% (44)	11,21% (13)	2,59% (3)	116	2,58
<b>Bundesagentur für Arbeit</b>	2,78% (2)	13,89% (10)	34,72% (25)	34,72% (25)	13,89% (10)	72	3,43
<b>Integrationsamt</b>	10,89% (11)	40,59% (41)	29,70% (30)	14,85% (15)	3,96% (4)	101	2,60
<b>Gemeinsame Service- stellen für Rehabilita- tion</b>	11,63% (5)	20,93% (9)	41,86% (18)	23,26% (10)	2,33% (1)	43	2,84
<b>Arbeitgeberverband</b>	5,56% (3)	22,23% (12)	31,48% (17)	25,93% (14)	14,82% (8)	54	3,22
<b>Gewerkschaften</b>	1,85% (1)	12,96% (7)	29,30% (16)	31,48% (17)	24,07% (13)	54	3,63
<b>Beauftragte Dienst- leister</b>	32,26% (20)	41,94% (26)	19,36% (12)	4,84% (3)	1,61% (1)	62	2,02

**Tabelle 4.3.4.d:** *Bewertung externer Kooperationen im Umgang mit Präsentismus*



## Qualitative Angaben: Maßnahmen

Regelungen/Handlungsanweisungen/standardisierte Maßnahmen zum Umgang mit erkrankten und nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz (Offene Angaben)
Akut erkrankte werden nach Hause geschickt
BEM => Enge Kooperation mit Betriebsärzten und Eingliederungsmanagement
Im Rahmen der Dienstaufsicht / Führungsverantwortung der Vorgesetzten
Betriebsvereinbarung „Sucht“ / Betriebsvereinbarung „BEM“
Betriebsvereinbarung BEM
Dürfen mit Krankmeldung nicht arbeiten => müssen sich vom Arzt gesund schreiben lassen.
BEM
Vorgesetzte sollen diese nach Hause schicken
Medizinische Untersuchung => Klärung der Problemstellung => Unterstützung / Lösung
Es gibt Anweisungen, die über Intranet und Schulungen vermittelt werden => allerdings keine Sanktionen oder Controlling von Zuwiderhandlung
Rückkehr- und Fehlzeitengespräche, BEM
Betriebsvereinbarung
BEM => per Dienstvereinbarung
Wird individuell im BEM festgelegt
Grundsätzlich ist MA-Gesundheit Führungsaufgabe. FK werden u.a. daraufhin geschult (inkl. psych. Erkrankungen). => Anweisung MA auch nach Hause zu schicken. => Langzeitkranke MA nur im Rahmen von Wiedereingliederung ins Arbeitsleben einführen.
Anwendung des Hamburger Modells zur schrittweisen Wiedereingliederung von Langzeitkranken
BEM ab 6 Wochen Erkrankung. Allg. arbeitsmedizinische & psych. Beratung
Fürsorgepflicht. MA werden „bezahlt“ nach Hause geschickt.
Auf Initiative des Vorgesetzten: Einbindung des Werksarztes und individuelle Vorgehensweise für jeden Fall / Mitarbeiter
Faktisch: Sozialberatung, Psychologischer Dienst => Regelungen: - Interne Vorschrift zum Umgang mit traumatisierenden dienstlichen Ereignissen / - Gesetze, z.B. BEM gem. SGB IX o. ArbSchutzG
BEM, BGF
Krankschreibung am 1. Tag; Fehlzeitengespräche; Betriebsvereinbarung „BEM und BGF“.
MA werden nach Hause bzw. zum Arzt geschickt
Betriebsvereinbarung
Betriebsvereinbarung BEM
BEM
Nur zum Thema Sucht/Alkohol/Drogen. Bei Akuterkrankung Vorstellung beim Arzt - akut, => Organisation über direkte Führungskraft, wenn Betriebsarzt nicht erreichbar. Ansonsten Absprache
BEM-Prozess
BEM / Schulung Führungskräfte + Mitarbeiter
Gesundheitsgespräch / Betriebsvereinbarung interner Arbeitsmarkt
Grundsätzlich gilt: Freistellung
zu Hause bleiben' <=> Nötigenfalls Homeoffice bei geringer, aber ansteckender Erkrank. (z.B. Erkältung)
div. Prozessbeschreibungen in Abstimmung zwischen BR - Gesundheitsdienst und Personalbereich
Stufenplan für FK zum angemessenen Umgang mit auffälligem Leistungs- und/oder Sozialverhalten
Gesprächsleitfäden zu Fehlzeitenmanagement u. BEM

Aufforderung zum Arzt zu gehen. / Krankheitsbedingte Freistellung
FK empfiehlt Vorstellung bei Betriebsarzt
BEM - Abstimmung Betriebsarzt - Maßnahmen erarbeiten. - Rückkehrgespräche / Einschalten Integrationsamt + Rentenversicherungsträger bei Erfordernis
Akut erkrankt => direkt nach Hause bei Lohnfortzahlung
Betriebsvereinbarungen
Vorstellung zum Einsatz am Arbeitsplatz in der Werksärztlichen Ambulanz / beim Werksarzt
Auf Grundlage gesetzlicher Vorgaben
Suchtvereinbarung, BEM, Leitfaden BGM
Wiedereingliederung nach Hamburger Modell, BEM-Verfahren
Akut Erkrankte werden nach Hause geschickt. Eingeschränkt arbeitsfähige MA => nur mit ärztlichem Attest in Wiedereingliederung
BEM
Werksärztliche Ambulanz
BEM

**Tabelle 4.3.4.e:** Offene Angaben zu Regelungen, Handlungsanweisungen oder standardisierten Maßnahmen im Umgang mit erkrankten und nur eingeschränkt arbeitsfähigen Mitarbeitern am Arbeitsplatz (Frage 15)

## Qualitative Angaben: Maßnahmen

Weitere Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter (Offene Angaben)
Krankenrückkehrgespräche; BEM Prävention/BEM Integration; Gefährdungsbeurteilung psych. Belastung
Zusammenarbeit mit Integrationsämtern und Landschaftsverbänden
Interne Coaches + Psychologen; EAP; Interne Weiterbildung/Umschulung; FK-Schulung
Sport; Bezahlte Freizeit zur Wiedereingliederung
Elder Care; Sport
Qualifizierung Berufsbildungswerk ; „Betsi“ Programm DRV Frühprävention; Unternehmenskultur
Gesunde Ernährung; Fitnessstudio-Besuche
Externe MA-Beratung ; EAP; diverse Kurse/Aktionen
Einzelbetreuung durch Firmen vor Ort - mit telefonischer Beratung für einzelne Mitarbeiter
Sport- und Freizeitclub mit einer Vielzahl von Sportarten; 24 Std. Hotline (in allen Lebenslagen); Sukzessiver Ausstieg aus dem Berufsleben (Beruf und Alter)
Betriebliche Sozialberatung ist im Aufbau
Seminar „Burn-out und psychische Belastung; Umgang mit Betroffenen“ => für Führungskräfte u. andere Multiplikatoren (nach Zielgruppe getrennt)
Zukünftig Beteiligung am Programm KompAS der Rentenversicherung Rheinland-Pfalz; Gesundheitsmaßnahmen mit Prof. Dr. S. in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeberverband Chemie Rheinland-Pfalz
Ausbildung von 4 Suchtkrankenhelfern
EFL-Testung; Entspannungs- und Bewegungstraining; im Werk Massage- und Entspannungssessel; Kooperationen mit Reha-Kliniken (Diagnostik, Ernährung, Bewegung, Entspannung)
Hilfsmittel werden leihweise zur Verfügung gestellt (z.B. Lagerungshilfen für das Bein, Stehtische); Teleworking; Flexible Arbeitszeit (Arztbesuche, Therapien auch vormittags möglich); Arbeitsplatzwechsel
Inklusionsplan; Homeoffice; weitere Angebote: z.B. Konfliktmanagement, Mediation, EAP, interne Coaches, Arbeitszeitkonten
Große Palette kostenloser Bewegungsangebote (in unterschiedlichen Leveln/Schwierigkeitsstufen)
Verschiedene OE-Prozesse zur Gesundheit und in den Bereichen Führung und Team. Die Analyse zeigt immer wieder - und auch bei uns - dass wesentliche Belastungen hier liegen.
Teilweise Case Management
Altersgerechte Arbeitsplätze - Individuelle Arbeitsplatzgestaltung - BEM
Internetportal „Gesunde Seele“
SE-PLUS Training on the Job (Leuphana Univ.) für MA mit psych. Belastungen. Keine Diagnose nötig.
Psychologische Beratung incl. - Sucht-/Sozialberatung - Mediation - Personal-Coaching
Erste Hilfe Station; Gesundheitskurse; Ernährungsberatung; Neue Arbeit (dauerhaft); Mobiles Arbeiten (anlassbezogen) von zu Hause; Umsetzung auf leidensgerechte Arbeitsplätze; Integrationsvereinbarung schwerbehinderter Menschen
EAP
Job-Reha-Programm; Gesundheitsschichten; Reha-fit-Programm; Physiotherapie-Beratungen
Gesundheitscoaching

Vorsorgeuntersuchungen bis 800 /Jahr; Krankenzusatzversicherung; Unterstützungsfonds für Untersuchungen, Medikamente, Hilfsmittel (steuerfrei bis 600/Jahr)
Einführung Engagement-Index; Prävention psych. Erkrankungen; Themenschwerpunkt 2014: Gesund + engagiert arbeiten; u.a. Ausgestaltung einer lebensphasenorientierten Personalpolitik
Abgestuftes Krankschreibungsverfahren in minderschweren Fällen; Absprache m. Betriebsarzt ggf. Befreiung von einzelnen Tätigkeiten
„spontane“ Auszeiten - Entspannungsphase
Seminar Rolle der Führungskraft für „gute Arbeit“
Die unter Pkt. 18 markierten Maßnahmen (1,2,6,8,9) entsprechen unserem Vorgehen u. sind aus unserer Sicht ausreichend. Bei Erfordernis werden die lt. Manteltarifvertrag M+E-Industrie unter §24 (MTV ME) getroffenen Vereinbarungen angewendet.
Eigener Fitnessbereich; Kostengünstige Massage (Privatleistung)
Interne „Zeitarbeitsfirma“; Vorübergehender „Schonarbeitsplatz“
Mischarbeit - Unternehmenskultur - Sonderdienste
IGV-Verträge mit Hauptkasse für Mitarbeiter mit Wirbelsäulenerkrankungen und psychischen Erkrankungen - WeB-Reha-Programm mit DRV - Kooperation mit Haus- und Fachärzten + Kliniken
Individuelle Gesundheitsberatung
Bei zusätzlicher Schwerbehinderung => Einschaltung z.B. der Integrationsfachdienste, ggf. auch für seelisch behinderte Menschen
Ergonomische Schulung; Arbeitsplatzbezogene Rehabilitationsmaßnahmen; Spezielles Rückentraining (§43 SGB V)
Verhaltensschulungsprogramm „HausMed“; Aktive Mittagspause; Impulskurse (Stressmanagement, Rückentraining); Bildschirm-PC-Programme => Übungen für Rücken, Schulter und Nacken; Aktionstage (z.B. Depression)
Im Rahmen eines EU-Forschungsprojektes mit der HTW Berlin wollen wir eine Optimierung unseres BEM erreichen. Bestandteile sind => Ausbildung von Arbeitsfähigkeits-Coaches, Internes/externes Netzwerk erweitern, Wissenslandkarte für alle Beteiligten
Interne Weiterbildung und anschließende Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz
EAP => Stets verfügbare Unterstützung; Lokale sowie weltweit verfügbare professionelle Beratung; Absolut vertraulicher Service; Kostenlose Rufnummer
Medizinische Trainingstherapie zur gezielten Rehabilitation bei Erkrankungen
BKK-Facharztprogramm; Präventionsprogramme mit DRV + BKK; Werksärztliche Reha
Unternehmenseigene „Kurkasse“ mit ca. 1000 vollfinanzierten und voll freigestellten offenen Badekuren.
BSG - BEM wird installiert - Suchtgruppe + Ausschuss

**Tabelle 4.3.4.f:** Offene Angaben bezüglich weiterer Maßnahmen zur Unterstützung kranker und leistungsgeminderter Mitarbeiter (Frage 19)

Übersicht der Maßnahmen im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern, die von den befragten Unternehmen als besonders wirksam und nachhaltig bewertet werden			
Unter- nehmen	Nennung 1	Nennung 2	Nennung 3
1	Matching		
2	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p + a)	Psychologische Beratung (k + p + a)	Individuelle Gestaltung Arbeitsplatz (k + p)
3	BEM (k)	Psychologische Beratung (p)	
4	Arbeitsmedizinische Beratung und Unterstützung (k)		
5	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p)	Sozialberatung (k + p)	Reduzierung/ Flexibilisierung der Arbeitsleistung (p)
6	Arbeitsmedizin (k + a)	Psychologische Beratung (p + a)	Individuelle Umgestaltung des Arbeitsplatzes (k)
7	BEM (k + p)		
8	Reduzierung der Arbeitszeit (k + p + a)		
9	BEM (k + p)		
10	FK-Schulung (p + a)	Interne Coaches + Psychologen (p + a)	EAP (p + a)
11	Psychologische Beratung (p)	Resilienztraining (p)	Physiotherapie (a)
12	Arbeitsmedizinische Beratung (k + a)	Flexibilisierung der Arbeitszeit (p + a)	Umgestaltung des Arbeitsplatzes (k)
13	Psychologische Beratung (p)	Gesundheitscoaching (k)	Sport (k)
14	Matching (k + a)	Reduzierung Arbeitszeit (p + a)	Psychologische Beratung (p + a)
15	BEM	Unternehmenskultur	Arbeitsmedizin
16	Psychologische Beratung (p + a)	Gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit (k)	
17	EAP (p + a)		
18	BEM (k + p)	Matching / Arbeitsplatzwechsel (k)	
19	MA-Beratung (p)	EAP (p)	
20	EAP (p + a)	Arbeitsmedizin (k + a)	Physio (k)
21	IMBA (k)	Systematisches BEM (k + p)	Med. Ambulanz / betriebsärztl. Sprechstunde (a)
22	Sport- und Freizeitclub (k + p)	24 Std.-Hotline (p + a)	Beruf und Alter (p)
23	Betriebliche Sozialberatung (p + a)	Reduzierung / Flexibilisierung der Arbeitszeit (k + p)	Reduzierung der Arbeitsbelastung (a)
24	Sozialberatung (p)	Eingliederungsmanagement (k + p)	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p)
25	Arbeitsmedizinische & psych. Sprechstunde (a)	BEM (k + p)	Führungskräfteschulung (k + p + a)
26	Seminare für Führungskräfte (p)	Flexible Arbeitsgestaltung (p)	Psychologische / Soziale Beratung (p + a)
27	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p + a)	BEM (k)	
28	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p)	Arbeitszeitflexibilisierung (a)	
29	Sozialberatung (p + a)	BEM (k + p + a)	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p + a)
30	BEM (a)	Umgestaltung des Arbeitsplatzes (k)	Gesundheitsgerechter Arbeitsplatz (k)
31	Führungskräftetraining (k + p + a)	BEM (k + p)	Kooperationen mit Kliniken (k + p + a)
32	BEM (a)	Flexibilisierung der Arbeitszeit (p)	Indiv. gesundheitliche Gestaltung (Arbeitsplatz) (k)
33	Psychologische / Sozialberatung (k + p)	Physiotherapie (a)	BEM (k + p)
34	Maßnahmen BEM (k + p)	Ergonomische Beratung (k + a)	Sport-/ Bewegungsangebote (k)
35	Umgestaltung des Arbeitsplatzes (k + p + a)	Reduzierung/Flexibilisierung der Arbeitszeit (k+p+a)	
36	BEM (alle MA) (k + p + a)	Coaching / Counseling (alle MA) (p + a)	
37	Psychologische Beratung / Angestellte (p)		
38	EAP (p + a)	Bewegungsangebote / Rückenschule (k)	Reduzierung / Flexibilisierung der Arbeit (k + p)

39	EAP (p)	Flexibilisierung Arb.-Zeit, (indiv. Gestalt. BEM (k+p))	Arbeitsmedizinische Betreuung (k)
40	BEM (k + p)	Tägliche Erreichbarkeit des Betriebsarztes (k+p+a)	
41	Arbeitsmedizinische Beratung (k)		
42	BGM (k + p)	Interneportal 'Gesunde Seele' (p + a)	Physiotherapie (k + a)
43	EAP (p)	BEM (k + p)	Gesundheits-Coaching (k + p + a)
44	Arbeitsmedizinische Beratung (k + a)	Soziale / Psych. Beratung (p + a)	Reduzierung Arbeitszeit (k + p)
45	Psychologische Beratung (p + a)	BEM (k + a)	Flexibilisierung der Arbeitszeit (k + p + a)
46	Umsetzung auf Leistungsgerechte Arbeitsplätze (k)	Psychologische / soziale Beratung (p)	Mobiles Arbeiten (a)
47	EAP (p + a)		
48	Job-Reha-Programm (k + a)	Gesundheitscoaching (k + p + a)	Reha-fit-Programm (p + a)
49	Vitalität u. Entspannung (k + a)	5 Gespräche mit Psychotherapeuten (Krisenintervention) (a)	
50	Ergonomietraining (k + a)	Ernährungsberatung (k + a)	
51	Unterstützungsleistungen (a)	Tätigkeit BEM (k + p)	Betriebsarzt + Gesundheitsmanager (k + p)
52	Psych. / Soz. Beratung (p + a)	Reduzierung Arbeitsbelastung (k + p + a)	BEM (k + p)
53	Arbeitsmedizinische Beratung (p)		
54	Auszeit (a)	Entspannungsphase (p)	
55	BEM (k + p)	FK sorgt für 'gute Arbeit' (a)	
56	Indiv. Regelung d. Arbeitszeiten (-)	Indiv. Gestaltung d. Arbeitsplatzes (-)	Bewegung (k)
57	Psychologische Beratung (Psych. Belastung/ Erkrankung) (k + p + a)	Leistungsgerechter Arbeitsplatz (Körperl. Erkrankung) (k + p + a)	
58	Arbeitsmedizinische Beratung (k + a)	Psychologische / Soziale Beratung (p + a)	Sozialberatung (p + a)
59	Mischarbeit (k + p)	Arbeitsplatzanpassung (k + p + a)	externes Netzwerk (k + p + a)
60	IGV Rücken + Psyche (k + p + a)	Web-Reha Programm (k + p)	Individuelle Gesundheitsberatung (k + p + a)
61	BEM (k)	Arbeitsmedizinische Beratung (k + a)	
62	Sozialberatung / Case Management (p)	Arbeitsmedizinische Beratung (k)	BEM (k + p)
63	Reduzierung d. Arbeitsbelastung (p)	Gesundheitsgerechte Gestaltung d. Arbeitsplatz (k)	
64	BEM (k + p)	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p + a)	
65	Ergonomische Schulung (k + a)	Arbeitsplatzbez. Rehabilitationsmaßnahmen (k+p+a)	Spezielles Rückentraining (§43 SGB V) (k + a)
66	Führungskräfteschulungen (p)		
67	Betriebliche Beratungsstelle im Puls (p + a)	BEM (k + p)	
68	Arbeitsmedizinische Beratung/Unterstützung (k+p+a)	Individuelle Umgestaltung Arbeitsplatz (k)	
69	EAP (a)	Rückendiagnostik (k)	Training: Umgang mit Stress (p)
70	BEM (k + a)	Individuelle Arbeitsplatzgestaltung (k)	
71	Leidensbezogenes Training (k + p + a)	Arbeitsfähigkeits-Coaches (p)	
72	EAP (p)	BEM (k + p + a)	Soziale Beratung (a)
73	Gestaltung des Arbeitsplatzes (k + p)	Arbeitsplatzoptimierung (Ergonomie) (k)	Physiotherapie (k)
74	Betriebliche Mitarbeiterberatung (p)	Reduzierung der Arbeitsbelastung (k)	
75	Gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatz (k)	Arbeitsmedizinische Beratung (k + p + a)	Präventionsprogramme mit DRV + BKK (k + p)
76	Arbeitsplatzgestaltung (k + p)		
77	Seminarreihe 'Gesundheit als Führungsaufgabe' ( )		

Die Klammern geben die Zuordnungen der Befragten an, worauf diese die jeweilige Maßnahme beziehen: (k = körperlich; p = psychisch; a = akut)

**Tabelle 4.3.4.g:** Als wirksam bewertete Maßnahmen im Umgang mit kranken und leistungsgeminderten Mitarbeitern

**Anlage 5.1.1.a:** *Übersicht Arbeitsplatz- und Mitarbeiterprofile*<sup>1254</sup>

Art der Belastung	Arbeitsplatz-Profil			Mitarbeiter-Profil		
	Trifft zu	Prozentualer Anteil (soweit bestimmbar)	Häufigkeit (soweit bestimmbar)	Kann Pat. nicht durchführen	Befristung in Monaten (nur vom Arzt auszufüllen)	Ohne Befristung (nur vom Arzt auszufüllen)
<b>Heben und Tragen von Lasten</b>						
Über 5 kg	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Über 10 kg	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Über 15 kg	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Über 20 kg	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Über 25 kg	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
<b>Aktionskräfte</b>						
Kraftvolle Haltearbeit (z.B. Faustschluss)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Kraftvolle Bewegung (Drücken, Ziehen, Schieben)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Kraftvolle Bewegung (Schrauben, Drehen, Hämmern)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Bewegungen mit hoher Wiederholungsfrequenz für Unterarm und Hand	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
<b>Körperhaltung</b>						
Beugen (bis 20 – 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Tiefes Beugen (über 30 Grad)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Bücken (über 60 Grad)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Starke Auslenkung der HWS (Extension / Rotation)	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Drehung des Rumpfes über 30 Grad	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Erschütterung / Ganzkörpervibration	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Hand- Arm- Vibration	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Anheben des Oberarmes im Schultergelenk > 70 Grad	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Überkopfarbeit	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Beidhändige Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Hohe Anforderungen an die Fingerfertigkeit / Feinmotorik	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Sonstige ungünstige Zwangshaltung	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Ein- und Aussteigen aus Fahrerhaus	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Ein- und Aussteigen aus Fahrzeugrahmen	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Tätigkeit überwiegend im Gehen	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Tätigkeit überwiegend im Stehen	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Tätigkeit überwiegend im Sitzen	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—
Kniende oder hockende Haltung	<input type="checkbox"/>	—	—	<input type="checkbox"/>	—	—

**Tabelle 5.1.1.a:** Übersicht Arbeitsplatz- und Mitarbeiterprofile  
(nach MAN Truck & BUS AG)

1254 Vgl. (Rohrbeck & Kunze, 2013a): S.34ff.

Anlage 5.1.1.b: Auszug Werksatlas<sup>1255</sup>

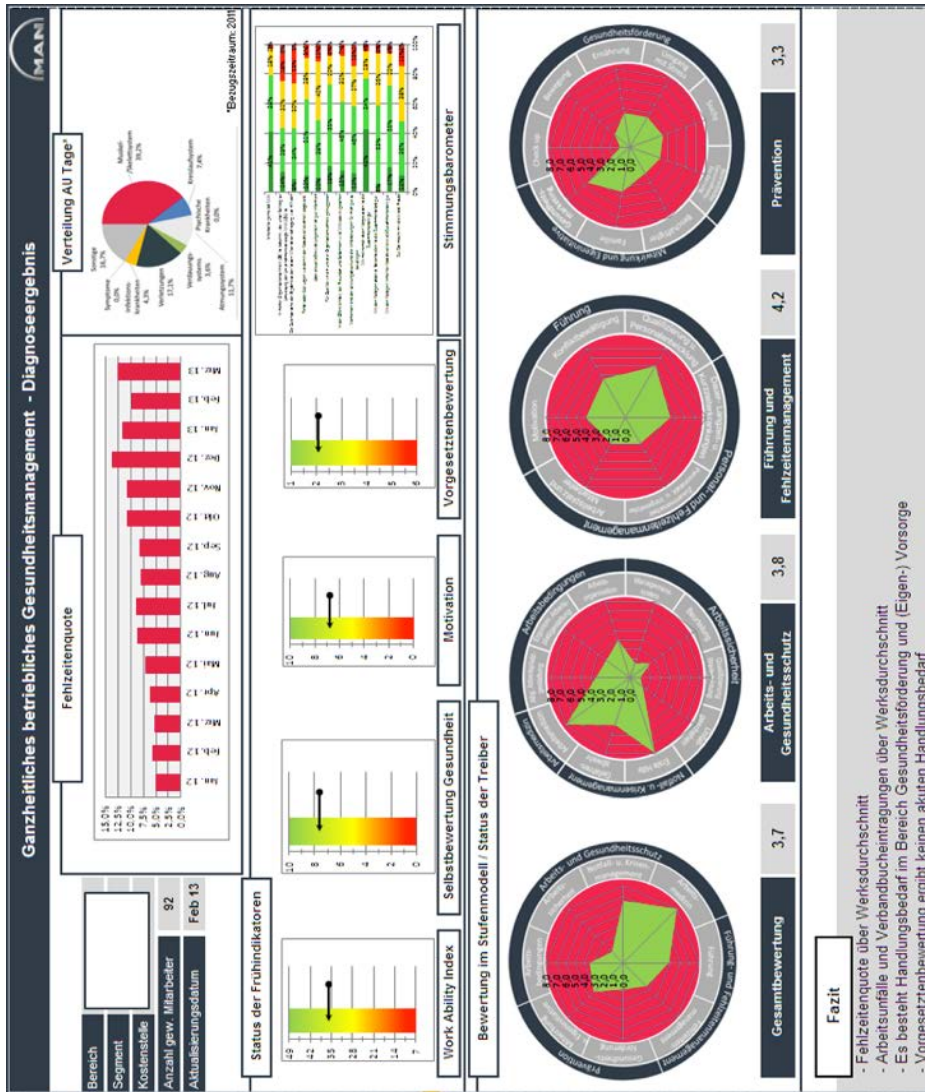
Art der Belastung	Arbeitsplatz- Profil	Mitarbeiter- Profil		
	Trifft zu Prozentualer Anteil (soweit bestimmbar) Häufigkeit (soweit bestimmbar)	Kann Pat. nicht durchführen	Befristung in Monaten (nur vom Arzt auszufüllen)	Ohne Befristung (nur vom Arzt auszufüllen)
<b>Sehvermögen</b> Besondere Anforderungen an das Nahsehen Besondere Anforderungen an das Farbsehen	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —		
<b>Umwelteinflüsse</b> Tätigkeiten unter dem Einfluss von Lärm Tätigkeiten unter dem Einfluss von Hitze Tätigkeiten unter dem Einfluss von Kälte Tätigkeiten unter dem Einfluss von hoher Luftfeuchtigkeit Tätigkeiten unter dem Einfluss von Rauch, Dämpfen, Staub Arbeiten mit Gefahrenstoffen, wie z.B. Lösungsmitteln Arbeiten mit Kühl- und Schmiermitteln Sonstige (haut)belastende, allergieauslösende Einflüsse Sonstige physikalische Einflüsse (grelles Licht, UV-Strahlung, etc.) Tragen von Sicherheitsschuhen Gefährdung der Augen	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —		
<b>Sonstige Einflüsse und Gefährdungen</b> Unfallgefahren (Arbeiten in Gruben, auf Leitern und Gerüsten, an laufenden Maschinen, mit scharfen Werkzeugen) Atemschutzgeräte werden getragen Fahr- und Steuertätigkeiten für Staplerfahrer Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten allgemein Anlagenbedienung	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —		
<b>Organisatorische Faktoren</b> Wechselschicht (früh – spät) Wechselschicht (früh – spät – <del>nacht</del> ) Dauernachtschicht Taktgebundene Fließarbeit ohne Puffermöglichkeit Taktgebundene Fließarbeit mit Puffermöglichkeit Manuelle Arbeit mit Stückvorgabe	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —		
<b>Sonstiges</b> _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —	<input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> — <input type="checkbox"/> —		

Tabelle 5.1.1.b: Auszug Werksatlas (nach MAN Truck &amp; BUS AG)

<sup>1255</sup> Vgl. (Rohrbeck & Kunze, 2013a): S.17ff.



**Anlage 5.1.1.c:** Ganzheitliches betriebliches Gesundheitsmanagement – Ergebnis der Diagnose einer ausgewählten Abteilung<sup>1256</sup>



**Abbildung 5.1.1.c:** BGM: Ergebnis der Diagnose einer ausgewählten Abteilung (MAN Truck & BUS AG)

1256 MAN Truck & Bus AG: Rohrbeck, U. & Kunze, J. (2013).