

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Department Gesundheitswissenschaften

**Präsentismus bei Gesundheitsfachkräften und seine potenziellen
Auswirkungen auf die Patientensicherheit- eine literaturbasierte
Analyse**

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften (B.Sc.)

vorgelegt von: Nada Belal

Matrikelnummer: [REDACTED]

Erstprüfer: Prof. Dr. (mult.) Dr. h.c. (mult.) Walter Leal

Zweitprüfer: Dr. Ingo Drachenberg

Ort und Datum: Hamburg, den 23.09.2025

Zusammenfassung

Hintergrund/Einleitung: Präsentismus, der sich auf das Arbeiten trotz gesundheitlicher Probleme bezieht, wird im Gesundheitssektor immer wichtiger. Im Gegensatz zum Absentismus bleibt dieses Verhalten häufig unbemerkt, obwohl es die Qualität der Versorgung stark beeinflussen kann. Besonders für Fachkräfte im Gesundheitswesen, die in einem Bereich mit hohem Verantwortungsgrad, Personalmangel und großem Zeitdruck tätig sind, ist Präsentismus eine erhebliche Herausforderung, da schon kleine gesundheitliche Einschränkungen die Sicherheit der Patient*innen in Gefahr bringen können.

Methode: Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf eine umfassende Literaturrecherche. Wichtige Studien wurden durch Datenbanken wie PubMed, SpringerLink, Wiley und den Bibliothekskatalog der HAW Hamburg aufgespürt. Die Suchkriterien beschränkten sich auf den Zeitraum von 2000 bis 2025. Für die Analyse wurden sowohl internationale als auch nationale Quellen herangezogen und mithilfe der Schneeballmethode erweitert.

Ergebnisse: Die Untersuchung zeigt, dass Präsentismus im Krankenhaus durch verschiedene organisatorische Aspekte, persönliche Eigenschaften, sowie soziale Faktoren begünstigt wird. Die Auswirkungen reichen von einer verringerten persönlichen Leistungsfähigkeit und einem gesteigerten Risiko für Burnout bis hin zu Problemen in der Teamkommunikation und im Rahmen von Übergaben, sowie zu unvollständigen Dokumentationen. Das Swiss-Cheese-Modell verdeutlicht, dass Präsentismus die Schutzvorkehrungen auf individueller, Team- und Organisationsebene schwächt und somit die Sicherheit der Patient*innen in Gefahr bringen kann.

Diskussion/ Schlussfolgerung: Präsentismus stellt einen vielschichtigen Risikofaktor dar, dessen Folgen oft nicht richtig erkannt werden. Obwohl kurzfristig die Sicherstellung der Versorgung gewährleistet zu sein scheint, kann es langfristig zu Folgen führen, wie ein höheres Risiko für Fehler, ineffiziente Prozesse und zusätzliche Krankheitsausfälle. Für die praktische Umsetzung ist es entscheidend, eine transparente Sicherheitskultur zu fördern, die krankheitsbedingte Fehlzeiten anerkennt, strukturelle Schwächen abbaut und klare Kommunikationsrichtlinien unterstützt.

Schlüsselwörter: Präsentismus, Gesundheitsfachkräfte, Patientensicherheit, Swiss- Cheese-Modell, JD- R- Modell

Abstract

Introduction/Background: Presenteeism, which refers to working despite health problems, is becoming increasingly important in the healthcare sector. Unlike absenteeism, this behavior often goes unnoticed, although it can greatly affect the quality of care. Presenteeism is a significant challenge, especially for healthcare professionals who work in an area with high responsibility, staff shortages, and high time pressure, as even small health limitations can put patient safety at risk.

Method: The present study is based on a comprehensive literature review. Important studies were tracked down through databases such as PubMed, SpringerLink, Wiley, and the HAW Hamburg library catalog. The search criteria were limited to the period from 2000 to 2025. For the analysis, both international and national sources were used and expanded using the snowball method.

Results: The study shows that presenteeism in hospitals is promoted by various organizational aspects, personal characteristics, and social factors. The effects range from reduced personal performance and an increased risk of burnout to problems in team communication and handover procedures, as well as incomplete documentation. The Swiss cheese model illustrates that presenteeism weakens protective measures at the individual, team, and organizational levels and can thus jeopardize patient safety.

Discussion/conclusion: Presenteeism is a complex risk factor whose consequences are often not properly recognized. Although it may seem to ensure care in the short term, it can lead to long-term consequences such as a higher risk of errors, inefficient processes, and additional sick leave. For practical implementation, it is crucial to promote a transparent safety culture that recognizes illness-related absences, reduces structural weaknesses, and supports clear communication guidelines.

Keywords: Presenteeism, healthcare professionals, patient safety, Swiss Cheese Model, JD-R Model

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung.....	1
1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage.....	3
1.3 Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretische Grundlagen	4
2.1 Begriffsklärung: Präsentismus im Gesundheitswesen.....	4
2.2 Abgrenzung zu verwandten Konzepten (Absentismus, Arbeitsunfähigkeit).....	7
2.3 Patientensicherheit: Definition und Relevanz	8
2.4 Überblick über bestehende theoretische Modelle (JD-R- und Swiss Cheese Model)	10
3 Methodik	12
4 Ergebnisse	19
4.1 Ursachen und Einflussfaktoren von Präsentismus im Krankenhaus (+JD- R-Modell)	19
4.1.1 Organisatorische Faktoren	19
4.1.2 Individuelle Faktoren.....	22
4.1.3 Soziale und kulturelle Faktoren	24
4.2 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgungsprozesse.....	26
4.2.1 Auswirkung auf die individuelle Arbeitsfähigkeit.....	26
4.2.2 Auswirkungen auf Team und Kommunikation	28
4.2.3 Auswirkungen auf organisatorische Abläufe und Prozesse.....	30
4.3 Präsentismus als potenzieller Risikofaktor für die Patientensicherheit (+ Swiss Cheese Modell) 32	
5 Diskussion.....	38
5.1 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand.....	38
5.2 Reflexion methodischer und theoretischer Grenzen (Limitation).....	39

5.3	<i>Forschungslücken</i>	41
6	Fazit	42
6.1	<i>Beantwortung der Forschungsfrage</i>	42
6.2	<i>Handlungsempfehlungen für die Praxis und Wissenschaft</i>	43
	Literaturverzeichnis	45
	Eigenständigkeitserklärung	51

Abkürzungsverzeichnis

A

APS Aktionsbündnis Patientensicherheit

B

BAuA Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

BMG Bundesministerium für Gesundheit

D

DRG Diagnosis Related Groups (Fallpauschalen)

J

JD-R-Modell Job Demands-Resources-Modell

M

MeSH Medical Subject Headings

W

WHO World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Job-Demands-Resources-Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Demerouti et al., 2001).....	26
Abbildung 2: Swiss-Cheese-Modell zur Patientensicherheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Reason, 2000; Wiegmann et al., 2022).....	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrings	18
------------------------------	----

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Berufswelt erheblich gewandelt. Tätigkeiten, die früher hauptsächlich körperlich anstrengend waren, wurden durch die Entwicklungen in der Industrialisierung, Digitalisierung und Automatisierung immer mehr durch neue Arbeitsformen ersetzt. Heutzutage sind viele Berufsgruppen, vor allem im Dienstleistungssektor, geprägt von komplexen, häufig digital gesteuerten Abläufen, großer Verantwortung und ständigem Zeitdruck. Zudem haben sich die Ansprüche an die Arbeitnehmer erheblich verändert. Flexibilität, Effizienz und ständige Bereitschaft zur Leistung werden mittlerweile fast überall als eine Voraussetzung betrachtet (Bundeszentrale für politische Bildung, 2020, o. S.). Vor allem im Bereich der Gesundheitsversorgung ist dieser Wandel stark spürbar. Pflegekräfte, Therapeut*innen und medizinisches Personal sehen sich heute nicht nur mit wachsenden Anforderungen konfrontiert, sondern auch mit einer zunehmenden Verdichtung der Arbeit, einem Mangel an Personal und dauerhaftem Zeitmangel. Schichtdienste, Überstunden und die Erwartung, auch unter schwierigen Bedingungen zuverlässig zu arbeiten, bestimmen den Berufsalltag vieler Fachleute im Gesundheitswesen. Darüber hinaus besteht ein ständiger, direkter Kontakt zu den Patient*innen, welche auf eine sichere, qualitativ hochwertige und zugleich einfühlsame Versorgung angewiesen sind (Kexel, 2022, o. S.).

Unter solchen Arbeitsumgebungen kann es schnell geschehen, dass persönliche Bedürfnisse, insbesondere die gesundheitlichen, vernachlässigt werden. Der Zustand der eigenen Gesundheit wird oft als nicht so wichtig angesehen, wenn gleichzeitig das Empfinden besteht, gebraucht zu werden (Walter, 2022, S. 20). Viele Fachkräfte im Gesundheitswesen entscheiden sich deshalb, selbst dann zur Arbeit zu gehen, wenn sie sich eigentlich unwohl fühlen. Dieses Verhalten wird Präsentismus genannt. Man ist zwar physisch anwesend, hat aber gesundheitliche Einschränkungen (Aronsson et al., 2000, S. 502). Dieses Phänomen ist im Gegensatz zu Fehlzeiten nicht sofort erkennbar. Fehlzeiten sind nämlich dagegen sowohl leicht zu beobachten als auch zu untersuchen (Schultz et al., 2009, S. 366). Aus diesem Grund hat der Präsentismus

große Bedeutung, insbesondere in einem Bereich, in dem Fehler ernsthafte Konsequenzen haben und die beteiligten Personen beeinflussen können (Fassbender et al., 2025, S. 1 f.).

Denn wenn Beschäftigte im Gesundheitsbereich trotz Krankheit zur Arbeit erscheinen, beeinflusst das nicht nur ihre eigene Genesung oder langfristige Gesundheit. Es kann auch negative Effekte auf die Patient*innen haben, die sie betreuen und behandeln. Selbst kleine Beeinträchtigungen wie Probleme mit der Konzentration, körperliche Schwäche oder emotionale Erschöpfung erscheinen im Alltag oft weniger gravierend, können jedoch im medizinischen Umfeld erhebliche Folgen haben. Fehler können rascher auftreten und wichtige Aspekte könnten möglicherweise übersehen werden (Letvak et al., 2012, S. 30 f.).

Entscheidungen müssen schnell getroffen werden und die Ausführung von Tätigkeiten sollte genau und verlässlich sein, denn Fehler können überall auftreten. Sollte jedoch die Leistungsfähigkeit durch eine Krankheit beeinträchtigt werden, erhöht sich die Gefahr für Missverständnisse, Unachtsamkeiten oder falsche Einschätzungen (Letvak et al. 2012, S. 36). Genau an dieser Stelle entsteht das Spannungsfeld zwischen der eigenen Fürsorgepflicht und der Verantwortung für andere.

Zugleich zeigt die Realität in zahlreichen Einrichtungen, dass viele Angestellte zögern, sich krank zu melden. Der Druck, stets leistungsfähig zu sein, ist enorm, sei es aus Kollegialität, schlechtem Gewissen oder aufgrund von strukturellen Problemen, wie einer unzureichenden Vertretung. Krankheit wird häufig nur dann als gerechtfertigt betrachtet, wenn sie „sichtbar“ ist und selbst in solchen Fällen fühlen sich viele unwohl, wenn sie nicht zur Arbeit gehen. Oft reicht es schon, gesund zu erscheinen. Dabei wird schnell übersehen, dass Anwesenheit nicht zwangsläufig gleichbedeutend mit produktiver Leistung ist und dass eine anwesende Pflegekraft, die gesundheitlich eingeschränkt ist, möglicherweise mehr Schaden anrichten kann als eine, die sich rechtzeitig erholt hätte (Walter, 2022, S. 6).

Der Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Fachkräfte und der Sicherheit der Patient*innen ist enger, als es zunächst erscheint. Trotz dieser offensichtlichen Bedeutung wurde die Beziehung zwischen Präsentismus und der Sicherheit der Patient*innen bislang nur unzureichend erforscht. Es gibt zwar Studien zu berufsbedingtem

Stress, zur Gesundheit von Angestellten im Gesundheitsbereich oder zur Sicherstellung der Versorgungsqualität, jedoch wurde die spezifische Rolle von Präsentismus in diesem Kontext bisher nur am Rande behandelt. Insbesondere die genauen Wechselwirkungen zwischen dem Gesundheitszustand der Fachkräfte, ihrem Verhalten im Krankheitsfall und der Versorgungsqualität sind in der vorhandenen Forschung noch ungenügend untersucht. An genau diesem Punkt setzt die vorliegende Arbeit an.

1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Ziel dieser Untersuchung ist es, das Thema des Präsentismus bei Fachkräften im Gesundheitswesen näher zu betrachten und dabei besonders dessen mögliche Auswirkungen auf die Sicherheit der Patient*innen zu berücksichtigen. Präsentismus wurde bereits in zahlreichen wissenschaftlichen Studien behandelt, insbesondere im Hinblick auf wirtschaftliche Faktoren oder die gesundheitlichen Konsequenzen für die betroffenen Angestellten. Weniger Beachtung fand jedoch bisher die Frage, wie stark Präsentismus die Versorgungsqualität und somit die Sicherheit der Patient*innen beeinflussen kann. Insbesondere in Krankenhäusern, wo die Abläufe komplex sind und Entscheidungen oft unter großem Zeitdruck getroffen werden müssen, ist dieser Aspekt von besonderer Wichtigkeit.

Vor diesem Hintergrund verfolgt die Arbeit zwei Hauptziele: Zum einen wird ein Überblick über die Gründe und Faktoren, die Präsentismus im Gesundheitswesen beeinflussen, erstellt, um die Komplexität des Phänomens verständlich zu erläutern. Zum anderen wird analysiert, auf welchen Ebenen Präsentismus zur Entstehung von Risiken beiträgt und inwiefern dies die Sicherheit der Patient*innen gefährden kann.

Auf Grundlage dieser Überlegungen lässt sich die zentrale Forschungsfrage der Arbeit ableiten: "Inwiefern stellt Präsentismus von Gesundheitsfachkräften im Krankenhaus einen potenziellen Risikofaktor für die Patientensicherheit dar?"

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in sechs zentrale Kapitel unterteilt, die schrittweise aufgebaut sind. In Kapitel 1 erfolgt die Einführung, in der das Problem, die Zielsetzung und die Forschungsfrage vorgestellt werden. Es folgen die theoretischen Grundlagen in Kapitel 2.

Hier werden zunächst wesentliche Begriffe wie Präsentismus und Patientensicherheit definiert und voneinander abgegrenzt. Danach werden relevante theoretische Modelle, insbesondere das Job-Demands-Resources-Modell sowie das Swiss-Cheese-Modell, vorgestellt, um einen konzeptionellen Rahmen für die weitere Analyse zu bieten.

Kapitel 3 behandelt die methodische Herangehensweise. Da es sich um eine Literaturarbeit handelt, wird dargelegt, wie die Recherche durchgeführt wurde, welche Datenbanken genutzt wurden und nach welchen Kriterien die Literatur ausgewählt wurde.

Im vierten Kapitel werden die Ergebnisse der Literaturstudie präsentiert. Zunächst werden die Ursachen und Einflussfaktoren von Präsentismus im Krankenhaus herausgearbeitet, bevor die Folgen auf die individuelle Leistungsfähigkeit, die Teamarbeit und die organisatorischen Abläufe betrachtet werden. Anschließend wird untersucht, wie der Präsentismus mithilfe des Swiss-Cheese-Modells als Risikofaktor für die Patientensicherheit interpretiert werden kann.

Kapitel 5 befasst sich mit der Diskussion der Ergebnisse. Hierbei werden die Ergebnisse in den aktuellen Forschungsstand eingeordnet, methodische sowie theoretische Grenzen reflektiert und bestehende Forschungslücken und praxisrelevante Implikationen dargestellt.

Kapitel 6 bietet eine Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse, beantwortet die Forschungsfrage und gibt einen Ausblick. Zusätzlich werden Empfehlungen für die Praxis gegeben, die dazu beitragen sollen, die Patientensicherheit zu erhöhen.

2 Theoretische Grundlagen

2.1 Begriffsklärung: Präsentismus im Gesundheitswesen

Präsentismus beschreibt das Phänomen, zur Arbeit zu erscheinen und seine Aufgaben zu erfüllen, obwohl man gesundheitliche Probleme oder eine Krankheit hat, die eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden (Aronsson et al., 2005, S. 958). In der internationalen wissenschaftlichen Literatur wird dafür meist der Ausdruck "presenteeism" verwendet (Latzel- Hennek et al., 2025, S. 13). Während in der arbeitswissenschaftlichen Forschung lange Zeit vor allem das Fehlen aufgrund von Krankheit, der sogenannte Absentismus, als das Hauptzeichen für Produktivitätsverluste galt, hat sich in

den letzten zwei Jahrzehnten das Interesse zunehmend in die entgegengesetzte Richtung gewandt: hin zur krankheitsbedingten Anwesenheit (Johns, 2010, S. 520; Chandrakumar et al., 2024, S. 2). Diese Änderung der Perspektive beruht auf der Einsicht, dass nicht nur Fernbleiben von der Arbeit, sondern auch das Arbeiten unter gesundheitlichen Einschränkungen erhebliche Auswirkungen haben kann, sowohl auf die betreffende Person als auch auf das Arbeitsumfeld und insbesondere im Gesundheitssektor auf die Patient*innen (Lohaus et al., 2018, S. 13; Lui et al., 2018, S. 2).

Eine einheitliche Definition ist in der Wissenschaft bisher nicht vorhanden, dennoch lassen sich zwei Hauptansätze unterscheiden: Die verhaltensbezogene und die funktionsbezogene Sichtweise (Lohaus et al., 2019, S.44; Johns, 2010, S. 520 f.).

Die verhaltensorientierte Definition legt ihren Schwerpunkt auf das, was tatsächlich beobachtet werden kann, und interpretiert Präsentismus als die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz, selbst wenn gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen vorliegen, die unter normalen Umständen zu einer Arbeitsunfähigkeit und damit zu einer Abwesenheit führen würden. Diese Auffassung findet sich häufig in arbeitssoziologischen und gesundheitswissenschaftlichen Untersuchungen, die sich mit der Häufigkeit und den Bedingungen des „Krank-Arbeitens“. Der Nutzen dieser Definition besteht in ihrer Eindeutigkeit und der Möglichkeit der Messung. Ob jemand trotz gesundheitlicher Einschränkungen arbeitet, lässt sich relativ einfach durch persönliche Angaben oder Beobachtungen feststellen. Zudem konzentriert sich diese Sichtweise stärker auf die Entscheidung, ob man anwesend ist, und weniger auf die Qualität der geleisteten Arbeit beschäftigen (Aronsson et al., 2005, S. 958; Johns, 2010, S. 521).

Die funktionsorientierte Definition dagegen erweitert die Sichtweise. Sie betrachtet nicht nur die Tatsache, dass jemand während seiner Krankheit arbeitet, sondern bezieht auch ausdrücklich die eingeschränkte Funktions- und Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz ein, die durch gesundheitliche Probleme verursacht wird (Schultz et al., 2009, S.366; Johns, 2010, S. 521).

Es geht hierbei nicht nur um die physische Anwesenheit, sondern um die Frage, inwieweit die Arbeit aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen tatsächlich geleistet werden kann. Diese Sichtweise ist vor allem in der betriebswirtschaftlichen und ge-

sundheitsökonomischen Forschung verbreitet, da sie ermöglicht, den Produktivitätsverlust zu messen, der durch eine reduzierte Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheiten entsteht (Johns, 2010, S. 520 f.).

Der Unterschied zwischen den beiden Ansätzen ist nicht nur theoretisch, sondern hat auch praktische Auswirkungen, vor allem im Bereich des Gesundheitswesens (Latzel-Hennek et al., 2025, S. 13). Eine verhaltensorientierte Definition würde beispielsweise eine Pflegekraft, die mit einer leichten Erkältung ihre Schicht, wie gewohnt macht, als Fall von Präsentismus betrachten, unabhängig davon, ob sie ihre Aufgaben qualitativ oder quantitativ vollständig erfüllt. Im Gegensatz dazu würde die funktionsbezogene Definition zusätzlich berücksichtigen, ob diese Erkältung dazu führt, dass die Pflegekraft langsamer arbeitet, häufiger Fehler macht oder einige Aufgaben gar nicht erledigen kann. Dadurch erlaubt sie eine umfassendere Analyse der Auswirkungen von Präsentismus, da nicht nur die Anwesenheit, sondern auch die Folgen für die Qualität der Arbeit berücksichtigt werden.

Historisch wurde der Begriff zunächst vor allem in wirtschaftlichen Diskussionen verwendet. In den 1990er-Jahren begannen Unternehmen und Forscher*innen, sich damit zu befassen, welche versteckten Kosten entstehen, wenn Beschäftigte trotz Krankheit zur Arbeit gehen. Erste Analysen kamen zu dem Schluss, dass die Produktivitätsverluste durch Präsentismus erheblich sein können und in einigen Fällen sogar die Ausgaben für krankheitsbedingte Abwesenheiten übertreffen (Steidelmüller, 2020, S. 42; Johns, 2010, S. 524).

Im Verlauf der 2000er-Jahre erweiterte sich der Blickwinkel. Neben wirtschaftlichen Faktoren rückten auch gesundheitliche, psychosoziale und organisationale Aspekte stärker ins Bewusstsein. Präsentismus wird seitdem nicht nur als ein wirtschaftliches Problem, sondern auch als ein arbeitsmedizinisches und gesellschaftliches Phänomen wahrgenommen (Chandrakumar et al., 2024, S. 3; Steidelmüller, 2020, S. 42).

Die Gründe für Präsentismus sind vielfältig und können auf individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Ebene betrachtet werden.

Auf der persönlichen Ebene sind Einstellungen, Werte und Gefühle entscheidend, wie zum Beispiel ein stark ausgeprägtes Pflichtbewusstsein, Treue gegenüber den Kolleginnen und Kollegen oder die Auffassung, dass man unverzichtbar ist (Lohhaus et al., 2018, S. 34 f.).

Auf betrieblicher Ebene spielen strukturelle Faktoren wie Personalmangel, hohe Arbeitsbelastung und das Fehlen von Vertretungsregelungen eine Rolle. Schließlich fördern gesellschaftliche Standards, wie die kulturelle Wertschätzung von Durchhaltevermögen und Selbstaufopferung, ein Umfeld, in dem Präsentismus wahrscheinlicher wird (Chandrakumar et al., 2024, S. 4–5).

Im Bereich der Gesundheit sind solche Einflussfaktoren besonders stark ausgeprägt. Mediziner*innen, Pflegepersonal und weitere Fachkräfte im Gesundheitswesen sind häufig hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, arbeiten oft im Schichtdienst und stehen unter Zeitdruck (Latzel- Hennek et al., 2025, S. 13). Zudem gibt es eine ausgeprägte Berufsethik, die von dem Wunsch geprägt ist, die Patient*innen nicht im Stich zu lassen. In diesem Kontext wird häufig das Fehlen als erheblicher Störfaktor für den Arbeitsablauf angesehen. Eine Perspektive, die den Druck zur Anwesenheit trotz gesundheitlicher Probleme steigern kann (Al Nuhait et al., 2017, S. 712).

2.2 Abgrenzung zu verwandten Konzepten (Absentismus, Arbeitsunfähigkeit)

Die klare Einordnung von Präsentismus erfordert eine deutliche Unterscheidung zu ähnlichen Konzepten, insbesondere zu Absentismus und Arbeitsunfähigkeit. Diese drei Begriffe stehen im Zusammenhang mit dem Umgang mit Krankheiten im beruflichen Umfeld, weisen jedoch merkliche Unterschiede in ihrer Definition, Beobachtbarkeit und den damit verbundenen Auswirkungen auf (Steidelmüller, 2020, S. 46 f.).

Präsentismus steht in direktem Gegensatz zum Absentismus, der sich auf das physische Fehlen am Arbeitsplatz wegen Krankheit bezieht (Steidelmüller, 2020, S.46). Auch wenn diese beiden Begriffe zunächst gegensätzlich wirken, sind sie nicht völlig voneinander getrennt. Eine Person kann in verschiedenen Situationen sowohl Präsentismus als auch Absentismus erleben, abhängig von Aspekten wie der Schwere der Symptome, der persönlichen Belastbarkeit, den organisatorischen Bedingungen oder beruflichen Verpflichtungen (Lohaus et al., 2018, S. 16; Chandrakumar et al., 2024, S. 3f.).

Im gesundheitlichen Bereich sind die Auswirkungen beider Verhaltensweisen deutlich, jedoch von unterschiedlicher Art. Absentismus beeinflusst vor allem die Verfüg-

barkeit des Personals und die Planungsprozesse der Organisation, während Präsentismus, auch wenn Personen anwesend sind, die Gefahr von Qualitätsmängeln, einer höheren Fehlerquote und potenziellen Risiken für die Sicherheit der Patienten mit sich bringt (Fassbender, 2025, S. 1). Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit fügt dieser Betrachtung eine offizielle, medizinisch sowie rechtlich festgelegte Dimension hinzu. Arbeitsunfähigkeit tritt ein, wenn jemand aufgrund einer Erkrankung nicht dazu fähig ist, die vertraglich vereinbarte Arbeit zu verrichten. Normalerweise wird dies durch ein ärztliches Gutachten bestätigt und bildet die Grundlage für eine Krankmeldung (Alexy et al., 2023, o. S.).

Oft geht Arbeitsunfähigkeit mit der Abwesenheit von der Arbeit einher, dies ist jedoch nicht immer der Fall. In manchen Situationen arbeiten Personen trotz ihrer Arbeitsunfähigkeit weiter, was eine Überschneidung zwischen dem Phänomen des Präsentismus und der Arbeitsunfähigkeit schafft (Fassbender, 2025, S. 1; Al Nuhait et al., 2017, S. 712). Diese Situation ist im Gesundheitsbereich besonders bedenklich, da neben der Gefährdung für die betreffende Person auch direkte Risiken für die Patient*innen entstehen können, wie etwa durch Ansteckungen oder eine verringerte Leistungsfähigkeit in der Pflege (Letvak et al., 2012, S. 30).

2.3 Patientensicherheit: Definition und Relevanz

Patientensicherheit stellt ein fundamentales Kriterium für die Qualität im Gesundheitssektor dar und beinhaltet alle Maßnahmen, die darauf abzielen, Schäden, die verhindert werden können, bei Patienten abzuwenden und die Risiken im Behandlungsablauf systematisch zu minimieren (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 2021, S. 2). Es handelt sich hierbei nicht um einen starren oder ausschließlich medizinischen Begriff, sondern um ein Konzept, das sowohl klinische als auch organisatorische Aspekte miteinbezieht. Die WHO definiert Patientensicherheit als „framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviours, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make errors less likely and reduce impact of harm when it does occur.“ Patientensicherheit heißt also nicht nur die Abwesenheit von vermeidbaren Schäden, sondern auch den aktiven Aufbau von Strukturen und Bedingungen,

die Risiken minimieren und eine sichere Versorgung für Patient*innen gewährleisten (WHO, 2021, S.1).

Die weltweite Bedeutung dieses Themas wird durch epidemiologische Informationen unterstrichen. Laut Schätzungen der WHO kommt es bei etwa einem von zehn Krankenhausaufenthalten global zu einem unerwünschten Vorfall, wobei fast die Hälfte dieser Ereignisse als vermeidbar betrachtet wird (WHO, 2023, o. S.).

Unerwünschte Ereignisse umfassen eine Vielzahl von Aspekten, angefangen bei Fehlern in der Medikation, die zu einer falschen Dosierung oder einem falschen Wirkstoff führen, bis hin zu Komplikationen bei Operationen, sowie Krankenhausinfektionen, die während des Aufenthalts entstehen (WHO, 2023, o. S.). Diese Vorfälle haben nicht nur unmittelbare Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Personen, sondern führen auch zu verlängerten Krankenhausaufenthalten, zusätzlichen medizinischen Eingriffen und erheblichem finanziellen Aufwand für das Gesundheitssystem (Slawomirski et al., 2017, S. 7).

Ein wichtiger Punkt für die Sicherheit von Patient*innen ist, dass sie nicht ausschließlich durch das fachliche Können des medizinischen Personals sichergestellt wird. Vielmehr stellt sie das Resultat von vielschichtigen organisatorischen Abläufen und einer praktizierten Sicherheitskultur dar (WHO, 2021, S. 2).

Basisvoraussetzungen zur Risikominderung sind strukturelle Gegebenheiten wie eine angemessene Personalausstattung, eindeutige Zuständigkeiten, festgelegte Arbeitsverfahren und bewährte Kommunikationswege. Zudem spielt ein effektives System zur Fehlerbearbeitung eine entscheidende Rolle, das auf Offenheit, Analyse und ständige Verbesserung fokussiert ist, anstelle von Schuldzuweisungen (WHO, 2021, S. 10).

Internationale und nationale Programme übernehmen diese Grundsätze und wandeln sie in spezifische Vorgehensweisen um. Der Global Patient Safety Action Plan der WHO bietet einen umfassenden Ansatz zur weltweiten Schaffung von systematischen Maßnahmen zur Risikoreduzierung, evidenzbasierten Sicherheitsrichtlinien und stabilen Meldesystemen (WHO, 2021, S. 5). In Deutschland verfolgt das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ ähnliche Ziele, indem es Richtlinien, Checklisten und Trainingsprogramme entwickelt, um die Patientensicherheit als festen Bestandteil sämtlicher Versorgungsbereiche zu integrieren (Aktionsbündnis Patientensicherheit, [APS], 2024, o. S.).

Bekannte Beispiele hierfür sind die von der WHO entwickelte Checkliste für chirurgische Verfahren, die verbindliche Prüfungen vor, während und nach dem Eingriff festlegt, um Komplikationen zu verhindern und die Kommunikation im Team, während der Operation zu verbessern. Diese Methoden zeigen insgesamt, dass Patientensicherheit mehr umfasst, als nur die Vermeidung von Einzelfehlern. Sie benötigt eine Kombination aus professionellem Handeln, notwendigen Strukturen und einer Kultur, die Sicherheit als fortlaufenden Entwicklungsprozess betrachtet (WHO, 2009, o. S.).

Für diese Arbeit dient die Patientensicherheit als theoretisches Fundament, auf dessen Basis mögliche Einflussfaktoren, wie Präsentismus im Gesundheitswesen, in den kommenden Abschnitten untersucht werden. Hierbei wird zunächst Wert auf die Begriffsdefinition und den inhaltlichen Rahmen gelegt, um später die Bedeutung dieser Einflussfaktoren methodisch zu beurteilen.

2.4 Überblick über bestehende theoretische Modelle (JD-R- und Swiss Cheese Model)

Um ein umfassendes Verständnis für Präsentismus im Gesundheitswesen zu entwickeln, ist es nützlich, theoretische Modelle zu nutzen, die sowohl die Ursachen dieses Verhaltens als auch die möglichen Auswirkungen auf die Sicherheit der Patient*innen erläutern. Zwei Modelle, die in der wissenschaftlichen Diskussion häufig erwähnt werden, sind das Job Demands-Resources Modell (JD-R) und das Swiss Cheese Modell. Das JD-R-Modell beschreibt insbesondere, wie ein Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen an die Arbeit und den verfügbaren Ressourcen zu Stress und gesundheitlichen Problemen führt (Bakker et al., 2007, S. 312 f.), während das Swiss Cheese Modell aufzeigt, wie verschiedene negative Faktoren zusammenwirken und so Fehler oder Zwischenfälle in komplexen Versorgungsstrukturen verursachen können. Indem man beide Modelle zusammen betrachtet, entsteht ein theoretischer Rahmen, der individuelle, organisatorische und systematische Perspektiven integriert (Wiegmann et al., 2022, S. 1, zit. nach Reason, 2000).

Das Job Demands-Resources Modell von Demerouti (2001) beschreibt die Arbeitsbedingungen als Interaktion zweier wesentlicher Elemente: Anforderungen und Ressourcen am Arbeitsplatz. Anforderungen beziehen sich auf alle physischen, psychologischen, sozialen oder organisatorischen Einflussfaktoren, die dauerhafte Bemühungen erfordern und gesundheitliche Risiken mit sich bringen können, wie etwa intensiver

Zeitdruck, eine hohe Anzahl an Patient*innen oder emotionale Belastungen im Arbeitsalltag der Pflege. Ressourcen hingegen beinhalten alle Aspekte der Arbeit, die dazu beitragen, Ziele zu erreichen, Anforderungen zu verringern oder persönliche Entwicklung zu fördern, wie zum Beispiel Teamunterstützung, Handlungsspielräume oder spezielle Weiterbildungen. Das Modell legt nahe, dass ein Übermaß an Anforderungen, gepaart mit unzureichenden Ressourcen, auf lange Sicht zu Erschöpfung und Leistungsabfall führt, während ein reichliches Angebot an Ressourcen Stress abbauen und die Motivation steigern kann. Für das Verständnis von Präsentismus bietet dieses Modell wichtige Erkenntnisse. Wenn hohe Anforderungen bestehen und gleichzeitig die Möglichkeit zur Erholung fehlt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte auch mit gesundheitlichen Problemen zur Arbeit erscheinen, anstatt sich krankzumelden (Bakker et al., 2007, S. 312 f.).

Das Swiss Cheese Modell, das ursprünglich von Reason im Jahr 2000 entwickelt wurde, findet seinen Ursprung in der Sicherheitsforschung und ist inzwischen ein anerkanntes Konzept in der Diskussion zur Patientensicherheit. Es zeigt, dass Sicherheitssysteme aus verschiedenen Schutzschichten bestehen, die darauf abzielen, Gefahren daran zu hindern, Schaden zu verursachen, ähnlich wie die Löcher in einem „Schweizer Käse“. Jede dieser Sicherungen hat jedoch ihre eigenen Schwächen oder „Löcher“, die durch individuelle Fehler oder durch organisatorische Defizite wie unklare Verantwortlichkeiten, Probleme in der Kommunikation oder unzureichende Ressourcen hervorgerufen werden können. Besonders problematisch wird es, wenn die „Löcher“ mehrerer Schichten direkt hintereinander liegen und eine Gefahrenkette ungehindert durchdringen kann. Das Modell verdeutlicht, dass Fehler meist nicht durch eine einzige Ursache entstehen, sondern häufig das Resultat eines Zusammentreffens unterschiedlicher Schwächen sind. Im Zusammenhang mit Präsentismus könnte dies bedeuten, dass die verminderte Leistungsfähigkeit eines erkrankten Mitarbeiters eine zusätzliche Schwachstelle darstellt, die in Verbindung mit bestehenden organisatorischen Mängeln das Risiko für negative Ereignisse erhöht (Wiegmann et al., 2022, S. 1 f., zit. nach Reason, 2000).

Die gleichzeitige Analyse beider Modelle bietet einen doppelten Blickwinkel. Das JD-R-Modell erläutert, weshalb Präsentismus auftreten kann, während das Swiss Cheese Model darstellt, wie Präsentismus in Verbindung mit anderen Aspekten Risiken für die Sicherheit von Patient*innen mit sich bringen könnte (Bakker et al., 2007, S. 312

f.; Wiegmann et al., 2022, S. 1 f., zit. nach Reason, 2000). Daher bieten beide Ansätze nicht nur eine theoretische Grundlage, sondern werden in Kapitel 4 erneut behandelt, um die in der Fachliteratur beschriebenen Ursachen und Auswirkungen von Präsentismus in diesen konzeptionellen Rahmen einzuordnen. Dadurch wird gewährleistet, dass die Untersuchung nicht lediglich beschreibend bleibt, sondern in einem fundierten theoretischen Kontext verankert wird.

3 Methodik

Für die Untersuchung der Forschungsfrage, wie Präsentismus bei Fachkräften im Gesundheitswesen im Krankenhaus eine mögliche Gefahr für die Sicherheit der Patient:innen darstellt, wurde als Methode eine Literaturlarbeit gewählt (Paré et al., 2016, S.157).

Trotz der steigenden Anzahl an Studien über Präsentismus in den letzten zwanzig Jahren offenbart eine genauere Analyse eine deutliche Lücke. Zum einen ist der Begriff in den wissenschaftlichen Arbeiten uneinheitlich definiert. Einige Studien konzentrieren sich auf die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Probleme, während andere auch die eingeschränkte Leistungsfähigkeit, während der Arbeitszeit einbeziehen (Lohaus et al., 2019, S. 44; Johns, 2010, S. 520 f.). Zum anderen sind viele der Studien branchenübergreifend und untersuchen Präsentismus allgemein in der Arbeitswelt, ohne speziell auf den Gesundheitssektor einzugehen. Im Gesundheitswesen gibt es jedoch besondere Bedingungen. Ein Mangel an Personal, Schichtdienst, hoher Druck in der Zeitgestaltung und die Verantwortung gegenüber Patient*innen machen das Arbeiten bei Erkrankungen zu einem besonders heiklen Thema (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, [BAuA], 2025, o. S.).

Zudem wurde der direkte Zusammenhang zwischen Präsentismus und der Sicherheit der Patient*innen bisher nur in wenigen Untersuchungen explizit thematisiert. Die vorhandenen Studien fokussieren oft entweder auf die gesundheitlichen Auswirkungen für die Mitarbeitenden oder auf wirtschaftliche Aspekte, wie den Verlust von Produktivität, während die Folgen für die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Patienten bisher weniger gründlich erforscht wurden. Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Untersuchung an.

In Anbetracht dieser Gegebenheiten stellt sich die literarische Arbeit als die sinnvollste Methode dar. Durch eine Recherche in der Literatur kann ein detaillierter Überblick über den aktuellen Stand der Forschung geschaffen, wichtige Ergebnisse kritisch betrachtet und hinsichtlich der Sicherheit der Patient*innen analysiert werden. Eine Literaturliteraturarbeit bietet die Möglichkeit, verschiedene Ansichten zusammenzuführen, Gemeinsamkeiten, sowie Unterschiede zu identifizieren und somit das Thema systematisch einzuordnen (Paré et al., 2016, S. 157).

Der Ansatz in dieser Untersuchung orientiert sich an einer vorüberlegten Strategie. Der Startpunkt war das Durchsuchen relevanter wissenschaftlicher Datenbanken. Hierbei wurde PubMed als Hauptdatenbank ausgewählt, da sie weltweit anerkannte Fachartikel zu medizinischen, pflegewissenschaftlichen und gesundheitsrelevanten Themen beinhaltet. Ein wichtiger Vorteil von PubMed besteht darin, dass dort nur begutachtete und wissenschaftlich geprüfte Beiträge veröffentlicht werden. Darüber hinaus ermöglicht die Datenbank eine präzise Eingrenzung durch Schlagworte sowie die Nutzung von Filtern nach Veröffentlichungsjahr, Sprache oder Studiendesign. Diese Optionen sind besonders nützlich, um aus einer großen Anzahl von Ergebnissen gezielt die für die Forschungsfrage passenden Studien zu finden (Bramer et al., 2017, S. 1).

Ebenfalls wurden SpringerLink und Wiley als wissenschaftliche Datenquellen in die Recherche einbezogen. Beide Plattformen bieten eine Vielzahl von peer-reviewten Artikeln, Sammelbänden und Monografien, die für eine interdisziplinäre Analyse des Themenfeldes von Bedeutung sind. SpringerLink gewährte Zugang zu zahlreichen Publikationen in deutscher und englischer Sprache, die insbesondere theoretische und begriffliche Grundlagen behandeln. Wiley stellte zusätzlich internationale Artikel aus den Bereichen Medizin sowie Pflege- und Sozialwissenschaften bereit, die die Analyse um weitere Sichtweisen bereicherten. Auf diese Weise konnten bedeutende Forschungsarbeiten integriert werden, die den Untersuchungsschwerpunkt erweiterten und die thematische Vielfalt sowie die wissenschaftliche Qualität der Literaturrecherche verbesserten (Pugliese et al., 2024, S. 427).

Neben den internationalen Datenbanken kam auch der Bibliothekskatalog der HAW Hamburg zur Anwendung. Dieser diente dazu, die Suche um den Zugang zu Monographien, Sammelwerken und anderen Fachpublikationen zu erweitern, die im Bestand

der Hochschule vorhanden sind. Durch diese Zusammenstellung wurde sichergestellt, dass sowohl internationale als auch deutschsprachige Literatur berücksichtigt werden und ein umfassendes Bild des aktuellen Forschungsstandes entstehen konnte.

Zusätzlich wurde in einigen Fällen auch auf Google Scholar zurückgegriffen. Die Plattform stellte jedoch nicht den zentralen methodischen Ansatz dar, sondern wurde hauptsächlich verwendet, wenn der direkte Zugriff auf bestimmte Veröffentlichungen über andere Datenbanken nicht möglich war. In diesem Kontext fungierte Google Scholar vor allem als Zugang zu bereits bekannten oder in anderen Datenbanken entdeckten Arbeiten. Dadurch wurde sichergestellt, dass auch solche Publikationen einbezogen wurden, die aufgrund institutioneller Zugangshindernisse andernfalls nicht vollständig zugänglich gewesen wären (Haddaway et al., 2015, S. 12).

Ein weiterer Aspekt der Methode war das sogenannte Schneeballsystem. Hierbei kamen die Literaturverzeichnisse relevanter Artikel gezielt zum Einsatz, um weitere bedeutende Publikationen zu finden. Dieses Verfahren erweist sich vor allem als nützlich, wenn bestimmte Schlüsselstudien mehrfach zitiert werden oder wenn die theoretischen Grundlagen in der Ursprungsliteratur zu finden sind (Wohlin, 2014, S. 1). Insbesondere im Bereich des Präsentismus zeigt sich die Sinnhaftigkeit dieses Vorgehens, da viele Arbeiten eng miteinander verknüpft sind und ähnliche theoretische Modelle oder Basisstudien verwenden. Dadurch war es möglich, ältere, jedoch einflussreiche Arbeiten zu berücksichtigen, die in aktuellen Datenbanksuchen nicht immer sofort erscheinen.

Im ersten Schritt wurde der aktuelle Stand der Forschung zum Präsentismus allgemein untersucht, um einen Überblick über Definitionen, Ursachen und theoretische Ansätze zu erhalten. Anschließend wurde der Fokus stärker auf Studien gelegt, die Gesundheitsfachkräfte in Krankenhausumgebungen thematisieren. Da die Beziehung zwischen Präsentismus und der Sicherheit von Patient*innen bisher nur begrenzt analysiert wurde, war dieser zwei Phasen umfassende Ansatz notwendig. Er ermöglichte es, zunächst die Vielfalt des Phänomens zu erfassen und anschließend gezielt jene Studien zu identifizieren, die einen Bezug zum Gesundheitssektor und zur Qualität der Versorgung hatten.

Ein zentrales Kriterium während der gesamten Untersuchung war die thematische Bedeutung in Bezug auf die Forschungsfrage. Titel und Abstracts wurden systematisch geprüft, bevor die vollständigen Texte ausgewertet wurden. Nur die Studien, die eindeutig einen Bezug zu Präsentismus und dessen Auswirkungen auf die Arbeitssituation oder die Sicherheit der Patienten zeigten, wurden in die engere Wahl gezogen. Diese Methode stellt sicher, dass die Auswahl der Literatur sowohl umfassend als auch zielgerichtet bleibt.

Um die Suche so genau und reproduzierbar wie möglich zu gestalten, wurden in den Datenbanken verschiedene Schlüsselbegriffe systematisch zusammengeführt. In PubMed konzentrierte sich die Untersuchung auf den Hauptbegriff „presenteeism“, der mit beruflichen Begriffen wie „healthcare workers, nurses, physicians“ oder dem MeSH-Begriff „health personnel“ verknüpft wurde. Zusätzlich erfolgte eine Kombination mit Begriffen, die für die Patientensicherheit wichtig sind, wie „patient safety, quality of care, adverse events oder medical errors“. Dabei kamen die booleschen Operatoren „AND und OR“ zum Einsatz, um entweder Überschneidungen zu bilden „(z. B. presenteeism AND patient safety)“ oder Synonyme sowie Berufsgruppen zusammenzufassen „(z. B. nurses OR physicians)“. Durch die Anwendung von Trunkierungen „(z. B. nurse → nurses/nursing)“ konnte die Anzahl der Treffer weiter erhöht werden. In Google Scholar wurde ein ähnliches Vorgehen umgesetzt, wenn darüber auf Volltexte zugegriffen werden musste, die über andere Datenbanken nicht unmittelbar verfügbar waren. Hierbei kamen unter anderem Kombinationen wie „Präsentismus AND Gesundheitswesen“, „Präsentismus AND Krankenhaus“ oder „Präsentismus AND Patientensicherheit“ zum Einsatz. Um die Ergebnisse einzugrenzen, wurden gegebenenfalls Ausschlussoperatoren verwendet, um unerwünschte Kontexte (z. B. NOT Schule, Studium) auszuschließen. Darüber hinaus wurde der Begriff „krank arbeiten“ ausprobiert, um auch umgangssprachliche Varianten zu erfassen (Higgins et al., 2019, S. 80 f.).

Die Suche in PubMed ergab zu Beginn eine sehr hohe Anzahl an Ergebnissen: Allein die Eingabe des Begriffs „presenteeism“ brachte 2.395 Treffer. Durch die Verbindung mit Begriffen zur Patientensicherheit wie „patient safety“ wurde diese Zahl jedoch signifikant auf 64 Treffer verringert. Zusätzliche Kombinationen mit berufsbezogenen Begriffen wie „nurses, physicians oder healthcare workers“ führten zu ungefähr 110

Ergebnissen, von denen insbesondere jene ausgewählt wurden, die klar den Kontext des Krankenhauses thematisierten. Auf diese Weise konnte aus einer sehr umfangreichen Ausgangsdatenmenge eine verständliche und thematisch konzentrierte Literatürübersicht erstellt werden.

Bei Google Scholar war die Zahl der Ergebnisse wie erwartet geringer, lag jedoch je nach Kombination immer noch im Hundertbereich (zum Beispiel bei Suchanfragen wie „Präsentismus AND Gesundheitswesen“ oder „Präsentismus AND Krankenhaus“). Dabei fiel auf, dass die Qualität und Relevanz der Ergebnisse deutlich variierte, da auch viele Publikationen angezeigt wurden, die keinen direkten Bezug zum Gesundheitswesen hatten oder nur am Rande auf Präsentismus eingingen.

Über SpringerLink wurden verschiedene relevante Veröffentlichungen gefunden, die insbesondere die theoretischen und begrifflichen Grundlagen des Präsentismus im Arbeitsumfeld untersuchten. Wiley erweiterte die Recherche um internationale Fachbeiträge, die vor allem Ansichten aus den Bereichen Medizin, Pflege und Sozialwissenschaften einbrachten und somit die Untersuchung der Auswirkungen auf die Patientensicherheit vertieften. Der Katalog der HAW-Bibliothek erweiterte die Suche schließlich um deutschsprachige Bücher und Sammlungen, die die theoretischen und begrifflichen Rahmenbedingungen des Themas unterstützten. Hier wurden etwa 30 Ergebnisse ermittelt, von denen ein Teil in die Analyse einfluss. Zudem wurden durch das Schneeballsystem aus den Referenzlisten wichtiger Artikel weitere bedeutende Studien entdeckt, einschließlich älterer grundlegender Arbeiten, die in den Datenbanksuchen nicht direkt sichtbar waren.

Ein wesentlicher Bestandteil der literarischen Analyse war die Definition von klaren Ein- und Ausschlusskriterien, um die Suche systematisch einzuschränken und die Relevanz der berücksichtigten Arbeiten zu gewährleisten. Der Untersuchungszeitraum wurde auf die Jahre 2000 bis 2025 festgelegt. Diese Einschränkung ist damit zu erklären, dass Präsentismus erst ab den frühen 2000er Jahren zunehmend systematisch beleuchtet und konzeptionell präzisiert wurde. Ältere Studien wurden zwar nicht grundsätzlich ausgeschlossen, spielten in der Recherche jedoch kaum eine Rolle und fanden für die gestellte Forschungsfrage weniger Beachtung.

In Bezug auf die Sprache wurden sowohl englisch- als auch deutschsprachige Veröffentlichungen einbezogen. Englisch ermöglicht den Zugang zu einem Großteil der internationalen Forschung, während die Berücksichtigung deutscher Literatur garantiert, dass auch nationale Studien und grundlegende Theorien in die Analyse einfließen. Bei den Arten von Publikationen wurde bewusst eine breite Auswahl zugelassen. Neben begutachteten Primär- und Sekundärquellen flossen auch Literatur wie Berichte von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) und Dossiers von Krankenkassen (beispielsweise der Techniker Krankenkasse) ein. Insbesondere diese Quellen helfen, empirische Ergebnisse in einen arbeits- und gesundheitspolitischen Kontext einzuordnen und reflektieren aktuelle Diskurse, die in der reinen Fachliteratur oft nur am Rande behandelt werden.

Als Kriterien für die Auswahl wurden Veröffentlichungen betrachtet, die sich ausdrücklich mit Präsentismus befassten, verwandte Themen wie Arbeitsbelastung, Krankheitstage oder abwesenheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit thematisierten, sofern diese für das Verständnis des Phänomens bedeutend waren, oder Verbindungen zur Patientensicherheit oder zur Qualität der Versorgung aufzeigten. Arbeiten, die vor allem andere Sektoren behandelten, fanden ebenfalls Berücksichtigung, solange sie grundlegende theoretische Modelle oder Definitionen präsentierten, die im Krankenhausbereich anwendbar sind. Bezüglich des geografischen Kontextes gab es keine Begrenzung auf ein bestimmtes Land oder Gesundheitssystem. Stattdessen wurden Studien unabhängig von ihrer Herkunft einbezogen, um ein möglichst vollständiges Bild des internationalen Forschungsstandes zu erhalten und die Resultate nicht durch nationale Besonderheiten zu beeinflussen.

Ausgeschlossen wurden lediglich Publikationen, die keinerlei Bezug zur Arbeitswelt oder zu gesundheitlichen Themen aufwiesen und daher keinen Nutzen für die Bearbeitung der Forschungsfrage bieten konnten. Kontexte wie schulische Einrichtungen oder rein studentenbezogene Gruppen wurden ebenfalls weitestgehend ausgeklammert, da diese nicht zur Zielgruppe dieser Arbeit zählen.

Tabelle 1: Suchstrings

Datenbank	Suchstring
PubMed	“presenteeism” “presenteeism AND patient safety” “presenteeism AND (nurses OR physicians OR healthcare workers)” “presenteeism AND quality of care” “presenteeism AND adverse events” “presenteeism AND medical errors” (inklusive MeSH- Term: “health personnel”, Nutzung von Booleschen Operatoren AND/ OR sowie Trunkierungen, z.B. nurse -> nurses/ nursing)
SpringerLink	“Präsentismus” “Präsentismus AND Gesundheitswesen” “Präsentismus AND Patientensicherheit”
Wiley Online Library	“presenteeism AND patient safety” “presenteeism AND healthcare”
HAW- Bibliothekskatalog	“Präsentismus” “Patientensicherheit” “Gesundheitswesen” “Arbeitsbelastung”
Google Scholar (ergänzend, Volltextzugang)	“Präsentismus AND Gesundheitswesen” “Präsentismus AND Krankenhaus” “Präsentismus AND Patientensicherheit” “krank arbeiten” (teilweise mit Ausschlussoperatoren, z.B. NOT Schule, Studium)

4 Ergebnisse

4.1 Ursachen und Einflussfaktoren von Präsentismus im Krankenhaus (+JD-R-Modell)

Das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R) von Demerouti et al. (2001) stellt einen geeigneten theoretischen Rahmen dar, um die Gründe für Präsentismus in Krankenhäusern systematisch zu analysieren. Wie in Kapitel 2.4 dargestellt besagt das Modell, dass arbeitsbedingte Anforderungen („job demands“) und verfügbare Ressourcen („job resources“) in einem dynamischen Verhältnis zueinanderstehen. Wenn die Anforderungen hoch sind und gleichzeitig nicht genügend Ressourcen vorhanden sind, erhöht sich erheblich die Wahrscheinlichkeit für Belastungsreaktionen, sowie im Falle hier das Präsentismus. Das JD-R-Modell kann nicht nur auf betriebliche Arbeitsbedingungen angewendet werden, sondern umfasst auch individuelle sowie soziale Aspekte. Ökonomischer Druck, Personalmangel oder Schichtarbeit können beispielsweise als strukturelle „job demands“ interpretiert werden. Zugleich beeinflussen persönliche Eigenschaften wie Pflichtbewusstsein oder Risikowahrnehmung sowie soziale Normen und Teamkulturen, in welchem Maße die Mitarbeitenden diesen Anforderungen gegenüberstehen und wie sie darauf reagieren. Daher werden die Ursachen im Folgenden differenziert auf drei Ebenen betrachtet: organisatorische, individuelle sowie soziale und kulturelle Einflussfaktoren (Bakker et al., 2007, S. 312 f.).

4.1.1 Organisatorische Faktoren

Am Beispiel der organisatorischen Rahmenbedingungen wird besonders deutlich, wie das im JD-R-Modell dargestellte Wechselspiel von Anforderungen und Ressourcen den Präsentismus beeinflusst (Bakker et al., 2007, S. 312 f.). In Krankenhäusern gibt es erhebliche strukturelle Belastungen, die als „job demands“ fungieren, während gleichzeitig viele unterstützende Ressourcen „job resources“ fehlen. Diese Situation führt dazu, dass Mitarbeiter oft keine realistische Option sehen, um abwesend zu sein, selbst wenn gesundheitliche Probleme vorliegen (Aronsson et al., 2005, S. 958 f.). Zu den wichtigsten organisatorischen Faktoren gehören vor allem der Personalmangel, die Arbeitsverdichtung, starre Schichtpläne, wirtschaftlicher Druck sowie eine Führungskultur, die Präsentismus begünstigt, und strenge Abwesenheitsrichtlinien (Aronsson et al., 2000, S. 506; Mach et al., 2018, S. 3 f.).

Ein besonders wichtiger „job demand“ im Krankenhaus ist der Mangel an Personal. In der internationalen Fachliteratur werden Unterbesetzung und Arbeitsverdichtung immer wieder als wesentliche Faktoren für Präsentismus bezeichnet. In einer umfassenden Studie haben Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) festgestellt, dass Mitarbeiter vor allem dann trotz ihrer Krankheit zur Arbeit gehen, wenn sie sich als „unersetzbar“ empfinden (ebd., S. 506). Diese Wahrnehmung der Unersetzbarkeit ist besonders in Organisationen ausgeprägt, die so stark verschlankt sind, dass jede Abwesenheit sofort erhebliche Auswirkungen auf das Team und die Patientenversorgung hat (ebd., S. 503). In einer späteren Untersuchung bestätigten Aronsson und Gustafsson (2005), dass solche strukturellen Gegebenheiten als „attendance pressure factors“ einen wesentlichen Einfluss auf den Präsentismus haben, da sie die Beschäftigten systematisch dazu anregen, auch im Krankheitsfall anwesend zu sein (ebd., S. 964).

Auch neuere Forschungsergebnisse zeigen deutlich den Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastung und Präsentismus in Krankenhäusern. Mitarbeitende sind oft einem konstanten Zeitdruck, Überstunden und einem hohen Arbeitsvolumen ausgesetzt. Lui et al. (2018) fanden in einer globalen Umfrage unter Krankenhausärzten und Pflegefachkräften heraus, dass hohe Arbeitsanforderungen zusammen mit begrenzten personellen Ressourcen signifikant mit einer erhöhten Neigung zum Präsentismus verbunden sind (ebd., S. 3). Die Mitarbeitenden haben häufig den Eindruck, ihren Verpflichtungen nur durch ständige Präsenz gerecht werden zu können. Lohaus und Habermann (2019) ordnen diese Ergebnisse eindeutig den „job demands“ zu und heben hervor, dass Arbeitsbelastung und Zeitdruck als organisationale Stressfaktoren betrachtet werden müssen, die die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus steigern (ebd., S. 13).

Ein zusätzlicher organisatorischer Faktor sind unflexible Dienstpläne und Schichtsysteme. In einem Krankenhaus ist eine kontinuierliche Arbeitsbereitschaft notwendig, was zu einer straffen Planung der Dienste führt. Diese enge Planung macht es schwierig, Ausfälle zu kompensieren. Wenn jemand unerwartet ausfällt, ist es oft schwierig, einen Ersatz zu finden. Die Mitarbeitenden sind sich bewusst, dass ihr Fehlen unmittelbare Mehrarbeit für ihre Kolleg*innen nach sich zieht, weshalb sie sich häufig dafür entscheiden, auch bei Krankheit zu erscheinen (Moore et al., 2023, S. 4 f.). Im JD-R-Modell gelten starre Schichtpläne somit als zusätzliche „demands“, da sie den Handlungsspielraum der Mitarbeitenden einschränken und den psychischen Druck erhöhen. Kuster et al. (2021) haben in einer Studie über das Krankenhauspersonal in der

Schweiz festgestellt, dass ein erheblicher Teil der Beschäftigten selbst bei eindeutigen Krankheitssymptomen weiterhin arbeitet. Dieses Ergebnis zeigt, dass nicht nur Personalmangel, sondern auch die spezifische Organisation der Schichten entscheidend ist, ob Mitarbeitende die Möglichkeit sehen, zu Hause zu bleiben (ebd., S. 271).

Der wirtschaftliche Druck, dem Krankenhäuser ausgesetzt sind, spielt ebenfalls eine Rolle. In Deutschland erfolgt die Finanzierung von Kliniken beispielsweise über Fallpauschalen (DRGs). Dieses Modell übt einen starken Kostendruck auf die Einrichtungen aus, da eine Vielzahl von Patient*innen mit begrenztem Personal versorgt werden muss. Für die Angestellten bedeutet dies oft, dass sie ihre Tätigkeiten unter Bedingungen von Effizienzsteigerungen und Rationalisierung ausführen müssen (Bundesministerium für Gesundheit, 2025, o. S.). Mach et al. (2018) verdeutlichen, dass dieser finanzielle Druck die Anforderungen an die Arbeit erhöht und die Mitarbeiter*innen veranlasst, auch dann zur Arbeit zu kommen, wenn sie krank sind (ebd., S. 3 f.). Lohaus und Habermann (2019) heben in ihrer Übersichtsarbeit hervor, dass der Kostendruck, Einsparmaßnahmen und die damit verbundene Arbeitslast zu den zentralen Ursachen für Präsentismus gehören (ebd., S. 50). Rühle et al. (2020) fassen diese Zusammenhänge unter dem Begriff „attendance culture“ zusammen: eine Kultur, in der Abwesenheit kaum akzeptiert wird und Anwesenheit trotz Krankheit als normal gilt (ebd., S. 241). Im JD-R-Modell stellt der wirtschaftliche Druck somit ein systemisches „job demand“ dar, das auf sämtlichen Ebenen wirkt und Präsentismus begünstigt, wenn nicht genügend Ressourcen vorhanden sind.

Besonders klar wird die Bedeutung unzureichender Ressourcen im Bereich der Führung. Führungskräfte setzen die Standards im Team und haben somit einen großen Einfluss darauf, wie mit gesundheitlichen Problemen umgegangen wird. Sie spielen daher eine zentrale Rolle in diesem Kontext. Wenn Vorgesetzte selbst trotz Krankheit zur Arbeit kommen, fördern sie indirekt die Vorstellung, dass Präsenz in solchen Fällen normal oder sogar notwendig ist. In einer Langzeituntersuchung haben Dietz et al. (2020) gezeigt, dass das Verhalten von Führungskräften in Bezug auf Präsenz mit höheren Präsentismusraten unter den Mitarbeiter*innen verbunden ist und gleichzeitig das Risiko von längeren krankheitsbedingten Abwesenheiten erhöht (ebd., S. 14 f.). Auch Mach et al. (2018) stellte fest, dass ein stark ausgeprägtes Präsentismus-Klima, gepaart mit wenig Eigenverantwortung und geringer Unterstützung durch Vorgesetzte,

die Wahrscheinlichkeit von Präsentismus erheblich steigert (ebd., S. 7). Im JD-R-Modell lässt sich dies als Mangel an "Ressourcen" darlegen. Wenn soziale Unterstützung und Handlungsspielräume fehlen, verstärken "demands", wie Arbeitsbelastung oder Druck im Team, ihre negative Wirkung noch mehr.

Darüber hinaus spielen auch Richtlinien zu Abwesenheiten eine wichtige Rolle. Eng gefasste Regelungen wie begrenzte Lohnfortzahlungen stellen Hindernisse dar und verringern die Mittel, die Beschäftigte benötigen, um gesundheitlich bedingt abwesend zu sein. Pichler et al. (2019) haben festgestellt, dass strenge Systeme zur Krankengeldzahlung zu Präsenzpflcht führen, da Mitarbeitende Angst vor finanziellen Nachteilen oder beruflichen Konsequenzen haben (ebd., S. 98). Rühle et al. (2020) betonen, dass solche Regelungen nicht nur materielle, sondern auch gesellschaftliche Botschaften vermitteln: Dass, wenn man nicht zur Arbeit geht, als weniger engagiert angesehen werden könnte. Das hat Einfluss auf die Entscheidung, ob man sich krankmeldet oder nicht (ebd., S. 244). Auch hier verdeutlicht das JD-R-Modell, wie das Fehlen von Ressourcen den Druck durch die "demands" zusätzlich erhöht.

4.1.2 Individuelle Faktoren

Zusätzlich zu den strukturellen Gegebenheiten spielen auch individuelle Faktoren eine bedeutende Rolle dabei, ob Gesundheitsfachkräfte bei Krankheit daheimbleiben oder dennoch zur Arbeit gehen (Mach et al., 2018, S. 2). Diese individuellen Aspekte lassen sich gut im JD-R-Modell verorten. Bestimmte Einstellungen und Eigenschaften können die empfundenen Anforderungen erhöhen ("job demands"), während gleichzeitig individuelle Ressourcen wie Selbstfürsorge oder eine realistische Selbstwahrnehmung möglicherweise fehlen.

Ein besonders hervorstechendes Motiv ist das Gefühl der Pflicht, das eng mit dem Berufsethos von Fachkräften im Gesundheitswesen verknüpft ist. Mitarbeitende in der Pflege sowie Ärzt*innen betrachten ihre Arbeit nicht bloß als Beruf, sondern vielmehr als eine ethische Verpflichtung gegenüber ihren Patient*innen. Diese Einstellung verstärkt den internen Druck, auch bei gesundheitlichen Problemen präsent zu sein, und kann im JD-R-Modell als zusätzlicher „job demand“ interpretiert werden. Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) fanden heraus, dass Arbeitnehmer mit starkem Pflichtgefühl signifikant häufiger präsentistisch handeln, da sie sich als „unersetzbar“ empfinden (ebd. S. 506). Zudem zeigt Peter et al. (2023), dass Präsentismus insbesondere

in sogenannten “helping Professions” verbreitet ist. Dazu zählen Berufe mit einem hohen Maß an sozialem Verantwortungsbewusstsein, wie etwa Tätigkeiten im Gesundheitssektor, die ein deutlich erhöhtes Risiko für dieses Verhalten aufweisen (ebd., S. 2). Beide Studien verdeutlichen somit, dass das Berufsethos nicht nur ein Wert ist, sondern auch eine innere Anforderung darstellt, die die Wahrscheinlichkeit für Präsentismus systematisch erhöht.

Auch die persönliche Wahrnehmung von Risiken hat einen Einfluss auf das Handeln. Viele Beschäftigte nehmen ihre Symptome als unwesentlich wahr und sind der Ansicht, dass sie weiterhin arbeitsfähig sind. Dieser Mechanismus kann im JD-R-Modell als einer Mangel an „Ressourcen“ betrachtet werden. Hier fehlt nämlich die Fähigkeit zur realistischen Selbstbewertung. Johns (2010) merkt an, dass Beschäftigte oftmals ihre Leistungsfähigkeit im Krankheitsfall überschätzen und die damit verbundenen Gefahren unterschätzen, was zu einer höheren Tendenz führt, zur Arbeit zu gehen (ebd., S. 521). Tartari et al. (2020) bestätigten dieses Ergebnis, denn in einer weltweiten Befragung gaben zwischen 80% und 90% der Teilnehmenden an, trotz grippeähnlicher Symptome arbeiten zu gehen, da sie ihr Zustand als “nicht schwerwiegend” sehen (ebd., S.10). Diese Resultate zeigen, dass nicht nur die objektive Ernsthaftigkeit einer Krankheit, sondern vor allem die persönliche Wahrnehmung darüber entscheidet, ob man anwesend ist oder fehlt.

Zudem spielen auch Persönlichkeitsmerkmale eine Rolle. Insbesondere Gewissenhaftigkeit und Perfektionismus haben eine starke Verbindung zum Präsentismus, da sie die Erwartungen an das eigene Verhalten erheblich steigern. Mitarbeiter*innen mit diesen Merkmalen setzen sich selbst unter Druck, stets zuverlässig und fehlerfrei zu arbeiten und empfinden eine Abwesenheit als persönliches Scheitern. Miraglia und Johns (2016) stellten fest, dass Gewissenhaftigkeit konstant positiv mit Präsentismus verbunden ist (ebd. S. 14). Preisendörfer (2010) bestätigt dies auch, indem er zeigt, dass vor allem gewissenhafte Beschäftigte häufig dazu neigen, auch im Krankheitsfall zur Arbeit zu gehen, da sie ihre Pflichten sehr ernst nehmen und Abwesenheiten vermeiden wollen (ebd., S. 407). Im JD-R-Modell bedeutet dies, dass Perfektionismus bzw. Gewissenhaftigkeit als innerer „demand“ fungiert, während die Ressource einer gesunden Selbstgrenze gleichzeitig fehlt.

Ein weiterer persönlicher Einflussfaktor ist die Sorge vor Stigmatisierung, sowie der Wunsch nach sozialer Wertschätzung. Viele Angestellte haben Angst, dass sie durch

Krankmeldungen als weniger belastbar oder unzuverlässig wahrgenommen werden. In einer Analyse der “European working conditions survey” von Reuter et al. (2019) wurde herausgefunden, dass besonders jüngere Arbeitnehmer*innen und solche mit zeitlich befristeten Verträgen häufiger präsentistisch agieren, da sie negative Auswirkungen auf ihre berufliche Stellung fürchten (ebd., S. 11). Diese Furcht wirkt im Kontext des JD-R-Modells doppelt, denn sie steigert die empfundenen Anforderungen (Bsp.: „Ich muss beweisen, dass ich verlässlich bin“) und ist gleichzeitig mit einem Mangel an Ressourcen verbunden, wie zum Beispiel an Arbeitsplatzsicherheit oder an unterstützender Rückmeldung von Vorgesetzten.

4.1.3 Soziale und kulturelle Faktoren

Neben den strukturellen Gegebenheiten und persönlichen Anreizen beeinflussen ebenfalls soziale und kulturelle Aspekte das präsentistische Verhalten von Fachkräften im Gesundheitswesen. Diese Elemente sind häufig weniger offensichtlich, da sie nicht durch feste Vorschriften bestimmt werden, sondern aus der Zusammenarbeit im Team und aus etablierten Unternehmenskulturen hervorgehen. Im Kontext des JD-R-Modells können sie als soziale „Arbeitsanforderungen“ betrachtet werden, da sie zusätzliche Druckfaktoren erzeugen, die über die eigentlichen Tätigkeiten hinausgehen (Mach et al., 2018, S. 2).

Ein besonders einflussreicher Aspekt ist der Druck innerhalb des Teams. Dieser entsteht durch die enge Struktur der Arbeitsabläufe im Krankenhaus, wo die Aufgaben stark miteinander verbunden sind und jede Krankmeldung sofort Auswirkungen auf die anderen Teammitglieder hat. Im JD-R-Modell bedeutet das, dass die Mitarbeitenden nicht nur für ihre eigenen Aufgaben zuständig sind, sondern auch für die Belastung ihrer Kolleg*innen. Diese Erkenntnisse werden durch Forschungsarbeiten belegt. Hung et al. (2024) verdeutlichen in einer qualitativen Untersuchung mit Pflegekräften, dass viele ihre Anwesenheit trotz Krankheit als Teil ihrer beruflichen Ethik und als Zeichen von Teamloyalität. Präsentismus wird hier nicht als individuelles Fehlverhalten betrachtet, sondern als moralische Verpflichtung, das Team zu unterstützen. Somit zeigen diese Studien, dass Teamdruck eine doppelte Wirkung hat. Er steigert nämlich die Anforderungen, während gleichzeitig wichtige Ressourcen, wie angemessene Vertretungsregelungen oder Unterstützung durch die Leitung oft fehlen (ebd., S. 6).

Eng verbunden mit dem Druck innerhalb des Teams sind Anwesenheitsstandards, die in zahlreichen Abteilungen als inoffizielle Richtlinien fungieren. Diese Standards entstehen, wenn die Anwesenheit als Indikator für Zuverlässigkeit angesehen wird und das Fehlen als Zeichen mangelnden Engagements gilt. Im JD-R-Modell erhöhen solche Standards die Anforderungen an die Mitarbeiter, da sie zusätzlich zu ihren fachlichen Aufgaben auch soziale Erwartungen erfüllen müssen. Li et al. (2025) konnten in einer Untersuchung unter Intensivpflegekräften zeigen, dass eine stark ausgeprägte „Team- Präsentismus- Atmosphäre“ das Risiko für Präsentismus signifikant erhöht und das durch direkten als auch indirekten Arbeitsstress (ebd., S.3 f.). Dies verdeutlicht, dass Präsentismus in solchen Teams weniger eine persönliche Entscheidung darstellt, sondern vielmehr ein Ausdruck der gemeinsamen Erwartung ist, „trotz allem“ anwesend zu sein.

Eine weitere Dimension betrifft die Kultur innerhalb der Organisation. In vielen Kliniken wird eine Atmosphäre geschaffen, in der Anwesenheit mit Widerstandsfähigkeit, Treue und Motivation in Verbindung gebracht wird. Rühle et al. (2020) nennen dieses Phänomen „attendance culture“, bei der Präsentismus nicht nur akzeptiert, sondern sogar als Zeichen von Engagement betrachtet wird (ebd., S. 242). Im JD-R-Modell kann dies als Verstärkung der „job demands“ angesehen werden, da die Kultur auf struktureller Ebene Erwartungen etabliert, die kaum vermieden werden können. Empirische Belege liefert die Analyse von Mach et al. (2018). Sie fanden nämlich heraus, dass in Teams mit einem stark ausgeprägten Präsentismus-Umfeld, Beschäftigte viel häufiger, trotz Krankheit, zur Arbeit erschienen. Besonders problematisch war dies in Situationen, in denen gleichzeitig Hilfsquellen, wie Autonomie oder soziale Unterstützung fehlten (ebd, S. 9). Die Kultur fungiert somit als Verstärker, der bereits vorhandene Belastungen verstärkt und den Handlungsspielraum weiter einschränkt.

Letztendlich sind kollektive Erwartungen an die Berufsausübung von großer Bedeutung. In der Gesellschaft ist fest verankert, dass Ärzt*innen und Pflegepersonen „immer für andere da sein müssen“. Diese Annahme beeinflusst nicht nur die öffentliche Wahrnehmung, sondern prägt auch die Kultur innerhalb der Institution. Die Angestellten merken, dass das Fehlen im Job im Widerspruch zu diesem Rollenverständnis steht. Szymczak et al. (2015) zeigten, dass im medizinischen Kontext Krankheit als Grund zum Abwesendsein als unprofessionell gilt, da das Fehlen leicht als Enttäuschung für Patient*innen oder Kolleg*innen wahrgenommen wird (ebd. S. 118 f.). Im

Rahmen des JD-R-Modells können diese kollektiven Erwartungen als zusätzliche „job demands“ betrachtet werden, während gleichzeitig Ressourcen, wie Arbeitsplatzsicherheit oder ein transparenter Umgang mit Erkrankungen fehlen, die diesen Druck abfedern könnten.

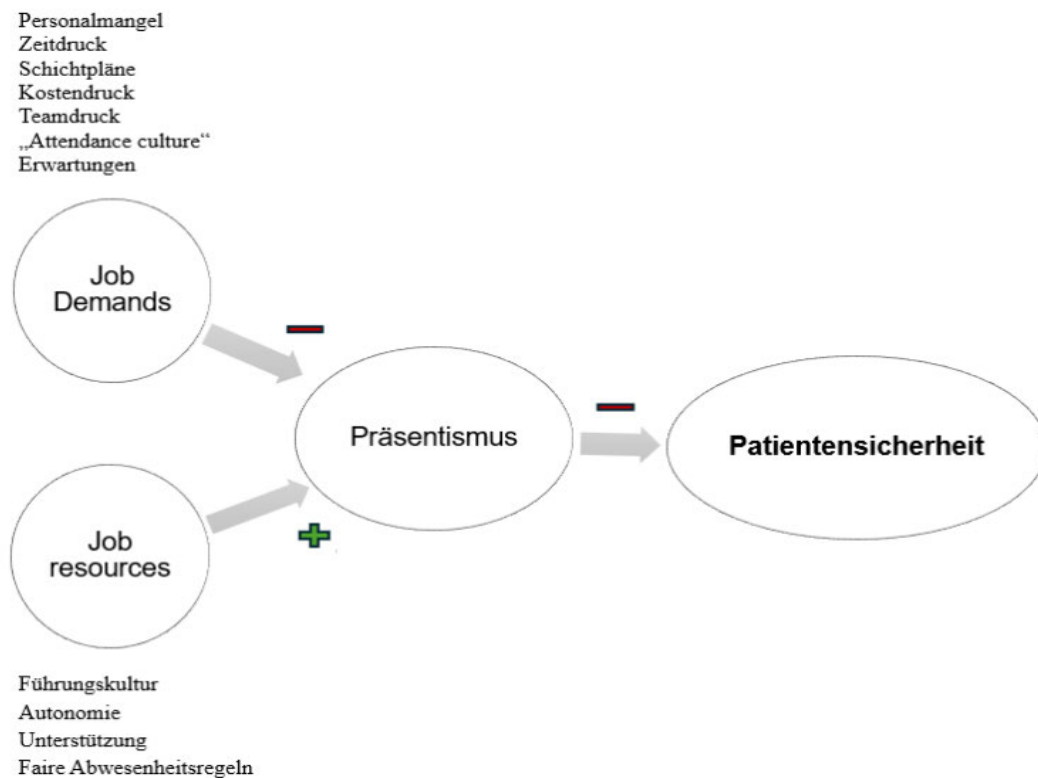


Abbildung 1: Job-Demands-Resources-Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Demerouti et al., 2001)

4.2 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und Versorgungsprozesse

4.2.1 Auswirkung auf die individuelle Arbeitsfähigkeit

Präsentismus hat vor allem negative Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit von medizinischen Fachkräften. Selbst leichte Erkrankungen, die im Alltag oft als nicht wichtig betrachtet werden, können erhebliche Einbußen in der Arbeitseffizienz mit sich bringen. Insbesondere die kognitiven Fähigkeiten reagieren empfindlich auf gesundheitliche Probleme. Eine Untersuchung mit Arbeitnehmer*innen in Japan hat gezeigt, dass eine bessere objektive kognitive Leistung, besonders in den Bereichen Aufmerksamkeit, exekutive Funktionen und Arbeitsgedächtnis, eng mit einer höheren Selbsteinschätzung der Arbeitsleistung verbunden ist. Daraus wird deutlich, dass schon geringe Einschränkungen dieser Fähigkeiten, wie sie bei Erkältungen, Kopfschmerzen

oder allgemeiner Müdigkeit auftreten, die Fähigkeit beeinträchtigen, Aufgaben fokussiert und fehlerfrei zu erledigen. Dieser Zusammenhang ist im klinischen Umfeld besonders wichtig, da Konzentrationsschwierigkeiten sofort dazu führen können, dass Informationen langsamer verarbeitet oder Arbeitsabläufe mehrfach durchlaufen werden müssen, wodurch die Gesamtleistung sinkt (Shibaoka et al., 2023, S. 5).

Zusätzlich zu den kognitiven Einschränkungen treten auch physische Belastungen auf, die durch Präsentismus verstärkt werden. Beschäftigte, die trotz gesundheitlicher Probleme arbeiten, stören wichtige Erholungsprozesse. Dies hat zur Folge, dass die Genesungsdauer verlängert wird und Betroffene anfälliger für erneute Krankheiten werden (Aronsson et al., 2000, S. 503). Besonders im Pflegebereich ist deutlich erkennbar, dass Präsentismus eng mit Ermüdung und Burnout-Symptomen verknüpft ist. Eine aktuelle Übersicht hat gezeigt, dass Pflegekräfte, die häufig trotz Krankheit zur Arbeit gehen, signifikant höhere Werte an Erschöpfung und emotionalen Belastungen angeben. Ermüdung hat zudem zwei negative Folgen: Sie senkt einerseits direkt die Leistungsfähigkeit und erhöht andererseits langfristig die Wahrscheinlichkeit für chronische Krankheiten und psychische Belastungen, die die Arbeitskraft nachhaltig beeinträchtigen (Gerlach, 2024, S. 7). Vaz (2025) betont, dass insbesondere emotionale Erschöpfung ein zentraler Aspekt ist, der Pflegekräfte in einen Teufelskreis von Präsentismus und Burnout führt. Sie arbeiten krank, fühlen sich dadurch noch müder und erleben eine weiter sinkende Leistungsfähigkeit (ebd. S. 8 f.).

Außerdem hat das Arbeiten trotz Krankheit erhebliche Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen. Verschiedene Studien beweisen, dass kontinuierliches Arbeiten in Krankheitsphasen nicht nur Müdigkeit verursacht, sondern auch zu einer Zunahme von depressiven Gefühlen und Stress führt. In einer systematischen Untersuchung von Skagen und Collins (2016) wird deutlich, dass das Arbeiten trotz schlechter Gesundheit mit einem höheren Risiko psychischer Probleme in der Zukunft verbunden ist. Dieser Zusammenhang ergibt sich daraus, dass das ständige Ignorieren eigener gesundheitlicher Bedürfnisse langfristig zu einem Gefühl der Überforderung führt. Angestellte empfinden einen Konflikt zwischen beruflichen Verpflichtungen und ihren körperlichen, sowie seelischen Grenzen, was ihre Selbstwirksamkeit verringert und die Fähigkeit zur Resilienz schwächt. Die psychischen Auswirkungen verstärken nicht nur den sofortigen Rückgang der Leistungsfähigkeit, sondern haben auch langfristige negative Folgen für die zukünftige Arbeitsfähigkeit (ebd., S. 174).

Darüber hinaus ist die Widersprüchlichkeit von Präsentismus ein wichtiger Punkt. Kurzfristig mag es für Mitarbeiter*innen und Unternehmen vorteilhaft sein, wenn ein Arbeitnehmer*in trotz gesundheitlicher Probleme an seinem Arbeitsplatz bleibt und seine Pflichten erfüllt. Langfristig zeigt jedoch eine Vielzahl von Langzeitstudien, dass Präsentismus ein wesentlicher Indikator für zukünftige Krankheitsausfälle ist. Wer trotz Krankheit arbeitet, gefährdet nicht nur den aktuellen Gesundheitszustand, sondern steigert auch das Risiko für chronische Krankheiten und wiederholte Fehlzeiten (Lohaus und Habermann, 2019, S. 52). Skagen und Collins (2016) heben hervor, dass dieser Prozess mit der Zeit intensiver wird, denn je häufiger Beschäftigte erkrankt zur Arbeit erscheinen, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie künftig längerfristig arbeitsunfähig sind. Dieser Einfluss wird durch die fehlende Erholung und den konstanten Stress erklärt, die gemeinsam zu einem schrittweisen Verlust an physischen und psychischen Ressourcen führen (ebd. S. 173 f.).

4.2.2 Auswirkungen auf Team und Kommunikation

Präsentismus hat nicht nur Auswirkungen auf die persönliche Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz, sondern beeinflusst auch erheblich die Teamdynamik, sowie die Qualität der Kommunikation. In Bereichen des Gesundheitswesens, wo Kooperation, Informationsaustausch und eine klare Abstimmung entscheidend sind, können selbst kleine Störungen gravierende Folgen nach sich ziehen. Mitarbeiter, die trotz Krankheit arbeiten, zeigen oft eine geringere Aufmerksamkeit und haben nicht die nötige kognitive Fähigkeit, um Informationen komplett zu erfassen oder weiterzugeben. Besonders bei Übergaben, die im Krankenhaus- und Pflegealltag von großer Bedeutung sind, zeigt sich diese Problematik. Wenn Informationen kurz, unklar oder fehlerhaft weitergegeben werden, entstehen Missverständnisse, die die Teamkoordination behindern und den Arbeitsablauf stören können. In einer umfassenden Übersicht über das Thema Präsentismus in der Pflege wurde immer wieder festgestellt, dass kranke Pflegekräfte ihre Kommunikation reduzieren oder bestimmte Aufgaben nur oberflächlich ausführen, was zu Teamüberlastung und zwischenmenschlichen Konflikten führen kann. Diese Konflikte sind problematisch, da sie nicht nur das sofortige Arbeitsumfeld belasten, sondern auch langfristig das Vertrauen innerhalb des Teams beeinträchtigen können (Rainbow, 2019, S. 1532).

Neben den direkten Problemen in der Kommunikation hat Präsentismus auch Auswirkungen auf die Dynamik im Team. Wenn jemand, der krank ist, trotzdem zur Arbeit kommt, müssen oft unbemerkt die restlichen Teammitglieder zusätzliche Aufgaben übernehmen. So sehr dies kurzfristig als kollegiale Unterstützung angesehen wird, führt es langfristig zu einer unausgewogenen Verteilung der Arbeitslast. In qualitativen Interviews berichten Mitarbeitende, dass sie sich durch die zusätzlichen Aufgaben zunehmend frustriert und unfair behandelt fühlen. Solche Empfindungen steigern die Spannungen innerhalb des Teams, fördern Reizbarkeit und können zu Konflikten führen, die die Bereitschaft zur Zusammenarbeit verringern. Im Pflegebereich, wo die Arbeitsbelastung ohnehin hoch ist, kann dies dazu führen, dass Mitarbeitende weniger geneigt sind, sich gegenseitig zu helfen, was die Arbeitsatmosphäre beeinträchtigt (Pereira et al., 2022, S. 6 f.).

Ein wesentlicher Faktor, der diese Trends verstärkt, ist die soziale Ansteckung durch Präsentismus. Wenn Mitarbeiter*innen beobachten, dass ihre Kolleg*innen trotz gesundheitlicher Beschwerden bei der Arbeit sind, entsteht der unausgesprochene Druck, es ihnen nachzumachen. Aronsson und Gustafsson (2005) haben in einer umfangreichen Umfrage herausgefunden, dass Präsentismus nicht lediglich ein individuelles Verhalten darstellt, sondern stark von der Beobachtung des Handelns anderer beeinflusst wird (ebd., S. 959).

Li et al. (2025) unterstützen dieses Ergebnis im Bereich der Intensivpflege und zeigen anhand von Informationen aus chinesischen Kliniken, dass ein "Teamklima des Präsentismus" erheblichen Einfluss auf das Verhalten einzelner Pflegekräfte hat. Je intensiver eine Teamkultur ausgeprägt war, die Anwesenheit trotz Krankheit fördert, desto höher waren die Stresslevel bei den Einzelnen. Dieser Stress fungierte seinerseits als Vermittler, denn er erklärte einen bedeutenden Teil der Beziehung zwischen Teamklima und individuellem Präsentismus. Das verdeutlicht, dass nicht nur das Verhalten einzelner Personen relevant ist, sondern dass Teams Präsentismus ebenfalls fördern und verstärken können (ebd., S. 7).

Die Auswirkungen dieser Entwicklungen gehen über einfache Belastungen hinaus. In Gruppen, in denen Präsenzpflcht zur Norm wird, verändert sich das Betriebsklima. Offene Diskussionen über Belastungsgrenzen oder gesundheitliche Anliegen verlieren an Zustimmung, da krankheitsbedingte Abwesenheiten häufiger als Zeichen einer fehlenden Widerstandsfähigkeit angesehen werden. Dies führt dazu, dass Mitarbeitende

ihre Beschwerden verbergen oder herunterspielen, um nicht negativ aufzufallen (ebd., S.7 f.).

Pereira et al. (2022) zeigen durch qualitative Interviews in der Schweiz und in Portugal, dass Pflegekräfte in einem solchen Klima weniger bereit sind, ihre eigenen Grenzen zu äußern. Stattdessen entwickeln sie eine Einstellung, bei der körperliche oder psychische Beschwerden als tabu gelten, was zu zunehmender Frustration und geringerer Zufriedenheit führt. Langfristig schadet dies dem Vertrauen und dem Zusammenhalt im Team, da Probleme nicht mehr offen angesprochen werden können (ebd., S. 6 f.).

4.2.3 Auswirkungen auf organisatorische Abläufe und Prozesse

Die Auswirkungen von Präsentismus sind in den Abläufen von Gesundheitseinrichtungen erkennbar. Krankenhäuser und Altenheime weisen komplexe, eng verbundene Verfahren auf, bei denen die Leistung jedes einzelnen Mitarbeitenden einen bedeutenden Beitrag zum Gesamtergebnis leistet. Wenn Angestellte trotz gesundheitlicher Probleme in eingeschränkter Form arbeiten, beeinflusst dies den Ablauf und die Zuverlässigkeit der Prozesse (Pereira et al., 2022, S. 7).

Ein besonders kritischer Aspekt ist die Dokumentation, die für die Fortführung der Versorgung unerlässlich ist. Kranke Mitarbeitende neigen dazu, Einträge oft kürzer oder weniger präzise vorzunehmen, was die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass Aufzeichnungen fehlerhaft oder unvollständig sind. In einer qualitativen Untersuchung gaben Pflegekräfte an, dass Präsentismus unmittelbar dazu führte, dass Dokumentationen lückenhaft oder fehlerhaft ausgefüllt wurden, weil sie trotz gesundheitlicher Einschränkungen nicht die erforderliche Aufmerksamkeit oder Energie aufbringen konnten (Moore et al., 2023, S. 6).

Zudem kommt, dass kranke Mitarbeitende Aufgaben langsamer erledigen, wodurch sich die gesamten Abläufe verzögern. Aktivitäten, die normalerweise routinemäßig stattfinden, benötigen mehr Zeit, Aufmerksamkeit und manchmal auch zusätzliche Hilfe von Kolleg*innen. In einer Studie in portugiesischen und Schweizer Einrichtungen berichteten Pflegekräfte, dass das Arbeiten trotz gesundheitlicher Beeinträchtigungen zu Verzögerungen bei der Durchführung von Pflegehandlungen und therapeuti-

schen Maßnahmen führte, was sich direkt auf die Organisation des Arbeitsalltags auswirkte. Solche Verzögerungen summieren sich nicht nur im Laufe des Tages, sondern führen auch zu zusätzlichen Belastungen, da nachfolgende Aufgaben verschoben oder zeitlich gedrängt werden müssen. Dadurch entsteht ein Teufelskreis, der die Effizienz der gesamten Station beeinträchtigt (Pereira et al., 2022, S. 6 f.).

Auch die Effizienz der Abläufe kann durch Präsentismus negativ beeinflusst werden. Angestellte, die trotz Krankheit zur Arbeit gehen, haben weniger Energie und Konzentration, was dazu führt, dass Routineaufgaben nicht mit der nötigen Genauigkeit erledigt werden. Die Forschung von Letvak et al. (2012) ergab, dass Pflegekräfte, die stark zum Präsentismus neigen, ihre eigene Versorgungsqualität deutlich schlechter einschätzen als ihre Kolleg*innen, die sich anders verhalten. Diese Einschätzung deutet darauf hin, dass zwar die organisatorischen Vorgaben formal beachtet werden, in der Praxis jedoch Abstriche bei Genauigkeit und Sorgfalt gemacht werden. Dies führt zu organisatorischen Ineffizienzen, die zwar nicht sofort erkennbar sein müssen, sich aber in einem allgemein sinkenden Niveau der Prozessstabilität äußern (ebd., S. 34).

Ein weiterer wichtiger Aspekt sind die wirtschaftlichen Auswirkungen, die mit diesen Unterbrechungen im Arbeitsprozess einhergehen. Auf den ersten Blick scheint es für Unternehmen profitabel zu sein, wenn Beschäftigte trotz gesundheitlicher Beschwerden weiterhin arbeiten, um kurzfristige Abwesenheiten zu vermeiden. In der Realität wird jedoch deutlich, dass die Leistungsfähigkeit stark leidet, wenn Mitarbeitende nicht in der Lage sind, ihre volle Leistung zu erbringen. Zudem führt die Unterbrechung der Erholungsphasen oft zu längeren und schwerwiegenderen Krankheitsfällen in der Zukunft. Lohaus und Habermann (2019) weisen darauf hin, dass diese Situation für Unternehmen eine „versteckte Kostenfalle“ darstellt: Kurzfristig wird die Anwesenheit als Gewinn angesehen, langfristig jedoch übersteigen die nachfolgenden Kosten durch Produktivitätsverluste, erhöhten Koordinationsaufwand und spätere Abwesenheiten den vermeintlichen Vorteil erheblich (ebd., S. 43 f.). Auch die umfassende Analyse von Skagen und Collins (2016) zeigt, dass Präsentismus mit einem erhöhten Risiko für später auftretende Krankschreibungen verbunden ist, wodurch Organisationen doppelt belastet werden, einerseits durch verminderte Effizienz während der Anwesenheit und andererseits durch einen späteren vollständigen Ausfall der Betroffenen (ebd., S. 173 f.).

4.3 Präsentismus als potenzieller Risikofaktor für die Patientensicherheit (+ Swiss Cheese Modell)

Nachdem die Gründe für Präsentismus (Kapitel 4. 1) sowie die Auswirkungen auf die persönliche Leistungsfähigkeit, das Team und die organisatorischen Abläufe (Kapitel 4. 2) erläutert wurden, stellt sich nun die Frage, welche Auswirkungen dieses Verhalten auf die Sicherheit der Patient*innen hat. Patientensicherheit, verstanden als Vermeidung von Schäden, kann durch Präsentismus gefährdet werden, da er auf verschiedenen Ebenen die Barrieren schwächt, die eigentlich dazu dienen, Fehler zu vermeiden (WHO, 2021, S.1) Um dieses Zusammenspiel zu erläutern, eignet sich das von James Reason entwickelte Swiss-Cheese-Modell zur Patientensicherheit (Wiegmann et al., 2022, S. 1, zit. nach Reason, 2000).

Das Modell stellt Patientensicherheit als ein System dar, das aus verschiedenen Schutzschichten besteht, die nebeneinandergelagert sind, ähnlich den Löchern in einem Schweizer Käse. Jede dieser Schichten steht für eine Stufe im Gesundheitssystem: die einzelnen Fachkräfte, die Teams und die gesamte Organisation. Innerhalb jeder dieser Ebenen existieren Schwachstellen, die sogenannten „Löcher“ im Käse. Solange diese Schwächen nicht übereinstimmen, können Fehler abgefangen werden. Wenn sie jedoch unglücklich zusammenfallen, entsteht ein Kanal, durch den ein Fehler ungehindert zu den Patient*innen gelangt. In diesem Modell wirkt sich Präsentismus als ein Faktor aus, der die Löcher in jeder Schicht vergrößert und somit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie ausgerichtet werden und ein Sicherheitsrisiko entsteht (Wiegmann et al., 2022, S. 2 f., zit. nach Reason, 2000).

Die erste Schicht im Swiss-Cheese-Modell bildet die individuelle Fachkraft. Präsentismus hat hier eine besonders direkte Auswirkung, da er die grundlegenden Fähigkeiten der Mitarbeiter*innen einschränkt. Wer trotz Krankheit zur Arbeit erscheint, leidet oft unter Beschwerden wie Kopfschmerzen, Müdigkeit oder Schwierigkeiten mit der Konzentration. Was zunächst harmlos wirken mag, kann für die Patient*innen schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Bereits kleinere kognitive Einschränkungen können ausreichen, um bei der Medikamentengabe Fehler zu machen. Ein falsches Medikament wird ausgewählt, die Dosierung wird nicht korrekt ermittelt oder die Gabe erfolgt zu einem unpassenden Zeitpunkt. Solche Fehler zählen zu den bedeu-

tendsten Risikofaktoren in der klinischen Praxis, da sie sofort zu Über- oder Unterdosierungen sowie zu gefährlichen Wechselwirkungen führen können (WHO, 2023, o. S.)

Die empirischen Studien zeigen diesen Zusammenhang klar auf. Letvak et al. (2012) führten eine Untersuchung mit 1 171 Pflegekräften in North Carolina durch und entdeckten, dass hohe Werte von Präsentismus signifikant mit einer Zunahme von Medikationsfehlern, Stürzen von Patient*innen und einer verminderten Wahrgenommenen Versorgungsqualität verbunden waren (ebd., S. 2). Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass müde oder kranke Pflegekräfte weniger fokussiert arbeiteten, was dazu führte, dass Patient*innen häufiger stürzten oder ihre Behandlungen verzögert wurden. Dies ist von großer Bedeutung für die Sicherheit der Patient*innen: Ein unbegleiteter Toilettengang kann für eine sturzgefährdete Person schnell zu Knochenbrüchen führen, die wiederum Operationen und längere Krankenhausaufenthalte erforderlich machen. Auch Medikationsfehler sind ernst zu nehmen. Sie können nämlich nicht nur den Behandlungserfolg hinauszögern, sondern im schlimmsten Fall auch lebensbedrohliche Reaktionen hervorrufen (ebd., S. 36).

Noch klarer wird dieser Zusammenhang in qualitativen Untersuchungen. Moore et al. (2023) führten Interviews mit Pflegefachkräften in Notfallzentren durch und fanden heraus, dass diese bei Patient*innen im Krankheitsfall wichtige Veränderungen des Gesundheitszustandes übersehen oder nicht kommunizieren. Die Pflegekräfte gaben an, dass sie aufgrund von körperlichen und geistigen Einschränkungen nicht in der Lage waren, die Patient*innen genauso aufmerksam zu beobachten wie gewohnt. Ein solches Versäumnis könnte dazu führen, dass Anzeichen von Atemnot oder plötzliche Schmerzepisoden nicht rechtzeitig erkannt werden, was potenziell gefährliche Folgen haben kann. Besonders in Notfallsituationen, in denen jede Sekunde zählt, kann das Zögern bei der Reaktion darüber entscheiden, ob Komplikationen vermieden oder verschärft werden (ebd., S. 5).

Für das Swiss-Cheese-Modell heißt das: Die erste Schicht, das Individuum, hat durch Präsentismus größere Lücken. Diese Lücken repräsentieren eine verringerte Aufmerksamkeit, langsamere Reaktionszeiten oder fehlerhafte Entscheidungen. Solange andere Schutzmechanismen aktiv sind, können diese Mängel manchmal noch ausgeglichen werden, beispielsweise wenn ein Kollege eine falsche Dosierung erkennt. Je größer jedoch die Lücken in dieser ersten Schicht werden, desto höher ist das Risiko, dass

Fehler unbehandelt bleiben und direkt den Patient*innen schaden (Wiegmann et al., 2022, S. 2, zit. nach Reason, 2000).

Die zweite Schicht im Swiss-Cheese-Modell bezieht sich auf das Team und die Art der Kommunikation. Im Bereich der Gesundheitsversorgung ist die Sicherheit der Patient*innen stark davon abhängig, dass Informationen verlässlich zwischen Ärzt*innen, Pflegekräften und anderen relevanten Akteuren ausgetauscht und Fehler im Team schnell behoben werden. Präsenz am Arbeitsplatz, trotz Krankheit, beeinträchtigt diese Schutzmaßnahme jedoch auf verschiedene Weise. Mitarbeiter*innen, die trotz Krankheit arbeiten, zeigen häufig eine geringere Konzentration, drücken sich weniger präzise aus oder halten sich kurz und vermeiden detaillierte Erklärungen. Außerdem sind die Kolleg*innen, die die Arbeitsausfälle auffangen müssen, oft überlastet, was ihre Aufmerksamkeit reduziert. Für die Sicherheit der Patient*innen bedeutet dies, dass wichtige Informationen verloren gehen können oder nicht mehr ausreichend kritisch betrachtet werden (Rainbow, 2019, S. 1532).

Rainbow, Drake und Steege (2020) haben aufgezeigt, dass Präsentismus den Einfluss von Arbeitsstress auf die Wahrnehmung der Patientensicherheit beeinflusst. In Teams, in denen zahlreiche Mitarbeiter trotz gesundheitlicher Beschwerden tätig waren, wurden Fehler seltener gemeldet und Risiken weniger ernst genommen. Dies ist für die Patient*innen gefährlich, da sicherheitsrelevante Vorfälle, wie eine falsche Medikamentengabe oder eine fehlerhafte Katheteranlage, nicht ordnungsgemäß dokumentiert und somit nicht analysiert werden. Solche nicht gemeldeten Fehler können sich wiederholen und erhöhen somit das Risiko für andere Patienten (ebd., S. 335 f.).

Vor allem wird die Gefahr bei den Übergaben. Hier werden die wesentlichen Informationen über die Patient*innen von einer Schicht zur nächsten übermittelt. Al Haliq et al. (2025) fanden in einer Untersuchung mit Pflegekräften und Mitarbeitern des Rettungsdienstes heraus, dass in Notfallsituationen grundlegende Vitalzeichen wie Blutdruck oder Sauerstoffsättigung häufig nicht erwähnt wurden, oftmals aufgrund von Unterbrechungen oder fehlender Konzentration. Dies stellt ein sofortiges Risiko für die Sicherheit der Patient*innen dar. Fehlt beispielsweise die Mitteilung über eine sinkende Sauerstoffsättigung, könnte die nächste Fachkraft diese Verschlechterung möglicherweise nicht rechtzeitig behandeln, was wiederum zu möglichen Schäden bei den Patient*innen führen könnte (ebd., S. 2). Zudem fanden Galli et al. (2025) heraus, dass strukturierte Übergabemodelle wie ISBAR die Qualität der Informationsübermittlung

erheblich verbessern. Daraus lässt sich ableiten, dass unstrukturierte Übergaben, die zusätzlich durch Präsentismus beeinträchtigt sind, die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass wesentliche Informationen verloren gehen, was unmittelbare Konsequenzen für die Patient*innen hat (ebd., S. 6).

Nicht nur die fachliche Kommunikation wird beeinträchtigt, sondern auch die emotionale Beziehung innerhalb des Teams. Pflegekräfte, die krank arbeiten, verfügen über weniger Kraft für mitfühlende Rückmeldungen oder klare Kommunikation. Dies hat indirekte Folgen für die Patient*innen. Wenn die Anliegen oder Ängste der Patient*innen nicht ernst genommen werden, gehen wichtige Informationen verloren. Eine Patientin, die wiederholt von Schmerzen berichtet, könnte möglicherweise nicht weiter untersucht werden, wenn sie auf erschöpftes Personal stößt, was dazu führen kann, dass eine Komplikation wie eine beginnende Infektion unentdeckt bleibt (Pereira et al., 2022, S. 8).

Im Swiss-Cheese-Modell wird deutlich: Die Team-Ebene, die üblicherweise die Funktion hat, individuelle Fehler zu korrigieren, verliert durch Präsentismus ihre Effektivität. Informationsverluste, verkürzte Übergabezeiten und eine unzureichende Fehlerkultur führen dazu, dass die Lücken in dieser Schicht größer werden. Dadurch erhöht sich das Risiko, dass individuelle Fehler nicht mehr abgemildert werden können, sondern ungehindert zu den Patient*innen gelangen (Wiegmann et al., 2022, S. 3, zit. nach Reason, 2000).

Die dritte Ebene im Swiss-Cheese-Modell ist die Organisation. Dazu zählen festgelegte Abläufe, Dokumentationssysteme, Checklisten sowie die Planung des Personaleinsatzes, alles Instrumente, die darauf abzielen, individuelle Fehler oder Kommunikationsschwierigkeiten rechtzeitig zu erkennen und zu beheben. Präsentismus beeinträchtigt diese Ebene besonders stark, da er häufig zu „missed nursing care“ führt also zu Pflegehandlungen und Dokumentationen, die ganz oder teilweise nicht durchgeführt werden (Dirgar et al., 2024, S. 5).

Moore et al. (2023) fanden in einer qualitativen Studie heraus, dass Pflegekräfte während Phasen des Präsentismus oft Aufgaben verzögerten, Abweichungen nicht festhielten oder Standardprozeduren nicht einhielten. Dies kann ernsthafte Risiken für Patient*innen mit sich bringen. Eine nicht vermerkte Medikamentenverabreichung könnte zu einer gefährlichen Doppelgabe führen, da nachfolgende Fachkräfte nicht

informiert sind, dass das Medikament bereits gegeben wurde (ebd., S. 5). Auch das Versäumnis, eine Mobilisationshilfe bereitzustellen, kann dazu führen, dass Patient*innen unbeaufsichtigt aufstehen und stürzen. Selbst geringfügige Lücken in der Dokumentation können schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen (Kasaye et al., 2021, S. 10).

Jung (2025) erklärt in ihrer Analyse, dass Präsentismus innerhalb von Organisationen die Qualität der Versorgung verringert und die Wahrscheinlichkeit von Fehlern erhöht. Besonders besorgniserregend ist, dass diese Gefahren oft nicht sofort erkennbar sind. Fehlende Eintragungen in den Aufzeichnungen oder verzögerte Pflegeinterventionen werden manchmal erst bemerkt, wenn bereits ein Schaden entstanden ist (ebd., S. 5). Dies macht diese Art von Schwächen so bedrohlich. Sie stellen nämlich unterschwellige Situationen dar, wie Reason im Swiss-Cheese-Modell beschreibt, unsichtbare Lücken in der organisatorischen Schicht, die andere Sicherheitsmechanismen untergraben (Wiegmann et al. 2022, S. 3, zit. nach Reason, 2000).

Es ist außerdem zu beachten, dass Präsentismus in zahlreichen Einrichtungen durch strukturelle Schwierigkeiten wie einen Mangel an Personal oder starre Dienstpläne gefördert wird. Zhang et al. (2025) stellten fest, dass ein ungünstiges Arbeitsklima, gekennzeichnet durch Überarbeitung, ungenügende Ressourcen und hohen Leistungsdruck, den Präsentismus verstärkt. Dies führt zu einem Teufelskreis: Je angespannter die Organisation ist, desto mehr Mitarbeitende erscheinen trotz Krankheit zur Arbeit, was wiederum die Abläufe beeinträchtigt und die Gefahren für die Patient*innen erhöht. In diesem Zusammenspiel verlieren organisatorische Schutzmaßnahmen, wie Checklisten oder Doppelprüfungen ihre Effektivität, da sie einfach nicht mehr konsequent angewendet werden (ebd., S. 8 f.).

Für die Patient*innen hat das folgende Konsequenzen: Therapien kommen ins Stocken, weil nötige Untersuchungen nicht rechtzeitig angefordert werden, Diagnosen ziehen sich hin, da Befunde nicht schnell genug dokumentiert sind und Gefahren werden ignoriert, da wichtige Beobachtungen fehlen. Im ungünstigsten Fall kombinieren sich diese organisatorischen Mängel mit persönlichen und teambezogenen Schwächen und genau in solchen Momenten treten die gravierendsten Sicherheitsvorfälle auf (Dirgar et al., 2024, S. 5 f.).

Das Swiss-Cheese-Modell zeigt auf, dass auch die organisatorische Schicht durch Präsentismus zusätzliche Schwachstellen aufweist. Abläufe werden unsicher, Unterlagen sind lückenhaft, und Sicherheitsrichtlinien werden missachtet. Wenn sich diese Schwachstellen, mit denen auf individueller und Teamebene verbinden, gibt es keinen Schutz mehr vor dem Ausbruch eines Fehlers und die Patient*innen sind unmittelbar in Gefahr (Wiegmann et al., 2022, S. 3, zit. nach Reason, 2000).

Die gesammelten Forschungsergebnisse zeigen, dass Präsentismus auf individueller, Team- und Unternehmensebene zahlreiche Schwächen hervorbringt, die im Swiss-Cheese-Modell als Gefahrenfaktoren erkennbar sind. Mangelnde Konzentration, fehlerhafte oder unzureichende Kommunikation sowie lückenhafte Dokumentationen schwächen die entsprechenden Schutzmaßnahmen und steigern die Wahrscheinlichkeit, dass Fehler nicht rechtzeitig erkannt werden. Es wird klar, dass Präsentismus Prozesse in Bewegung setzt, die möglicherweise die Sicherheit der Patient*innen gefährden können. In der folgenden Diskussion wird erörtert, wie bedeutsam diese Risiken im Gesamtzusammenhang sind und welche Relevanz sie für die Praxis und Forschung haben.

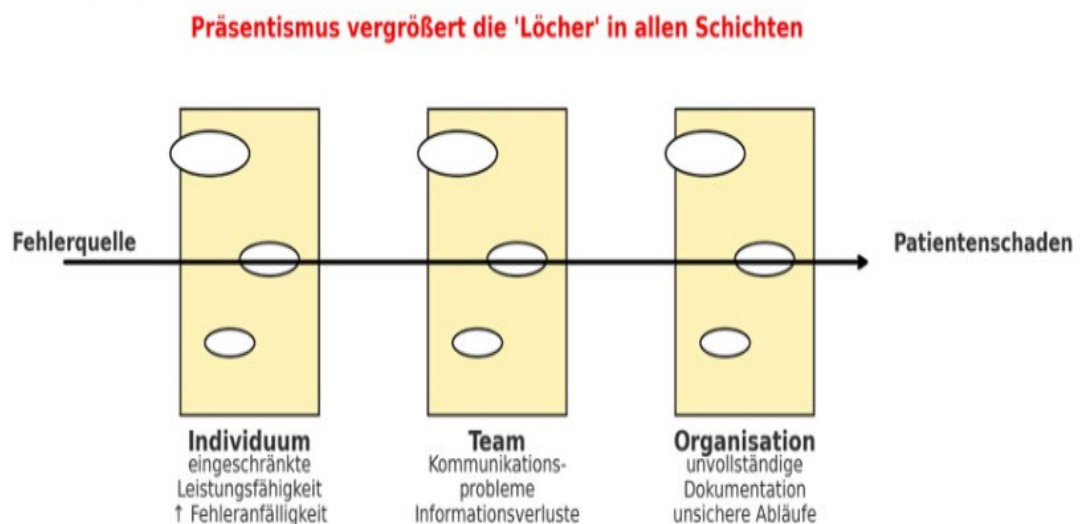


Abbildung 2: Swiss-Cheese-Modell zur Patientensicherheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Reason, 2000; Wiegmann et al., 2022)

5 Diskussion

5.1 Einordnung der Ergebnisse in den Forschungsstand

Die zentrale Fragestellung dieser Untersuchung war, ob und in welchem Maße Präsentismus in der Gesundheitsversorgung ein Risiko für die Sicherheit der Patient*innen darstellt. Die Literaturanalyse hat klar aufgezeigt, dass dies tatsächlich so ist. Präsentismus schadet nicht nur den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen und führt zu finanziellen Einbußen, sondern beeinflusst auch die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Patient*innen. Besonders auffällig ist, dass Gefahren auf individueller, organisatorischer und Team-Ebene entstehen und sich sowohl in offensichtlichen Fehlern als auch in weniger wahrnehmbaren Prozessabweichungen äußern.

Auf individueller Ebene stimmen die Ergebnisse mit Untersuchungen überein, die Pflichtbewusstsein und das Gefühl der Unersetzbarkeit als Hauptursachen für Präsentismus anführen (Aronsson et al., 2000, S. 506; Miraglia et al., 2016, S. 11). Während frühere Forschungen vor allem die gesundheitlichen Belastungen der Mitarbeiter*innen betrachteten, zeigt sich hier, dass diese Faktoren auch unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit haben können. Besonders problematisch ist die verzerrte Selbstwahrnehmung. Fachkräfte, die ihre Symptome als „nicht schwerwiegend“ einschätzen, erhöhen das Risiko für Fehler, da selbst kleine Leistungseinbußen im klinischen Alltag schwerwiegende Folgen haben können (Johns, 2010, S. 521; Tartari et al., 2020, S. 7). Hier wird deutlich, dass Präsentismus nicht nur ein individuelles Gesundheitsrisiko darstellt, sondern auch ein potenzielles Risiko für die gesamte Versorgungskette.

Auf organisatorischer Ebene bestätigen die Resultate bekannte Einflussfaktoren. Ein Mangel an Personal, eine erhöhte Arbeitsbelastung und unflexible Schichtpläne werden schon lange als Ursachen für Präsentismus angesehen (Aronsson et al., 2000, S. 503; Lui et al., 2018, S. 3). Während diese Aspekte in der bisherigen Literatur vor allem im Kontext der Belastungen für die Angestellten behandelt wurden, machen neuere Studien deutlicher, wie sie auch die Patientensicherheit beeinträchtigen. Es wird gezeigt, dass knappe Ressourcen zu unzureichenden Dokumentationen, fehleranfälligen Übergaben und einer geringeren Beachtung von Standardabläufen führen

(Moore et al., 2023, S. 6; Kasaye et al., 2021, S. 10). Damit wird deutlich, dass strukturelle Faktoren nicht nur die Arbeitsleistung der Angestellten einschränken, sondern auch konkrete sicherheitsrelevante Risiken schaffen. Obwohl die Gründe für Präsentismus gut erforscht sind, sind die Auswirkungen auf die Versorgungsqualität bislang noch nicht ausreichend untersucht worden.

Auch auf der Ebene von Teams und Kommunikation spielt Präsentismus eine entscheidende Rolle für die Patientensicherheit. Studien belegen, dass Präsentismus die Qualität von Übergaben mindert, weil Informationen oft verkürzt oder unvollständig übermittelt werden (Rainbow, 2019, S. 1532). Darüber hinaus legen aktuelle Ergebnisse nahe, dass ein „Teamklima des Präsentismus“ entstehen kann, das individuelles Verhalten verstärkt und das Phänomen normalisiert (Li et al., 2025, S. 3 f.). Während frühere Studien besonders Konflikte und Missverständnisse zwischen Kolleg*innen hervorgehoben haben (Pereira et al., 2022, S. 6 f.), wird zunehmend deutlich, dass auch die Fähigkeit von Teams beeinträchtigt wird, Fehler zu erkennen und Risiken zu managen. Diese Dynamik ist besonders bedenklich in Hochrisikobereichen wie Notaufnahmen oder Intensivstationen, wo präzise Kommunikation über den Behandlungserfolg entscheidet.

Die Ergebnisse deuten schließlich darauf hin, dass Präsentismus auch schwer fassbare Gefahren mit sich bringt, die in der bisherigen Forschung wenig systematisch untersucht wurden. Während ein Teil der Fachliteratur sich auf deutlich messbare Vorkommnisse wie Fehler bei der Medikation oder Stürze konzentriert (Letvak et al., 2012, S. 36), zeigen qualitative Studien, dass es auch zu „missed nursing care“ kommt, also zu Pflegehandlungen, die entweder weggelassen oder verspätet durchgeführt werden (Dirgar et al., 2024, S. 5; Moore et al., 2023, S. 5). Solche Lücken im Pflegeprozess bleiben häufig unbemerkt, können jedoch im Verlauf ansteigen und die Sicherheit der Patient*innen erheblich gefährden. Gerade diese weniger offensichtlichen Risiken sind für die praktische Anwendung von großer Bedeutung, werden in der Forschung jedoch bislang nur punktuell berücksichtigt.

5.2 Reflexion methodischer und theoretischer Grenzen (Limitation)

Die Resultate dieser Untersuchung sollten unter Berücksichtigung verschiedener methodischer und theoretischer Limitationen gewertet werden. Da es sich hierbei um eine

Literaturübersicht handelt, sind die Ergebnisse direkt von der Verfügbarkeit, Qualität und Vielfalt der untersuchten Studien abhängig. Eine eigene Erhebung von Primärdaten wurde nicht durchgeführt, weshalb keine direkten empirischen Aussagen über die Häufigkeit oder Merkmale von Präsentismus in bestimmten Kontexten getroffen werden können. Vielmehr spiegelt die Analyse den Stand der veröffentlichten Forschung wider, der wiederum von methodischen Einschränkungen geprägt ist.

Ein wesentliches methodisches Problem ergibt sich aus der uneinheitlichen Definition von Präsentismus in der Literatur. Während einige Studien diesen Begriff ausschließlich als Anwesenheit trotz Krankheit verstehen, beziehen andere auch die damit verbundene reduzierte Leistungsfähigkeit ein. Diese Unterschiede erschweren den Vergleich und machen es schwierig, eindeutige Schlussfolgerungen zu ziehen (Johns, 2010, S. 521). Außerdem wird Präsentismus in vielen Studien durch Selbstberichte erfasst. Dies birgt die Gefahr sozialer Erwünschtheit und Verzerrungen, da Beschäftigte dazu neigen, ihre eigene Leistungsfähigkeit im Krankheitsfall zu überschätzen oder ihre Symptome zu verharmlosen.

Auch die Datenbasis ist ein limitierender Faktor. Viele Studien sind querschnittlich angelegt, was bedeutet, dass hauptsächlich Assoziationen und nicht unbedingt kausale Zusammenhänge zwischen Präsentismus und Patientensicherheit erfasst werden können. Es bleibt somit unklar, inwieweit Präsentismus tatsächlich für Fehler oder Sicherheitsprobleme verantwortlich ist oder ob beide Phänomene von gemeinsamen Drittvariablen, wie etwa Arbeitsverdichtung oder Personalmangel, beeinflusst werden.

Auf theoretischer Ebene zeigt sich eine Limitation darin, dass Präsentismus häufig isoliert untersucht wird, ohne dass er systematisch in umfassendere Modelle der Arbeits- und Patientensicherheitsforschung eingebunden wird. Es wurde zwar in dieser Arbeit auf das JD-R-Modell und das Swiss-Cheese-Modell zurückgegriffen, um die Ursachen und Risiken von Präsentismus besser zu veranschaulichen. Dennoch ist festzustellen, dass empirische Studien bisher selten diese theoretischen Konzepte gemeinsam anwenden. Daher ist die Verbindung zu bestehenden sicherheitswissenschaftlichen Ansätzen bislang nur begrenzt gegeben.

5.3 Forschungslücken

Die Untersuchung hat gezeigt, dass die bisherigen Erhebungen zu Präsentismus im Gesundheitssektor an mehreren Stellen unvollständig sind. Besonders auffällig ist, dass der direkte Bezug zwischen Präsentismus und der Sicherheit der Patient*innen bisher nur unzureichend behandelt wurde. Viele Studien basieren auf den Selbstausskünften der Mitarbeitenden und fokussieren sich überwiegend auf persönliche Wahrnehmungen von Fehlern oder Risiken. Objektive Informationen, wie die Häufigkeit von Medikationsfehlern, „missed nursing care“ oder patientenbezogenen Ergebnissen, werden hingegen nur selten systematisch gesammelt. So bleibt unklar, in welchem Maß Präsentismus tatsächlich einen Einfluss auf sicherheitskritische Vorfälle hat oder ob beide Erscheinungen eher von gemeinsamen Drittvariablen wie Arbeitsverdichtung oder Personalmangel beeinflusst werden.

Ein zusätzlicher Forschungsbedarf besteht in der Kontextabhängigkeit des Präsentismus. Vorangegangene Arbeiten sind größtenteils nur aus einzelnen Ländern oder spezifischen Kontexten entnommen und können daher nur bedingt verallgemeinert werden. Unterschiede zwischen verschiedenen Berufsgruppen, wie etwa Pflege, ärztliche Dienste oder therapeutische Fachkräfte, wurden bislang kaum differenziert beleuchtet. Ebenso fehlt es an vergleichenden Studien zwischen stark belasteten Bereichen wie Notaufnahmen oder Intensivstationen und weniger akut belasteten Versorgungseinrichtungen. Gerade weil die Anforderungen und die Anfälligkeit für Fehler je nach Tätigkeitsfeld variieren, ist eine differenzierte Analyse unerlässlich.

Darüber hinaus weist die vorhandene Literatur erhebliche Lücken in Bezug auf schwer messbare Risiken auf. Während auffällige Ereignisse wie Stürze oder Medikationsfehler relativ gut dokumentiert sind, bleiben subtilere Probleme wie fehlende Dokumentationen, verkürzte Übergaben oder versäumte Pflegemaßnahmen häufig unberücksichtigt. Diese Arten von „missed nursing care“ können sich erheblich auf die Sicherheit der Patient*innen auswirken, werden jedoch in der bisherigen Forschung nur unzureichend behandelt.

Abschließend ist zu bemerken, dass eine theoretische Basis für die empirischen Studien fehlt. Modelle wie das Job-Demands-Resources-Modell oder das Swiss-Cheese-Modell haben großes Erklärungspotenzial, werden jedoch bislang selten systematisch angewendet. Eine intensivere Integration solcher Konzepte könnte dazu beitragen, die

komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen, organisatorischen und systemischen Faktoren genauer zu verstehen.

Trotz der bestehenden Forschungslücken und Einschränkungen zeigt der aktuelle Stand der Forschung auch deutliche Stärken. Besonders erwähnenswert ist, dass die Ursachen von Präsentismus in vielen Studien einheitlich dargestellt werden. Aspekte wie Pflichtbewusstsein, Personalmangel oder starre Schichtpläne werden beständig bekräftigt und schaffen somit eine verlässliche Grundlage für weiterführende Analysen und praktische Maßnahmen. Außerdem ist zu erkennen, dass die Forschung zunehmend auf die Sicherheit der Patient*innen eingeht und erste empirische Belege für Risiken wie Medikationsfehler oder „missed nursing care“ vorhanden sind. Auch wenn diese Zusammenhänge noch nicht ausreichend umfassend untersucht wurden, zeigt die bestehende Evidenz, dass ein wachsendes Bewusstsein für die Bedeutung von Präsentismus im Bereich der Patientensicherheit vorhanden ist. Diese Entwicklungen bilden eine bedeutende Grundlage, auf der zukünftige Forschungsarbeiten aufbauen können.

6 Fazit

6.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Das Ziel dieser Untersuchung war es, herauszufinden, wie stark Präsentismus unter Gesundheitsfachkräften die Sicherheit der Patient*innen beeinflusst. Die Durchsicht der vorhandenen Literatur macht deutlich, dass Präsentismus nicht nur eine Belastung für die Mitarbeiter*innen oder ein wirtschaftliches Anliegen ist, sondern auch ein ernstzunehmender Risikofaktor für die Patient*innen darstellt.

Es gefährdet nämlich die Sicherheit von Patient*innen auf sowohl individueller, teamorientierter als auch organisatorischer Ebene. Die Gefahr von Fehlern wird dadurch verstärkt, sei es bei klaren Vorfällen wie Medikationsfehlern oder Stürzen, oder bei weniger offensichtlichen Themen wie ‚missed nursing care‘.

Aus der Perspektive von Public Health hat Präsentismus im Gesundheitssektor nicht lediglich Auswirkungen auf individuelle Patient*innen oder Einrichtungen, sondern auf das gesamte Gesundheitswesen. Wenn angestellte Mitarbeiter*innen trotz Krankheit arbeiten, kann dies die Behandlungskompetenz verringern oder zu mehr Fehlern führen, was die Versorgungsqualität für die Bevölkerung negativ beeinflusst. Darüber

hinaus verursacht Präsentismus auf lange Sicht eine höhere Belastung, Erschöpfung und chronische Krankheiten bei Fachkräften, was die personellen Kapazitäten im Gesundheitssektor weiter einschränkt und bestehende Versorgungsengpässe verstärkt. Ebenso zeigt das Risiko der Übertragung von Erkrankungen auf Patient*innen und Kollegen, dass Präsentismus weit über individuelle Auswirkungen hinaus eine gesellschaftliche Bedeutung hat. Daher wird klar, dass die Bekämpfung von Präsentismus nicht nur eine Aufgabe der Betriebe ist, sondern auch gesundheitspolitische Maßnahmen benötigt, um die Patientensicherheit langfristig und umfassend zu sichern.

6.2 Handlungsempfehlungen für die Praxis und Wissenschaft

Für die Praxis bedeutet dies, dass Präsentismus nicht als Indikator für Engagement oder Einsatzbereitschaft angesehen werden sollte, sondern als ein Risiko, dass die Sicherheit der Patient*innen gefährden kann. Gesundheitsinstitutionen sollten daher ein Umfeld fördern, in dem krankheitsbedingte Abwesenheit akzeptiert wird und nicht als Mangel an Loyalität gilt. In diesem Zusammenhang haben Führungspersönlichkeiten eine zentrale Rolle. Wenn sie verantwortungsbewusst mit Krankheit umgehen und offen darüber sprechen, schaffen sie Vertrauen und motivieren das Personal, sich im Krankheitsfall ebenfalls zu melden.

Außerdem müssen die Rahmenbedingungen verbessert werden. Dienstpläne sollten so ausgearbeitet sein, dass Ausfälle ausgeglichen werden können, ohne dass die Teams dauerhaft belastet werden. Flexible Personalstrukturen, klare Regelungen für Vertretungen und eine realistische Ausstattung der Ressourcen sind hierbei von wesentlicher Bedeutung. Zusätzlich sollten Mitarbeitende in Schulungen darauf vorbereitet werden, ihre Leistungsfähigkeit im Krankheitsfall realistischer einzuschätzen und die Gefahren von Präsentismus für die Sicherheit der Patient*innen zu erkennen. Auch im betrieblichen Gesundheits- und Risikomanagement sollte dieser Aspekt stärker in den Fokus rücken. Prozesslücken wie unvollständige Dokumentationen, verkürzte Übergaben oder unterlassene Maßnahmen dürfen nicht nur als organisatorische Randnotiz angesehen werden, sondern müssen systematisch erfasst und analysiert werden, um gezielte Verbesserungen abzuleiten.

Außer diesen praktischen Aspekten besteht auch für die Forschung ein klarer Bedarf an Maßnahmen. Viele der bisher durchgeführten Studien stützen sich auf Selbstauskünfte und Querschnittsdaten, wodurch überwiegend Zusammenhänge und nicht die Kausalitäten erfasst werden. Zukünftige Untersuchungen sollten daher vermehrt multimethodische Ansätze verfolgen, die Selbstauskünfte mit objektiven Daten wie Fehlerstatistiken oder Prozesskennzahlen kombinieren. Zudem ist eine differenzierte Analyse nach Berufsgruppen und klinischen Bereichen nötig, da die Belastungen und Risiken in der Pflege, im ärztlichen Dienst und in therapeutischen Berufen, sowie zwischen Intensivstation, Notaufnahme und Langzeitpflege sehr unterschiedlich sind. Internationale Vergleiche könnten zudem aufzeigen, welche Rolle kulturelle und strukturelle Unterschiede in der Entstehung und Wahrnehmung von Präsentismus spielen.

Langfristig sollte Präsentismus nicht isoliert betrachtet, sondern als wesentlicher Bestandteil der Forschung zur Patientensicherheit integriert werden. Eine stärkere Einbeziehung in theoretische Modelle wie das Job-Demands-Resources-Modell oder das Swiss-Cheese-Modell kann dazu beitragen, die komplexen Wechselwirkungen zwischen individuellen, organisatorischen und systemischen Faktoren besser zu begreifen. Nur durch solche theoretisch fundierten und empirisch validierten Studien lassen sich gezielte Maßnahmen entwickeln, die effektiv und nachweislich zu einer sichereren Versorgung beitragen.

Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2024). Wege zur Patientensicherheit – Lernzielkatalog für Kompetenzen in der Patientensicherheit. Aktionsbündnis Patientensicherheit. URL: <https://www.aps-ev.de/handlungsempfehlung/257996/> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Al Nuhait, M., Al Harbi, K., Al Jarboa, A., Bustami, R., Alharbi, S., Masud, N., Albe-kairy, A., & Almodaimegh, H. (2017). Sickness presenteeism among health care providers in an academic tertiary care center in Riyadh. *Journal of Infection and Public Health*, 10(6), 711–715. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.09.019>
- Alexy, L., Fisahn, A., Hähnchen, S., Mushoff, T., Trepte, U. (2023, Juni 30). Arbeits-unfähigkeit. bpb.de; Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/recht-a-z/323053/arbeitsunfaehigkeit/>
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empiri-cal study of sickness presenteeism. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 502–509. URL: <https://doi.org/10.1136/jech.54.7.502>
- Aronsson, Gunnar, & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, at-tendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occu-pational and Environmental Medicine*, 47(9), 958–966. URL: <https://doi.org/10.1097/01.jom.0000177219.75677.17>
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. URL: <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- BKK-Dachverband. (o. J.). Besser Arbeitsbedingungen in der Pflege in Krankenhäu- sern. BKK- Dachverband. URL: <https://www.bkk-dachverband.de/vorsor-gung/pflege/bessere-arbeitsbedingungen-in-der-pflege-im-krankenhaus> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Bramer, W. M., Rethlefsen, M. L., Kleijnen, J., & Franco, O. H. (2017). Optimal da-tabase combinations for literature searches in systematic reviews: a prospective ex-ploratory study. *Systematic Reviews*, 6(1), 245. URL: <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0644-y>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2025). Pflege. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. URL: https://www.baua.de/DE/Themen/Ar-beitsgestaltung/Arbeitsorganisation/Pflege-Gesundheitswesen/_functions/Bereich-sPublikationssuche_Formular (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Bundesministerium für Gesundheit. (2025). Krankenhausfinanzierung. Bundesminis-terium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/kran-kenhausfinanzierung.html> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)

- Bundeszentrale für politische Bildung. (2022, Januar 12). Technischer Fortschritt und Industrie 4.0. Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/315869/technischer-fortschritt-und-industrie-4-0/> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Chandrakumar, D., Arumugam, V., & Vasudevan, A. (2024). Exploring presenteeism trends: a comprehensive bibliometric and content analysis. *Frontiers in Psychology*, 15, 1352602. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1352602>
- Dietz, C., Zacher, H., Scheel, T., Otto, K., & Rigotti, T. (2020). Leaders as role models: Effects of leader presenteeism on employee presenteeism and sick leave. *Work and Stress*, 34(3), 300–322. URL: <https://doi.org/10.1080/02678373.2020.1728420>
- Dirgar, E., Berşe, S., Şahin, A., Tosun, B., & Manuel Levya-Moral, J. (2024). Presenteeism and missed nursing care: a descriptive, correlational and observational study. *BMC Nursing*, 23(1), 652. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02253-9>
- Fassbender, L., Perleberg, M., Meyer, S.C. (2025). BAuA - baua: Bericht kompakt - Präsentismus und Absentismus - Verbreitung und Zusammenhänge mit ausgewählten Arbeitsbedingungen - Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Baua.de. URL: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Bericht-kompakt/Praesentismus> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Galli, A., Andreoli, E., Pallua, F. Y., Silvestri, I., Manenti, A., Dignani, L., Contucci, S., & Menditto, V. G. (2025). Improvement of nursing handover in emergency department: a prospective observational cohort study. *Discover Health Systems*, 4(1). URL: <https://doi.org/10.1007/s44250-025-00180-3>
- Gerlach, M., Hahn, S., Rossier, C., Geese, F., Hamers, J., & Backhaus, R. (2024). Presenteeism among nurses: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 7(100261), 100261. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100261>
- Haddaway, N. R., Collins, A. M., Coughlin, D., & Kirk, S. (2015). The role of Google Scholar in evidence reviews and its applicability to grey literature searching. *PloS One*, 10(9), e0138237. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138237>
- Haliq, S. A., & AlShammari, T. (2025). Communication handover barriers among nurses and paramedics in emergency care settings. *BMC Nursing*, 24(1), 634. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03286-4>
- Higgins, J. P. T. (2019). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (J. Higgins & J. Thomas, Hrsg.; 2. Aufl.). URL: <https://doi.org/10.1002/9781119536604>
- Hung, S.-P., Ming, J.-L., Chang, M.-Y., Wang, C., & Jeng, C. (2024). Nursing Staff Presenteeism Scale: Development and psychometric test. *PloS One*, 19(4), e0301787. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301787>

- Johns, G. (2010). Presenteeism in the workplace: A review and research agenda: PRESENTEEISM IN THE WORKPLACE. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 519–542. URL: <https://doi.org/10.1002/job.630>
- Jung, J., & Moon, J. (2025). Concept analysis of presenteeism among nurses during the COVID-19 pandemic. *SAGE Open Nursing*, 11, 23779608251356385. URL: <https://doi.org/10.1177/23779608251356385>
- Kasaye, M. D., Beshir, M. A., Endehabtu, B. F., Tilahun, B., Guadie, H. A., Awol, S. M., Kalayou, M. H., & Yilma, T. M. (2022). Medical documentation practice and associated factors among health workers at private hospitals in the Amhara region, Ethiopia 2021. *BMC Health Services Research*, 22(1), 465. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07809-6>
- Kuster, S. P., Böni, J., Kouyos, R. D., Huber, M., Schmutz, S., Shah, C., Bischoff-Ferrari, H. A., Distler, O., Battegay, E., Giovanoli, P., Guckenberger, M., Kohler, M., Müller, R., Petry, H., Ruschitzka, F., McGeer, A., Coleman, B. L., Sax, H., Weber, R., & Trkola, A. (2021). Absenteeism and presenteeism in healthcare workers due to respiratory illness. *Infection Control and Hospital Epidemiology: The Official Journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America*, 42(3), 268–273. URL: <https://doi.org/10.1017/ice.2020.444>
- Latzel-Hennek, L., & Kocks, A. (2025). Pflichtgefühl vs. Selbstfürsorge. *Pflege Zeitschrift*, 78(4), 13–16. URL: <https://doi.org/10.1007/s41906-025-2787-0>
- Letvak, S., Ruhm, C., Gupta, S. (2012). Der Präsentismus von Pflegekräften und seine Auswirkungen auf die selbstberichtete Pflegequalität und die Kosten. *Amerikanisches Journal für Krankenpflege*. URL: https://journals.lww.com/ajnonline/full-text/2012/02000/original_research_nurses_presenteeism_and_its.21.aspx
- Li, X., Wang, X., Zhang, C., Zhou, J., Li, T., & Yang, R. (2025). Impact of team presenteeism atmosphere on presenteeism among ICU nurses: mediating effects of work stress and moderating effects of mindfulness. *BMC Nursing*, 24(1), 680. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03377-2>
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2018). Studien zu mit Präsentismus zusammenhängenden Faktoren. In *Präsentismus* (S. 79–130). Springer Berlin Heidelberg.
- Lohaus, D., & Habermann, W. (2019). Presenteeism: A review and research directions. *Human Resource Management Review*, 29(1), 43–58. URL: <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2018.02.010>
- Lui, J. N. M., Andres, E. B., & Johnston, J. M. (2018). Presenteeism exposures and outcomes amongst hospital doctors and nurses: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 18(1), 985. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3789-z>
- Mach, M., Ferreira, A. I., Martinez, L. F., Lisowskaia, A., Dagher, G. K., & Perez-Nebra, A. R. (2018). Working conditions in hospitals revisited: A moderated-mediated model of job context and presenteeism. *PloS One*, 13(10), e0205973. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205973>

- Miraglia, M., & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), 261–283. URL: <https://doi.org/10.1037/ocp0000015>
- Moore, A., & Glette, K. (2023). Nurses' experience with presenteeism and the potential consequences on patient safety: a qualitative study among nurses at out-of-hours emergency primary care facilities. *BMJ Open*, 13.
- Paré, G., & Kitsiou, S. (2017). Chapter 9 methods for literature reviews. University of Victoria.
- Pereira, F., Querido, A., Verloo, H., Bieri, M., & Laranjeira, C. (2022). Consequences of nurse presenteeism in Switzerland and Portugal and strategies to minimize it: A qualitative study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 10(10), 1871. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare10101871>
- Peter, K. A., Gerlach, M., Kilcher, G., Bürgin, R., Hahn, S., & Golz, C. (2023). Extent and predictors of presenteeism among healthcare professionals working in Swiss hospitals, nursing homes and home care organizations. *Scientific Reports*, 13(1), 12042. URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39113-6>
- Pichler, S., & Ziebarth, N. R. (2019). Reprint of: The pros and cons of sick pay schemes: Testing for contagious presenteeism and noncontagious absenteeism behavior. *Journal of Public Economics*, 171, 86–104. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2019.03.005>
- Preisendörfer, P. (2010). Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit. *Zeitschrift für Personalforschung*, 24(4), 401–408. URL: <https://doi.org/10.1177/239700221002400408>
- Pugliese, S., Giannetti, V., & Banerjee, S. (2023). How to conduct efficient and objective literature reviews using natural language processing: A step-by-step guide for marketing researchers. *Psychology & Marketing*. URL: <https://doi.org/10.1002/mar.21931>
- Rainbow, J. G. (2019). Presenteeism: Nurse perceptions and consequences. *Journal of Nursing Management*, 27(7), 1530–1537. URL: <https://doi.org/10.1111/jonm.12839>
- Rainbow, J. G., Drake, D. A., & Steege, L. M. (2020). Nurse health, work environment, presenteeism and patient safety. *Western Journal of Nursing Research*, 42(5), 332–339. URL: <https://doi.org/10.1177/0193945919863409>
- Reuter, M., Wahrendorf, M., Di Tecco, C., Probst, T. M., Ruhle, S., Ghezzi, V., Barbaranelli, C., Iavicoli, S., & Dragano, N. (2019). Do temporary workers more often decide to work while sick? Evidence for the link between employment contract and presenteeism in Europe. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1868. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph16101868>

- Ruhle, S. A., & Süß, S. (2020). Presenteeism and absenteeism at work—an analysis of archetypes of sickness attendance cultures. *Journal of Business and Psychology*, 35(2), 241–255. URL: <https://doi.org/10.1007/s10869-019-09615-0>
- Schultz, A. B., Chen, C.-Y., & Edington, D. W. (2009). The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature: A review of the literature. *Pharmacoeconomics*, 27(5), 365–378. URL: <https://doi.org/10.2165/00019053-200927050-00002>
- Shibaoka, M., Masuda, M., Iwasawa, S., Ikezawa, S., Eguchi, H., & Nakagome, K. (2023). Relationship between objective cognitive functioning and work performance among Japanese workers. *Journal of Occupational Health*, 65(1), e12385. URL: <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12385>
- Skagen, K., & Collins, A. M. (2016). The consequences of sickness presenteeism on health and wellbeing over time: A systematic review. *Social Science & Medicine* (1982), 161, 169–177. URL: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.005>
- Slawomirski, L., Auraaen, A., Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. OECD Health Working Papers No. 96.
- Steidelmüller, C. (2020). Aktueller Überblick der Präsentismusforschung. In *Präsentismus als Selbstgefährdung* (S. 41–145). Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Szymczak, J. E., Smathers, S., Hoegg, C., Klieger, S., Coffin, S. E., & Sammons, J. S. (2015). Gründe, warum Ärzte und fortgeschrittene Ärzte krank arbeiten: Eine Mixed-Methods-Analyse. *JAMA Pädiatr*, 169(9), 815–821. URL: <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0684>
- Tartari, E., Saris, K., Kenters, N., Marimuthu, K., Widmer, A., Collignon, P., Cheng, V. C. C., Wong, S. C., Gottlieb, T., Tambyah, P. A., Perencevich, E., Allegranzi, B., Dramowski, A., Edmond, M. B., Voss, A., & International Society of Antimicrobial Chemotherapy Infection and Prevention Control (ISAC-IPC) Working Group. (2020). Not sick enough to worry? „Influenza-like“ symptoms and work-related behavior among healthcare workers and other professionals: Results of a global survey. *PloS One*, 15(5), e0232168. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232168>
- Vaz, A. C., Vermelho, M., Silva, M., Costa, P., Dinis, S. M., Severino, S., Tomás, J., Rabiais, I., & Sousa, L. (2025). Presenteeism and burnout in nurses: A review of the literature. *Encyclopedia*, 5(3), 93. URL: <https://doi.org/10.3390/encyclopedia5030093>
- Walter, U. N., Beer, M., Hopf, M. V., Möller, M. (2022). Präsentismus in einer zunehmend mobilen Arbeitswelt. *Www.tk.de*. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2143236/e7a6b3beba55964a56d7072f374a5e78/dossier-praesentismus-data.pdf>

- Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the „Swiss cheese model“ and its application to patient safety. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 119–123. URL: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>
- Wohlin, C. (2014). Guidelines for snowballing in systematic literature studies and a replication in software engineering. *Proceedings of the 18th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering*.
- World Health Organization. (2009). WHO-Checkliste für chirurgische Sicherheit. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safe-surgery/tool-and-resources> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- World Health Organization. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021-2030. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- World Health Organization. (2023). Patient safety. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety> (zuletzt aufgerufen am 22.09.2025)
- Zhang, Y., Fu, Y., Zheng, X., Shi, X., Liu, J., & Chen, C. (2025). The impact of nursing work environment, emotional intelligence, and empathy fatigue on nurses' presenteeism: a structural equation model. *BMC Nursing*, 24(1), 291. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02905-4>

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit mit dem Titel:

„Präsentismus bei Gesundheitsfachkräften und seine potenziellen Auswirkungen auf die Patientensicherheit- eine literaturbasierte Analyse“

selbstständig und ausschließlich unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel ohne Nutzung einer gKI-Anwendung (wie z.B. ChatGPT) angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten und nicht veröffentlichten Schriften entnommen wurden, sind als solche durch Anführungszeichen kenntlich gemacht und die Arbeit war in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung.

23.09.2025

Datum

Unterschrift