



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Präsentismus - Selbstgefährdung der Gesundheit?

Bachelorarbeit

im Studiengang Gesundheitswissenschaften

vorgelegt von

Anika Theel

Matrikelnummer: 2003796

Hamburg

am 16. Juli 2013

Erstgutachter: Prof. Dr. Wolf Polenz (HAW Hamburg)

Zweitgutachter: Dr. med. Harald Gercke-Hahn (G & S GmbH)

Inhaltsverzeichnis

ANMERKUNG.....	II
ZUSAMMENFASSUNG.....	III
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	IV
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	V
TABELLENVERZEICHNIS	V
BEGRIFFSERKLÄRUNGEN	VI
1. EINLEITUNG	1
1.1. Der Konflikt von Gesundheit und Arbeit	1
1.2. Methodisches Vorgehen.....	3
2. WAS IST GESUNDHEIT UND KRANKHEIT?	4
2.1. Wissenschaftliche Konzepte.....	5
2.2. Laienkonzepte	9
3. FEHLZEITEN IM UNTERNEHMEN.....	10
3.1. aktuelle Fehlzeitenstatistik in Deutschland	10
3.2. Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch?	13
3.3. Bedeutung der Fehlzeiten für die Unternehmen.....	15
4. DAS PHÄNOMEN PRÄSENTISMUS.....	18
4.1. Prävalenzen	18
4.2. Präsentismus versus Absentismus	19
4.3. Die zwei Forschungsstränge.....	21
4.4. Einfluss- und Bestimmungsfaktoren des Präsentismus	23
4.5. Folgen von Präsentismus.....	26
4.5.1. gesundheitliche Folgen.....	27
4.5.2. wirtschaftliche Folgen	28
5. DIE SELBSTGEFÄHRDUNG DER GESUNDHEIT?	29
5.1. Krankheitsverleugnung	29
5.2. Was bedeutet “ interessierte Selbstgefährdung“?.....	32
5.3. Von der direkten zur indirekten Steuerung	33
5.4. Einfluss und Auswirkungen der indirekten Steuerung	34
5.5. Vertrauensarbeitszeit.....	38
5.6. Entgrenzung und Subjektivierung	39
6. PRÄVENTIVE MAßNAHMEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	41
7. FAZIT UND DISKUSSION	45
LITERATURVERZEICHNIS	48
EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....	52
ANHANG	53

Anmerkung

In der vorliegenden Arbeit wurde auf Grund der besseren Lesbarkeit des Textes die männliche Schreibweise der Begriffe verwendet. Weiterhin wurde für eine möglichst einfache Leseart des Textes auf eine Aufzählung beider Geschlechter, die Verbindung beider Geschlechter in einem Wort sowie auf eine Schreibweise, in der nur die weiblichen Begriffe verwendet werden verzichtet. Es wird betont, dass bei den allgemeinen Personenbezügen der Ausführungen stets beide Geschlechter gemeint sind und Frauen weder benachteiligt noch diskriminiert werden sollen.

Zusammenfassung

Die literaturbasierte Bachelorarbeit befasst sich mit dem Thema Präsentismus, also dem Verhalten von Arbeitnehmern, trotz einer vorliegenden Erkrankung arbeiten zu gehen. Sinkende Fehlzeiten lassen immer gesündere Beschäftigte vermuten, doch betrachtet man die Umfrageergebnisse, sind die im Betrieb Anwesenden keineswegs alle gesund und leistungsfähig, denn immer mehr Menschen gehen trotz Krankheit ihrer Arbeit nach. Zu Beginn wird der Konflikt zwischen Arbeit und Gesundheit betrachtet, der sich durch wandelnde Arbeitsprozesse ergibt. Folgend wird ein Überblick zu Gesundheit und Krankheit gegeben und so der Einfluss von wissenschaftlichen Konzepten und vor allem dem der Laien dargestellt. Denn Laien beeinflussen durch ihre Einstellung und ihr Verhalten unter anderem den Erfolg präventiver Maßnahmen. Es wird die Bedeutung des Präsentismus für die Arbeitnehmer und die Unternehmen anhand von Einfluss- und Bestimmungsfaktoren sowie den Folgen von Präsentismus aufgezeigt. Insbesondere wird die Frage betrachtet, ob die Arbeitnehmer eigenverantwortlich handeln und sich bewusst selbstgefährden und ihre Krankheit verleugnen. Oder werden sie durch unternehmerische Strukturen zum Präsentismus angehalten? Neben einer Abgrenzung zum Absentismus und dem Zusammenhang zur Fehlzeitenproblematik und ihrer Bedeutung für die Unternehmen, wird der Einfluss neuer Managements- und Steuerungsformen und die zunehmende Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit betrachtet und wie dies mit Präsentismus in Zusammenhang steht. Präsentismus kann anhand präventiver Maßnahmen erfolgreich entgegengewirkt werden, bedarf jedoch einer Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen, um die Verantwortung nicht allein auf den Arbeitnehmer zu verlagern und die gesundheitsproblematischen Bereiche in den Unternehmen nicht weiter ignoriert werden. Denn die Ergebnisse zeigen, dass die Beschäftigten sich eben nicht zu hundert Prozent allein dafür entscheiden, trotz Krankheit arbeiten zu gehen, sondern neben ihren persönlichen und individuellen Gründen auch durch die Folgen die unter anderem neue Management- und Steuerungsprozesse mit sich bringen dazu gebracht werden, sich für ein Arbeiten trotz Krankheit zu entschließen.

Abkürzungsverzeichnis

AU	Arbeitsunfähigkeit
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BIBB/BAuA	Bundesinstitut für Berufsbildung/ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ebd.	ebenda; Verweis auf gleiche zuvor genannte Quelle
EFZG	Entgeltfortzahlungsgesetz
et al.	et alii (und andere [Autoren])
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
Herv. i. O.	Hervorhebung im Original
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation (dt.: Weltgesundheitsorganisation)
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Das SAR-Modell: Anforderungen und Ressourcen bestimmen die Gesundheit	7
Abbildung 2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen.....	8
Abbildung 3 Krankenstandsentwicklung in der GKV (in Prozent) der Pflichtmitglieder im Jahresdurchschnitt von 1995 – 2012*(vorläufig) in Deutschland	11
Abbildung 4 Vierfelder-Tafel Präsentismus.....	20
Abbildung 5 ermittelte Einflussfaktoren von Präsentismus	26
Abbildung 6 Einfluss und Auswirkungen der indirekten Steuerung auf Unternehmen und Mitarbeiter und der Zusammenhang zur interessierten Selbstgefährdung	36
Abbildung 7 Beobachtungen aus der Betriebsratsarbeit 2008/2009 ... - "trifft voll zu". Antworten der Betriebsräte in %	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ebenen und Formen der Krankheitsverleugnung	31
--	----

Begriffserklärungen

Bedürfnis: „Allgemeine, umfassende Bezeichnung für Mangelzustände, die das Verhalten und kognitive Prozesse der Verhaltenssteuerung an solchen Zielen orientieren, welche eine Bedürfnisbefriedigung nach sich ziehen oder zumindest in Aussicht stellen.“ (Kirchler (Hrsg.), 2005, S. 587)

Benchmark: „Vergleichswert, der in einem Benchmarking-Prozess (Benchmarking) gewonnen wird. Benchmarks regen zum gegenseitigen Lernen an und besitzen gegenüber reinen Zielwerten zumeist Akzeptanzvorteile“ (Weber, 2013)

Motiv (Motive): „Bezeichnung für mehr oder minder bewusste und komplexe Beweggründe des menschlichen Verhaltens, die sich in gedanklichen Vorwegnahmen eines angestrebten Zielzustandes beziehungsweise Veränderungserwartungen in Bezug auf bestimmte Situationen äußern. Motive sind eingebettet in kognitive und emotionale Prozesse und von relativ überdauernden Einstellungen beziehungsweise Wertmaßstäben überlagert. Motive beziehen sich auf Inhaltsklassen von Zielen. So gehört z.B. das Ziel im Beruf Erfolg zu haben, zur Inhaltsklasse „Leistung“ [Herv. i. O.]“ (Kirchler (Hrsg.), 2005, S. 600)

Nachhaltigkeit: „Als konsensfähig gilt die Interpretation von Nachhaltigkeit im Sinne der *triple bottom line* [Herv. i. O.], welche die Dimensionen Ökologie, Ökonomie und Soziales umfasst. Gleichzeitig liegt dem Nachhaltigkeitsbegriff eine erweiterte Berücksichtigung der Zeitdimension zugrunde; bes. Fokus liegt dabei auf der Möglichkeit, durch heutige Handlungen zukünftige Handlungsbedingungen, insbesondere Potenziale und Restriktionen, positiv wie negativ beeinflussen zu können.“ (Suchanek et al., 2013)

Prävalenz: Anzahl der Erkrankungsfälle einer bestimmten Erkrankung bzw. Häufigkeit eines bestimmten Merkmals zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb einer bestimmten Zeitperiode (Periodenprävalenz); epidemiologisch: Maß zur Charakterisierung des Krankheitsgeschehens in einer bestimmten Population (vgl. Pschyrembel, 2002, S. 1351)

Subjektivierter Selbstsorge: Selbstsorge sind alltagspraktische Tätigkeiten und Orientierungen, die zu gezielten Aktivitäten gehören, um sich zu erholen und gesund zu erhalten (z. B. durch Ernährung, Bewegung, Entspannung) für die im Alltag Zeit und Raum geschaffen werden müssen. Der Anspruch an diese Aufgabe wächst bspw. durch lange Arbeitszeiten oder Projektarbeit. Als „subjektiviert“ werden diese Handlungen bezeichnet, da

es bei der Herstellung der Arbeitskraft zunehmend darum geht, persönliche Ressourcen einzusetzen und sich selbst zu instrumentalisieren (vgl. Weiß, 2012, S. 206)

Wertschöpfung: Umfassender Produktionsbegriff, der prinzipiell die Gesamtheit der erzeugten Waren und Dienstleistungen beinhaltet. Dazu rechnen also auch unentgeltlich abgegebene Dienstleistungen des Staates und der privaten Organisationen ohne Erwerbszweck, aber nicht z.B. Arbeit für den eigenen Haushalt oder ehrenamtliche Tätigkeit (vgl. von Weizsäcker & Horvath, 2013).

1. Einleitung

1.1. Der Konflikt von Gesundheit und Arbeit

Wandlungen in Arbeitsstrukturen und -prozessen, eine längere Verweildauer im Beruf, Kündigungen bzw. die Angst davor, Rationalisierungsprozesse, die Arbeitswelt und ihre Anforderungen haben sich verschoben, von einer körperlich anstrengenden Tätigkeit in der industriellen Revolution über Computerisierung und Automatisierung hin zu einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft. Die Beschäftigten müssen sich an diese Veränderungen anpassen. Diese Veränderungen wirken sich auch auf das Verhalten der Beschäftigten bei Krankheit aus, so dass sie trotz einer Erkrankung arbeiten gehen. Der demografische Wandel erfordert zudem neue Maßnahmen in der Organisations- und Personalentwicklung, denn gesunde, leistungsfähige und motivierte Mitarbeiter sind ein wichtiges Kapital und Ressource des Unternehmens.

Mitarbeiter schaffen mit ihrer Bildung, Qualifikation und ihrem Wissen die Voraussetzung für eine wertschöpfende Tätigkeit (vgl. Badura & Steinke, 2011a, S. 19). Die Beschäftigten haben durch ihre Leistungsbereitschaft und –fähigkeit, ihre Kompetenzen sowie durch ihre Motivation und ihr Verhalten bei der Zusammenarbeit Einfluss auf das Unternehmen und tragen, indem sie auf Veränderungen reagieren können, auch zur Qualität und Erfolg des Unternehmens bzw. der Organisation bei. Der Zusammenhang von Gesundheit und Produktivität wird deutlich, wenn Mitarbeiter, die in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind, trotzdem arbeiten. Häufigere Fehler und steigende Unternehmenskosten sind mögliche Folgen. Den Unternehmen sollte die Erhaltung der humanen Ressourcen und der Arbeitsfähigkeit also wichtig sein. Denn der Mitarbeiter muss seine eigenen Ressourcen, um den Anforderungen der Arbeit gerecht zu werden, ebenso schonen und den Nachschub gewährleisten können. Müller-Christ schreibt, dass es nachhaltig oder gesund ist, wenn die Ressourcen der Mitarbeiter nicht schneller verbraucht würden als sie wiederhergestellt werden können. Wer dauerhaft wirtschaften wolle, sollte Rücksicht auf die Eigengesetzlichkeiten seiner Ressourcenquellen nehmen, von denen er abhängig ist. Und diese sei umso bedeutender, ja wichtiger und knapper die Ressource ist, denn irgendwann sei jede noch so effizient eingesetzte Ressource einmal verbraucht (vgl. Müller-Christ, 2009, S. 142). Um seine Ressourcen aufzufüllen, bedeutet es auch, sich bei Krankheit auszukurieren.

Wettbewerb, Effektivität, Effizienz, Wirtschaftlichkeit, Produktivität, Gewinne und Kosteneinsparungen sind wichtige Punkte für Unternehmen, gerade in Zeiten wirtschaftlicher Unsicherheiten. Unter anderem kommt Veränderungsprozessen im Rahmen von Restrukturierungen ein Einfluss auf den Gesundheitszustand zu, der mit steigender Anzahl der Prozesse als weniger gut oder schlecht beschrieben wird. Zudem können Restrukturierungen neben steigender physischer und psychischer Belastung zu Vertrauensverlusten, Empfinden von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und durch konstante Arbeitsplatzunsicherheit sowie permanente Angst zu gesundheitlichen Folgen, Motivationsverlusten und Präsentismus führen (vgl. Schauerte et al., 2012, S. 5 – 8). Erkrankungen können ebenso gut am Arbeitsplatz entstehen oder sich sogar verschlimmern. Die Mitarbeiter sollen anwesend, motiviert und voll leistungsfähig sein, um das Firmenziel zu erreichen und sich dabei möglichst mit dem Unternehmen identifizieren.

Der Konflikt von Arbeit und Gesundheit entsteht also unter anderem durch steigende Anforderungen, durch instabile Rahmenbedingungen, Wachstums- und Produktivitätssteigerung durch Rationalisierungen und Restrukturierungen, die Begrenztheit der Ressourcen, der individuellen Bewältigung systematischer Überlastung und dem automatischen Raubbau an den eigenen Ressourcen, es erfolgt die Überführung organisationeller in ein individuelles Problem. Zudem könne der Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht schnell und entsprechend genug auf diese neuen und wachsenden Herausforderungen reagieren (vgl. Kratzer & Dunkel, 2011, S. 14 - 16).

Sinkende Fehlzeiten lassen aber vermuten, dass Interventionen nach Gesetzen und Richtlinien erfolgreich sind und es den Mitarbeitern gut geht. Fehlzeitenstatistiken werden immer noch von Unternehmen zur Überwachung, Einleitung von Maßnahmen und Erfolgskontrolle herangezogen. Maßnahmen werden eingeleitet, sobald die Fehlzeiten steigen, dabei sind diese nur ein Spätindikator und quasi die “Spitze des Eisbergs“ und geben nicht den realen Krankenschnitt wieder. Arbeitsplatz und Gesundheit werden nicht automatisch miteinander in Verbindung gesetzt. Meist geht es eher darum, dass Arbeit den Menschen krank macht, dabei wird dann zuerst die körperliche Belastung betrachtet. Eine psychische Beanspruchung wird häufig tabuisiert. Neuste Zahlen der Arbeitsunfähigkeitsstatistiken zeigen aber gerade hier eine Zunahme (Kapitel 3.2 dieser Arbeit). Hinzu kommt das Problem, dass Gesundheit nicht sichtbar ist und das die Anwesenheit im Betrieb als Normalzustand angesehen wird, wodurch der Fokus auf die Abwesenheit gelegt wird (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 142).

1.2. Methodisches Vorgehen

Die Bachelorarbeit soll sich in einer literaturbasierten, theoretischen Abhandlung mit dem Thema Präsentismus auseinandersetzen und soll die Bedeutung des Präsentismus, also des Arbeitens trotz Krankheit, für die Arbeitnehmer und die Unternehmen aufzeigen. Es soll dazu die Fragestellung betrachtet werden, ob die Arbeitnehmer sich bewusst selbstgefährden, ob sie somit selbst Schuld haben, wenn sie trotz Krankheit arbeiten gehen und so mögliche zukünftige Gesundheitsgefahren riskieren. Liegt die Verantwortung für ihre Gesundheit allein bei ihnen und ist reine Privatsache? Inwieweit entscheiden sie also wirklich selbst und handeln eigenverantwortlich? Verleugnen sie einfach ihre Erkrankung, weil Krankheit als störend empfunden wird? Die Gegenannahme dazu wäre, dass sie nicht frei entscheiden, sondern durch das Unternehmen und seine Strukturen beeinflusst werden. Welche Konsequenzen ergeben sich für die Betroffenen und Unternehmen daraus, auch bezüglich Handlungsempfehlungen für die Umsetzung präventiver Maßnahmen?

Zunächst wurde für diese Arbeit eine ausführliche Literaturrecherche durchgeführt und geeignete Literatur studiert. Die Literaturrecherche wurde über das Bibliothekensystem der HAW Hamburg, den Regionalkatalog Hamburg, die Datenbank Pubmed/Medline sowie im Rahmen der Internetrecherche mithilfe der Google-Suchmaschine durchgeführt. Weiterhin wurde durch das Sichten von Literaturverzeichnissen bereits gelesener Texte nach weiterführender Literatur recherchiert. In Pubmed/Medline wurde nach Studien gesucht, die zwischen Mai 2010 bis einschließlich Januar 2013 veröffentlicht wurden sowie frei zugänglich waren, da der Review zum Thema Präsentismus von Badura & Steinke (2011) Studien bis April 2010 beinhaltet. Auf die Messung und Beurteilung von Instrumenten zur Erhebung von Präsentismus wird in dieser Arbeit nicht weiter eingegangen, da dies bereits ausführlich im genannten Review durchgeführt wurde.

Die Inhalte dieser Arbeit wurden aus wichtigen vorhandenen Studien, Berichten von Krankenkassen sowie deren Verbänden, Veröffentlichungen des Bundesministeriums für Gesundheit sowie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und aus den Fehlzeitreporten des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) und der bestehenden Fachliteratur entnommen.

Im Anschluss an das methodische Vorgehen werden in Kapitel 2 grundlegende Gedanken und verschiedene Auffassungen bzw. Definitionen zum Thema Gesundheit und Krankheit dargestellt. Diese beeinflussen sowohl die Entscheidung krank arbeiten zu gehen als auch den Umgang mit Gesundheit und Krankheit in Unternehmen und somit auch präventive

Maßnahmen. Unterschieden werden dabei wissenschaftliche und Laienkonzepte. Ein Überblick über die derzeitige Lage der Arbeitsunfähigkeiten in der Bundesrepublik wird in Kapitel 3 anhand der aktuellen Fehlzeitenstatistik gegeben. Dazu werden aktuelle Zahlen der Krankenkassen vorgestellt und bei der Betrachtung der häufigsten Krankheitsarten der Anstieg der psychischen Erkrankungen erörtert. Abschließend wird die Bedeutung der Fehlzeitenstatistiken für die Unternehmen dargelegt und wie dies mit Präsentismus in Verbindung steht. Kapitel 4 setzt sich mit dem Phänomen und der Situation des Präsentismus auseinander, dazu werden einleitend Prävalenzen vorgestellt. Es folgt eine Abgrenzung der Begriffe Präsentismus und Absentismus und es wird auf deren eventuelle Verbindung eingegangen. Der nächste Abschnitt stellt die beiden Hauptstränge in der Präsentismusforschung vor. Um Maßnahmen entwickeln zu können bzw. bestehende auch effektiv zu nutzen bzw. einzusetzen, z.B. im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, werden dann Kenntnisse über die verschiedenen Einflussfaktoren die Präsentismus begünstigen sowie gesundheitliche und wirtschaftliche Folgen des Präsentismus vermittelt. Die Frage nach der Selbstgefährdung der Gesundheit und Präsentismus wird in Kapitel 5 bearbeitet. Dazu wird auf die „Krankheitsverleugnung“ und den Punkt der „interessierten Selbstgefährdung“ eingegangen und betrachtet, ob die Beschäftigten aus eigenem Interesse trotz Krankheit arbeiten gehen. Oder ob sie etwa durch das Unternehmen beeinflusst werden. Dazu wird der Zusammenhang zur indirekten Steuerung und deren Auswirkungen dargestellt, zuvor wird kurz auf den Wandel von der direkten zur indirekten Steuerung eingegangen. Der Einfluss neuer Managementmethoden anhand der Vertrauensarbeitszeit und die Auswirkungen werden dargestellt, und es folgt die Betrachtung von Entgrenzung und Subjektivierung der Arbeit. Kapitel 6 gibt einen Überblick über präventive Maßnahmen und versucht dabei Handlungsempfehlungen für den Umgang mit Präsentismus zu geben. Ein Fazit und die Diskussion bilden den Abschluss der Arbeit.

2. Was ist Gesundheit und Krankheit?

Eine allgemein gültige Definition von Gesundheit gibt es bisher nicht. Schwierigkeiten in der Abgrenzung, was als gesund oder krank anerkannt ist, entstehen unter anderem durch den Einfluss der Kultur mit ihren gesellschaftlichen Wertungen sowie durch Interessen bestimmter Gruppen oder Institutionen, die körperliche Phänomene, Verhaltensweisen oder Lebensphasen zu behandlungsbedürftigen Krankheiten machen, auch Medikalisierung genannt. Die technischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, die Differenz von medizinischen Befunden, inklusive Normwerten und deren Abweichungen, und dem individuellen Befinden, spielen außerdem eine Rolle (vgl. Franke, 2012, S. 24 – 32). Der objek-

tive, messbare Gesundheitszustand als eine definierte Krankheit muss somit nicht mit der individuellen, subjektiven Wahrnehmung und dem Erleben, also dem Kranksein oder Krankheitsgefühl, übereinstimmen.

Eine Klärung und Einigung des Gesundheitsbegriffs in Unternehmen hilft zudem unterschiedliche Überzeugungen dazu, Ursachen, Verantwortlichkeiten, Menschenbilder und die Unternehmenskultur anzusprechen und darzustellen sowie Erleichterung beim Aufbau und präzisieren von Managementsystemen und dem Umgang mit Gesundheit und Krankheit im Unternehmen zu schaffen (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 30). Da sich Einstellungen und Ansichten zu Gesundheit nicht nur am Handeln und Denken der einzelnen Personen, sondern auch an betrieblichen Maßnahmen und Prozessen in Unternehmen erkennen lassen, scheint es wichtig, um Reaktions- und Handlungsweisen der Individuen und Unternehmen zu verstehen und Ansatzpunkte für präventive Maßnahmen erhalten zu können, einen Überblick zu erhalten.

Je nach Forschungsdisziplin betrachten die Theorien und Konzepte unterschiedliche Schwerpunkte und Perspektiven, bei der Abgrenzung und Beschreibung von Gesundheit und Krankheit. Unterschieden wird in Laienkonzepte sowie wissenschaftliche Modelle. Letztere beachten keine subjektiven Einstellungen und Ansichten der Betroffenen, dennoch spielt ihre Einstellung eine Rolle, wenn es z. B. um Gesundheitsförderungsmaßnahmen geht, die unter Umständen abgelehnt werden, wenn eigene Ansichten oder individuelle Lebenssituationen damit nicht vereinbar sind. Die Akzeptanz dieser Maßnahmen kann durch die Berücksichtigung subjektiver Theorien erhöht werden (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 31 – 32). Ähnlich argumentiert Faltermaier (1994, S. 6) zum Missachten der Laiensysteme und deren Handlungsrationalitäten. Kenntnisse und Verständnis zu den Wissens- und Handlungssystemen von Laien seien eine Grundlage für angemessene Maßnahmen in der Gesundheitsförderung, da sonst die Gefahr bestehe „isolierte Faktoren oder Verhaltensweisen herauszugreifen, eingespielte informelle Selbsthilfesysteme zu übergehen oder zu entwerten und damit Schuldzuweisungen auszulösen.“ (Faltermaier, 1994, S. 6). Auf Grund der Vielfalt kann deshalb folgend nur ein kleiner Einblick gegeben werden, wobei auf den Bezug zur Arbeitswelt geachtet wurde.

2.1. Wissenschaftliche Konzepte

Der Mittelpunkt des *medizinischen Krankheitsmodells* sind die Wirkungszusammenhänge pathogenetischer Prozesse im Organismus, wobei Krankheit auf ein Ereignis innerhalb des Körpers reduziert wird und als Abweichung von der Norm gesehen wird. Dabei findet eine

Trennung von Psyche und Körper statt (vgl. Faltermaier, 1994, S. 21). Beim krankheitsorientierten biomedizinischen Modell findet der medizinische Befund mehr Beachtung als die Befindlichkeit der Person. Die Krankheitsursache wird zudem im Individuum gesehen und soziale oder psychische Einflüsse bzw. Prozesse finden keine bis wenig Berücksichtigung. Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit verstanden und könne durch das Ausschalten von Risikofaktoren und schädlichen Einflüssen erreicht werden, wie im Rahmen des Arbeitsschutzes (vgl. Schneider, 2012, S. 29). Die Kritik am biomedizinischen Modell, von Krankheit als Normabweichung und der Ausgrenzung sozialer, psychologischer und verhaltensmäßiger Dimensionen, führte zur Erweiterung und Entstehung des *biopsychosozialen Modells*, welches diese Dimensionen einbezieht (vgl. Faltermaier, 1994, S. 21 – 22).

Die *Definition der Weltgesundheitsorganisation* „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO, 1948; zit. in Becker, 2006, S. 14) ist positiv formuliert und beinhaltet auch die umfassende und ganzheitliche Sichtweise ähnlich dem biopsychosozialen Modell. Sie wird häufig zitiert aber auch kritisiert, da sie Gesundheit als einen Zustand beschreibt, der durch den Zusatz „vollkommen“ einen utopischen Charakter erhält (vgl. Becker, 2006, S. 14 – 16; vgl. Waller, 2006, S. 10). Zum individuellen Wohlbefinden gehöre mehr als nur der Gesundheitszustand, denn Wohlbefinden sei nicht zwangsläufig vorhanden, wenn man körperlich gesund ist. Fehlendes Wohlbefinden bedeute nicht unbedingt krank zu sein, und sich wohl zu fühlen bietet keine Garantie für Gesundheit (vgl. Becker, 2006, S. 16).

Gesundheit als Prozess und der eine Dynamik beinhaltet, wird am *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum des salutogenetischen Modells von Antonovsky* deutlich. Die Endpunkte des Kontinuums sind Gesundheit und Krankheit, wobei sich die Person zwischen diesen beiden Polen bewegt. Die Position innerhalb des Kontinuums wird durch das Ergebnis des interaktiven Prozesses zwischen den belastenden (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) im Zusammenhang mit den Lebenserfahrungen der Person bestimmt (vgl. Waller, 2006, S. 20). Bei der Salutogenese geht es darum, was den Menschen, trotz existierender Gesundheitsrisiken, gesund erhält, nicht was ihn krank macht (vgl. ebd.; vgl. Schneider, 2012, S. 30).

Eine Spezialisierung des biopsychosozialen Modells stellt das *systemische Anforderungs- und Ressourcenmodell (SAR-Modell) nach Becker* dar, bei dem die Interaktion vom Indivi-

duum mit seiner Umwelt im Mittelpunkt steht, und sowohl subjektive als auch biologische Parameter eine Rolle spielen (vgl. Schneider, 2012, S. 32). Unterschieden wird dabei jeweils nach internen und externen Anforderungen und Ressourcen, die wiederum jeweils nach psychosozial (bzw. psychisch) und physisch unterteilt werden. Dabei ist der gegenwärtige Gesundheitszustand davon abhängig, inwieweit die Person bestimmte Anforderungen mithilfe der zur Verfügung stehenden Ressourcen bewältigt (vgl. Waller, 2006, S. 25; vgl. Schneider, 2012, S. 32 – 33). Abbildung 1 stellt Beispiele für die jeweiligen Anforderungen und Ressourcen dar.

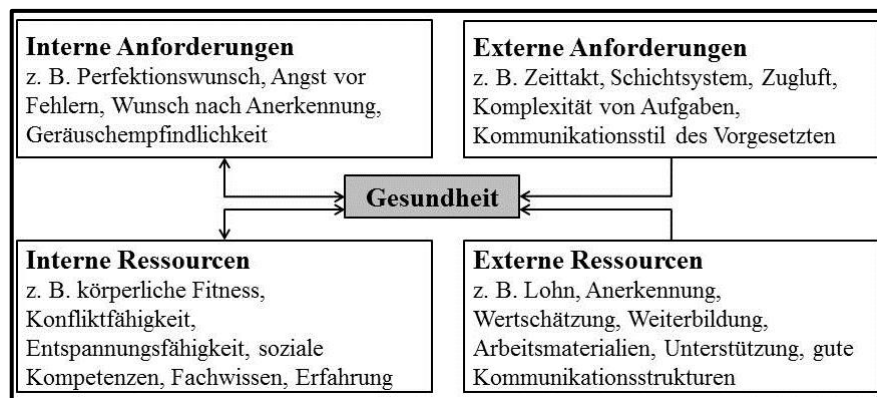


Abbildung 1 Das SAR-Modell: Anforderungen und Ressourcen bestimmen die Gesundheit; eigene Darstellung (nach Schneider, 2012, S. 33)

Ob ein Geschehen oder eine Person (z. B. Vorgesetzter, Ehepartner) dabei als Anforderung oder Ressource gesehen wird, liegt bei der Person selbst. Interne Anforderungen können bewusst aber oft auch unbewusst die Gesundheit beeinflussen, indem sie sich auf die Steuerung und Bewertung von Handlungen auswirken. Bedürfnisse im Sinne interner Anforderungen spielen dabei ebenso eine Rolle, da ihre Befriedigung die Gesundheit fördern kann. Bedürfnisse, körperliches sowie seelisches Befinden aber selbst wahrzunehmen und damit entsprechend auf Gesundheit, Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit hinarbeiten zu können, ist eine Voraussetzung und geht mit einer erhöhten Achtsamkeit bezüglich einfacher Körpersignale einher (vgl. Schneider, 2012, S. 32 – 35). Im SAR-Modell wirken Lohn, Anerkennung und Wertschätzung als externe Ressource, betrachtet man aber das Modell von Siegrist wirken sich diese hier als Faktoren für eine Gratifikationskrise aus, wenn sich die Person z.B. über Belohnungen definiert.

Das *Modell der beruflichen Gratifikationskrise von Siegrist* fokussiert sich auf den Zusammenhang von Erwerbsleben und Gesundheit, weist aber Übereinstimmungen zum SAR-Modell auf, es bezieht Persönlichkeitseigenschaften ein, thematisiert die Austauschbeziehung von Person und Umwelt sowie die Theorie menschlicher Bedürfnisse (vgl.

Becker, 2006, S. 182). Abbildung 2 stellt das Modell dar, wobei von einem Missverhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung im Erwerbsleben ausgegangen wird, und es zu einer Verletzung der gerechten Verteilung und des Austausches von Leistung und Belohnung kommt. Die negativen Emotionen können Stressreaktionen auslösen, die sich langfristig negativ auf die Gesundheit auswirken und zu stressbedingten Erkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen führen (vgl. Peter, 2002, S. 390). Die Quellen der Belastung finden sich dabei sowohl in der Person, in Form von beruflichen Kontrollbestrebungen und dem Streben nach Anerkennung, als auch in der Arbeitssituation durch hohe Anforderungen und Verpflichtungen (vgl. Becker, 2006, S. 85; vgl. Peter, 2002, S. 390) bzw. im Bereich der Belohnung durch die drei „Transmittersysteme“ Geld, berufliche Anerkennung und beruflicher Aufstieg (bzw. eine erhöhte berufliche Statuskontrolle) (vgl. Siegrist, 1996, S. 97).

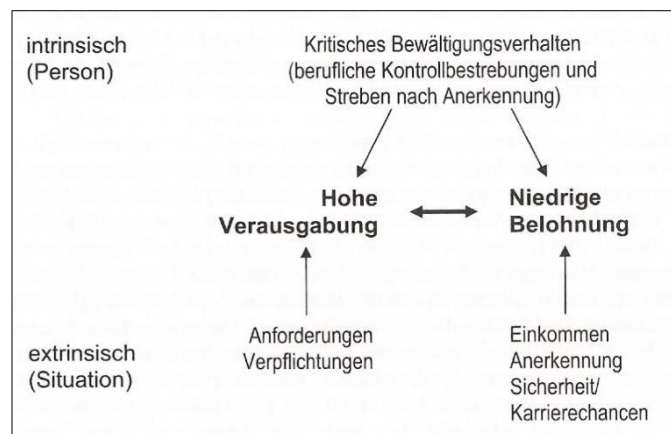


Abbildung 2 Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Becker, 2006, S. 85)

Berufliche Kontrollbestrebungen sind ein kognitiv-motivationales Muster einer hohen intrinsischen Verausgabungsbereitschaft in Leistungssituationen, die sich durch „Bedürfnis nach Anerkennung und Angst vor Mißerfolg in Leistungssituationen; Wettbewerbsstreben und latente Feindseligkeit; Irritierbarkeit bei Störungen und gesteigertes Zeitdruck-Erleben; hohe Identifikationsbereitschaft mit beruflichen Aufgaben und Unfähigkeit zur Distanz gegenüber beruflichen Leistungsansprüchen.“ (Siegrist, 1996, S. 104) auszeichnen. Gesteigerte Kontrollbedürfnisse, die an sich nicht schlecht sind, da sie auch ein Gefühl von Erfolg und Selbstwirksamkeit vermitteln, führen unter bestimmten Bedingungen zu einer unrealistischen Einschätzung von Anforderungs- und Bewältigungsmöglichkeiten, in Form von Unter- und/oder Überschätzung. Zur Übernahme zusätzlicher Verpflichtungen oder Mehrarbeit kommt es bspw. durch überschätzte eigene Bewältigungsressourcen aufgrund unterschätzter Anforderungen (vgl. Siegrist, 1996, S. 104; vgl. Becker, 2006, S. 85). Problematisch seien fehlende Rückmeldungs- und Korrekturchancen bezüglich dieser unange-

messenen Verausgabung. Weil die Verhaltensweise der nicht angesprochenen Motivation automatisch vollzogen und nicht durch Maßnahmen korrigiert wird, werden ungünstige Kosten-Nutzen-Verhältnisse nicht rechtzeitig erkannt, die Arbeitnehmer gestehen sich Enttäuschungen oder Zeichen von zu viel Anstrengung und Erschöpfung nicht ein bzw. nehmen sie nicht entsprechend wahr. Langfristig würden so persönliche Regenerationsmöglichkeiten eingeschränkt und die Ressourcen zur Bewältigung vorzeitig schnell erschöpft. Verminderte berufliche Statuskontrolle und vermehrte Gratifikationskrisen steigern das gesundheitsgefährdende Potential (vgl. Siegrist, 1996, S. 104 – 105). Die Abhängigkeit durch fehlende Arbeitsplatzalternativen, auch die Gefahr von Arbeitsplatzverlust, strategische Gründe in Bezug auf die Karriereentwicklung (z. B. Beförderung) sowie die übersteigerte Verausgabungsneigung und der unrealistischen Einschätzung von Anforderungen, persönlichen Fähigkeiten und erwarteter Belohnungen können zu einer Chronifizierung beruflicher Gratifikationskrisen führen (vgl. Becker, 2006, S. 85 – 86; vgl. Peter, 2002, S. 390 – 391). Hier zeigen sich Ansatzpunkte, die die Personen dazu bewegen trotz einer Erkrankung arbeiten zu gehen. Inwieweit sich die berufliche Gratifikationskrise sich auf Präsentismus und Absentismus auswirkt wird im Verlauf dieser Arbeit noch dargestellt.

2.2. Laienkonzepte

Bei Laienkonzepten, auch „subjektive Konzepte“ oder „Alltagskonzepte“, handelt es sich um „die persönlichen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit sowie...persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit...(Letztere werden auch als ‚subjektive Theorien‘ von Gesundheit bezeichnet).“ (Waller, 2006, S. 13 – 14).

Faltermaier (1994, S. 203 – 209) erstellte im Rahmen einer empirischen Untersuchung für den subjektiven Gesundheitsbegriff folgende Idealtypen, die aber selten isoliert vorkommen. Gesundheit verstanden Laien demnach als Abwesenheit von Krankheit, Fehlen von Beschwerden oder Schmerzen, grundlegende Handlungsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, körperliches und/oder psychisches Wohlbefinden sowie körperlich-psychisches Energiepotential. Bezüglich der subjektiven Theorien stellt er eine zunehmende Komplexität fest, die von einer Nicht-Kontrolle (Schicksal) über einen starken Effekt äußerer Einflüsse hin zu stärkerer interner Kontrolle (z.B. Bewegung, Ernährung) sich fortsetzt sowie psychologische Aspekte hinzugefügt werden (vgl. Faltermaier, 1994, S. 212). Die subjektiven Krankheitstheorien entsprechen in großen Teilen den Gesundheitstheorien, wobei die ererbte Disposition sowie Umweltfaktoren einen höheren Stellenwert haben (ebd., S. 241).

Die Gesundheitsvorstellungen wirken sich auf das Gesundheitshandeln aus, so kann der Umgang mit dem Körper und vorhandenen Beschwerden in vier Typen kategorisiert werden:

1. „Beschwerden werden ignoriert, normalisiert und bagatellisiert; es wird weitergearbeitet und gelebt wie bisher, im Notfall werden ärztliche Behandlung und Medikamente gesucht;
2. Beschwerden werden als mögliche Symptome einer Krankheit interpretiert und führen nach einer diagnostischen Abklärung entweder zur Selbstbehandlung (Medikament, Hausmittel) oder zur medizinischen Behandlung;
3. Alltägliche Beschwerden werden integriert und mit natürlichen Mitteln (Ruhe, Regenerieren und Pflege des Körpers) behandelt;
4. Beschwerden werden als Warnsignale des Körpers interpretiert, führen zur Suche nach Ursachen (Überbelastung, psychische Konflikte) und werden mit natürlichen Mitteln behandelt.“ (Faltermajer, 1994, S. 270)

Der Gesundheitsbegriff beziehungsweise das Gesundheitsbewusstsein sowie das Handeln in Bezug auf die Gesundheit unterscheiden sich nach Geschlecht, sozialer Schicht, Alter, Kultur oder nach Beruf (vgl. Waller, 2006, S. 16 – 18; vgl. Faltermajer, 1994, S. 272 – 294).

3. Fehlzeiten im Unternehmen

Im folgenden Abschnitt soll auf die Problematik der Fehlzeiten in den Unternehmen eingegangen werden. Dazu werden aktuelle Zahlen aus den Arbeitsunfähigkeitsstatistiken der Krankenkassen aufgeführt und die Bedeutung für die Unternehmen dargestellt, dabei wird auch der Anstieg psychischer Erkrankungen betrachtet.

3.1. aktuelle Fehlzeitenstatistik in Deutschland

Betrachtet man den Verlauf des Krankenstands in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wird eine rückläufige Krankenstandsentwicklung sichtbar (Abbildung 3). Die Grafik zeigt einen kontinuierlich sinkenden Krankenstand seit 1995, mit dem Tiefpunkt im Jahr 2007 von 3,22%. Seitdem ist ein leichter Anstieg zu verzeichnen, bleibt seit 2003 jedoch unterhalb der 4%-Marke. Für das vergangene Jahr 2012 liegt ein vorläufiger Krankenstand von 3,64% vor und damit eine leichte Senkung im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 24).

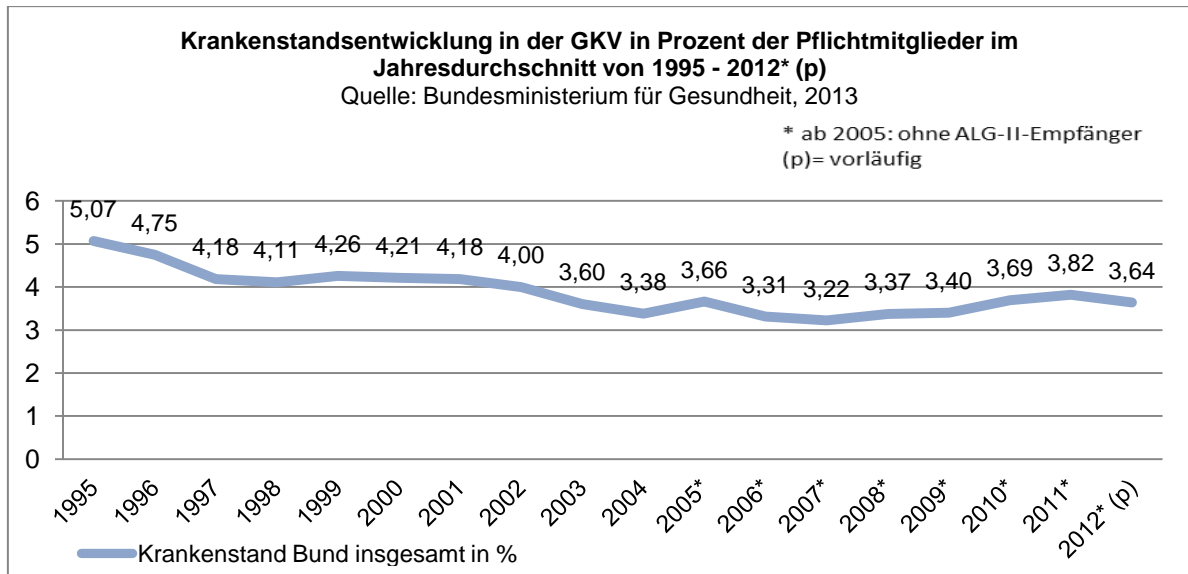


Abbildung 3 Krankenstandsentwicklung in der GKV (in Prozent) der Pflichtmitglieder im Jahresdurchschnitt von 1995 – 2012*(vorläufig) in Deutschland; eigene Darstellung nach (Datenquelle: GKV-Statistik KM1, Bundesministerium für Gesundheit, 2013)

Der DAK –Gesundheitsreport 2013 gibt für 2012 einen allgemeinen Krankenstand von 3,8% an. Verglichen mit dem Vorjahr ist dieser um 0,1% leicht gesunken, liegt aber noch über dem Wert von 2010 mit 3,7% (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 3). 52,1 Prozent waren 2012 kein einziges Mal arbeitsunfähig geschrieben (ebd., S. 8). Durchschnittlich betrug die Falldauer der DAK-Mitglieder 12,6 Tage und ist damit relativ konstant (ebd., S. 11). Auch bei der BKK lässt sich ein Rückgang des Krankenstands verzeichnen (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 17).

Aufgrund unterschiedlicher Datenerhebungen lässt sich der niedrigere Krankenstand in der GKV im Gegensatz zu den Werten der BKK oder DAK erklären. Durch Unterschiede in den Mitgliederkreisen bzw. deren Berufs-, Alters- sowie Geschlechtsstrukturen kommt es zu teils erheblichen Unterschieden bei den Krankenständen der einzelnen Krankenkassen bzw. Kassenarten (vgl. Busch, 2012, S. 471). Die ungleiche Verteilung der Krankmeldungen über die Wochentage (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 18) und die Jahres-, Ferien- sowie Urlaubszeit führen zu Schwankungen beim Krankenstand (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 26) ebenso sind volks- und betriebswirtschaftliche Aspekte zu beachten (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 4 – 6).

Der Arzt stellt fest, dass der „Arbeitnehmer infolge des konkret vorliegenden Krankheitsbildes an der Erbringung seiner Arbeitsleistung verhindert ist (§3 EFZG). Der arbeitsunfähig schreibende Arzt einerseits und der ausgeübte Beruf andererseits spielen daher für Menge und Art der AU-Fälle eine nicht unbedeutende Rolle.“ (Bundesministerium für

Gesundheit, 2013, S.25). Besonders bei Kurzarbeitsunfähigkeiten kann es zu einer Untererfassung kommen, wenn z.B. die AU-Bescheinigung erst ab dem 3.Tag vorzulegen ist (vgl. ebd.). Durch die Statistik der GKV wird der reale Krankenstand eher unter- als überschätzt und „Der tatsächliche Krankenstand und insbesondere die Häufigkeit von Erkrankungen liegen über den von den Krankenkassen ermittelten Daten.“ (DAK-Gesundheit, 2013, S. 10).¹

Kurzeiterkrankungen von bis zu einer Woche machen zwar den größten Anteil der AU-Fälle aus, jedoch verursachen Langzeiterkrankungen, d.h. mehr als 6 Wochen erkrankt, den Großteil der AU-Tage (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 21 – 22; vgl. Techniker Krankenkasse, 2012, S. 71; vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 11 – 12). Wenn man davon ausgeht, dass Langzeiterkrankungen sowohl zu Kosten für Unternehmen, Krankenkassen und die Sozialversicherung als auch zu Problemen in der Arbeitsorganisation, z. B. Ersatzpersonal etc., und Belastungen für den Arbeitnehmer selbst führen, gilt es, diesen durch präventive Maßnahmen zu begegnen.

Personalabteilungen setzen meist Soll- und Ist-Arbeitszeiten ins Verhältnis, Krankenkassen dagegen zählen bei den AU-Tagen die Wochenenden mit und beziehen die Summe der AU-Tage auf die Kalendertage der betrachteten Periode (vgl. Kuhn, 2012, S. 151). In Personalabteilungen der Unternehmen werden häufig Absentismusdaten erhoben, deshalb ist ein Vergleich mit allgemeinen Statistiken schwierig und es ergeben sich unterschiedliche Werte, da zu unternehmensinternen Daten auch z.B. Fehlzeiten durch Reha-Maßnahmen, Kuren, Fortbildungen, Mutterschaft etc. zählen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 26; vgl. Kuhn, 2012, S. 151 – 152), so dass hier die Kurzarbeitsunfähigkeiten Gewicht haben, da sie zu direkten Folgen für das Unternehmen führen.

Bei der Dauer von AU-Tagen und –Fällen nach Alter zeigt sich bei den Krankenkassen ein relativ einheitliches Bild. Die Falldauer nimmt mit dem Alter zu (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 91 – 92; vgl. Busch, 2012, S. 474). Die jüngeren Altersgruppen sind zwar weniger lang, dafür jedoch häufiger krank. Die Gruppen ab 50 bzw. 55 Jahren zeigen eine deutliche Zunahme der AU-Tage. Ältere Arbeitnehmer sind weniger häufig, dafür länger krank (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 14 – 15; vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 91; vgl. Techniker Krankenkasse, 2012, S. 72) und so ist „ Bei einem zukünftig demografisch zu erwartenden Anstieg des Anteils älterer Arbeitnehmer...auf Basis der

¹ Beim Krankenstand handelt es sich um den Verhältniswert der arbeitsunfähig kranken Mitglieder mit Krankengeldanspruch (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2013, S. 25).

Altersverteilung demnach mit einer Zunahme der krankheitsbedingten Fehlzeiten am Arbeitsplatz zu rechnen.“ (Techniker Krankenkasse, 2012, S. 72). Es ist zu befürchten, dass der Krankenstand steigt, wenn man die demografische Entwicklung und die Erhöhung des Renteneintrittsalters beachtet, da die Gruppe der 60 bis unter 65Jährigen vermehrt erwerbstätig sein wird und somit die altersspezifische Häufigkeit der Arbeitsunfähigkeitstage schon in dieser Gruppe gegeben ist (vgl. Busch, 2012, S. 476). Nach einer Modellrechnung für den Zeitraum von 2007 bis 2010 ist eine Steigerung des Krankenstands aber nur zu gut 30% durch die demografische Entwicklung bedingt (vgl. ebd.) und lässt sich deshalb nicht allein mit dem demografischen Wandel begründen, sondern muss umfassender betrachtet werden.

3.2. Psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch?

Die Fehlzeitenstatistiken geben darüber hinaus Auskunft zu den Krankheitsarten, die für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlich sind, dennoch zeigen sie nicht, wie oben bereits dargestellt, die reale Verbreitung.

Für die Versicherten der BKK wurden die meisten Fehlzeiten 2011 durch Muskel-Skelett-Erkrankungen hervorgerufen (Anhang 1). Im Vergleich zum Vorjahr ist ein leichter Rückgang von 0,4 Prozentpunkten auf 26,5% zu verzeichnen. An zweiter Stelle liegen die psychischen Störungen mit 14,1%, welche 2010 noch auf Rang 4 lagen. Danach folgen unverändert die Erkrankungen des Atmungssystems sowie Verletzungen und Vergiftungen, letztere sind um 0,5 Prozentpunkte gesunken. Es schließen sich Erkrankungen des Verdauungs- und Kreislaufsystems sowie Infektionen und Neubildungen an (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 19). Ein ähnliches Ergebnis für 2012 zeigt der DAK-Gesundheitsreport 2013 (vgl. dazu DAK-Gesundheit, 2013, S. 17). Sowohl bei der BKK als auch der DAK wurden bei den psychischen Erkrankungen durchschnittlich die höchsten Falldauern mit 39,5 AU-Tagen je Fall bzw. 33,2 Tage verzeichnet (vgl. BKK Bundesverband, 2012, S. 21; vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 18).

Der DAK-Gesundheitsreport 2013 zeigt, dass 2012 etwa jeder 22. Erwerbstätige ein- oder mehrmals aufgrund einer psychischen Diagnose krankgeschrieben war und sich die Fehltagelänge in den letzten 15 Jahren mehr als verdoppelt haben (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 32). Frauen sind mit 5,9% fast doppelt so häufig betroffen wie Männer (3,3%) und weisen zweimal so viele AU-Tage durch psychische Diagnosen auf (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 126). Ältere Beschäftigte sind eher aufgrund einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben sowie öfter und länger verglichen mit den Jüngeren (vgl. ebd.). Bei der

Gruppe 60+ ist jedoch ein Rückgang von AU-Tagen und Fällen zu verzeichnen, der auch bei anderen Diagnosen zu beobachten sei. Die Begründung ist vermutlich, dass die Arbeitnehmer dieser Gruppe wahrscheinlich besonders gesund sind und die kränkeren Mitarbeiter bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind, der „Healthy-Worker Effekt“ (vgl. DAK-Gesundheit, 2013, S. 44). Die meisten Fehltagewegen psychischer Erkrankungen 2012 ließen sich im Gesundheitswesen und der Öffentlichen Verwaltung ermitteln (vgl. ebd., S. 46).

Dem psychischen Befinden kommt insofern eine hohe Bedeutung zu, dass es in Wechselwirkung mit sozialen und biologischen Prozessen steht und es durch seine Rückwirkung Einfluss auf kognitive Prozesse, die Arbeitsmotivation, das soziale Verhalten und die körperliche Gesundheit hat (vgl. Badura, 2010, S. 10).

Von einer „Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen“ (DAK-Gesundheit, 2013, S. 76) könne nicht die Rede sein, so wäre es für 67,5% der Befragten unangenehmer wegen psychischer statt körperlicher Beschwerden nicht arbeiten zu gehen. Auch in den Betrieben scheinen psychische Erkrankungen immer noch stigmatisiert zu werden, so gaben 2012 38% an, der Vorgesetzte hätte nur wenig Verständnis für Abwesenheit durch psychische Probleme und auch das Verständnis durch Kollegen wurde pessimistisch eingeschätzt. Eine Zunahme von 28,8 % im Jahr 2004 auf 29,6 % im Jahr 2012 konnte bei dem Punkt "Ich glaube, dass psychische Erkrankungen oft als Vorwand für Blaumacherei missbraucht werden." verzeichnet werden (vgl. ebd., S. 77). Außerdem stimmten 47,2% für die Aussage "Wenn ich an einer psychischen Erkrankung leiden würde, würde ich es möglichst niemand sagen" mit „Trifft voll zu/Trifft eher zu“ (vgl. ebd., S. 81).

Die Arbeitswelt beeinflusst die Zunahme von psychischen Erkrankungen durch zunehmende Arbeitsbelastungen, Angst vor Arbeitslosigkeit und gleichzeitiges Entfallen sozialer Strukturen, mit denen die steigenden Belastungen kompensiert werden können, seien für den Anstieg psychischer Erkrankungen ursächlich (vgl. DAK Versorgungsmanagement, 2005, S. 68). Wenn entsprechende Ressourcen fehlen, können arbeitsbedingte Belastungen krank machen. Arbeitsbelastungen wie überhöhte Anforderungen, Arbeitsverdichtung, geringe Möglichkeiten der Einflussnahme (z. B. fehlende Handlungs- und Entscheidungsspielräume) sowie geringe Berechenbarkeit (z. B. befristete Arbeitsverhältnisse, Angst vor Krankheit) werden als Ursachen für die Entstehung von psychischen Erkrankungen einbezogen. Bei den Ressourcen werden geringe soziale Unterstützung, geringe Bedeutsamkeit sowie geringe Belohnung und

fehlende Anerkennung als ursächlich gesehen (vgl. ebd., S. 72 – 76). Psychische Störungen sind multifaktoriell bedingt, so müssen individuelle und persönliche Voraussetzungen der Beschäftigten auch einbezogen werden, z.B. Stressbewältigungsstrategien (vgl. ebd., S. 75). Zur Entwicklung in der Arbeitswelt kommt die Sensibilisierung von Ärzten und Betroffenen, so dass Probleme eher angesprochen und häufiger diagnostiziert werden. Psychische Erkrankungen kommen nicht zusätzlich zu anderen Krankheiten hinzu, sondern ersetzen diese teilweise, d. h. früher wären die Arbeitnehmer vielleicht mit Rückenbeschwerden anstatt einer psychischen Erkrankung krankgeschrieben worden, es hat sich somit die Struktur des Krankenstands verändert (vgl. DAK Versorgungsmanagement, 2005, S. 111).

3.3. Bedeutung der Fehlzeiten für die Unternehmen

Die Literatur (vgl. Walter & Münch, 2009, S. 140 – 142; vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 144) zeigt verschiedene Ursachen, welche sich auf die Fehlzeiten auswirken. Demzufolge werden Fehlzeiten durch folgende Punkte beeinflusst:

- Erkrankungen (akute sowie chronische)
- persönliche Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Qualifikation)
- motivationale Gründe (z.B. mangelndes Vertrauen in die Führung, Über-/Unterforderung, fehlende Sinnhaftigkeit der Arbeit, mangelndes Vertrauen)
- arbeitsbezogene materielle und immaterielle Merkmale (z.B. Art & Schwere der Tätigkeit, Arbeitszeit, Entlohnung, Gruppenkohäsion, Betriebsklima, Führungskräfte)
- konjunkturelle Lage am Arbeitsmarkt (z.B. Arbeitsplatzunsicherheit)
- regionale Einflüsse
- Wirtschaftsbranche und Betriebsgröße
- periodische Einflüsse (Jahreszeit, Wochentage).

Eine strikte Abgrenzung der einzelnen Ursachen ist nicht immer möglich, da sich Gesundheit und Krankheit nicht dichotom verteilen und neben medizinischen Diagnosen sich eine subjektive Einschätzung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit sowie Tätigkeitsmerkmale und Arbeitsbedingungen auf die Entscheidung der Arbeit fernzubleiben auswirken (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 144 – 145). Kocyba und Voswinkel (2007) schreiben, dass es sich bei einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung um ein „Aushandlungsergebnis“ handelt, wobei der Betroffene zwischen seinen Arbeits- und Gesundheitsinteressen, sich selbst, dem Arzt

und dem betrieblichen Kontext abwägen und sich entscheiden muss, ob er sich krank meldet (vgl. ebd., S. 44).

Folgen von Fehlzeiten bestehen darin (vgl. Zok, 2008, S. 137; vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 141), dass Kollegen zu ungeplantem Mehraufwand gezwungen sind, zusätzlicher Koordinationsaufwand für die Vorgesetzten und Rückstand in der Aufgabenerledigung entsteht, dass das Management möglicherweise mit Kosten aus Produktivitätsausfällen konfrontiert ist und Kunden wegen fehlender Ansprechpartner oder verspäteter Lieferungen verärgert sind. Abwesenheiten führen somit direkt zu spürbaren Konsequenzen für alle Beteiligten und Fehlzeiten sind gut sichtbar. Das Problem dabei ist, das „Anwesenheit im Betrieb als Normalzustand“ (Ulich & Wülser, 2012, S. 142) gesehen wird und deshalb wenig Handlungsbedarf erkannt wird. Außerdem werden körperliche Beschwerden eher akzeptiert, da sie offensichtlicher bzw. nachweisbar sind, im Gegensatz zu psychischen Erkrankungen und Belastungen,.

„Die „Nicht-Sichtbarkeit“ [Herv. i. O.] von Gesundheit ist ein grundsätzliches Dilemma des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Weshalb soll man knappe Ressourcen für etwas investieren, das offensichtlich dem Normalfall entspricht; vielversprechender ist es doch, sich auf die Abweichung von der Norm, also die Abwesenheit vom Arbeitsplatz zu konzentrieren.“ (Ulich & Wülser, 2012, S. 142)

Weierl et al. (2007) schreiben, dass der Fokus auf den 96% der anwesenden Mitarbeiter liegen müsse, nicht auf den 4% der Abwesenden. Wenn die Anwesenden an 16,4% der Arbeitszeit gesundheitliche Beschwerden aufweisen und so wöchentlich über 1,5 Stunden an Produktivitätszeit verloren gehen, dann habe die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mehrheit im Fokus zu stehen und sollte das Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements sein (vgl. Weierl et al., 2007, S. 316).

Diejenigen, die regelmäßig ihrer Arbeit nachgehen sowie deren seelisches und körperliches Befinden bzw. Auswirkungen auf die geleistete Arbeit werden durch die Betrachtung von Fehlzeiten- und Arbeitsunfallstatistiken, die eigentlich zu vermeiden sind, nicht beachtet. Arbeitnehmer die dauerhaft und regelmäßig trotz seelischer oder körperlicher Probleme arbeiten, sind weniger leistungsfähig und schaden sich selbst (vgl. Badura, 2010, S. 8). Arbeitsunfähigkeits- bzw. Fehlzeitenstatistiken, und seien sie noch so genau, können die Relation von Arbeit und Gesundheit „allenfalls ausschnitthaft erfassen.“ (Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 46), zudem sind „Fehlzeiten...Spätindikatoren, die eine nachträgliche

„Reparatur“ gesundheitsrelevanter Probleme erfordern statt sie vorausschauend zu verhindern.“ (Walter & Münch, 2009, S. 140).

Die AU-Daten der Krankenkassen liefern dennoch Hinweise auf Präventions- oder Interventionsansätze bezüglich spezieller Zielgruppen oder Erkrankungen, bei der Interpretation der Daten sind aber Einschränkungen zu beachten, z. B. die Übertragung der Ergebnisse auf die Gesamtbelegschaft (vgl. Kuhn, 2012, S. 152). Gerade in kleinen Unternehmen und Kleinbetrieben ist der Datenschutz und die Aussagekraft der Daten schwieriger, hier bieten sich unter Umständen eher Branchen- oder Innungsberichte an (vgl. ebd., S. 154 – 155).

Unternehmen sind aufgrund der personalkostenverursachenden Wirkung von Fehlzeiten eher an Häufigkeiten und der Verteilung als an der Art der Krankheiten interessiert. Das Problem bei Fehlzeitenstatistiken liegt ebenso darin, dass sie nicht die Ursachen von Fehlzeiten, den tatsächlichen Krankenstand sowie Kosten und entgangenen Nutzen (Präsentismus) abbilden (vgl. Walter & Münch, 2009, S. 140). Gerade, weil Fehlzeiten nur bedingt aussagekräftig sind und zuallererst Aussagen bezüglich des Zustands einer Organisation und dessen Sozialkapital treffen, nicht aber zum wirklichen Gesundheitszustand der Mitarbeiter valide Ergebnisse liefern, sei es für Unternehmen wichtig auch Befragungsdaten einzubeziehen. Um Investitionen sinnvoll einzusetzen und Maßnahmen erfolgreich durchzuführen, bedarf es einer guten Diagnostik, welche die subjektiven Meinungen von Experten, Mitarbeitern und Führungskräften und die objektiven, systematischen Daten miteinander verbindet (vgl. ebd.). Dies bedeutet, dass neben krankheitsbedingten Fehlzeiten auch Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit sowie den Belastungen im Unternehmen diskutiert und betrachtet werden müssen (vgl. Zok, 2008, S. 142). Für die Analyse hat das Unternehmen bzw. das betriebliche Gesundheitsmanagement unterschiedliche Datenquellen zur Verfügung (vgl. Walter & Münch, 2009, S. 140):

- Beobachtungsdaten (z.B. Arbeitsplatzanalysen)
- Routinedaten der Sozialversicherungsträger (Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Arbeitsunfälle, Frühberentungsdaten)
- Routinedaten aus der Personalabteilung (Fehlzeiten, Fluktuationsdaten)
- Daten aus medizinischen Untersuchungen und Mitarbeiterbefragungen
- Daten, die im Dialog mit Mitarbeitern gewonnen werden (Workshops, Fokusgruppen)

Durch die Multifaktorialität der Fehlzeiten spielen deshalb auch Merkmale der Arbeitstätigkeit, Arbeitsbedingungen, das private Umfeld, individuelle Bewertungsprozesse und Verhaltensweisen der Mitarbeiter bei der Ursachenanalyse eine Rolle (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 145 – 146) und eine ganzheitliche Betrachtung muss stattfinden. Wenn die Anwesenheitsquote berücksichtigt wird, können zusätzlich organisationale und personale Ressourcen sowie deren Auswirkung erkannt werden (vgl. ebd.). Begriffsänderungen wie Anwesenheits- oder Gesundheitsquote statt Abwesenheits- bzw. Fehlzeitenquote seien nur sinnvoll, wenn auch tatsächlich ein Umdenken in den Unternehmen bezüglich Krankheit und Gesundheit stattfindet und nicht nur ein Image verbessert werden soll (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 144), man darf also nicht lediglich „dem Kind einen anderen Namen“ geben. Zudem können die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf betriebliche Prozesse und auf den wirtschaftlichen Erfolg besser verstanden werden, wenn kontinuierlich Präsentismusdaten zusätzlich zu den Absentismusdaten erhoben werden (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009). Außerdem muss beachtet werden, dass Maßnahmen zur Kontrolle und Senkung von Fehlzeiten, wie Rückkehr- oder Fehlzeitengespräche, auch ungewünschte Auswirkungen haben können, denn diese können ungewollt einen Präsentismus erzeugen. Laut Pfaff et al. (2002) befürchteten 55% der Befragten, dass sich Mitarbeiter krank zur Arbeit „schleppen“, nur um nicht an diesen Gesprächen teilnehmen zu müssen (vgl. Pfaff et al., 2002, S. 5).

4. Das Phänomen Präsentismus

Neben der „Nicht-Sichtbarkeit“ und der Normalität der Anwesenheit ist es so, dass „(...) Personen mit hohen Anwesenheitsraten *keineswegs immer* [Herv. i. O.] auch leistungsfähig, motiviert, physisch und psychisch unversehrt und damit gesund oder dem Unternehmen psychologisch verbunden [sind].“ (Ulich & Wülser, 2012, S. 142). Menschen gehen vermehrt krank zur Arbeit und zeigen Präsenz, obwohl sie besser zu Hause bleiben und sich auskurieren sollten. Das Phänomen des Präsentismus ist somit ein wichtiger zu beachtender Faktor für Mitarbeiter und Unternehmen und soll im folgenden Kapitel näher betrachtet werden.

4.1. Prävalenzen

Umfrageergebnisse für Deutschland zeigen, dass immer mehr Menschen trotz Krankheit zur Arbeit gehen und sich eine Senkung des Krankenstands nicht auf gesündere Unternehmen zurückführen lässt (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 93). Eine Befragung durch das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) für den Fehlzeitenreport 2009

ergab, dass 71,2% berichteten, trotz eines Krankheitsgefühls im vorigen Jahr zur Arbeit gegangen zu sein, 29,9% taten dies gegen den Rat des Arztes. Mit der Genesung bis zum Wochenende warteten 69,1% und 12,8% nahmen dafür Urlaub (vgl. ebd., S.95 – 96).

Der Gesundheitsmonitor 2009 der Bertelsmann Stiftung zeigte, dass 42% im Jahr 2008 zweimal oder öfter trotz Krankheit arbeiten waren, 11% dabei gegen ärztlichen Rat. Bis zum Wochenende wartete knapp ein Viertel und 7% nahmen Urlaub für den Genesungsprozess (vgl. Vogt et. al, 2009, S. 190). Bereits Zok (2008, S. 141 – 142) ermittelte 2007, dass das Verhalten trotz Erkrankung zu arbeiten weit verbreitet ist. 61,8% gingen in den vorangegangenen zwölf Monaten arbeiten, obwohl sie sich richtig krank fühlten, 38,2% verneinten dies (vgl. ebd., S. 128). Beschäftigte mit befristeten Arbeitsverträgen wiesen häufiger Präsentismus auf als bei einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Erwerbstätige Frauen zeigten in allen Altersgruppen höhere Präsentismusanteile als Männer, wobei Frauen in leitenden Positionen häufiger krank arbeiten gehen, Männer eher im Bereich der Arbeiter (vgl. ebd., S. 129).

4.2. Präsentismus versus Absentismus

Eine allgemein gültige und akzeptierte Definition ist für Präsentismus bisher nicht vorhanden. In der Literatur findet man unterschiedliche Bezeichnungen für den Umgang mit Präsentismus, wie „presenteeism“, eher im Angloamerikanischen genutzt, „sickness presenteeism“, meist in Skandinavien verwendet, „decreased presenteeism“, „chronic presenteeism“ oder „sickness presence“ (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 15; vgl. Jansen, 2011, S. 23). Der Begriff Präsentismus, welcher Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit bezeichnet, ist an den englischen Begriff „absenteeism“ angelehnt (vgl. Weiherl et. al, 2007, S. 312). Um Abwesenheit durch krankheitsbedingte Gründe darzustellen werden Begriffe wie „sickness absenteeism“ oder „sickness absence“ verwendet (vgl. Jansen, 2011, S. 24), denn auch Abwesenheit ist nicht immer klar definiert. In anderen Ländern z.B. Schweden, ist der Begriff nicht so negativ eingestuft wird. Im Angelsächsischen ist ebenfalls Abwesenheit gemeint, beinhaltet aber alle Formen, da nicht zwischen einer objektiven oder vorgetäuschten Krankheit unterschieden werden kann. So soll besonders auch die Form der psychischen Abwesenheit erfasst werden, bei der der Arbeitnehmer zwar körperlich aber psychisch entweder die Leistung nicht erbringen kann oder will (vgl. Bueren, 2003, S. 160).

Weiherl et. al (2007) haben eine Übersicht bezüglich Anwesenheit und Gesundheitszustand erstellt, die eine Einordnung von Präsentismus und Abwesenheit vornimmt (Abbil-

dung 4). Hier wird Präsentismus mit „krank anwesend“ definiert und tritt typischer Weise in Zusammenhang mit leichteren gesundheitlichen Beschwerden wie z. B. Kopfschmerzen, Erkältung, Müdigkeit/ Depressivität, Verdauungsproblemen oder Arthritis auf, weil bei schweren Gesundheitsproblemen die Frage bezüglich des Arbeitens oft gar nicht zur Diskussion steht (vgl. Weiherl et. al, 2007, S. 312).

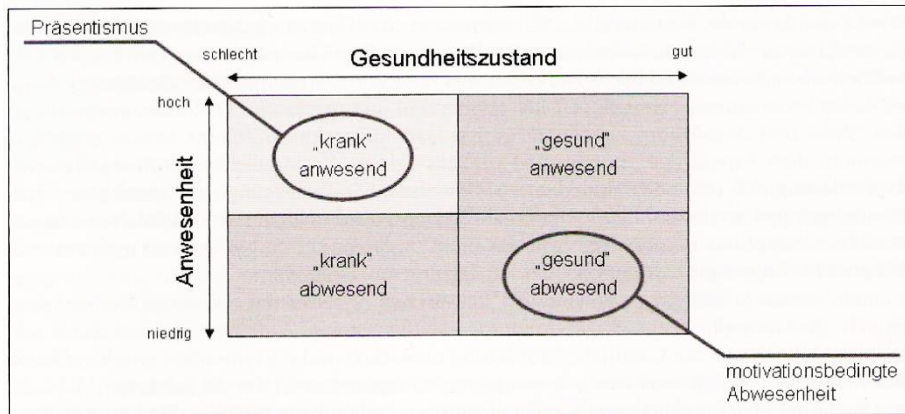


Abbildung 4 Vierfelder-Tafel Präsentismus (Weiherl et al., 2007, S. 312)

Da Präsentismus ausschließlich durch Krankheit definiert wird, zählen Aspekte wie innere Kündigung und Arbeitsverweigerung definitionsgemäß nicht dazu (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 5). Abwesenheiten lassen sich aber, ob durch Krankheit oder Motivation bedingt, nicht immer klar voneinander abgrenzen, denn so laut Ulich und Wülser (2012):

„Bei der Entscheidung, krankheitsbedingt zu Hause zu bleiben, spielen nicht nur medizinisch diagnostizierbare Aspekte eine Rolle; ebenso wichtig sind oft die subjektive Beurteilung der Gesundheit und die Einschätzung, ob man den Anforderungen der Arbeitstätigkeit gerecht werden kann sowie die Lebens und Umweltbedingungen einer Person...Es ist einleuchtend, dass somit eine strikte Trennung zwischen krankheitsbedingten und motivationalen Gründen in manchen Fällen nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann.“

(Ulich & Wülser, 2012, S. 144)

Auch im Gesundheitsmonitor 2009 wird erwähnt, dass etwa Motivationsdefizite, welche durch schlechte Arbeitsbedingungen oder Führung hervorgerufen werden, unter Betrachtung der WHO-Definition von Gesundheit zum Präsentismus hinzu zu zählen sind (vgl. Vogt et. al, 2009, S. 181).

Eine viel diskutierte Frage ist auch der Zusammenhang von Präsentismus und Absentismus. Die Literatur zeigt dabei einen substitutiven, d. h. durch hohe Präsentismusraten können niedrigere Absentismusraten erzielt werden, und einen kausalen Zusammenhang (vgl.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 5). Hansen und Andersen (2009) zeigten, dass die Wahrscheinlichkeit 74% höher ist, später länger als zwei Monate auszufallen, wenn die Person mehr als sechsmal pro Jahr krank arbeiten war (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 93) bzw. ein um 53% erhöhtes Risiko aufweisen später länger als zwei Wochen arbeitsunfähig zu sein (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 76). Auch Bergström et al. (2009) zeigten, dass Präsentismus das Risiko später mehr als 30 Tage krankheitsbedingt zu fehlen erhöhte (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 76).

Das Präsentismus keine Alternative zum Absentismus ist, verdeutlichte eine aktuelle schwedische Querschnittstudie von Leineweber et. al (2012), die mittels Fragebogen erhobene Daten aus der 2. Welle der SLOSH (Swedish Longitudinal Survey of Occupational Health)-Studie verwendet. Bei der SLOSH-Studie handelt es sich um eine national repräsentative Umfrage mit dem Schwerpunkt bezüglich des Zusammenhangs zwischen Arbeitsorganisation, Arbeitsumgebung und Gesundheit (vgl. ebd., 906). Sie zeigt, dass eine krankheitsbedingte Abwesenheit von 1-7 Tagen in den vergangenen 12 Monaten, verglichen mit denjenigen die nicht krank abwesend waren, die Wahrscheinlichkeit mehr als verdoppelt wurde, ebenfalls einen Präsentismus von mehr als 8 Tagen im gleichen Zeitraum aufzuweisen. Ein Absentismus von mehr als 90 Tagen wurde mit einer nahezu achtfachen Quote für das Auftreten von Präsentismus verbunden. Die Werte blieben selbst nach Bereinigung um Alter und Geschlecht sowie Anpassungen für die Arbeitsumgebung, die selbsteingeschätzte Gesundheit, chronische Erkrankungen und die Arbeitsfähigkeit signifikant (vgl. ebd., S. 909).

Dass Präsentismus und Absentismus einander nicht ausschließen, zeigt der Stressreport 2012 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. In der Befragung gaben 36% an, im vergangenen Jahr sowohl zu Hause geblieben, als auch trotz Krankheit arbeiten gegangen zu sein (vgl. Oldenburg, 2012, S. 136). Präsentismus wiesen 21% auf, lediglich 16% sind bei Krankheit stets zu Hause geblieben. Weder krank abwesend noch krank arbeiten gegangen zu sein wurde von 27% der Befragten angegeben (vgl. ebd.). Außerdem zeigten die Ergebnisse, dass die Befragten häufiger krank arbeiten gehen, jedoch tun sie dies an weniger Arbeitstagen als sie krankheitsbedingt abwesend sind (vgl. ebd., S. 137).

4.3. Die zwei Forschungsstränge

Dem Review zum Thema Präsentismus von Badura und Steinke (2011, S. 15 - 25) lässt sich folgende Unterteilung bezüglich der Präsentismusforschung entnehmen:

1. *Präsentismus als das Verhalten von Mitarbeitern, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen*
2. *Präsentismus als Produktivitätseinbußen bedingt durch gesundheitliche Beschwerden der Mitarbeiter.*

Der erste Bereich ist vor allem in Skandinavien, den Niederlanden und Deutschland Gegenstand der Forschung (vgl. Jansen, 2011, S. 24). Eine mögliche Definition ist „Das Verhalten, sich bei einer Erkrankung nicht krank zu melden, sondern arbeiten zu gehen, wird als »Präsentismus« [Herv. i. O.] bezeichnet.“ (Schmidt & Schröder, 2010, S. 93), die für diesen Forschungszweig verwendet wird. Hierbei findet eine subjektive und eine objektive Bewertung der Gesundheit bzw. des individuellen Gesundheitszustands statt, wobei der Betroffene selbst entscheidet, dass er besser zu Hause geblieben wäre oder aber der Arzt dies bescheinigt, er aber trotzdem arbeiten geht (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009, S. 5). Untersucht und analysiert werden Folgen für die Gesundheit der Betroffenen, die Verbreitung des Verhaltens und seine Ursachen, wobei Präsentismus als Ergebnis komplexer, individueller Entscheidungsprozesse verstanden und durch verschiedene gesellschaftliche, arbeitsbedingte und/oder persönliche Faktoren beeinflusst wird (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 18 – 19). Folgen bezüglich Kosten für die Organisation durch dieses Verhalten berücksichtigt dieser Forschungszweig jedoch nicht (ebd., S. 25).

Der zweite, auf die Produktivität des Einzelnen bzw. Beschäftigtengruppen und deren Auswirkungen ausgerichtete Zweig wird vornehmlich in den USA und Kanada betrachtet (vgl. Jansen, 2011, S. 24; vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 25). Badura & Steinke (2011, S. 25) schreiben, dass es darum geht, Kosten für die Unternehmen zu erfassen, welche durch die Erkrankungen der Mitarbeiter verursacht werden. Hauptsächlich werden hier chronische Erkrankungen untersucht, sowie die durch sie verursachten Produktivitätsverluste, vor dem Hintergrund der Zunahme chronischer Erkrankungen durch den epidemiologischen sowie demografischen Wandel und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit je nach Fortschreiten und Schwere der Krankheit (vgl. ebd., S. 20). Unternehmen wird aber nicht nur durch die chronischen Krankheiten sondern auch durch akute Erkrankungen wie Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen oder Erschöpfung ein erheblicher Schaden zugefügt (vgl. Badura, 2010, S. 9). Produktivitätsverluste entstehen, weil durch ihre gesundheitliche Beeinträchtigung die Arbeitnehmer vermehrt Fehler machen, langsamer arbeiten, Produktivitätsstandards nicht erreicht werden oder sie mehr Unfälle erleiden (vgl. Fissler & Krause, 2010, S. 412). Eine

Ursachenforschung findet nicht statt. Aufgrund der Schnittmenge dürfe man aber die beiden Forschungszweige, trotz unterschiedlicher Hintergründe, nicht isoliert voneinander betrachten (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 25). Der Einfluss der Pharmaindustrie ist hier ebenso zu beachten, da diese teilweise Studien finanzieren und sich so erhoffen, den ökonomischen Nutzen ihrer Produkte darzulegen, und so werden höhere Kosten für Präsentismus proklamiert als für die durch Medikamente und Behandlungen verursachten direkten Kosten (vgl. Weiherl et al., 2007, S. 316).

4.4. Einfluss- und Bestimmungsfaktoren des Präsentismus

Hauptbedingungen für das Auftreten von Präsentismus sind laut Weiherl et. al. „...das Vorhandensein eher leichterer, zunächst harmloser Krankheitssymptome, das Vorliegen bestimmter Risikofaktoren, die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Berufsgruppe, die Wahrnehmung und Reaktionen von Vorgesetzten und Kollegen und die allgemeine wirtschaftliche Lage.“ (Weiherl et. al, 2007, S. 313). Vermehrter Präsentismus lässt sich in Bezug auf die wirtschaftliche Lage vermuten, da der Krankenstand prozyklisch verläuft, was mit einem hohen Krankenstand bei einer guten Wirtschafts- und Beschäftigungslage, und umgekehrt mit einer rückläufigen Quote der Krankmeldungen bei schlechter Situation, einhergeht (vgl. ebd., S. 311; vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 94). Die Ergebnisse des Stressreports 2012, basierend auf den Ergebnissen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2011/2012, zeigten auch, dass die Befragten, die die wirtschaftliche Lage des Unternehmens als schlecht einstufen, häufiger Präsentismus angaben, als diejenigen, die sie als sehr gut bzw. gut einschätzten. Ebenfalls zeigte sich der Zusammenhang von zunehmendem Präsentismus und Stellenabbau im Unternehmen im Zuge von Restrukturierungen (vgl. Oldenburg, 2012, S. 140, vgl. auch Schauerte et al., 2012).

Gesundheitliche Beeinträchtigungen werden einerseits im privaten, persönlichen Bereich, somit außerhalb der Arbeit, z. B. in Form Schulden- oder Partnerschaftsproblemen, Krankheitsanfälligkeit, Lebensstil, Stress, Problemen mit (kranken) Kindern oder pflegebedürftigen Eltern, ausgelöst. Der überwiegende Teil wird aber vermutlich durch arbeitsbedingte Konflikte hervorgerufen, wie etwa Probleme mit Kollegen, Vorgesetzten sowie Kunden, Unzufriedenheit mit Arbeitsinhalten und/oder der Arbeitsmenge, Angst vor Arbeitsplatzverlust, viel Verantwortung mit gleichzeitig geringen Entscheidungsspielräumen, einer mangelnden Anerkennung und durch Gratifikationskrisen. Weiterhin zählen zu der Arbeitsseite eine fehlende Unfallverhütung, eine Misstrauenskultur und Kommunikations-

probleme im Unternehmen (vgl. Badura, 2010, S. 9; vgl. Fissler & Krause, 2010, S. 413). Bei Zok (2008, S. 135) finden sich unter den ausschlaggebenden Gründen für Präsentismus zusätzlich noch Personalmangel, Vorliegen einer Bagatellerkrankung aber auch Spaß an der Arbeit. 77% der Arbeitnehmer lehnten es ab, sich bei einer Bagatellerkrankung wie Kopfweh oder einer leichten Erkältung, krank zu melden (vgl. ebd., S. 136).

Bei der Suche nach möglichen Ursachen für Präsentismus sind laut Ulich (2011, S. 558) aber auch bestimmte Verhaltensintentionen oder Persönlichkeitsmerkmale der Präsentisten zu beachten, wie die Ansicht einen Arbeitsauftrag zu beenden bzw. Kollegen nicht im Stich zu lassen, Verantwortung für eine Tätigkeit zu übernehmen und den Vorgesetzten nicht zu enttäuschen. Weiterhin führt zu Präsentismus ein Verleugnen der eigenen eingeschränkten Leistungsfähigkeit und sich etwas beweisen zu müssen sowie Angst davor als psychisch krank zu gelten. Ulich erwähnt auch die Flucht vor privaten, familiären Belastungen und nicht auf Kommunikationsmöglichkeiten verzichten zu wollen, die sich in Zusammenhang mit der Arbeit am Arbeitsplatz ergeben (vgl. ebd., S. 560).

In Bezug auf persönlichkeitsbezogene Eigenschaften wurde bei der Studie von Aronsson und Gustafsson (2005, S. 960) der Begriff „individual boundarylessness“ definiert und festgestellt, dass Personen, denen es schwerfällt Wünsche und Erwartungen anderer Personen abzulehnen bzw. sich selbst Grenzen bei der Arbeit zu setzen, ein höheres Risiko aufweisen von Präsentismus betroffen zu sein und folglich häufiger krank arbeiten gehen (vgl. Aronsson & Gustafsson, 2005, S. 964).

Ähnlich der Boundarylessness und nach Siegrists Aspekt der beruflichen Verausgabungsneigung fanden Hansen und Andersen (2008) signifikante Zusammenhänge zwischen dem „Overcommitment“ und Präsentismus, dabei kam es mit zunehmender beruflicher Verausgabung zu vermehrtem Präsentismus. In Bezug auf Überstunden wurde signifikant deutlich, dass Personen die mehr als 45 Stunden pro Woche arbeiteten oder keine Standardarbeitszeiten haben, sich dafür entscheiden krank zu arbeiten anstatt sich krank zu melden (vgl. Hansen & Andersen, 2008, S. 962). In ihrer Studie kommen die Autoren zudem zu der Erkenntnis, dass die Einstellung/Haltung zu Abwesenheit nur eine sehr geringe Bedeutung hatte und personenbezogene Faktoren etwas weniger Einfluss auf Präsentismus haben als die arbeitsbezogenen Faktoren (vgl. ebd., S. 961).

Häufig wird vermutet, dass die Angst vor Arbeitsplatzverlust der Hauptgrund für das Arbeiten trotz Krankheit ist. Die Ergebnisse im Gesundheitsmonitor 2009 zeigen jedoch, dass

dies nur ein möglicher Grund für Präsentismus ist. Viel häufiger wird bei zwei Dritteln das Pflichtgefühl sowie liegenbleibende Arbeit und bei 46% Rücksicht auf Kollegen, die dann gegebenenfalls die Arbeit übernehmen müssen, als Grund für das Arbeiten trotz Krankheit genannt. Berufliche Nachteile und Angst vor Arbeitsplatzverlust gaben jeweils nur 25% an (vgl. Vogt et. al, 2009, S. 191). Auch im Fehlzeitenreport 2009 liegt die Angst vor Arbeitsplatzverlust mit 19,6% auf Platz 2, für 29,3% war liegenbleibende Arbeit der Grund (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 97). Es ist zu beobachten, dass der Umgang des Arbeitgebers bei einem Krankheitsfall, die Erfahrung des Arbeitnehmers beeinflusst wird. Und Arbeitnehmer, die mit der Entlassung wegen Krankheit konfrontiert wurden, häufiger krank arbeiten (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 97).

Klein (2013) untersuchte das Ausmaß von Präsentismus und Absentismus bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten in Deutschland in Form einer Querschnittstudie bei 1311 chirurgisch tätigen Ärzten, davon waren 40% weiblich, wobei der Fokus auf dem Zusammenhang mit den psychosozialen Arbeitsbelastungen lag (vgl. Klein, 2013, S. 1). Die Ergebnisse zeigten, dass 19% der befragten Ärzte „oft“ krank zur Arbeit gingen, 46% manchmal, 28% selten und nie krank zur Arbeit gingen lediglich 8%. Signifikante Unterschiede bezüglich des Geschlechts konnten hier nicht gezeigt werden, Frauen äußerten aber häufiger Präsentismus. Die Hälfte der Befragten hatte 1-5 Fehltag, 18% mehr als 5 Fehltag und ein Drittel fehlte gar nicht aufgrund von Krankheit (vgl. Klein, 2013, S. 4). Es wurden personenbezogene, berufs- und organisationsbedingte Faktoren auf Zusammenhänge mit Absentismus und Präsentismus getestet, wobei nur die psychosozialen Arbeitsbelastungen signifikant mit Präsentismus und Absentismus assoziiert waren, Präsentismus dabei aber durchgängig stärker. Mediziner, die eine berufliche Gratifikationskrise aufweisen, zeigten ein für Präsentismus 2,8-fach und für Absentismus (>5 Fehltag) 2,2-fach erhöhtes Risiko. Bei den psychosozialen Arbeitsbelastungen weisen besonders eine hohe Verausgabung und hohe Anforderungen sowie geringe Gratifikationen und eine erhöhte individuelle Verausgabungsneigung (2,4-fach) einen signifikanten Zusammenhang zum Präsentismus auf. Geringe Gratifikationen in Form geringer Wertschätzung traten eher bei Chef- und Oberärzten, geringes Gehalt und geringe Chancen beruflichen Aufstiegs eher bei Assistenzärzten auf. Arbeitsplatzunsicherheit hat bei der Berufsgruppe laut Klein keine Bedeutung. Eine geringe Kontrolle ist leicht mit erhöhten Fehlzeiten verbunden (vgl. ebd., S. 4 – 5).

Gerade Berufe wie Lehrer oder eine Tätigkeit im Gesundheitswesen sind durch Abhängigkeit bestimmter Personengruppen, soziale Beziehungen und zwischenmenschliche Kontak-

te geprägt sowie das berufliche Rollenverständnis, wodurch es vermehrt zu einer Neigung für Präsentismus kommt (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 65 – 67). Hier entsteht jedoch nicht nur ein Risiko für die Person selbst, sondern hat gerade im Gesundheitswesen eventuell schwerwiegende Folgen, durch den Umgang mit zum Teil immungeschwächten Patienten, Ansteckung und Verschleppung der eigenen Erkrankung und möglicherweise tödliche Folgen aufgrund von Fehlern durch mangelnde Konzentration, Achtsamkeit und Leistungsfähigkeit (vgl. ebd., S. 67).²



Abbildung 5 ermittelte Einflussfaktoren von Präsentismus (Badura & Steinke, 2011, S. 70)

Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit kann nicht auf alle Einflussfaktoren eingegangen werden, Abbildung 5 fasst die Ergebnisse zu Einflussfaktoren zusammen. Für eine ausführliche Darstellung wird auf das Review zum Thema Präsentismus von Badura und Steinke (2011) verwiesen. Eine strikte Trennung der Einflussfaktoren ist nicht immer möglich, lassen sich aber grob in persönliche, arbeits- und organisationsbezogene sowie strukturelle bzw. Umweltfaktoren gliedern (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 54). Inwieweit sich neue Managementmethoden, Steuerungsformen und Unternehmenseinstellungen auf Präsentismus und die Mitarbeiter auswirken, wird im Rahmen von Kapitel 5 verdeutlicht.

4.5. Folgen von Präsentismus

Das sich Präsentismus sowohl positiv als auch negativ auf Unternehmen und ihre Mitarbeiter auswirkt, haben Voermans & Ahlers (2009) dargestellt. Demnach sind reduzierende Auswirkungen von Präsentismus in Bezug auf Produktivität, Innovations-, Konzentrations- und Leistungsfähigkeit festzustellen. Eine Steigerung ist bezüglich finanzieller Verluste im

² Für eine ausführlichere Darstellung der Thematik „Präsentismus im Krankenhaus“ wird unter anderem auf die Ausarbeitungen von Martin Jansen (2011) verwiesen.

Unternehmen, der Fehleranfälligkeit sowie der Unfallgefahr zu erkennen (vgl. Ulich & Wülser, 2012, S. 147). Die Studienlage zu Folgen von Präsentismus ist sehr unterschiedlich. Verglichen mit den Studien, die sich mit Kosten von Präsentismus beschäftigen (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 78), liegt in Bezug auf die Bedeutung des Präsentismus für die Gesundheit nur eine bisher kleine Anzahl an Studien vor, die zudem eher auf die negativen Folgen ausgerichtet sind (vgl. ebd., S. 71).

4.5.1. gesundheitliche Folgen

Das sich anhand von Präsentismus Voraussagen sowohl zur selbsteingeschätzten Gesundheit als auch zum krankheitsbedingten Absentismus treffen lassen und Präsentismus somit ein Risikofaktor für zukünftige Gesundheitsprobleme sein kann, untersuchten Taloyan et al. (2012) in ihrer prospektiven Kohortenstudie. Das Forschungsteam verwendete ebenfalls Daten der bereits erwähnten SLOSH-Studie und nutzte die Daten von 7445 Teilnehmern aus dem Jahr 2008, die arbeitstätig waren und auch 2010 den Fragebogen ausgefüllt hatten (vgl. ebd, S. 2). Die Ergebnisse zeigten und unterstützten so ältere Studien, dass sich anhand von Präsentismus, suboptimal selbsteingeschätzte Gesundheit und krankheitsbedingter Absentismus zwei Jahre später prognostizieren lässt. Bei denjenigen die trotz Krankheit arbeiten gehen, scheint dies besonders durch psychische Probleme in Form von erhöhter emotionaler Erschöpfung vermittelt zu werden. Eine signifikanter und unabhängiger Zusammenhang zur suboptimalen Einschätzung der Gesundheit und Absentismus nach zwei Jahren, zeigte sich darüber hinaus bei den zu Studienbeginn erfassten Bereichen Geschlecht, geringes Einkommen, muskuloskelettale Schmerzen, schlechte Schlafqualität, selbsteingeschätzte physische Arbeitsfähigkeit, suboptimale Selbsteinschätzung der Gesundheit, Lebensunzufriedenheit und Übergewicht/Adipositas (vgl. ebd., S. 4).

Bereits Aronsson et al. (2000, S. 507) haben herausgefunden, dass Personen, die krank arbeiten gehen, häufiger von Magenbeschwerden, Unwohlsein, Schlafstörungen, Schmerzen im oberen Rücken-/Nackebereich und Müdigkeit bzw. leichte Depressivität betroffen sind.

Das Präsentismus sich pathogen auswirken kann und mit einem erhöhten Risiko für Herzinfarkt bzw. tödliche koronare Herzerkrankungen verbunden ist, zeigte sich im Rahmen der Whitehall II-Studie von Kivimäki et al. (2005). Männliche Beamte, die trotz gesundheitlicher Beschwerden arbeiteten, wiesen demnach ein doppelt so hohes Risiko auf an einer schweren bis tödlichen koronaren Erkrankung zu erkranken, als diejenigen mit

einem ähnlichen gesundheitlichen Zustand, die aber mäßige Fehlzeiten aufwiesen (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 71; Ulich & Wülser, 2012, S. 147).

Außerdem muss beachtet werden, ob es sich um krankheitsbedingten oder therapiebedingten Präsentismus handelt (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2009) und somit sind auch die Einflüsse von chronischen und psychischen Erkrankungen zu beachten, da diese mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. Produktivität einhergehen und Kosten verursachen. So wird vor dem Hintergrund evidenzbasierter Medizin, bei Rückenschmerzen zunehmend auf ein Fernbleiben verzichtet bzw. bei psychischen Erkrankungen eine möglichst lange Verweildauer im Arbeitsprozess bzw. eine schnelle Wiederaufnahme der Arbeit angestrebt (vgl. Bödecker & Hüsing, 2008, S. 92), somit hätte der Präsentismus hier eher eine salutogene Wirkung.

4.5.2. wirtschaftliche Folgen

Arbeitnehmer, die krank am Arbeitsplatz anwesend sind, können durch die Einschränkung ihrer Gesundheit nicht die gewohnte Leistung erbringen, folglich kommt es neben gesundheitlichen auch zu Produktivitäts- und Leistungseinbußen, die sich wiederum negativ auf das Unternehmen auswirken. Fissler und Krause (2010, S. 417 – 418) schreiben dazu bezogen auf das Ausmaß für Deutschland, dass Unternehmen 27 Tage pro Mitarbeiter im Jahr verlieren und 12% der unternehmerischen Gesamtproduktivität durch gesundheitliche Probleme verloren gehen, davon entfallen zweimal mehr auf Präsentismus als auf Absentismus. Das Verhältnis beläuft sich demnach auf 65% Präsentismus und 35% Absentismus.

Zu den Einflüssen auf die Volkswirtschaft liegen nur wenige Studien vor, der Großteil betrachtet die betriebswirtschaftliche Sichtweise. Die Studienlage zeigt, dass die Kosten für Präsentismus über den Kosten für Absentismus liegen, d. h., dass die Kosten durch eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsproduktivität über denen der krankheitsbedingten Fehlzeiten liegen. Zudem sind nicht nur chronische Erkrankungen sondern bereits das Vorhandensein von Risikofaktoren für den nachweislichen Verlust an Produktivität ursächlich (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 105).

Im Schnitt sind Personen statistisch gemessen von zwei bis drei Gesundheitsproblemen betroffen (vgl. Fissler & Krause, 2010, S. 414). Im Rahmen der Bank One-Studie durch Burton et al. (1999) ergaben Schätzungen, dass Produktivitätsverluste durch Präsentismus bei 84% und durch Absentismus bei 16% der betrieblichen Krankheitskosten liegen (vgl.

Badura, 2010, S. 9). Die Studie zeigte, dass die meisten verlorenen Arbeitsstunden bei Präsentismus durch Magen-Darm-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen und Verletzungen verursacht werden (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 79). In Bezug auf Risikofaktoren und den Verlust an Arbeitsproduktivität ergab sich, dass der Anteil des Präsentismus über dem des Absentismus liegt, zudem sei der Unterschied noch größer als bei den Krankheiten. Die Einschränkung der Arbeitsproduktivität steigt, je mehr Risikofaktoren vorliegen (vgl. ebd., S. 87 – 88).

Baase (2007) errechnete für das amerikanische Unternehmen Dow Chemical Company die Kosten für medizinische Behandlungen 2278 \$, für Fehlzeiten 661 \$ und 6721 \$ für Präsentismus betragen. Präsentismus verursachte demnach zehnmal mehr Kosten als die Fehlzeiten (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 83).

Das Ausmaß von Absentismus und Präsentismus wird neben der Erkrankung des Mitarbeiters auch durch seine Tätigkeit, die entsprechende Arbeitssituation und die Art der Behandlung bestimmt, wobei diese Faktoren laut Badura und Steinke bisher nicht berücksichtigt wurden (vgl. Badura & Steinke, 2011, S. 110 – 111).

5. Die Selbstgefährdung der Gesundheit?

Im folgenden Abschnitt soll betrachtet werden, ob sich die Mitarbeiter durch ihren Einsatz bewusst selbst gefährden. Entscheiden sich die Betroffenen wirklich allein und aus eigenem Interesse dafür, trotz Krankheit zu arbeiten oder werden sie durch das Unternehmen beeinflusst? Welchen Einfluss üben neue Managementmethoden bzw. Steuerungsformen aus? Inwiefern verleugnen Beschäftigte ihre Erkrankung oder verschließen die Augen vor den Konsequenzen und riskieren die Gefahr einer Verschleppung, Chronifizierung oder Spätschäden?

5.1. Krankheitsverleugnung

Kocyba und Voswinkel (2007) untersuchten den Aspekt der „Krankheitsverleugnung“, wonach die „Beschäftigten gesundheitliche Probleme und Belastungen nicht angemessen wahrnehmen oder dass sie daraus keine ausreichenden Konsequenzen ziehen...Prioritäten werden einseitig auf berufliche Belange gesetzt, Krankheit wird zum Störfaktor, der ignoriert oder ausgeblendet wird.“ (Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 43). Laut den Autoren, wissen die Arbeitnehmer sehr wohl um ihre gesundheitliche Belastung, handeln aber dennoch unangemessen (ebd.). Weiterhin zeichnet sich der Umgang mit der Erkrankung oder seinen

Symptomen durch eine „vorschnelle Entdramatisierung, Verharmlosung, Vertagen oder Keine-Konsequenzen-Ziehen“ (Kocyba & Voswinkel, 2007a, S. 21) aus.

Der individuelle und betriebliche Umgang mit Gesundheitsproblemen und ihr Zusammenspiel, sei dabei die Grundlage für das Auftreten von Krankheitsverleugnung und so werden individuelle Entscheidungen durch betriebliche Maßnahmen bzw. Strategien beeinflusst (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 43). Wie sich Krankheitsverleugnung auf der jeweiligen Ebene äußert, wird in Tabelle 1 dargestellt. Auf der betrieblichen Ebene kommt es dabei zur Krankheitsverleugnung, wenn das Unternehmen systematisch ignoriert, dass Krankheiten auch oft durch die Arbeit und die organisatorische Gestaltung verursacht werden (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 43). Dazu wird die Verantwortung unter Umständen auf die Individuen abgewälzt, die sich dann in einen persönlichen Konflikt befinden und alle Interessen gegeneinander abwägen müssen.

Ursachen für das Entstehen von Krankheitsverleugnung finden sich in neuen und veränderten Arbeitsstrukturen sowie neuen Steuerungsformen in den Unternehmen. Erweiterte Handlungsspielräume durch Ergebnisverantwortung, Zielvereinbarungen sowie vermehrte Projekt- und Teamarbeit, ziehen jedoch einen gestiegenen Termin-, Zeit-, Leistungs- und Erfolgsdruck sowie eine höhere Arbeitsidentifikation nach sich, so dass die Arbeitnehmer sich eben nicht arbeitsunfähig melden (vgl. ebd., S. 43). Krankheitsverleugnung entsteht aufgrund dieser Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig zu gesundheitlichen Belastungen führen, und die daraus „resultierenden Handlungszwänge... bei den Beschäftigten quasi »von selbst« [Herv. i. O.]“ (Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 45).

Die Beschäftigten können sich dennoch individuell mit Krankheit auseinandersetzen, da die Krankheitsverleugnung auf der betrieblichen Ebene das Auftreten der individuellen Krankheitsverleugnung zwar wahrscheinlicher macht, diese aber nicht diktiert und vorgibt. Wenn eine Verleugnung auf betrieblicher Ebene vorliegt, wird es aber wahrscheinlicher, dass sie auch auf der individuellen Ebene auftritt (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007a, S. 22). Zudem könne sie neben dem betrieblichen Bereich auch durch eine individuelle Disposition, wie etwa für das eigene Selbstwertgefühl in Form von Unabkömmllichkeit, bedingt werden (vgl. ebd., S. 21).

Auch wenn bestimmte Arbeitsformen, die beispielsweise Termindruck oder belastende Verantwortung für den Projekt- und Teamerfolg mit sich bringen, nicht direkt negativ sanktioniert werden, bieten sie dennoch keinen Spielraum, um Krankheitszeiten auch zu-

Tabelle 1 Ebenen und Formen der Krankheitsverleugnung; eigene Darstellung (nach vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 44 – 46; 2007a, S. 21 – 22)

Ebene	Form	Erläuterung
individuell	Verschweigen	Krankheitssymptome sind dem Erkrankten bewusst, wagt es jedoch nicht, Kollegen und/ oder Vorgesetzten gegenüber diese Erkrankung zu äußern und sich arbeitsunfähig zu melden.
	Ignorieren	Krankheitssymptome werden wahrgenommen, der Betroffene versucht sie jedoch zu ignorieren. Konsequenzen werden in die Zukunft verschoben, wenn man glaubt, sich die Krankheit leisten zu können. Erholungsphasen werden nach Projektabschluss eingeplant, doch nicht selten drängt dann bereits der nächste Einsatz.
	Symptomverengung	Auf bestimmte Krankheitssymptome wird zwar reagiert, ggf. erfolgt auch Arbeitsunfähigkeitsmeldung, wehrt aber die Ernsthaftigkeit der Erkrankung ab.
	Nicht-Wissen-Wollen	Person ist – für Außenstehende deutlich sichtbar – erkrankt, nimmt dies aber selbst nicht wahr, will es nicht zur Kenntnis nehmen.
betrieblich	Verantwortungsabwehr	Das Unternehmen weist eine eigene Verantwortung für gesundheitliche Probleme der Mitarbeiter von sich. Auch in der Arbeit begründete gesundheitliche Belastungen werden allein dem Verhalten der Beschäftigten zugerechnet. (Gesundheitsprobleme als Folge persönlichen Fehlverhaltens; »Personalverantwortliche ihrer selbst«)
	Opferfürsorge	Das Unternehmen sieht sich aufgrund schwieriger Rahmenbedingungen nicht in der Lage, an den gesundheitlichen Belastungen etwas zu ändern, bemüht sich aber um eine Art Fürsorge für die Opfer und ebnet die Wege zu Frühverrentung und Vorruhestand. Gesundheitliche Belastungen durch die Arbeitsbedingungen werden vom Unternehmen hingenommen, ohne sich mit krankmachenden Arbeitsbedingungen aktiv auseinander zu setzen.
	Ignorieren	Arbeitsformen und –organisation sehen Krankheiten nicht vor. Leistungsmaßstäbe und Personalbemessung sind so ausgelegt, dass sie maximale Einsatz- und Leistungsfähigkeit des Personals voraussetzen, jede Krankheit zu Funktionsproblemen bei der normalen Bewältigung der Arbeit führt.
	Tabuisierung	verschärfte Form der Ignorierung und Verantwortlichkeitsabwehr Krankheiten, Leistungseinschränkungen und gesundheitliche Belastungen werden tabuisiert, da es bspw. die Angst um den Arbeitsplatz verbietet, Schwächen zu zeigen und auf Belastungen hinzuweisen. Oder Tabuisierung gesundheitlicher Schwächen, da sie nicht dem normativen Leitbild oder dem Selbstbild des Unternehmens und oft auch der Beschäftigten entsprechen, da ihre Thematisierung als Ausdruck einer pessimistischen und wehleidigen Einstellung zur Welt und zu Arbeit gilt.
	Kontrolle	Gesundheits- & Krankheitsverhalten unterliegen starker Kontrolle, sie gelten als Managementaufgabe, nicht als Privatsache. Unternehmensziel ist die Krankenstandsreduzierung, die auch Aufgabe von einzelnen Vorgesetzten ist. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Disziplinierung</i>: Unberechtigtes Fehlen soll verhindert werden. Durch bestimmte Maßnahmen wird Kranksein mit Nachteilen verknüpft, Kranken wird mit Misstrauen begegnet. Gezielte Gefährdung ihres guten Rufes, Verlust von Vorteilen, die mit dauerhafter Gesundheit verbunden wären oder es drohen negative Sanktionen. • <i>kontrollierende Fürsorge</i>: Dient der Verminderung der Arbeitsunfähigkeit durch systematische Beobachtung des Krankheitsgeschehen. Dem Kranken soll aktiv geholfen werden, gesundheitsgerechtes Verhalten soll gefördert, aber auch eingefordert und unangemessenes Verhalten sanktioniert werden. Fürsorge könne auch als Sanktion empfunden werden und tatsächlich schnell zur Sanktion werden, wenn Betroffene keine Hilfe annehmen möchten.

lassen zu können (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007a, S. 28). Die Krankheitsverleugnung verhindere, dass sich angemessen mit den Gesundheitsproblemen auseinandergesetzt werden kann. Die Autoren führen zudem an, dass gerade vor dem Hintergrund der zunehmenden Anzahl älterer Arbeitnehmer, die Unternehmen sich um eine krankheitsgerechte und nicht nur um eine altersgerechte Gestaltung der Arbeit kümmern müssen (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007, S. 46). So sollten nach Meinung der Autoren beispielsweise Vorgesetzte Mitarbeiter nach Hause schicken, wenn sie krank und überlastet sind und trotzdem nicht von ihrer Arbeit ablassen können (vgl. Kocyba & Voswinkel, 2007a, S. 28).

Führung hat einen wichtigen Einfluss in den Unternehmen, da sie Arbeitsabläufe und das soziale Miteinander bestimmt bzw. beeinflusst und ein Einflussfaktor für Stress ist. Der Zusammenhang mit Demotivation und höheren Fehlzeiten bei schlechter Führung wird durch Studien belegt. Zudem tragen Führungskräfte durch ihre Vorbildfunktion Verantwortung, da sie vorleben, wie sie mit eigenen Belastungen und Ressourcen bzw. ihrer Gesundheit umgehen (vgl. Ducki & Felfe, 2011, S. vii). Betrachtet man die Ergebnisse von Pangert und Schüpbach (2011, S. 73) geben Führungskräfte häufiger Präsentismus an und neigen dazu, sich bei einer Erkrankung nicht entsprechend zu erholen und direkt oder zu früh die Arbeit wieder aufzunehmen. Führungskräfte sind sowohl Opfer als auch Täter, da sie zum einen selbst Vorgaben und Ziele erfüllen und umsetzen müssen, andererseits aber auch selber Widerstand verursachen können, z. B. bei der Einführung eines Gesundheitsmanagements. Deshalb ist gerade auch das mittlere und untere Management eine wichtige Zielgruppe bei betrieblicher Gesundheitspolitik (vgl. Badura & Steinke, 2011a, S. 54 – 55). Aufgrund des Umfangs dieser Arbeit kann das Thema „Führung und Gesundheit“ hier nicht weiter ausgeführt werden, dazu wird beispielsweise auf den Fehlzeiten-Report 2011 verwiesen, der sich ausführlich dieser Thematik widmet.

5.2. Was bedeutet „interessierte Selbstgefährdung“?

Diese Art der Rücksichtslosigkeit gegenüber der eigenen Gesundheit ist bei Selbständigen und Freiberuflern bekannt. Diese arbeiten, um ihren beruflichen Erfolg zu sichern, wenn es darum geht Kunden zu halten, Umsatzeinbrüchen vorzubeugen oder eventuelle Erfolgsaussichten zu nutzen, auch wenn sie krank oder weniger leistungsfähig sind (vgl. Krause et al., 2009, S. 94). Im Gesundheitsmonitor 2009 wurde gezeigt, dass der Anteil bei den Selbständigen für Präsentismus, entgegen der Erwartungen, kleiner ausfiel als bei den abhängig Beschäftigten. Als mögliche Erklärung führten die Autoren einen größeren Handlungs-

spielraum bei den Selbständigen an und das sie sich ihre Arbeit besser einteilen können (vgl. Vogt et al., 2009, S. 191). Dennoch findet sich dieses Phänomen auch zunehmend in Unternehmen bei Mitarbeitern und Führungskräften wieder, d.h. die „Leistungsdynamik von selbständigen Existenzgründern [hält Einzug] ins Unternehmen.“ und die Angleichung findet vor allem dort statt, wo die eigene Arbeit am Erfolg, Zielerreichung, Kennziffern und Überbietung von Benchmarks gemessen wird (vgl. Krause et al., 2009, S. 94).

„Interessierte Selbstgefährdung“ beschreiben Krause et al. (vgl. 2009, S. 94; vgl. 2010, S. 1) als ein Verhalten, bei dem sich die Beschäftigten, aus Interesse am beruflichen Erfolg, selbst dabei zusehen, wie ihre Gesundheit aufgrund des eigenen Arbeitshandeln gefährdet wird, dies aber nicht ändern können auch wenn sie wollten. Zu solchen Aktivitäten zählt eine hohe unbezahlte Überstundenanzahl, Wochenend- und Ferienarbeit, länger als zehn Stunden am Tag arbeiten oder eben krank zur Arbeit gehen.

Laut Peters ist es mehr als nur eine Überidentifikation mit dem Unternehmen, Unkenntnis, Bequemlichkeit, Sucht oder kulturelle Verhaltensstereotypen, denn neu und ausschlaggebend sind dabei das eigene unternehmerische Interesse der Arbeitnehmer, welches die Gesundheit gefährdet und von demjenigen getragen werde, der sich selbst gefährdet (vgl. Peters, 2011, S. 109). Er betont aber auch, dass das Interesse nicht der Selbstgefährdung an sich gilt, sondern dem Erfolg, getrieben durch die Hoffnung auf Erfolg und die Angst vor Misserfolg (vgl. ebd.).

5.3. Von der direkten zur indirekten Steuerung

Die direkte Steuerung zeichnet sich aus, durch die Weisungsgebundenheit der Beschäftigten und zu erfüllende Arbeitsaufträge/ -verträge. Werden diese nicht erfüllt, drohen Sanktionen wie etwa Kündigung, Abmahnung oder fehlende Beförderungen. Zur Motivation der Arbeitnehmer werden Gratifikationen wie Anerkennung und Belohnung, hohe Entlohnung, Beförderung und große Handlungs- und Spielräume genutzt, über die die Weisungsbefugten, also Vorgesetzten, entscheiden (vgl. Peters, 2011, S. 110 – 111; Krause et al., 2012, S. 192). Um die Vorzüge zu nutzen und Vorgesetzte zufrieden zu stellen, wird „die *Unterordnung des eigenen Willens* ergänzt...durch die *Verinnerlichung des fremden Willens* [Herv. i. O.]“ (Peters, 2011, S. 110). Je höher der Rang in der Hierarchie, desto mehr wurde der fremde Wille dabei verinnerlicht und die höchste Ausprägung ist vorausseilender Gehorsam (vgl. ebd.).

„Von indirekter Steuerung sprechen wir immer dann, wenn weisungsgebundene Beschäftigte sich zu ihrer Rechtfertigung nicht mehr allein auf ihre tatsächlich geleistete Arbeit (ihre Anstrengung, ihren zeitlichen Aufwand, das Sich-Mühe-gegeben-Haben, die fachliche Qualität ihrer Arbeit) berufen können, sondern in erster Linie Erfolge vorweisen müssen, die in der Regel betriebswirtschaftlich – durch Kennziffern – definiert sind.“
(Peters, 2011, S. 108)

Anhand des Zitats wird deutlich, dass bloße Leistung und Anstrengung nicht mehr zählen, allein der unternehmerische Erfolg ist ausschlaggebend. Dabei muss der erzielte Erfolg aber keineswegs der erbrachten Leistung entsprechen (vgl. Peters, 2011, S. 108). Der Arbeitgeber definiert nur die Rahmenbedingungen, wobei die Arbeitnehmer sich direkt unter diesen Gegebenheiten mit den Bedingungen des Marktes auseinandersetzen und selbständig darauf reagieren müssen, um ihren Erfolg zu erreichen (vgl. Peters, 2011, S. 111; Krause et al., 2012, S. 192).

Die indirekte Steuerung erreicht also die gleichen Effekte wie die direkte Steuerung, bloß muss sie dafür keine Privilegien gewähren und erzielt dies zudem bei einer größeren Gruppe. Personen die vorher einen Nutzen aus ihren privilegierten Beschäftigungen zogen, erleben so einen Verlust ihrer Privilegien unter der indirekten Steuerung (vgl. Peters, 2011, S. 111).

5.4. Einfluss und Auswirkungen der indirekten Steuerung

Durch die indirekte Steuerung kann die Selbständigkeit bei einer gleichzeitigen Einschränkung der Spielräume durch enge operative Prozessvorgaben genutzt werden, aufgrund der Trennung der Handlungs- bzw. Entscheidungsspielräume und der individuellen Selbständigkeit. Die Beschäftigten handeln zwar selbständig, müssen sich aber an die vorgefundenen Bedingungen anpassen und darauf reagieren, unabhängig davon, wieviele und welche Optionen sie haben. Eine einzige Handlungsmöglichkeit ist somit auch selbständiges Handeln (vgl. Peters, 2011, S. 115). Es scheint als würde wieder direkt gesteuert werden, Peters spricht aber von einer „Engführung der indirekten Steuerung“ (ebd., S. 116), d.h., Ziel ist immernoch der Erfolg und somit der letzte Rechtfertigungsgrund und es helfe dem Beschäftigten nichts, wenn er sich an alle Vorgaben gehalten hat. Die psychische Belastung steigt, da ihm trotz Erfolg dennoch Vorhaltungen gemacht werden können, wenn er sich nicht an Prozessvorgaben gehalten hat. Dadurch kommt es vor, dass trotzdem gegen diese verstoßen wird, um den Erfolg nicht zu gefährden (vgl. ebd., S. 116).

Die zunehmende psychische Belastung der Beschäftigten durch neue Handlungs- und Entscheidungsspielräume, die durch indirekte Steuerung entstehen, lassen sich in fünf Bereiche einordnen:

- *Konflikte zwischen fachlichem und unternehmerischen Gewissen*
- *Innere Zerrissenheit:* Konflikte haben sie mit sich allein, statt wie früher mit anderen. Selbstverordnete Überstunden oder arbeiten trotz vorliegender Erkrankung, um persönlichen Erfolg zu haben, auch wenn die eigene Führungskraft dagegen ist. Sie verzichten somit auf eigene Rechte und gefährden ihre Gesundheit.
- *Schulderleben:* Fühlen sich verpflichtet zuvor akzeptierte und ggf. sogar selbst mitentwickelte Ziele zu erreichen, auch wenn sie unrealistisch sind, und suchen Schuld, auch für zunehmenden Leistungsdruck, bei sich, wenn ihnen dies nicht gelingt.
- *Gruppendruck:* Team- und Abteilungsziele führen dazu, dass der Mitarbeiter ein zunehmendes Interesse für das Engagement der Kollegen entwickelt, es kommt zur gegenseitigen Kontrolle. Leistungsschwächere und Erkrankte sind unerwünscht.
- *Vereinzlung, Mangel an offener Kommunikation über Belastungen, nicht funktionierende Rückmeldeprozesse:* Zunahme der Gefühle von Vereinzlung und individuellem Versagen. Tabuisierung psychischer Belastungen. Teamdruck entsteht, Kollegen werden zu einer potenziellen Bedrohung („*peer-to-peer-pressure*“) (vgl. Krause et al., 2009, S. 95 – 97; vgl. Krause et al., 2010, S. 1 – 3; vgl. Peters, 2011, S. 117 – 118).

Die Ursache, warum klassische Angebote zur Verhaltensprävention oder Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Führung das Problem alleine nicht beseitigen (vgl. Krause et al., 2009, S. 94), sich die Mitarbeiter und ihre Gesundheit somit auf Dauer gefährden, liegt in der Dynamik, welche neue produktivitätssteigernde Managementkonzepte und Steuerungsformen aufgrund der Ergebnisorientierung mit sich bringen (vgl. Krause et al., 2009, S. 95), und weil schließlich „diejenigen, um deren Gesundheit es geht, ein sie selbst gefährdendes Verhalten nicht nur in Kauf nehmen, sondern auch gegen Widerstände durchzusetzen versuchen.“ (Peters, 2011, S. 117) und Regelungen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf Widerstand derjenigen stoßen, um deren Gesundheit es gehe (vgl. ebd., S. 119). Der Widerstand findet aktiv wie auch passiv statt und kann sich gegenseitig verstärken. Die Ansicht, dass die Berücksichtigung der Gesundheit „als zusätzliche Schikane (Zeitverschwendung) bei der täglichen Jagd nach Kennzahlen

empfundene Zusatzanforderungen von Seiten des Managements („Ziele erreichen sollen und jetzt zusätzlich auch noch auf die Gesundheit achten müssen“).“ (Peters, 2011, S. 119). Noch häufiger fand sich, bei Führungskräften sowie Mitarbeitern, trotz Kenntnis über die durch indirekte Steuerung ausgelösten Eigendynamiken im Unternehmen, eine gleichzeitige Hoffnungslosigkeit, dass betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen oder Vereinbarungen etwas dagegen tun könnten (vgl. ebd.).

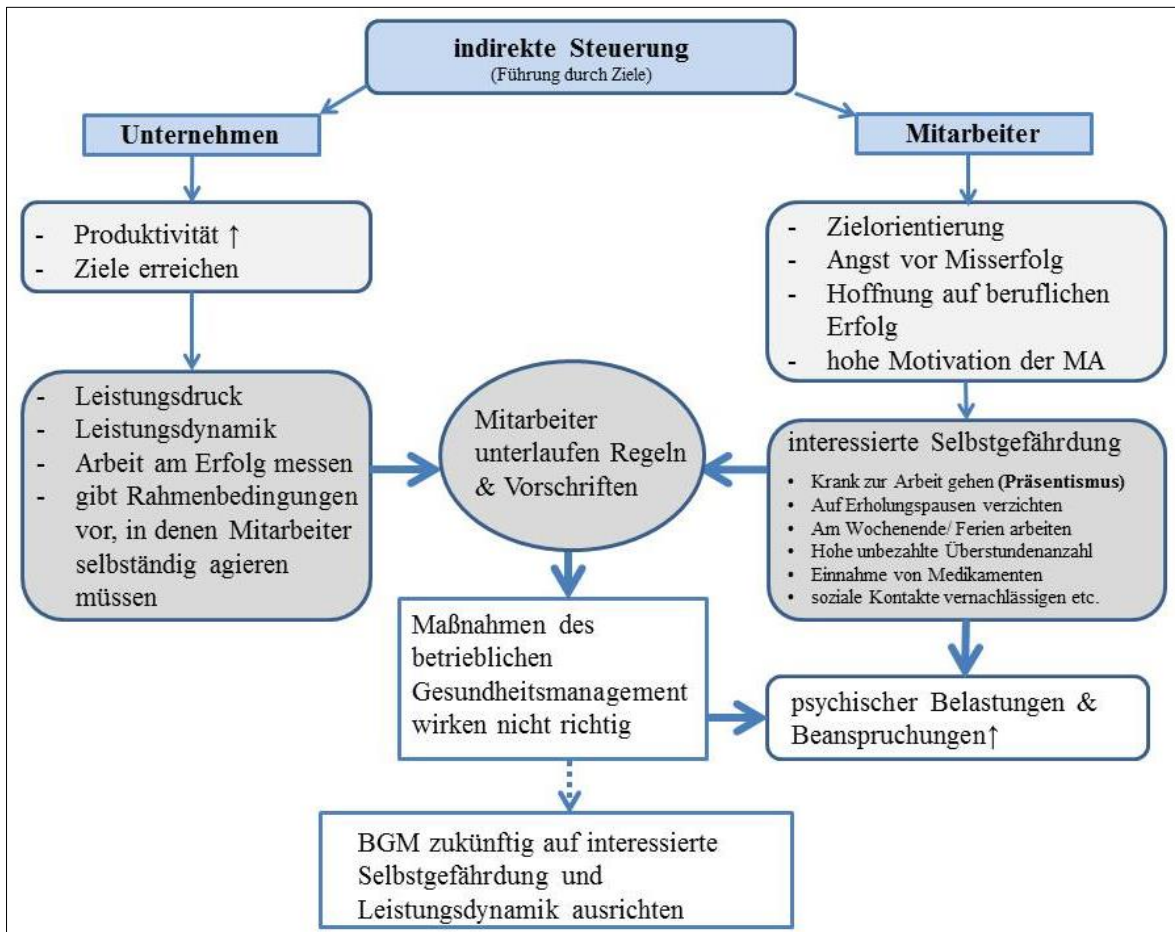


Abbildung 6 Einfluss und Auswirkungen der indirekten Steuerung auf Unternehmen und Mitarbeiter und der Zusammenhang zur interessierten Selbstgefährdung; eigene Darstellung (nach vgl. Krause et al., 2010, S. 1)

Durch die Zielorientierung wird dem Mitarbeiter eine Doppelrolle zugeteilt, sowohl seine Arbeit fachlich gut zu machen als auch für das Unternehmen rentabel zu arbeiten. Außerdem müsse er entsprechend der zur Verfügung stehenden Handlungs- und Entscheidungsspielräume selbständig handeln (vgl. Krause et al., 2010, S. 1). In Abbildung 6 wird der Einfluss und die Auswirkungen der indirekten Steuerung auf Unternehmen und Mitarbeiter und der Zusammenhang zur interessierten Selbstgefährdung dargestellt. Präsentismus ist dabei ein Einflussfaktor bzw. eine Verhaltensweise, welche die

Selbstgefährdung kennzeichnet (vgl. Krause et al., 2010, S. 2), jedoch ist Präsentismus nicht gleichzusetzen mit der interessierten Selbstgefährdung.³

Betrachtet man das Menschenbild dahinter, scheint es sich hier um humanpsychologische Ansätze zu handeln und dem Menschenbild des „self-actualizing man“. Es wird scheinbar versucht über die Motivationsbereitschaft, der Vielfalt von Bedürfnissen und den Drang nach Selbstverwirklichung und Autonomie, die in der Arbeit befriedigt werden sollen (vgl. Kirchler et al., 2005, S. 95 – 96), Einfluss auf die Mitarbeiter zu nehmen. Unternehmen können sich durch Kenntnisse der Bedürfnisse sowie der Motivation und ihr zugrunde liegender Motive, diese zu Nutzen machen um Ziele zu erreichen. Wobei sich individuelles Streben nach Selbstverwirklichung und organisationale Ziele nicht unbedingt widersprechen oder im Konflikt stehen müssen (vgl. Kirchler et al., 2005, S. 96). Zu erwähnen sind die Erkenntnisse von McClelland und Atkinson, die bei Studien zur Leistungsmotivation auf die Motivtendenzen „Hoffnung auf Erfolg“ und „Furcht vor Misserfolg“ gestoßen sind (vgl. Kirchler & Walenta, 2005, S. 331). Hier zeigt sich eine Übereinstimmung mit Peters, der bezüglich der Übernahme des Verhaltens von Selbständigen durch die abhängig Beschäftigten schreibt, dass diese nicht bereit seien einen Misserfolg zu riskieren oder auf einen Erfolg zu verzichten nur um ihre Gesundheit zu fördern (vgl. Peters, 2011, S. 118). Eine vertiefendere Auseinandersetzung mit dem Menschenbild bzw. der Motivationsforschung kann an dieser Stelle nicht stattfinden und sollte deshalb separat erfolgen.

Dass Beschäftigte in Betrieben mit Zielvorgaben deutlich häufiger überlang arbeiten, krank zur Arbeit gehen und Regelungen unterlaufen, wurde auch in einer bundesweiten Betriebsrätebefragung 2008/2009 im Rahmen des PARGEMA-Projektes⁴ deutlich (Abbildung 7). Es zeigte sich, dass bezogen auf die individuelle Leistungsorientierung eine „Ellbogenorientierung, die solidarisches Handeln im Betrieb erschweren könnte; zum anderen aber auch eine Art Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst, um der Ergebnis- und Profitorientierung am Arbeitsplatz gerecht zu werden.“ (Ahlers, 2011, S. 54) entstehen.

³ Krause et al. (2010) haben vier Kriterien aufgestellt, um interessierte Selbstgefährdung im Unternehmen nachzuweisen, dazu gehören 1. Leistungssteuerung im Unternehmen erfolgt über quantifizierbare Ziele, Ertragsorientierung und/oder Benchmarking, 2. Kader und Mitarbeitende rechnen mit, ob sich ihre Arbeit für den Betrieb rentiert, oder vergleichen ihr Arbeitsergebnisse mit Kennzahlen, 3. das Arbeitserleben von Kader und Mitarbeitern bewegt sich zwischen den Extremen. Einerseits hohes Engagement und euphorische Gefühle, andererseits Selbstzweifel an eigener Leistungsfähigkeit und dem Standhalten des Leistungsdrucks und 4. Beschäftigte zeigen ohne Aufforderung oder Anweisung Verhaltensweisen, von denen sie wissen, dass sich diese auf Dauer negativ auf sie selbst auswirken (vgl. Krause et al., 2010, S. 2).

⁴ Verbundprojekt „Partizipatives Gesundheitsmanagement“ (PARGEMA) von August 2006 bis November 2009; gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Die Umfrage wollte anhand quantitativer Daten den Zusammenhang zwischen ansteigenden psychischen Belastungen und den betrieblichen Rahmenbedingungen, vorallem neuen Steuerungsformen untersuchen (vgl. Ahlers, 2011, S. 36).

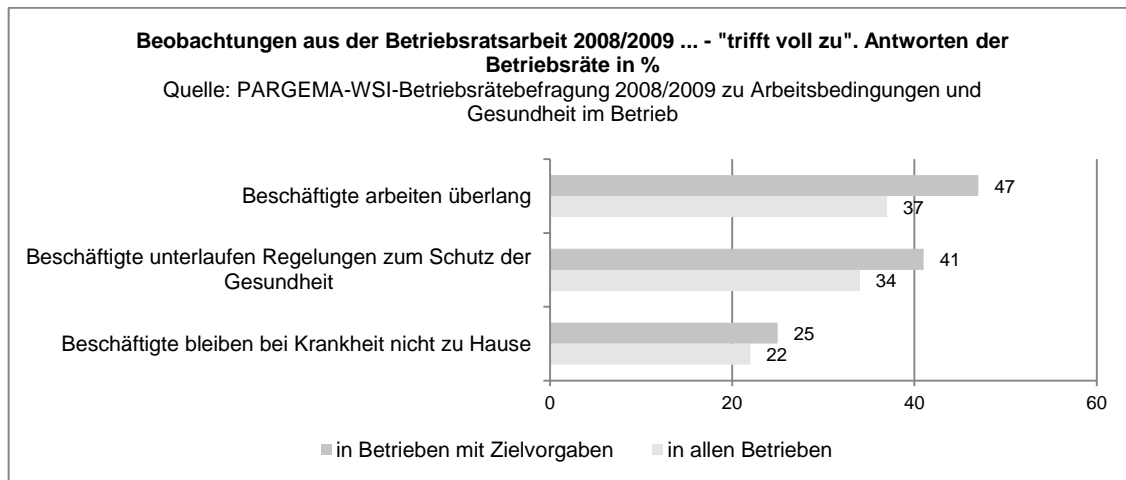


Abbildung 7 Beobachtungen aus der Betriebsratsarbeit 2008/2009 ... - "trifft voll zu". Antworten der Betriebsräte in %; eigene Darstellung nach (Ahlers, 2011, S. 55)

Neben Termin- und Zeitdruck wurden auch eigenverantwortliches Arbeiten, das sowohl positiv als auch negativ bewertet wurde, und hoher Verantwortungsdruck als ‚stark bis sehr stark‘ belastend wahrgenommen (vgl. Ahlers, 2011, S. 43 – 44). Dies zeigt auch den Zwiespalt, dass „zunächst positiv empfundene Eigenverantwortung...im Kontext von Ergebnis- und Profitorientierung eben oft auch (belastenden) Verantwortungsdruck [hervorrufen].“ (Ahlers, 2011, S. 43). Ebenso wurden psychische Arbeitsbelastungen, wie zu hohes Arbeitsvolumen, Angst vor Arbeitsplatzverlust und ein schwieriges Vorgesetztenverhalten genannt (vgl. ebd., S. 44), die, wie bereits dargestellt, auch Gründe für Präsentismus darstellen. Arbeitsbelastungen in Unternehmen mit einseitigen, vom Arbeitgeber festgelegten, Zielvorgaben wurden signifikant höher eingeschätzt, vordergründig sind dabei meist wirtschaftlicher Erfolg, Qualität der Arbeitsergebnisse oder Kundenzufriedenheit (vgl. Ahlers, 2011, S. 48 – 50).

5.5. Vertrauensarbeitszeit

Vertrauensarbeitszeit, als eine neue Managementtechnik, ist eine flexible Form von Arbeitszeitorganisation und stellt die eigenverantwortliche Erfüllung vereinbarter Ziele in den Fokus und eben nicht die Anwesenheit der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Charakteristisch ist, dass es keine offiziellen Arbeitsvorgaben und -kontrollen gibt, auf eine formale Arbeitszeitdokumentation verzichtet wird und der eigenverantwortliche Zeitausgleich durch die Beschäftigten (vgl. Krause et al., 2012, S. 193). Diese drei Aspekte sind der „kleinste

gemeinsame Nenner“ von Modellen der Vertrauensarbeitszeit und können durch unterschiedliche Merkmale und Regelungen erweitert werden z. B. freiwillige Zeiterfassung durch Selbstaufschreibung (vgl. Wingen et al., 2004, S. 58 – 60). Dass Vertrauensarbeitszeit sowohl Vorteile und Nachteile als auch Chancen und Risiken für die Unternehmen und ihre Beschäftigten hat, stellten Wingen et al. (2004) ebenfalls dar (eigene Zusammenstellung siehe Anhang 4).

Krause et al. (2012) untersuchten die Wirkung flexibler Arbeitszeiten ohne Zeiterfassung, anhand der Schweiz. Untersucht wurden die drei Arbeitszeitregelungen „feste Arbeitszeiten“, „Flexible Arbeitszeiten mit obligatorischer Zeiterfassung“ und „Flexible Arbeitszeiten ohne obligatorische Zeiterfassung“. Unterschieden wurde zudem nach betrieblicher Stellung und Qualifikation, da sich die Eigenverantwortung unterscheidet (vgl. Krause et al., 2012, S. 193). Hochqualifizierte bzw. leitende Beschäftigte arbeiteten dabei häufiger ohne Zeiterfassung als die weisungsgebundenen Beschäftigten. Der Verzicht auf eine Zeiterfassung zeigte häufigeres Arbeiten in der Freizeit, mehr Präsentismus und auch häufiger längeres Arbeiten (>10Stunden). Es kommt zu Mehrarbeit, die im Betrieb aber nicht mehr erfasst werde, finanziell vom Arbeitgeber nicht vergütet und auch seltener mit Freizeit ausgeglichen wird. Und die Ausrichtung auf Erfolgs- und Zieleorientierung durch die Vorgesetzten werde sichtbar, somit stehe das Arbeitsergebnis und nicht die Arbeitszeit im Fokus (vgl. ebd., S. 194; siehe auch Anhang 2). Die Autoren weisen aber darauf hin, dass flexible Arbeitszeiten und indirekte Steuerung dabei nicht negativ bewertet werden sollen, zumal Personen mit flexiblen Arbeitszeiten, im Vergleich zu fixen Zeiten, sich vermehrt positiv zu gesundheitsrelevanten Einstellungen äußern würden (vgl. ebd., S. 195).

5.6. Entgrenzung und Subjektivierung

Prekäre Arbeitszeitformen, unter anderem die Vertrauensarbeitszeit, stellen eine Belastung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf dar und führen zu einer Entgrenzung und Subjektivierung von Arbeit, die sich auch auf die Gesundheit auswirkt. Wenn es um Gesundheit und die Lebensqualität der Mitarbeiter gehe, sollte bei solchen Methoden, laut Ulich und Wülser (2012), auf eine „geregelte Autonomie“ geachtet werden, womit „Formen individuell oder kollektiv regulierter Zeitautonomie, die weder zur Selbstaussbeutung verführen noch die nicht erwerbsbezogenen Lebenstätigkeiten...systematisch benachteiligen...“ (Ulich & Wülser, 2012, S. 334) gemeint sind.

Die zuvor dargestellten Aspekte indirekte Steuerung, flexible Arbeitszeiten und auch die Selbstgefährdung werden bei Sauer (2012, S. 5) als Entwicklungstendenzen aufgrund der

Erosion der Grenzen zwischen Unternehmen und Markt, Arbeits- und Lebenswelt sowie zwischen Unternehmen und Arbeitskraft eingeordnet (Anhang 3) und „Entgrenzung von Arbeit ist damit ein Moment eines gesellschaftlichen Umbruchprozesses, der verschiedene gesellschaftliche Teilbereiche erfasst.“ (Sauer, 2012, S. 4). In der arbeits- und industriesoziologischen Forschung wird Entgrenzung als ein „Prozess der Erosion von institutionellen und motivationalen Grenzziehungen“ (Sauer, 2012, S. 4) verstanden und es findet eine Auflösung der zeitlichen Grenzen statt, innerhalb derer gearbeitet wird, weiter sind unter anderem vertraglich fixierte Beschäftigungsverhältnisse, die Normen der menschlichen Arbeitsverausgabung und die Regulierung des Entgelts betroffen (vgl. ebd.). Worum es den Betrieben geht, ist die erweiterte betriebliche Nutzung von subjektiven Potenzialen und lebensweltlichen Ressourcen von Arbeitskraft, welche bisher nur begrenzt zugänglich waren. Besonders gehe es dabei um Flexibilitäts- und Steuerungspotenziale der Arbeitnehmer, ihren kommunikativen und empathischen Eigenschaften und die zeitlichen, räumlichen und sozialen Ressourcen der außerbetrieblichen Lebenswelt. Eine Voraussetzung von der ausgegangen werde, sei dabei ein Wandel von Arbeits- und Erwerbsorientierung bei den Arbeitnehmern. Außerdem sei es ein Versuch der stärkeren Einbindung und Motivation der Mitarbeiter. Als betriebliche Rationalisierungsstrategie betrachtet, reflektiere Entgrenzung aber auch die Wünsche der Beschäftigten nach mehr Autonomie, mehr Möglichkeiten das Verhältnis von Arbeit und Leben zu gestalten und den Produktionsfaktor „echter“ Wertschätzung (vgl. ebd., S. 5).

Entgrenzung erstreckt sich über die räumliche (z. B. Pendeln), soziale (z. B. wechselnde Teams) und sachliche Ebene (z. B. durch Projektarbeit). Alltägliche Aufgaben werden dabei zu einer „strukturbildenden Instanz“ (Weiß, 2012, S. 205) die zusätzlich zu den eigentlichen Aufgaben zu erledigen sind, jedoch ohne entsprechende Würdigung. Diese Entgrenzung muss vom Mitarbeiter individuell kompensiert, so auch mehr selbst organisiert und auch die Risiken allein getragen werden. Die gesellschaftlich geforderte Bereitstellung der Arbeitskraft werde durch die Mitarbeiter scheinbar freiwillig geleistet und dies zu einem nicht unwesentlichen Teil. Diese Verausgabungsbereitschaft bis hin zu einer möglichen Selbstausschöpfung wird als „Subjektivierung“ bezeichnet (vgl. Weiß, 2012, S. 205). Auch die Sorge für die eigene Gesundheit muss zunehmend selbst getragen und mit der Arbeit in Einklang gebracht werden und die „subjektivierte Selbstsorge“ als persönliche Ressource gewinnt an Bedeutung (vgl. Weiß, 2012, S. 205 – 206). Subjektive Leistungen von Selbstsorge rücken laut Weiß so deutlich näher an eine betriebliche Verwertungslogik von Arbeitskraft heran (vgl. ebd., S. 206).

Weiß erstellte eine Typologie zur subjektivierten Selbstsorge („Balance“, „Selbstoptimierung“, „Rückzug“ und „Entfremdung“), welche sich durch die Kombination von Umgang mit der Arbeitssituation und dem gesunderhaltenden bzw. krankmachenden Handlungspotenzial ergibt. Diejenigen, die „kreativ“ mit den Anforderungen umgehen, also auf Leistungsfähigkeit und Schaffen von Arbeitskraft durch ihr Selbstorgehandeln ausgerichtet sind, überschreiten leichter die Grenze zum Präsentismus und ärztliche Krankschreibungen werden zur Verhandlungssache. Die „widerständig“ Handelnden wollen ihren privaten Raum zwar verteidigen bis hin zu einem vollständigen Rückzug aus der Arbeit, weniger die Schaffung von Rückzugsräumen sondern Absentismus und Flucht als Anzeichen von Überforderung sind hier ausschlaggenend, die eine wirksame Selbstsorge behindern (vgl. Weiß, 2012, S. 207 – 208). Die Autorin weißt aber auf die Einschränkung aufgrund der Methodik hin, so dass die Ergebnisse nicht verallgemeinerbar und nicht quantifizierbar seien (vgl. ebd., S. 206).

6. Präventive Maßnahmen und Handlungsempfehlungen

Eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit hat positive Auswirkungen auf Präsentismus bzw. krankheitsbedingte Fehlzeiten (vgl. Zok, 2008, S. 142). Betriebe in denen Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) vorhanden waren, zeigten signifikant weniger Präsentismus (54,6%) verglichen mit denen ohne solche Maßnahmen (64,6%). Dies zeigte sich ebenso im Bereich der subjektiv eingeschätzten Gesundheit und bezüglich der Arbeitsunfähigkeit im Vorjahr (vgl. ebd., S. 138). Deutlich wurde auch der Zusammenhang von Betriebsgröße und der Wahrnehmung bzw. Kenntnis der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. ebd., S. 137), somit sollten vorallem Kleinst- und Kleinunternehmen bzw. mittlere Unternehmen für Transparenz und Kommunikation sorgen, damit den Mitarbeitern die Maßnahmen zugute kommen. Laut Zok (2008) führt „...der Präsentismus von heute...zu den Fehlzeiten von morgen.“ (Zok, 2008, S. 142), weshalb sich neben der Analyse von Fehlzeiten auch mit den Einstellungen zu Krankheit und gesundheitlichen Belastungen auseinander gesetzt werden muss, im Rahmen eines prospektiv orientierten betrieblichen Gesundheitsmanagements (vgl. ebd.).

Angebote zur Verbesserung des Betriebsklimas, Schulung der Führungskräfte und eine Sensibilisierung der Mitarbeiter bezüglich Gesundheit können dabei helfen, dass Präsentismus vermieden wird und sich die Beschäftigten zu Hause bedenkenfrei erholen können. Schmidt und Schröder (2010) schreiben weiter, dass schließlich Personen in Betrieben mit BGF sich häufiger krankmelden, was eine Sensibilisierung für die eigene Gesundheit ver-

muten lässt, auf kausale Zusammenhänge könne aufgrund des Studiendesigns aber nicht geschlossen werden (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 98). Dennoch würden Hinweise darauf gegeben, dass in Betrieben mit gesundheitsförderlichen Angeboten die Arbeitnehmer weniger gesundheitliche Probleme und weniger Präsentismus aufweisen. Deshalb sei es im Interesse des Unternehmens, die Beschäftigtengesundheit zu fördern und somit Produktivitätsverlusten und lang andauernden Erkrankungen vorzubeugen sowie das soziale Kapital im Unternehmen zu erhalten (vgl. ebd.). Maßnahmen wären neben der Mitarbeiterbefragung zu Arbeitszufriedenheit und -stress, der Einsatz von Fachkräften wie „Disability Managern“ für chronisch Kranke und Behinderte, im Rahmen des gesetzlich vorgeschriebenen Eingliederungsmanagements, oder feste Besprechungstermine in Abteilungen und ggf. für einzelne Angestellte (vgl. ebd., S. 99).

Ein weiterer präventiver Ansatzpunkt bietet sich durch das Ausschalten von Risikofaktoren, da eine Senkung von einem Risikofaktor Präsentismus um 9% und Absentismus um ca. 2% reduziert (vgl. Badura/Steinke, 2011, S. 91). Erste Längsschnittstudien zeigen, dass eine Zu- bzw. Abnahme von Risikofaktoren mit einer sinkenden bzw. steigenden Arbeitsproduktivität einhergeht (vgl. ebd.).

Die Interventionen sollten ein Gesamtpaket aus individuellen und organisationsbezogenen, verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen bilden, so dass sie miteinander verknüpft sind und sich ergänzen oder verstärken können. Vorab muss eine eigene Analyse im Betrieb erfolgen, um das Ausmaß und die Struktur der Probleme zu kennen und gezielte Interventionen einzuleiten (vgl. Fissler & Krause, 2010, S. 419). Maßnahmen gehen von einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur über stresssenkende Strukturen in Organisation und Kommunikation, Führungskräftebildungen, Implementierung von Gesundheitszirkeln bis hin zu Maßnahmen der Arbeitssicherheit und ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung. Die Mitarbeiter sollten aber auch selbst etwas gegen ihre gesundheitlichen Probleme unternehmen können. Unterstützung würde sich durch Aktivitäten eines betrieblichen Gesundheitsmanagements anbieten (vgl. ebd.). In Bezug auf verhaltensorientierte Maßnahmen erwähnen die Autoren eine hierarchisch aufgebaute Interventionspyramide, die sich aus funktionaler Information durch schriftliche Materialien zu ausgesuchten Gesundheitsproblemen, folgend Selbstmanagement-Programmen, die Informationen und Anleitungen liefern, und als höchste Stufe die persönliche Beratung zusammensetzt (vgl. ebd., S. 420 – 421). In jedem Fall komme es zu einer Win-Win-Situation, einerseits durch eine gesteigerte Produktivität auf der Unternehmensseite, andererseits durch mehr Leistungsfä-

higkeit, Wohlbefinden, Gesundheit, Motivation und Lebensqualität für die Mitarbeiter, was sich sowohl beruflich als auch privat auswirke (vgl. ebd., S. 421 – 422).

„Im Zuge der Dezentralisierung der Verantwortlichkeit für Leistungsziele kommt es auch zu einer Dezentralisierung der Verantwortung für Gesundheit...Obgleich im Zuge des Abbaus von handlungsermöglichenden Strukturen mehr Zuständigkeiten an die Subjekte delegiert werden, liegt auch bei betrieblichen Entscheidungsträgern ein Teil der Verantwortung dafür, dass die Selbstsorge der Beschäftigten gelingt.“

(Weiß, 2012, S. 209)

Die Anforderungen an ein Selbstsorgehandeln der Arbeitnehmer steigen bei ergebnisorientierter Steuerung und vorhandenen Anzeichen von Entgrenzung. Da sie sich aktiv Raum und Zeit schaffen und diesen auch in den Alltag integrieren müssen, der aber durch die betriebliche Steuerungslogik beeinflusst wird und so möglicherweise pathogene Eigenschaften statt der beabsichtigten gesundheitsförderlichen Wirkung freierwerden. Unternehmen bzw. die betriebliche Ebene müssen somit auch Raum schaffen, dass die Mitarbeiter ihrer Selbstsorge nachkommen können (vgl. Weiß, 2012, S. 208 – 209). Die Verantwortung darf somit nicht allein auf die Mitarbeiter abgewälzt werden, denn verhaltensbezogene Maßnahmen können nur effektiv angewendet werden, wenn entsprechende äußere Umstände gegeben sind. Maßnahmen zur Stärkung der Persönlichkeit oder seiner Fähigkeiten können zwar sinnvoll sein, sollten aber in Verbindung mit Maßnahmen innerhalb der Organisation kombiniert werden. Denn in der Arbeitswelt folgt laut Badura et al. (2010) in der Regel das Verhalten den Verhältnissen, besonders dort wo Bildungsgrad und Handlungsspielräume am geringsten, der Interventionsbedarf aber am größten sei, hätten personenbezogene Interventionen, auch in Bezug auf Nachhaltigkeit, eine nachrangige Bedeutung (vgl. Badura et al, 2010, S. 47).

Wie am Aspekt der Interessierten Selbstgefährdung und indirekten Steuerung gezeigt wurde, können gesundheitsförderliche Aktivitäten nicht den gewünschten Erfolg bringen, wenn die Ursachen dafür nicht bekannt sind und Regelungen durch die Mitarbeiter unterlaufen werden. Ein betriebliches Gesundheitsmanagement muss sich zukünftig auf die interessierte Selbstgefährdung und die Leistungsdynamik ausrichten. Unter Nutzung eines BGM-Maßnahmenpakets kann nach Krause et al. den Nebenwirkungen der indirekten Steuerung, vor allem der zunehmenden psychischen Belastung, begegnet werden. Das bedeutet, um die Problematik zu verstehen und Veränderungen im Unternehmen zu begreifen und gegensteuern zu können, müssen die Mitarbeiter sowie Führungskräfte sensibilisiert

und qualifiziert werden, in Form von Wissensvermittlung. Hindernisse bei der Zielerreichung und ein „Übercontrolling“ müssen beseitigt werden sowie ein Frühwarnsystem und Kommunikationsräume aufgebaut werden, welches es den Betroffenen ermöglicht Belastungen anzusprechen. Der Umgang mit Druck sollte als eine gemeinsame Herausforderung etabliert werden. Kennzahlen- und Steuerungssysteme sowie bestehende Benchmarks müssen reflektiert und die Erreichbarkeit der Ziele müssen regelmäßig überprüft werden. Zudem muss sich das obere Management mit den negativen Seiten der Steuerungsformen auseinandersetzen und den Aufbau von BGM-Maßnahmen unterstützen (vgl. Krause et al., 2009, S. 97; Krause et al., 2010, S. 3; Krause et al., 2012, S. 200 – 201). Um durch zunehmende Entscheidungsspielräume, im Rahmen der Gestaltung von Freiräumen, nicht die interessierte Selbstgefährdung zu verstärken, ist eine Kombination mit einer „Denkwerkstatt“ geboten (vgl. Krause et al., 2012, S. 200 – 201), damit würde auch die Neigung zum Präsentismus eingegrenzt werden.

Ein Gesundheitsmanagement muss Teil der Selbstverantwortung werden, da in den indirekt gesteuerten Arbeitssystemen die Beschäftigten selbst verantwortlich gemacht werden, weil sie für die Arbeitsprozesse und somit auch für die Bedingungen, die Belastungen hervorrufen, selbst zuständig sind. Allerdings könne diese Selbstverantwortung nur bei entsprechend großen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen sowie Ressourcen und Puffern für Arbeitsweisen, welche die Gesundheit eher fördern statt zu gefährden, möglich werden. Dadurch sei „In indirekt gesteuerten Arbeitssystemen...ein partizipatives Gesundheitsmanagement somit nicht nur wünschenswert, sondern schlicht unverzichtbar.“ (Schüpbach, 2011, S. 86). Ulich und Wülser (2012) sehen in Schüpbachs Äußerung eine Unterstützung der Forderung für eine geregelte Autonomie, deren Voraussetzung die Vermittlung von Wissen für gesundheitsgerechtes Verhalten und die notwendige fachlichen Unterstützung ist (vgl. Ulich und Wülser, 2012, S. 335).

Da in jedem Unternehmen unterschiedliche Strukturen und Arbeitsweisen herrschen, gibt es kein Patentrezept für die Senkung von Präsentismus mittels betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. Schmidt & Schröder, 2010, S. 99). Durch eine Zusammenarbeit von Personalabteilungen, Führungskräften und Arbeitnehmern können aber Lösungen zum Umgang und der Bekämpfung von Präsentismus gefunden werden. Das Problem des Präsentismus überhaupt erst einmal im Unternehmen zu erkennen sei dabei der erste Schritt (vgl. ebd.).

7. Fazit und Diskussion

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass sinkende Fehlzeiten nicht unbedingt bedeuten, dass alle Mitarbeiter im Unternehmen auch wirklich gesund sind und gerade diejenigen, die trotz Krankheit arbeiten und anwesend sind, beachtet werden müssen. Unternehmen müssen deshalb ihr Berichtswesen überarbeiten und zusätzliche Datenquellen heranziehen. Denn die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur Fehlzeiten, sondern auch kranke und eingeschränkt leistungsfähige Mitarbeiter einen großen Einfluss auf die Produktivität und Kosten eines Unternehmens haben. Zudem beeinflusst das Verhalten auch den Gesundheitszustand der Mitarbeiter negativ. Da sich das psychische Befinden auch auf die Leistungsbereitschaft und –fähigkeit der Mitarbeiter und somit wieder auf das Unternehmen sowie dessen Erfolg auswirken, und es in Wechselwirkung mit Arbeitsmotivation, Sozialverhalten und der körperlichen Gesundheit steht, sollte auch dies geschützt werden. In der Arbeitswelt finden Umbrüche statt, die zu einer Verhaltensänderung bei den Mitarbeitern führen. Und vor dem Hintergrund älter werdender Arbeitnehmer und einer längeren Verweildauer im Beruf müssen auch die Unternehmen reagieren und zu ihrer Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern stehen und sie schützen, nicht um zuletzt selbst wettbewerbsfähig zu bleiben und nachhaltig zu sein.

Die Resultate der Arbeit zeigen, dass die Arbeitnehmer kein besonderes Interesse daran haben ihre Gesundheit bewusst zu gefährden. Sie werden sowohl durch private und individuelle, gesellschaftliche wie auch arbeits- und organisationsbezogene Strukturen, Regeln und Maßnahmen in ihrer Entscheidung beeinflusst werden, ob sie krank arbeiten gehen oder sich krankmelden. Nach einem Abwägungsprozess zwischen Arbeits- und Gesundheitsinteressen entscheidet der Mitarbeiter zwar letztlich selbst und somit bewusst, ob er trotz Krankheit arbeiten geht oder sich krankmeldet, dabei spielen aber bspw. sowohl Persönlichkeitseigenschaften und -merkmale, Einstellungen zu Arbeit und Pflichterfüllung, die familiäre, soziale und finanzielle Situation aber auch der eigene Umgang mit Anforderungen und Ressourcen eine Rolle. Dennoch wird seine Entscheidung stark durch strukturelle Maßnahmen im Unternehmen und das Zusammenspiel von individuellem und betrieblichem Umgang mit Gesundheitsproblemen beeinflusst, so dass das individuelle Verhalten durch die betriebliche Ebene begünstigt bzw. verstärkt wird. Indem unternehmerische Verantwortlichkeiten verdrängt und ignoriert werden, wird die Verantwortung auf den Mitarbeiter geschoben. Die Arbeitnehmer haben quasi gar keine andere Wahl als mit einer bestimmten Verhaltensweise zu reagieren, wie eben die Krankheit zu verleugnen und trotzdem zu arbeiten, obwohl sie wissen, dass es ungesund ist.

Die Beschäftigten handeln nicht vordergründig aus eigenem Interesse um ihre Gesundheit zu gefährden, sondern aus beruflichem Interesse heraus bzw. um vereinbarte Ziele zu erreichen und aus Angst vor Misserfolg und Hoffnung auf Erfolg. Die Verschiebung organisationaler Probleme auf die individuelle Ebene und die Konfrontation mit mehr Eigenverantwortung, unternehmerischen Erfolgen, Zielvereinbarungen und Ergebnisorientierung, neuen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und steigender Team- oder Projektarbeit im Rahmen neuer Steuerungs- und Managementformen, bei der die betriebswirtschaftliche Verantwortung auf die Arbeitnehmer übertragen wird, führt zu Widersprüchen mit denen die Arbeitnehmer sich zunehmend allein auseinandersetzen und darauf reagieren müssen. Dadurch wachsen zunehmend ihre Selbstverantwortung und die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Als Folge der Veränderungen kommt es neben gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen wie Präsentismus auch zu neuen psychischen Belastungen. Betriebe wollen zunehmend auch die subjektiven Potenziale und Ressourcen ihrer Mitarbeiter für betriebliche Zwecke nutzen, wodurch es zu einer entgrenzten und subjektivierten Arbeit kommt. Die Mitarbeiter sind aber selbst eine natürliche Ressource für die Firma, so dass ihr Nachschub auch gewährleistet sein muss.

In Bezug auf präventive Maßnahmen, und quasi die Erhaltung der Ressourcen, zeigt sich, dass Präsentismus vorgebeugt werden kann. Dies kann aber nicht nur in Form von verhaltensorientierten Maßnahmen, sondern muss aus einer Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen geschehen, die zudem individuell auf das Unternehmen angepasst werden müssen, um die Verantwortlichkeit nicht allein auf die Beschäftigten zu übertragen und Gesundheit zur Privatsache zu erklären. Es muss eine Partizipation der Mitarbeiter erfolgen, um gesundheitsförderliche Maßnahmen und Strukturen so zu gestalten, dass sie eben nicht unterlaufen werden oder mit der Lebenssituation der Person kollidieren. Wichtig scheint vor allem eine Kombination von Wissensvermittlung mit Unterstützung durch Fachkräfte sowie das Schaffen erreichbarer Ziele, Transparenz und Kommunikation innerhalb der Organisation sowie eine Evaluation aller Maßnahmen. Nach Ansicht der Experten kann und sollte dies über ein partizipatives und prospektiv orientiertes Gesundheitsmanagement erfolgen. Außerdem muss in Unternehmen eine krankheitsgerechte Struktur geschaffen werden, so dass Krankheit auch eingeplant ist, zugelassen werden kann und sich Mitarbeiter bedenkenlos auskurieren können.

Eine methodische Schwäche der vorliegenden Arbeit ist, dass nicht alle Studien frei zugänglich waren und somit nicht alle neuen Erkenntnisse einfließen und keine vollkommene

abschließende Beurteilung stattfinden kann. Zudem erschweren der eingeschränkte Zeitraum und der beschränkte Umfang einer Bachelorarbeit eine ausführliche Auseinandersetzung mit allen relevanten Fakten, so dass es separater Betrachtungen bedarf und sich infolgedessen vermutlich andere Ansatzpunkte für Handlungsempfehlungen bilden würden.

Dennoch konnte gezeigt werden, dass die Arbeitnehmer nicht zu hundert Prozent alleine für ihre Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, verantwortlich und somit nicht gänzlich selbst Schuld haben, wenn sie sich nicht krankmelden, sondern auch durch die Unternehmen und ihre Strukturen beeinflusst werden, die zu Verhaltensweisen wie Arbeiten trotz vorliegender Erkrankung führen.

Literaturverzeichnis

- Ahlers, E. (2011). Wachsender Arbeitsdruck in den Betrieben. Ergebnisse der bundesweiten PARGEMA-WSI-Betriebsrätebefragung 2008/2009. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt* (S. 35 - 58). Berlin: edition sigma.
- Aronsson, G., & Gustafsson, K. (2005). Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 47, S. 958 - 966.
- Aronsson, G., Gustafsson, K., & Dallner, M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J Epidemiol Community Health*, 54, S. 502 - 509.
- Badura, B. (2010). Wege aus der Krise. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 3 - 12). Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Badura, B., & Steinke, M. (2011). *Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung.* (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg.) Dortmund/ Berlin/ Dresden.
- Badura, B., & Steinke, M. (2011a). *Die erschöpfte Arbeitswelt. Durch eine Kultur der Achtsamkeit zu mehr Energie, Kreativität, Wohlbefinden und Erfolg!* (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.) Gütersloh.
- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (2010). Problemstellungen, Ziele und Interventionsformen. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. vollst. überarb. Auflage* (S. 41 - 57). Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung.* Göttingen: Hogrefe Verlag .
- BKK Bundesverband. (2012). *BKK Gesundheitsreport 2012. Gesundheit fördern - Krankheit versorgen - mit Krankheit leben.* (BKK Bundesverband, Hrsg.) Essen.
- Bödecker, W., & Hüsing, T. (2008). *IGA-Report 12. IGA-Barometer 2. Welle. Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit - 2007.* (BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV, AOK-Bundesverband, & Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Hrsg.)
- Bueren, H. (2003). Blaumachen in der Arbeitskultur. In J. Kuhn, & E. Göbel (Hrsg.), *Gesundheit als Preis der Arbeit? Gesundheitliche und wirtschaftliche Interessen im historischen Wandel* (S. 151 - 162). Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. (2009). Präsentismus: Arbeiten mit Erkrankung. *baua: Aktuell*(2), S. 5 - 7.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2013). *Gesetzliche Krankenversicherung. Krankenstand 1970 bis 2011 und Januar bis Dezember 2012 (mit vorläufigem Jahresdurchschnitt 2012). Ergebnisse der GKV-Statistik KM1. Stand: 23. Januar 2013.* Abgerufen am 31. März 2013 von http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherung/KM1_Krankenstand__Dez12.pdf
- Busch, K. (2012). Die Arbeitsunfähigkeit in der Statistik der GKV. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012, Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren* (S. 469 - 476). Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- DAK Versorgungsmanagement. (2005). *DAK Gesundheitsreport 2005.* (DAK Versorgungsmanagement, Hrsg.) Hamburg.
- DAK-Gesundheit. (2013). *DAK-Gesundheitsreport 2013.* (DAK Forschung, Hrsg.) Hamburg.
- Ducki, A., & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. vii - xii). Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln.* Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

- Fissler, E. R., & Krause, R. (2010). Absentismus, Präsentismus und Produktivität. In B. Badura, U. Walter, & T. Hehlmann, *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. vollständig überarbeitete Auflage* (S. 411 - 425). Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarbeitete Auflage*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hansen, C. D., & Andersen, J. H. (2008). Going ill to work - What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Social Science & Medicine*, 67, S. 956 - 964.
- Jansen, M. (2011). *Krank arbeiten statt gesund pflegen. Präsentismus im Krankenhaus*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Kirchler, E. (Hrsg.)(2005). Glossar. In E. Kirchler (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 585 - 612). Wien: WUV.
- Kirchler, E., & Walenta, C. (2005). Motivation. In *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 317 - 408). Wien: WUV.
- Kirchler, E., Meier-Pesti, K., & Hofmann, E. (2005). Menschenbilder. In *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 15 - 195). Wien: WUV.
- Klein, J. (2013). Präsentismus, Absentismus und psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. Originalarbeit. Online-Publikation. *Gesundheitswesen*.
- Kocyba, H., & Voswinkel, S. (2007). Störfaktor Krankheit. Warum der rückläufige Krankenstand das falsche Signal für betriebliche Gesundheitspolitik ist. *Forschung Frankfurt*(3), S. 43 - 46.
- Kocyba, H., & Voswinkel, S. (2007a). *Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. Arbeitspapier 150*. (Hans-Böckler-Stiftung, Hrsg.) Düsseldorf.
- Kratzer, N., & Dunkel, W. (2011). Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Zur Einführung. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement* (S. 13 - 34). Berlin: edition sigma.
- Krause, A., Dorsemagen, C., & Peters, K. (2010). *Interessierte Selbstgefährdung: Was ist das und wie geht man damit um?. Auszug aus HR Today 4/2010*. Abgerufen am 25. März 2013 von <http://www.svbfg.ch/downloads/2010maihrtodayselbstgefahrdung2010.pdf>
- Krause, A., Dorsemagen, C., Stadlinger, J., & Baeriswyl, S. (2012). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 191 - 202). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Krause, A., Peters, K., & Dorsemagen, C. (2009). *Interessierte Selbstgefährdung. Sonderdruck aus Persorama 2/2009. S. 94 - 97*. Abgerufen am 25. März 2013 von http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/d/betriebliche_gesundheitsfoerderung/allgemeines/BGF_Tagung_Archiv_2009/Praesentationen/Krause-Andreas_Sonderdruck-aus-Persorama_Artikel-Interessierte-Selbstgefahrdung-Seiten-94-97.pdf
- Kuhn, J. (2012). Daten und ihre Vermittlung: Anforderungen an die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage* (S. 150 - 156). Bern: Verlag Hans Huber.
- Leineweber, C., Westerlund, H., Hagberg, J., Svedberg, P., & Alexanderson, K. (2012). Sickness presenteeism is more than an alternative to sickness absence: results from the population-based SLOSH study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 85(8), S. 905 - 914.
- Müller-Christ, G. (2009). Salutogenese und Nachhaltigkeit: Die Ressourcenperspektive als moderierendes Element zwischen Gesundheitsmanagement und Unternehmensführung. In T. Leithäuser, S. Meyerhuber, & M. Schottmayer (Hrsg.), *Sozialpsychologisches Organisationsverstehen. 1. Auflage* (S. 139 - 162). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

- Oldenburg, C. (2012). Präsentismus - die zweite Seite der Gesundheitsmünze. In A. Lohmann-Haislah, & Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden* (S. 134 - 142). Dortmund/ Berlin/ Dresden.
- Pangert, B., & Schüpbach, H. (2011). Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 71 - 79). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Peter, R. (2002). Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit. *Psychotherapeut*, 47(6), S. 386 - 398.
- Peters, K. (2011). Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt* (S. 105 - 122). Berlin: edition sigma.
- Pfaff, H., Kaiser, C., & Krause, H. (2002). *Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann-Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung*. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. 259., neu bearbeitete Auflage.* (2002). Berlin: de Gruyter.
- Sauer, D. (2012). Entgrenzung - Chiffre einer flexiblen Arbeitswelt - Ein Blick auf den historischen Wandel von Arbeit. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 3 - 13). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schauerte, B., Hasselmann, O., Kohl, K., Lück, P., & Herdegen, R. (2012). *iga.Fakten 4. Restrukturierung: Gesunde und motivierte Mitarbeiter im betrieblichen Wandel. 1. Auflage 10/2012.* (AOK-Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V., & Verband der Ersatzkassen e.V., Hrsg.)
- Schell, E., Theorell, T., Nilsson, B., & Saraste, H. (2013). Work health determinants in employees without sickness absence. *Occupational Medicine*, 63(1), S. 17 - 22.
- Schmidt, J., & Schröder, H. (2010). Präsentismus - Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose, & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren - Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 93 - 100). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schneider, C. (2012). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit. 2. Auflage.* Bern: Hans Huber Verlag.
- Schüpbach, H. (2011). Partizipatives Gesundheitsmanagement. Eine arbeits- und organisationspsychologische Perspektive. In N. Kratzer, W. Dunkel, K. Becker, & S. Hinrichs (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement* (S. 77 - 88). Berlin: edition sigma.
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Suchanek, A., Lin-Hi, N., Dautzenberg, N., Möhrle, M. G., Specht, D., Dennerlein, B., . . . Nowak, A. (2013). *Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Nachhaltigkeit, online im Internet:.* Abgerufen am 11.07.2013 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/55232/nachhaltigkeit-v9.html>
- Taloyan, M., Aronsson, G., Leineweber, C., Magnusson Hanson, L., Alexanderson, K., & Westerlund, H. (2012). Sickness presenteeism predicts suboptimal self-rated health and sickness absence: a nationally representative study of the swedish working population. *PLoS ONE*, 7(9), S. e44721. doi:10.1371/journal.pone.0044721.
- Techniker Krankenkasse. (2012). *Gesundheitsreport 2012. Mobilität, Flexibilität, Gesundheit.* (Techniker Krankenkasse Hamburg, Hrsg.) Hamburg.
- Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie. 7., neu überarbeitete und erweiterte Auflage.* Zürich: vdf Hochschulverlag. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Ulich, E., & Wülser, M. (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Vogt, J., Badura, B., & Hollmann, D. (2009). Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene. In J. Böcken, B. Braun, & J. Landmann (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2009* (S. 179 - 202). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- von Weizsäcker, R. K., & Horvath, M. (2013). *Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Wertschöpfung, online im Internet*.: Abgerufen am 11.07.2013 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/54898/wertschoepfung-v8.html>
- Waller, H. (2006). *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Walter, U., & Münch, E. (2009). Die Bedeutung von Fehlzeitenstatistiken für die Unternehmensdiagnostik. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen* (S. 139 - 154). Heidelberg: Springer.
- Weber, J. (2013). *Springer Gabler Verlag (Herausgeber), Gabler Wirtschaftslexikon, Stichwort: Benchmark, online im Internet*. Abgerufen am 10.07.2013 von <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Archiv/2477/benchmark-v4.html>
- Weihertl, P., Emmermacher, A., & Kemter, P. (2007). Gesundheitsmanagement, Präsentismus und Core Self-Evaluations. In P. G. Richter, R. Rau, & S. Mühlpfordt (Hrsg.), *Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld* (S. 305 - 323). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Weiß, C. (2012). Subjektivierete Selbstsorge als Bewältigungsstrategie. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen - Risiken minimieren. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft* (S. 203 - 209). Berlin/ Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Wingen, S., Hohmann, T., Bensch, U., & Plum, W. (2004). *Vertrauensarbeitszeit - Neue Entwicklung gesellschaftlicher Arbeitszeitstrukturen*. (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg.) Dortmund/ Berlin/ Dresden: Wirtschaftsverlag NW. Verlag für neue Wissenschaft GmbH.
- Zok, K. (2008). Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 121 - 144). Heidelberg: Springer.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Alle wörtlichen oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommenen Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Anika Theel

Anhang



Anhang 1 Verteilung der häufigsten Krankheitsarten auf die AU-Tage der BKK-Versicherten 2011; eigene Darstellung (nach BKK Bundesverband, 2012, S. 20)

Gruppe	Arbeitszeitreglement (in Klammern der relative Anteil an der Schweizer Erwerbsbevölkerung, die abhängig beschäftigt ist)	Arbeit in Freizeit (Zustimmung „fast jeden Tag“/„1- bis 2-mal in der Woche“)	Arbeiten trotz Erkrankung (Zustimmung bezüglich der letzten 12 Monate)	Erfolgs-/Zielorientierung der Vorgesetzten (Zustimmung „trifft völlig zu“/„trifft zu“ zur Aussage „Meinem Vorgesetzten ist nur wichtig, dass die Arbeit gemacht wird, wie lange ich brauche und wann ich sie mache, spielt keine Rolle“)
Weisungsgebundene, ausführende Beschäftigte	Feste Arbeitszeiten (29,1 %)	18 %	50,4 %	39,3 %
	Flexible Arbeitszeiten mit obligatorischer Zeiterfassung (27,3 %)	14,9 %	41,2 %	44,2 %
	Flexible Arbeitszeiten ohne obligatorische Zeiterfassung (7,2 %)	27,8 %	53,1 %	56,8 %
Hochqualifizierte und/oder leitende Beschäftigte	Feste Arbeitszeiten (10 %)	42,8 %	50,0 %	52,0 %
	Flexible Arbeitszeiten mit obligatorischer Zeiterfassung (16,9 %)	32,3 %	46,5 %	56,3 %
	Flexible Arbeitszeiten ohne obligatorische Zeiterfassung (9,5 %)	48,4 %	55,6 %	73,8 %

Quelle: Ergebnisse wurden Dorsemagen et al. (2012) entnommen. Befragung erfolgte 2010 in der Schweiz als Bestandteil der europäischen Erhebung European Working Condition Survey (Grebner et al. 2011)

Fehlzeiten-Report 2012

Anhang 2 Unterschiede zwischen Arbeitszeittypen hinsichtlich Arbeiten in der Freizeit, Arbeiten trotz Erkrankung und Erfolgs-/Zielorientierung der Vorgesetzten (relativer Anteil, der jeweils pro Arbeitszeittyp zustimmt; N = 732) (Krause et al., 2012, S. 194)

Erosion von Grenzen	Fordistischer Betrieb als historische Referenzrolle	Entwicklungstendenzen
Zwischen Unternehmen und Markt	Dominanz der Produktions- über die Marktökonomie Abschottung der Organisation gegenüber dem Markt	Vermarktlichung und Vernetzung Finanzialisierung und indirekte Steuerung Permanente Reorganisation
Zwischen Arbeits- und Lebenswelt	Betriebsförmige Organisation: Institutionelle und kollektive Standardisierung von Beschäftigungsverhältnissen und Arbeitszeiten Strikte Trennung von Erwerbsarbeit und privater Lebenswelt	Flexibilisierung und Entstandardisierung: Flexible Erwerbsformen (Entsicherung und Prekarisierung) Flexible (informelle und individuelle) Arbeitszeiten Verschränkung von Arbeit und Leben
Zwischen Unternehmen und Arbeitskraft	Fremdorganisierte Arbeit: Trennung von Planung und Ausführung Hierarchische Anweisung und Kontrolle Kollektive und standardisierte Leistungsregulierung Sinnperspektiven in Freizeit und Konsum	Subjektivierung und Selbstorganisation: Hierarchieabbau, Delegation von Verantwortung Verstärkte Nutzung von subjektiven und lebensweltlichen Ressourcen von Arbeit Selbstbestimmung und Selbstgefährdung

Anhang 3 Dimensionen der Entgrenzung (Sauer, 2012, S. 5)

	Vorteile/Potenziale	Nachteile/ Risiken
Beschäftigte	<ul style="list-style-type: none"> • höhere Zeitsouveränität • bessere Vereinbarkeit von Arbeits- & Privatleben • Zeitgewinn der Beschäftigten • Einforderung verbindlicher & fairer Entlastungsmaßnahmen bei Überlastsituationen • eigenverantwortliche Steuerung der Erholung nach Überlastsituationen • Vermeidung von Unterlastsituationen durch Wegfall von Anwesenheitszwang • mehr Möglichkeiten zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vermarktlichung & indirekte Steuerung der Mitarbeiter • Entgrenzung von Arbeit & Freizeit • Leistungsverdichtung & Rationalisierung • unbezahlte Mehrarbeit • zunehmendes Misstrauen, Konkurrenz & Mobbing • Überforderung & Selbstausschöpfung, gesundheitliche Gefährdungen • Umgehung gesetzlicher Schutzregelungen, tarifvertraglicher & betrieblicher Vereinbarungen • Einflussverlust des Betriebsrats
Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Flexibilität, Effizienz & Produktivität • Kostensenkung • Erhöhung der Selbständigkeit & Ergebnisorientierung der Beschäftigten • höhere Arbeitsmotivation & -zufriedenheit der Beschäftigten • verbessertes Betriebsklima & Wandel der Unternehmenskultur • erhöhte Attraktivität am Arbeitsmarkt 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontroll-/ Machtverlust der Führungskräfte • Konflikte bei Überlastsituationen mit negativen Auswirkungen für die Vertrauenskultur • unregelmäßige Erreichbarkeit einzelner Beschäftigter & erhöhter Koordinierungsaufwand bei Absprachen/ Abstimmung • Probleme mit der gesetzlich vorgegebenen Dokumentation der über die werktägliche Arbeitszeit hinausgehenden Arbeitszeit • Missbrauchspotenzial des entgegengebrachten Vertrauens

Anhang 4 Vor- und Nachteile sowie Potenziale und Risiken der Vertrauensarbeitszeit für Beschäftigte und Unternehmen; eigene Zusammenstellung (nach vgl. Wingen et al., 2004, S. 77 - 86)