

Forschungsinstitut für Arbeit
und Arbeitsrecht



Universität St.Gallen

Fred Henneberger / Michael Gämperli

Präsentismus: Ein kurzer Überblick über die ökonomische Relevanz
eines verbreiteten Phänomens

Nr. 129 der Reihe DISKUSSIONSPAPIERE des Forschungsinstituts für Arbeit und Arbeitsrecht
an der Universität St. Gallen

St. Gallen, September 2014

Präsentismus: Ein kurzer Überblick über die ökonomische Relevanz eines verbreiteten Phänomens

Privatdozent Dr. rer. soc. Fred Henneberger und stud. oec. HSG Michael Gämperli

Kurzzusammenfassung

Der vorliegende Beitrag untersucht die ökonomische Relevanz des Präsentismus. Prinzipiell wird unter Präsentismus das Verhalten von Personen verstanden, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Im Verlaufe der Zeit haben sich zwei Forschungsstränge etabliert, einerseits der europäische Ansatz, der sich auf die Ursachen und Einflussfaktoren konzentriert. Der amerikanische Ansatz untersucht andererseits vor allem den Einfluss chronischer Krankheiten auf die Arbeitsproduktivität und den damit verbundenen Produktions- bzw. Wertschöpfungsverlust. Die einzelnen Aspekte der Forschungsstränge werden analysiert und die Unterschiede eruiert. Darauf aufbauend werden schließlich Handlungsempfehlungen abgegeben, wie krankheitsbedingte unproduktive Anwesenheit eingedämmt werden kann. Denn grundsätzlich zeigt sich, dass das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung wegen seiner Verbreitung und seinen möglichen langfristigen Konsequenzen ein nicht zu unterschätzendes Problem für eine Volkswirtschaft darstellt.

Inhaltsverzeichnis

Kurzzusammenfassung	1
Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung und Problemstellung	4
2. Was ist Präsentismus?	5
2.1. <i>Konzeptionelle Grundlagen</i>	5
2.1.1. Europäischer Ansatz	6
2.1.2. Amerikanischer Ansatz	6
2.1.3. Diskussion	7
2.2. <i>Krankheitsverständnis</i>	7
2.2.1. Europäischer Ansatz	8
2.2.2. Amerikanischer Ansatz	8
2.2.3. Diskussion	9
2.3. <i>Messinstrumente</i>	9
2.3.1. Europäischer Ansatz	9
2.3.2. Amerikanischer Ansatz	11
2.3.3. Diskussion	12
2.4. <i>Verbreitung</i>	13
2.4.1. Europäischer Ansatz	13
2.4.2. Amerikanischer Ansatz	15
2.4.3. Diskussion	15
2.5. <i>Einflussfaktoren</i>	15
2.5.1. Europäischer Ansatz	15
2.5.1.1. Personenbezogene Einflussfaktoren	15
2.5.1.2. Arbeitsbezogene Einflussfaktoren	18
2.5.1.3. Umweltbedingte Einflussfaktoren	21
2.5.2. Amerikanischer Ansatz	22
2.5.3. Diskussion	23

3. Folgen von Präsentismus	24
3.1. <i>Gesundheitliche Folgen</i>	24
3.2. <i>Kosten von Präsentismus</i>	25
3.2.1. <i>Europäischer Ansatz</i>	27
3.2.1.1. <i>Kosten aus mikroökonomischer Sicht</i>	27
3.2.1.2. <i>Kosten aus makroökonomischer Sicht</i>	28
3.2.2. <i>Amerikanischer Ansatz</i>	28
3.2.2.1. <i>Kosten aus mikroökonomischer Sicht</i>	28
3.2.2.2. <i>Kosten aus makroökonomischer Sicht</i>	31
3.3. <i>Diskussion</i>	34
4. Handlungsempfehlungen	35
5. Fazit und Ausblick	37
Literaturverzeichnis.....	41
Anhang A: Ausschnitt aus dem Work Limitations Questionnaire [WLQ]	50

1. Einleitung und Problemstellung

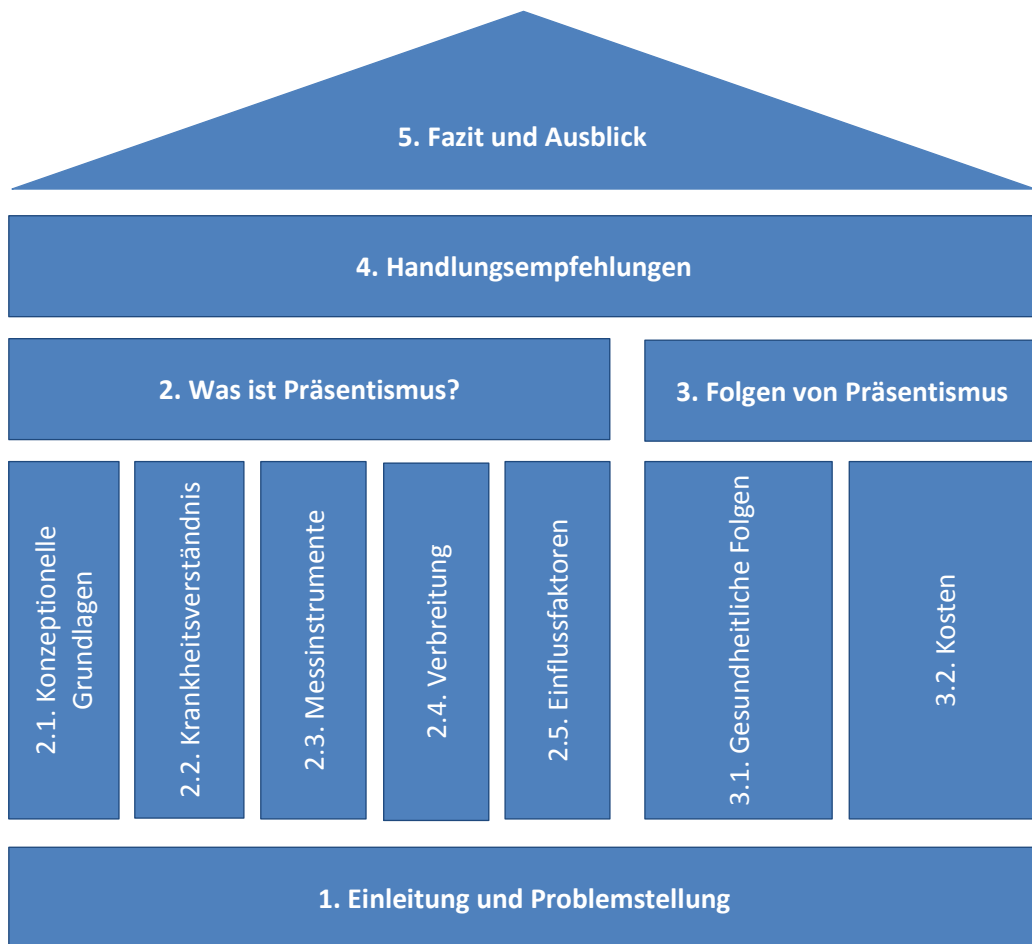
In der neuesten Ausgabe zum in der Schweizer Volkswirtschaft geleisteten Arbeitsvolumen weist das Bundesamt für Statistik [BFS] wiederum eine Absenzenquote¹ für das Jahr 2013 von 4.0 % aus. Diese Quote, die seit 2003 nicht mehr über 4 % anstieg, belief sich zu Beginn der Erhebung, in den Jahren 1991 bis 1995, im Durchschnitt noch auf über 5 % (vgl. BFS versch. Jg.). Wurden die Arbeitnehmenden in der Schweiz demnach gesünder? Zwar findet nach wie vor ein Strukturwandel und damit eine Verschiebung in der Beschäftigungsstruktur weg von physisch belastenden Tätigkeiten und hin zu flexiblen Arbeitsformen statt und es können weitere Fortschritte im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung [BGF] verzeichnet werden. Allenfalls könnte für diese Entwicklung aber auch der Präsentismus aufgrund von Selektions- und Disziplinierungseffekten (bei Kostendruck und steigender Arbeitsplatzunsicherheit werden jüngere, gesündere und symptomtolerante Beschäftigte von den Arbeitgebern bevorzugt) eine Rolle spielen (vgl. ebenfalls Oppolzer 2010: 188–189). Während wir bereits relativ gut über Absentismus informiert sind (vgl. z. B. Johns 2007; für die Schweiz Fauceglia 2005), steckt die Präsentismusforschung nach wie vor in den Anfängen (vgl. Hägerbäumer 2011: 12, Preisendörfer 2010: 401–402 und 408), wenngleich das Interesse an diesem Thema in den beiden letzten Dekaden deutlich zugenommen hat (vgl. z. B. Johns 2008a, 2008b und 2010, Steinke/Badura 2011).

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das Phänomen Präsentismus überblicksartig zu umreißen und dessen Relevanz für die Volkswirtschaft einzuschätzen. Dabei werden zwei Forschungsstränge, der europäische und der amerikanische Ansatz, betrachtet. Auf der Basis der Untersuchungsergebnisse werden Handlungsempfehlungen abgeleitet, wie die krankheitsbedingt unproduktive Anwesenheit reduziert werden kann.

Die Struktur der Arbeit ist wie folgt (vgl. auch Abbildung 1): In einem ersten Schritt wird Präsentismus definiert und es wird versucht, (volle) Arbeitsfähigkeit bzw. eine solche mit nur geringen gesundheitlichen Beeinträchtigungen von der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit bzw. krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit abzugrenzen, wenngleich die Übergänge fließend sind. Zudem wird dargelegt, welche Methoden bzw. Messinstrumente die Forschung einsetzt, um dieses Phänomen überhaupt – auch quantitativ – zu erfassen. Aufgrund seiner Verbreitung ist es ferner angezeigt, die Ursachen und Gründe für Präsentismus sowie dessen Einflussfaktoren zu eruieren. In einem weiteren Schritt werden sowohl die gesundheitlichen als auch die finanziellen Folgen von Präsentismus für das einzelne Unternehmen sowie die gesamte Volkswirtschaft erörtert. Zum Schluss werden Lösungsvorschläge für Regierungen und Unternehmen präsentiert, wie der im Vergleich zum Absentismus deutlich höhere Kosten verursachende Präsentismus eingedämmt werden könnte.

¹ Die Abwesenheitsquote wird gemessen als jährliche Dauer der Absenzen in Prozent der jährlichen Normalarbeitszeit.

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit



2. Was ist Präsentismus?

Gemäß dem Oxford English Dictionary Online wurde der Begriff "presentee" erstmals vom amerikanischen Autor Mark Twain in seinem Buch *The American Claimant* (1892) benutzt. Anschließend fand der Begriff Präsentismus in verschiedenen Magazinen, wie *Everybody's Business* (1931), *the National Liquor Review* (1943) und *Contemporary Unionism* (1948) Eingang. Bei allen Verwendungen bis 1970 wurde unter Präsentismus das Antonym vom Absentismus oder die exzellente Anwesenheit verstanden (vgl. Johns 2010: 520–521).

2.1. Konzeptionelle Grundlagen

Den Anfang der vertieften Forschung über Präsentismus bildeten die Publikationen von Burton et al. bei der Bank One Corporation² (vgl. Burton et al. 1999, Burton et al. 2005). In diesen Arbeiten wurden erstmals die Kosten berücksichtigt, die anwesende Mitarbeitende, die durch eine Krankheit in ihrer Arbeitsleistung eingeschränkt sind, für ein Unternehmen verursachen. Parallel zu den Studien in Amerika wuchs das Interesse am Präsentismus auch in Europa (vgl. Steinke/Badura 2011: 14–15). Im Laufe der Zeit haben

² Die Bank One Corporation wurde 2004 von JPMorgan Chase & Company übernommen (vgl. Sorkin/Landon 2004).

sich sehr viele unterschiedliche Definitionen von Präsentismus herausgebildet (vgl. Tabelle 1), obwohl sich alle mit der Anwesenheit am Arbeitsplatz beschäftigen.

Tabelle 1: Definitionen von Präsentismus

Zögern bzw. sich sträuben, Teilzeit anstelle von Vollzeit zu arbeiten (vgl. Sheridan 2004).

Ungesund sein, aber nicht krankheitsbedingt abwesend sein (vgl. Kivimäki et al. 2005).

Zur Arbeit gehen, obwohl man sich krank fühlt (vgl. Aronsson/Gustafsson/Dallner 2000).

Mehr Stunden arbeiten und so die Präsenzzeit erhöhen, sogar wenn man krank ist (vgl. Simpson 1998).

Reduzierte Produktivität bei der Arbeit durch gesundheitliche Probleme (vgl. Turpin et al. 2004).

Quelle: In Anlehnung an Johns 2010: 521; eigene Übersetzung.

Die in Tabelle 1 aufgeführten Beispiele zeigen, dass es bis heute keine allgemein akzeptierte Definition von Präsentismus gibt. Allerdings lassen sich zwei Hauptforschungsstränge herauskristallisieren, der europäische und der amerikanische Ansatz (vgl. Johns 2010: 519–521).

2.1.1. Europäischer Ansatz

Präsentismus wird in Europa wie folgt definiert: "Das Verhalten, sich bei einer Erkrankung nicht krank zu melden, sondern arbeiten zu gehen" (Schmidt/Schröder 2010: 93). Die vor allem psychologisch, soziologisch oder gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Untersuchungen setzen die Auftretenshäufigkeit von Präsentismus mit anderen Variablen in Beziehung (vgl. Hägerbäumer 2011: 70). Vor allem die Untersuchungen von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) haben das heutige europäische Verständnis von Präsentismus maßgeblich geprägt. Beim europäischen Ansatz werden insbesondere die Ursachen und die Einflussfaktoren analysiert. Die (volkswirtschaftlichen) Kosten jedenfalls werden bei diesem Forschungsstrang nicht vorrangig betrachtet (vgl. Taloyan et al. 2012: 1, Hägerbäumer 2011: 63).

2.1.2. Amerikanischer Ansatz

Der amerikanische Ansatz unterscheidet sich vom europäischen hauptsächlich dadurch, dass er den Produktionsverlust bei gesundheitlicher Beeinträchtigung von Arbeitskräften und die für die Organisationen damit verbundenen Kosten untersucht (vgl. Koopman et al. 2002). Präsentismus als "the decrement in performance associated with remaining at work while impaired by health problems" (Burton et al. 1999: 864). Außerdem rücken in den USA chronische Krankheiten als Ursache für die geringere Arbeitsproduktivität in den Blickpunkt des Interesses, da zu deren Prävalenz bereits ausreichend Daten vorhanden sind (vgl. u. a. Goetzel et al. 2004, Burton et al. 1999). Die Studien stammen vor allem aus dem pharmazeutisch-medizinischen und betriebswirtschaftlichen Kontext (vgl. Hägerbäumer 2011: 64). Der Hauptgrund für die Konzentration auf die Kostenseite liegt darin, dass die Unternehmen im amerikanischen

Gesundheitssystem den zentralen Nachfrager nach Versorgungsleistungen darstellen. Somit haben sie ein unmittelbares Interesse daran, die Kosten zu reduzieren und es ist essentiell, diejenigen Krankheiten zu identifizieren, welche die größten Produktivitätsverluste erzeugen. Weiter spielen die Interessen der Pharmaindustrie eine zentrale Rolle. Sie ist der Hauptfinanzierer diverser Untersuchungen (vgl. Steinke/Badura 2011: 19–25 und 35–37, Hemp 2004: 51).

2.1.3. Diskussion

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der europäische Ansatz vor allem den Ursachen und Einflussfaktoren von Präsentismus nachgeht. Der amerikanische Ansatz hingegen beschäftigt sich in erster Linie mit den finanziellen Folgen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz. Außerdem werden bei diesem Forschungsstrang zumeist nur die (diagnostizierten) chronischen Krankheiten vertieft betrachtet und die sporadischen bzw. akuten, temporären sowie auch Befindungsstörungen weitgehend außer Acht gelassen, obwohl diese ebenso einen (negativen) Einfluss auf die Produktivität der Mitarbeitenden haben können (vgl. Steinke/Badura 2011: 20 und 25). Der europäische Ansatz schließt hingegen keine Krankheit a priori aus, wenngleich auch hier Phänomene wie Müdigkeit oder Erschöpfung, Motivationsmängel, innere Kündigung, Mobbing, erhöhter Stress (Burn-in) oder Burnout üblicherweise nicht unter den Begriff des Präsentismus subsumiert werden (vgl. Chlumsky 2010).

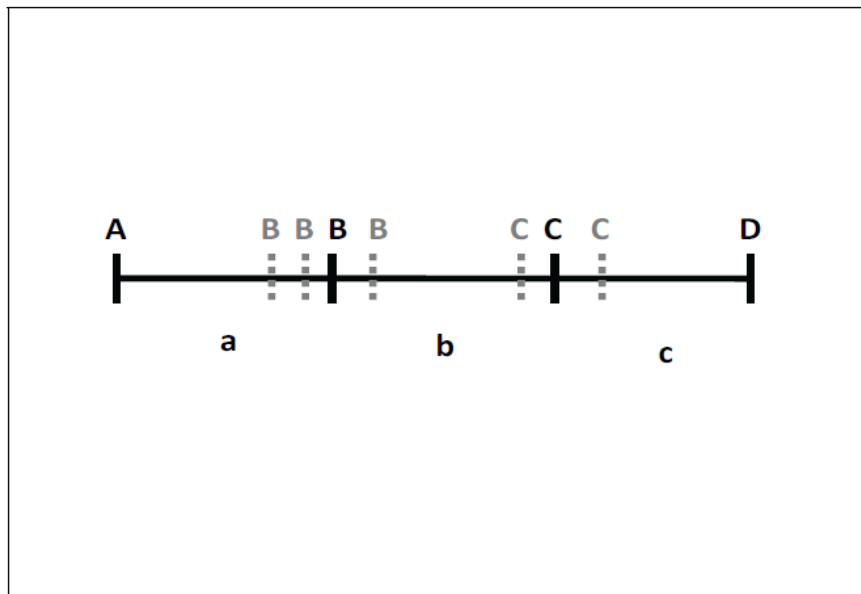
Der Schwachpunkt des europäischen Ansatzes liegt darin, dass ihm eine falsche Annahme zu Grunde liegt. Die Frage, ob jemand krank zur Arbeit geht, impliziert, dass krank zur Arbeit gehen, etwas Schlechtes bzw. Abzulehnendes ist. Dies verkennt allerdings, dass nicht jede Krankheit und jeder Krankheitszustand eine Person zwingend bei der Ausübung ihrer Arbeit einschränken oder negative Konsequenzen für die Gesundheit haben muss (vgl. Vingård/Alexanderson/Norlund 2004: 216–218).

Beim amerikanischen Ansatz liegt der Hauptschwachpunkt darin, dass der Forschungsschwerpunkt auf den finanziellen Folgen und nicht auf den Ursachen und den Einflussfaktoren des Präsentismus liegt. So kann zwar der Schaden beziffert werden, ohne aber die Ursachen oder Einflussfaktoren zu kennen, können die Kosten nicht originär beeinflusst werden. Dank diesem Kritikpunkt ist das Interesse an der Erforschung des Präsentismus gestiegen. Dadurch wurde der Stellenwert der Gesundheit aus unternehmerischer Perspektive erhöht.

2.2. Krankheitsverständnis

Der Unterschied zwischen den beiden Forschungssträngen wird insbesondere in den verschiedenen Auffassungen von Gesundheit bzw. Krankheit sichtbar. Hierbei darf der Zustand einer Person nicht als dichotome Größe (mit den Ausprägungen "gesund" oder "krank") verstanden werden, sondern vielmehr als "Kontinuum gradueller Beeinträchtigungen" (Steinke/Badura 2011: 16), das durch die beiden Pole "völlig gesund" (Punkt A) oder "schwer krank" (Punkt D) begrenzt wird (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Kontinuum gesundheitsbedingter Arbeits(un)fähigkeit



Quelle: Oppolzer 2010: 176; Darstellung von Steinke/Badura 2011:16.

Da Punkt B das Auftreten einer Befindungsstörung mit Einfluss auf die Leistungsfähigkeit und Punkt C die Situation erfasst, in welcher die Person den Arzt aufsucht und professionelle Hilfe beansprucht, womit es wegen herabgesetzter Leistungsfähigkeit zu einer Krankschreibung kommen kann, sind drei Stufen der Arbeitsfähigkeit zu unterscheiden: Stufe a umfasst die zweifellos Gesunden, Stufe b erstreckt sich auf die Grauzone der relativ Kranken bzw. der – objektiv betrachtet – bedingt Gesunden und Stufe c beinhaltet die behandlungsbedürftigen Kranken (vgl. Oppolzer 2010: 176–177).

2.2.1. Europäischer Ansatz

Beim europäischen Präsentismusstrang werden die Mitarbeiter gefragt, wie häufig sie trotz einer Erkrankung zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie nach eigenem Ermessen oder ärztlichem Rat hätten zu Hause bleiben sollen. Damit wird prinzipiell nur die Stufe c des Gesundheitskontinuums abgedeckt (vgl. ebenfalls Steinke/Badura 2011: 17).

2.2.2. Amerikanischer Ansatz

Beim amerikanischen Präsentismusstrang werden die Mitarbeiter gefragt, wie stark sie sich in einem bestimmten Zeitraum durch jegliche Form gesundheitlicher Beschwerden (insbesondere aber chronischer Art) in ihrer Arbeitsproduktivität eingeschränkt gefühlt haben. Somit erfasst dieser Ansatz grundsätzlich die Stufen b und c des Gesundheitskontinuums, wobei bei chronischen Krankheiten naturgemäß Stufe a zugunsten von Stufe b und gegebenenfalls auch Stufe c (streckenmäßig) geringer ausfällt (vgl. Steinke/Badura 2011: 17).

2.2.3. Diskussion

Bereits an dieser Stelle wird ersichtlich, dass die beiden Forschungslinien trotz wesentlicher Unterschiede – gerade auch im von ihnen verfolgten Forschungsinteresse – über Schnittmengen verfügen und keineswegs isoliert betrachtet werden dürfen. Sollen die präsentismusbedingten Kosten gesenkt werden, ist eine Ursachenanalyse unabdingbar. Umgekehrt ist für die Sensibilisierung der Arbeitgeber von Relevanz, dass diese – gegebenenfalls zu vermeidenden – Kosten auch beziffert werden können.

2.3. Messinstrumente

In diesem Unterkapitel werden die einzelnen Instrumente zur Messung von Präsentismus sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Methoden aufgezeigt. Gemeinsam ist ihnen, dass Befragungen basierend auf Selbsteinschätzungen der Betroffenen eine zentrale Rolle spielen.

2.3.1. Europäischer Ansatz

Beim europäischen Ansatz wird – wie soeben erwähnt – Präsentismus hauptsächlich mittels direkter Befragung der Arbeitnehmenden erforscht. Die Qualität der Umfragen unterscheidet sich allerdings stark. Werden Fragen zu allgemein gestellt, wie beispielsweise: "Wie oft ist es in den letzten Monaten vorgekommen, dass Sie krank zur Arbeit gegangen sind?", können einerseits Schwere und Form der Krankheit nicht erfasst werden. Andererseits können hierdurch Fälle, in denen eine Person trotz des Gefühls, aufgrund ihrer Krankheit zu Hause bleiben zu müssen, arbeiten geht, ebenfalls nicht hinreichend exakt identifiziert werden (vgl. Steinke/Badura 2011: 26–28).

Als Beispiel für eine Umfrage, welche das Ausmaß und die Ursachen des Präsentismus untersucht, sei die Enquete von Hansen und Andersen (2008) genannt. Darin wurden 12'935 Arbeitnehmende, die zu mindestens 80 % beschäftigt waren, wie folgt in Bezug auf Präsentismus befragt: "How many times during the last 12 months have you gone to work even though it would have been reasonable to take sick leave?" (Hansen/Andersen 2008: 959). Die Antwortmöglichkeiten lauteten: "none", "once", "2–3 times", "4–5-times", "6–10-times" und "more than 10 times". Zusätzlich wurden noch unabhängige Variablen erfasst, wie Arbeitsbedingungen, Familiensituation, Gesundheitszustand, Einstellung gegenüber Absenzen. In der Umfrage von Zok (2004) – um ein weiteres Beispiel anzuführen – wurden den Probanden folgende qualifizierte Fragen zur Erfassung von Präsentismus gestellt (vgl. Tabelle 2):

Tabelle 2: Items zur Erfassung von Präsentismus mit dichotomer Antwortkategorie

Ist es im letzten Jahr vorgekommen, dass Sie
(Dichotome Antwortmöglichkeit: "ja" oder "nein")

... zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie sich richtig krank gefühlt haben?

... zur Genesung bis zum Wochenende gewartet haben?

... Ihrer Arbeit nachgegangen sind, obwohl der Arzt Ihnen davon abgeraten hat?

... zur Genesung Urlaub genommen haben?

... auf eine Kur verzichtet haben, obwohl der Arzt Ihnen dazu geraten hat?

Quelle: Zok 2004: 153.

Im Rahmen des DGB-Index Gute Arbeit GmbH (2009) schließlich wurde zudem die Häufigkeit von Präsentismus in groben Kategorien abgefragt. Damit liegen grundsätzlich etwas differenziertere Informationen vor (vgl. Tabelle 3):

Tabelle 3: Items zur Erfassung von Präsentismus mit diskreter Häufigkeitsangabe

Wie oft ist es bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie
(Antwortkategorien: "nie", "einmal", "zweimal" oder "öfters")

... krank zur Arbeit gegangen sind?

... gegen den ärztlichen Rat der Arbeit nachgegangen sind?

... zur Genesung bis zum Wochenende durchgehalten haben?

... sich Medikamente verschreiben ließen, um fit für die Arbeit zu sein?

... zur Genesung Urlaub genommen haben?

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit GmbH 2009: 19.

Den Autoren ist aber bislang keine Studie bekannt, welche die Validität der beim europäischen Ansatz verwendeten Items grundlegend überprüft. In fast allen nicht-produktivitätsorientierten, europäischen Studien wird Präsentismus anhand eines Einzelitems gemessen (vgl. Hägerbäumer 2011: 70). Am häufigsten wird das Item-Maß von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) eingesetzt: "Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave because of your state of health?" Johns (2010) weist darauf hin, dass bei der nicht selten niedrigen Basisrate von Präsentismus eine Antwortskala wie z. B. "nie", "einmal", "zwei- bis fünfmal", "mehr als fünfmal" eine zu starke Vereinfachung und Vergrößerung darstellt.

Ein weitaus größeres Problem betrifft die negative Konfundierung von Präsentismus mit dem allgemeinen Gesundheitszustand der Betroffenen. Mit der Anzahl an individuellen Krankheitsbildern bzw. kollektiven Krankheitsfällen steigt üblicherweise auch die Präsentismusrate an. Umgekehrt werden Unternehmen, die gesündere Mitarbeiter selektionieren, im Durchschnitt auch weniger krankheitsbedingte Ausfallzeiten zu verzeichnen haben. Deshalb müsste das Verhalten, trotz Krankheit zu arbeiten, nicht nur absolut, sondern relational zur Krankheitshäufigkeit gemessen werden, damit der allgemeine Gesundheitszustand der Mitarbeiter nicht in hohem Maße in die Präsentismusausprägung eingeht. Setzt man also Präsentismus mit Arbeitsbedingungen, Fehlzeiten oder anderen gesundheitlichen Variablen in Beziehung, so ist diese gemeinsame Varianz jedenfalls zu berücksichtigen bzw. für diese zur (exakten) Präsentismusmessung zu korrigieren (vgl. Hägerbäumer 2011: 73–74). Diskutiert wird zudem, ob ein ein-, zwei-³ oder dreimaliges Erscheinen am Arbeitsplatz pro Jahr trotz Krankheit schon als Präsentismus zu (be-)werten ist (vgl. z. B. Böckerman/Laukkanen 2010, Dew/Keefe/Small 2005, Nyberg et al. 2008).

2.3.2. Amerikanischer Ansatz

Beim amerikanischen Ansatz ist das zentrale Messinstrument für Präsentismus ebenfalls die subjektive Selbsteinschätzung. Die Probanden müssen Angaben zur ihrer Gesundheit machen und beschreiben, inwiefern sie ihre (chronische) Krankheit bei der Ausübung ihrer Tätigkeit einschränkt. Die Umfragen unterscheiden sich dadurch, dass entweder der allgemeine Gesundheitszustand oder nur spezifische Krankheiten, wie z. B. Allergien oder Migräne, erfasst werden. Bei der Ermittlung des Produktionsverlustes liegen die Unterschiede darin, dass in einigen Enqueten entsprechende Fragen hierzu rein qualitativ verankert sind und in anderen nach der verlorenen Zeit oder der Einschränkung in Prozent der Arbeitszeit gefragt wird. Während in verschiedenen Fragebogen Jobanalysen verwendet werden, um die verschiedenen Einflüsse einer Krankheit auf die Leistungsabgabe am Arbeitsplatz zu beurteilen,⁴ benutzen andere globale Arbeitsratings⁵ (vgl. Johns 2010: 522–524).

Im Gegensatz zum europäischen Ansatz gibt es beim amerikanischen Ansatz eine Vielzahl an vorgefertigten Fragebogen. Hierbei weisen der WLQ (vgl. Fußnote 4), der HPQ (vgl. Fußnote 5) sowie das Work and Health Interview (WHI)⁶ eine hohe Validität auf (vgl. Beaton et al. 2009: 2103, Steinke/Badura 2011: 50).

³ Seit Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) wird in den meisten Fällen erst dann von Präsentismus gesprochen, wenn ein Mitarbeiter mindestens zweimal im Jahr krank zur Arbeit geht (vgl. Steinke/Badura 2011: 27).

⁴ Als Beispiel sei der Work Limitations Questionnaire [WLQ] angeführt; vgl. Anhang A.

⁵ Als Beispiel hierfür soll der Health and Work Performance Questionnaire [HPQ] (vgl. Kessler et al. 2003) dienen; unter <http://www.hcp.med.harvard.edu> kann die gesamte Umfrage eingesehen werden. Der HPQ enthält Fragen, welche die Probanden in ihrer Erinnerungsfähigkeit durch Dekomposition aktiv leiten, um so systematische Antwortverzerrungen bei der Erinnerung (den "recall bias") zu vermeiden. Erfassungszeitraum für Präsentismus, Absentismus, arbeitsbedingte Unfälle, Fluktuation und dergleichen sind die vergangenen vier Wochen (vgl. Steinke/Badura 2011: 39).

⁶ Beim WHI (vgl. Stewart et al. 2003c) handelt es sich um ein computergestütztes Telefoninterview, das die verlorene produktive Zeit der Befragten bei Vorliegen von Absentismus und Präsentismus in den vergangenen zwei Wochen erhebt. Es beinhaltet eine variable Anzahl an Items aus insgesamt sechs Modulen (u. a. Beschäftigungsstatus, ge-

Der WLQ ist ein von Lerner und Amick entwickeltes Instrument (vgl. Lerner et al. 2001), um den Einfluss einer chronischen Krankheit auf die Produktivität zu messen. Die Umfrage enthält 25⁷ Items⁸ in vier spezifischen Arbeitsanforderungsbereichen⁹. Die Befragten müssen angeben, wie stark sie durch die Krankheit bei den einzelnen Arbeitsanforderungen in den letzten zwei Wochen eingeschränkt waren. Dies müssen sie auf einer 5er-Likert-Skala¹⁰ eintragen. Die in gleichgroße Abschnitte unterteilte Likert-Skala reicht von null (nicht eingeschränkt) bis 100 Punkte (immer eingeschränkt). Die erreichte Punktzahl kann in einen Produktionsverlust umgerechnet oder mit dem normativen Wert eines "gesunden" Mitarbeiters verglichen werden (vgl. Munir 2008: 310–311). Der WLQ wurde bereits mehrmals eingesetzt, wie z. B. bei Untersuchungen zur Einschränkung in der Produktivität bei Depressionen, Arthrose, Rückenschmerzen, Migräne und Epilepsie (vgl. Lerner et al. 2001, Lerner et al. 2002, Sanderson et al. 2007). In einem Test mit 121 chronisch Kranken erreichte der WLQ ein Cronbach-Alpha¹¹ von 0.88–0.91 (vgl. Lerner et al. 2001: 79).

2.3.3. Diskussion

Resümierend bleibt festzuhalten, dass sich sowohl der europäische als auch der amerikanische Ansatz beim Messen von Präsentismus auf Befragungen und Selbsteinschätzungen der Betroffenen abstützen. Allerdings sind die konkreten Messinstrumente bei den in den jeweiligen Studien verwendeten Ansätzen sehr unterschiedlich. Vergleicht man hingegen die mittels Kennzahlen und damit objektiv ermittelten Produktivitätsverluste mit den selbstberichteten, so erkennt man, dass die Selbsteinschätzungen der durch Krankheit bedingten Produktivitätseinbußen seitens der Beschäftigten den tatsächlichen Verlusten offenbar sehr nahe kommen (vgl. Hemp 2004: 53 und 55, Steinke/Badura 2011: 28) – oder zumindest mit diesen signifikant korrelieren (vgl. Evans 2004).

Einen Kritikpunkt zu den aktuellen Umfragen (vgl. Böckerman/Laukanen 2010, Elstad/Vabo 2008, Hansen/Andersen 2008) sieht Johns (2010: 523–524) darin, dass Multiple-Choice Fragen anstelle von offenen Fragen gestellt werden (vgl. Johns 1994, Caverley/Cunningham/MacGregor 2007). Denn bei Multiple-Choice

sundheitliche Beschwerden). Das WHI ist z. B. im Rahmen des American Productivity Audit (APA) zum Einsatz gekommen (vgl. Stewart et al. 2003a). Ähnlich wie beim HPQ stellen die Items zum Modul "job visualization" ein Verfahren dar, die Erinnerungsfähigkeit der Befragten zu objektivieren, um so systematische Fehler bei der Ex-Post-Rekapitulation zurückliegender Ereignisse zu vermeiden. Dem WHI kann ansatzweise Kriteriums- und konvergente Validität zugeschrieben werden (vgl. Evans 2004: 5).

⁷ Es gibt auch Versionen des WLQ, die 48, 16 oder 8 Items aufweisen.

⁸ Als Items werden die einzelnen Fragen bezeichnet, aus denen sich der Aussagenblock zu einem Thema zusammensetzt. Die Items sind positiv oder negativ formulierte Aussagen über einen Sachverhalt, zu dem die Befragten Zustimmung oder Ablehnung in mehreren, vorgegebenen Abstufungen äußern können.

⁹ Die Anforderungsbereiche sind: Zeitmanagement, körperliche, mental-interpersonelle und Outputanforderungen.

¹⁰ Die Likert-Skala ist eine nach Rensis Likert benannte Intervallskala zur Messung persönlicher Einstellungen bzw. Einschätzungen (vgl. Likert 1932 und auch Asendorpf 2011: 83). Likert-Skalen bestehen üblicherweise aus 5, 7 oder 11 Merkmalsausprägungen. Die mittlere Antwort bei einer 5er-Likert-Skala, die 3, steht stellvertretend für die Antwort "weiß nicht, unentschieden". Die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten sind so konstruiert, dass der "Abstand" zwischen diesen möglichst gleich ist (Äquidistanz).

¹¹ Das Cronbach-Alpha (vgl. Cronbach 1951) ist ein statistischer Kennwert für die interne Konsistenz einer Skala und bezeichnet das Ausmaß, in dem die Aufgaben bzw. Fragen einer Skala miteinander in Beziehung stehen. Der Wertebereich ist von 0 bis 1 normiert, wobei 1 für eine perfekte Konsistenz steht (vgl. auch Winkler/Kroh/Spiess 2006: 7).

wird seitens der Probanden erkannt, was normal ist. Dies sollte nicht der Fall sein (vgl. Schwarz 1999). Ferner ist die Skalierung betreffend die retrospektiv abgefragte Häufigkeit von Präsentismus oft zu grob, um ein solches, in der Regel eher selten stattfindendes Phänomen im Detail zu erfassen. Zudem spielt es eine Rolle, wie weit der Erhebungszeitraum zurückliegt und in welchen Intervallen die Befragungen stattfinden (vgl. Johns 2010: 523–524).

Der Schwachpunkt bei den Messinstrumenten des amerikanischen Strangs besteht darin, dass er nur eine begrenzte Gültigkeit für komplexe, hoch kooperative Wissensberufe besitzt. Bis anhin wurden nämlich vor allem einfache Dienstleistungsberufe in die Analyse einbezogen (vgl. Steinke/Badura 2011: 50). Erschwert wird die Erhebung gesundheitlich bedingter Leistungseinbußen im Selbstbericht zudem durch Antwortverzerrungen und ungenaue retrospektive (Ein-)Schätzungen (vgl. Johns 2010). Um diese potenziellen Fehlereinflüsse gering zu halten, werden bei einigen Messinstrumenten die Auswirkungen gesundheitlicher Beeinträchtigungen anhand differenzierter Kriterien und Gedächtnisprozesse berücksichtigende strukturierte Fragen¹² sowie für einen kurzen, möglichst nicht zu weit zurückliegenden Zeitraum (z. B. die vergangenen zwei Wochen) abgefragt (vgl. Steinke/Badura 2011: 50). So werden etwa beim WLQ Produktivitätseinschränkungen bezüglich mental-interpersonaler, körperlicher, ergebnisbezogener und zeitlicher Aspekte erfasst (vgl. Hägerbäumer 2011: 69). Eine Bestimmung von Einflussfaktoren findet hingegen beim amerikanischen Ansatz größtenteils nicht statt (vgl. Steinke/Badura 2011: 50–51).

2.4. Verbreitung

In diesem Unterkapitel sollen kurz auf das Ausmaß des Präsentismus und die Probleme bei seiner quantitativen Bestimmung eingegangen werden. Dies mit dem Ziel, eine Aussage darüber zu wagen, ob bzw. wie weit krankheitsbedingte unproduktive Anwesenheit am Arbeitsplatz letztlich verbreitet ist.

2.4.1. Europäischer Ansatz

Da der Umfang des erfassten Präsentismus sehr stark von der Art der Befragung abhängt, ist ein Vergleich der jeweiligen nationalen Studien wenig aussagekräftig. So zeigt eine Untersuchung für Skandinavien, dass in Schweden 56 % und in Norwegen 55 % der Arbeitskräfte Präsentismus betreiben (vgl. Johansen 2012: 93). Alexanderson/Norlund (2004, zit. in Claes 2011: 224) postulierten 2004 noch eine Präsentismusrate von 30 % für Schweden. In Dänemark hingegen sind es 73 % (vgl. Hansen/Andersen 2008: 960). In der Schweiz gaben 47 % der Erwerbstätigen an, in den letzten zwölf Monaten trotz Krankheit gearbeitet zu haben. 1 % dieser Personen gingen keinen ganzen Tag, 39 % eins bis drei Tage, 48 % vier bis 10 Tage und 12 % mehr als 10 Tage krank zur Arbeit (vgl. Grebner et al. 2011: 81–83). In Deutschland waren es 2012

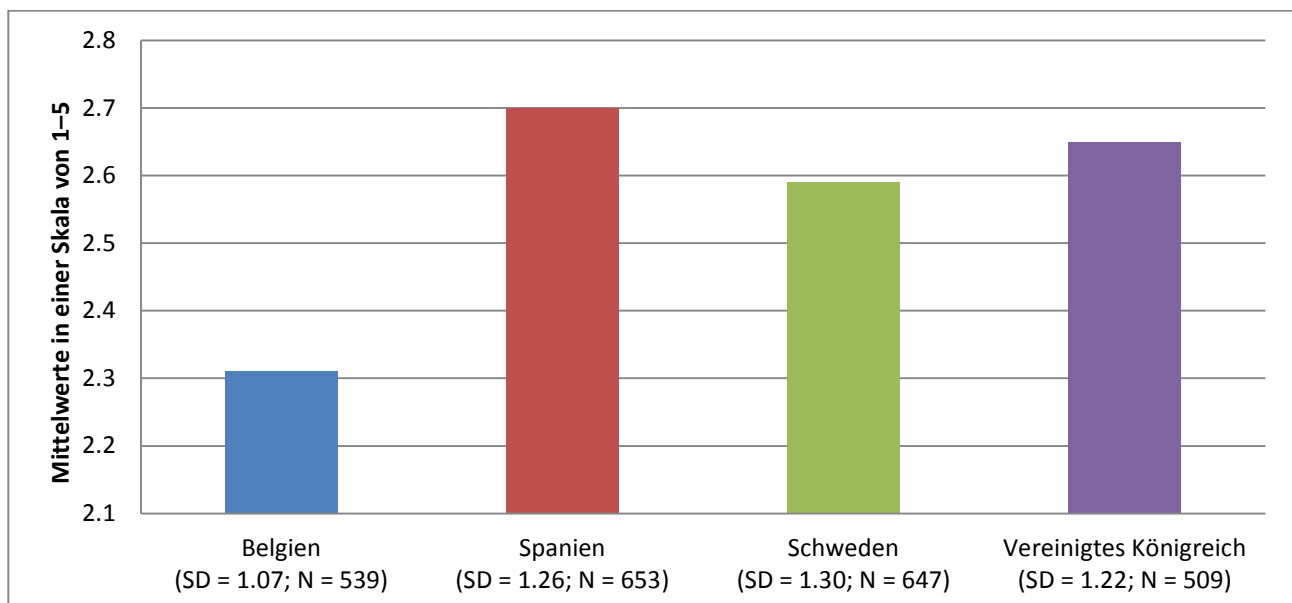
¹² Beim HPQ und WHI beispielsweise beantworten die Befragten zunächst Items zu besonderen Aspekten ihrer Arbeit (durchgeführte Tätigkeiten, benötigte Zeit etc.) bevor sie dann eine Einschätzung ihrer Arbeitsproduktivität abgeben, die dadurch realistischer ausfällt. Weiterhin bewerten sie ihre eigene Produktivität im Vergleich zur Durchschnittsproduktivität anderer Mitarbeiter und relativ zur eigenen durchschnittlichen Leistung (Verwendung von "internal anchors") (vgl. Evans 2004: 6).

rund 57 % aller Erwerbstätigen, die sicher einmal krank bei der Arbeit erschienen sind (vgl. Lohmann-Haislah 2013: 136). In der Studie von Zok (2008b) bejahten im Jahr 2007 61.8 % der Befragten in den vergangenen zwölf Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie sich "richtig krank" gefühlt haben.

Neben der Art kann auch der Zeitpunkt der Befragung einen Einfluss auf das Ergebnis haben. So gaben in Deutschland in nur wenig älteren Studien zwischen 71 % (vgl. Schmidt/Schröder 2010: 96) und 78 % (vgl. DGB-Index Gute Arbeit GmbH 2009: 19) der Befragten an, dass sie im Laufe eines Jahres mindestens einmal krank zur Arbeit gegangen sind. 46 % taten dies zweimal oder öfters (vgl. Vogt/Badura/Hollmann 2009: 190). Beinahe ein Drittel dokumentierte zudem, gegen den Rat des Arztes am Arbeitsplatz erschienen zu sein (vgl. DGB-Index Gute Arbeit GmbH 2009: 19), über 70 % zur Genesung bis zum Wochenende gewartet zu haben, fast 13 % zur Genesung Urlaub genommen zu haben und knapp 9 % trotz ärztlichem Rat auf eine Kur verzichtet zu haben (vgl. Schmidt/Schröder 2010: 96). Eine Krankenhaus-Feldstudie lieferte außerdem Hinweise darauf, dass einige Personen trotz schwerer Krankheitssymptome (z. B. Schmerzen, Fieber, Schüttelfrost) und teilweise sogar – obwohl sie krankgeschrieben waren – zur Arbeit gingen (vgl. Hägerbäumer 2011: 122–123). Präsentismus kann auch von einer Einnahme von (verschreibungspflichtigen) Medikamenten begleitet sein (vgl. Schmidt/Schröder 2010: 96), um die individuelle Leistungsfähigkeit zu erhöhen ("cognitive enhancement").

Eine der wenigen transnationalen Studien zum Umfang des Präsentismus führte Claes (2011) durch. Die Autorin fand heraus, dass Spanien die höchste Präsentismusrate im Vergleich zu Belgien, Schweden und dem Vereinigten Königreich hat (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Verbreitung des Präsentismus in Europa



Quelle: In Anlehnung an Claes 2011.

Legende: N = Anzahl; SD = Standardabweichung

2.4.2. Amerikanischer Ansatz

Die Bedeutung des amerikanischen Ansatzes wird im Unterkapitel Kosten von Präsentismus¹³ besprochen, da den Autoren keine Studie bekannt ist, die das Ausmaß des Präsentismus beim amerikanischen Ansatz ausdrücklich untersucht. Die quantitative Relevanz von Präsentismus und die damit verbundenen Kosten werden aber in Zukunft zunehmen, da sich chronische Krankheiten vor allem in den Entwicklungs- und Schwellenländern rasch ausbreiten werden (vgl. World Health Organization [WHO], 2005, S. 1–5).

2.4.3 Diskussion

Zusammenfassend bleibt zu konstatieren, dass alle europäischen Studien – trotz der zum Teil deutlich divergierenden Werte für die gleichen oder sogar dieselben Länder und für ähnliche Untersuchungszeitpunkte bzw. -räume – Präsentismus in sichtbarem Umfang nachweisen. Zudem wird er in Zukunft an Bedeutung gewinnen, da chronische Krankheiten aufgrund des epidemiologischen und nicht zuletzt wegen des demographischen Wandels aller Voraussicht nach bereits in den nächsten Jahren (stark) ansteigen werden.

2.5. Einflussfaktoren

Da der europäische Forschungsstrang vor allem die Ursachen und Einflussfaktoren von Präsentismus untersucht, wird in diesem Unterkapitel überwiegend auf diesen Ansatz eingegangen, wenngleich inzwischen auch einige wenige amerikanische Studien hierzu vorliegen (vgl. z. B. aktuell Johns 2011). Erwähnt werden beim amerikanischen Ansatz Erkenntnisse aus dem Einfluss von Risikofaktoren für Krankheiten auf die Präsentismusrate.

2.5.1. Europäischer Ansatz

Die Einflussfaktoren können in drei Bereiche gegliedert werden, nämlich in personen-, arbeits- und umweltbedingte Faktoren. Hierbei verfügen die arbeitsbezogenen Determinanten über eine etwas stärkere Wirkung auf den Präsentismus als die personenbezogenen Faktoren (vgl. Hansen/Andersen 2008: 961). Überlagert bzw. ergänzt werden beide zudem von umweltbedingten Faktoren, die nicht zuletzt im Zeitverlauf unterschiedlich stark zum Tragen kommen können.

2.5.1.1. *Personenbezogene Einflussfaktoren*

Geschlecht und Lebensalter können zwei demographische Einflussfaktoren für Präsentismus sein. Einige Studien zeigen, dass die krankheitsbedingte unproduktive Anwesenheit bei Männern verbreiteter ist als bei Frauen (vgl. Demerouti et al. 2009, Hansen/Andersen 2008, Böckerman/Laukanen 2010). Andere Studien wiederum liefern keinen geschlechtsspezifischen Unterschied oder sogar eine höhere Verbreitung des Präsentismus bei Frauen (vgl. Schmidt/Schröder 2010, Aronsson/Gustafsson/Dallner 2000, Agudelo-Suárez et al. 2010, Johns 2010: 536), insbesondere dann, wenn diese eine leitende Position innehaben

¹³ Vgl. Kapitel 3.2.2.

(vgl. Zok 2008a). In der Studie von Zok (2008b) resultierte hingegen signifikant mehr Präsentismus bei Männern, wenn nur die Gruppe der Arbeiter betrachtet wird. Es scheint also stark von den Eigenschaften der Stichprobe abzuhängen, ob sich ein Geschlechtereffekt zeigt und in welche Richtung dieser tendiert (vgl. Hägerbäumer 2011: 91).

Das gleiche Bild ergibt sich beim Lebensalter. Einige Studien kommen zum Schluss, dass jüngere Personen (bis 30-Jährige) öfters Präsentismus praktizieren als ältere (vgl. z. B. Schmidt/Schröder 2010, Bödeker/Hüsing 2008: 97). Vor allem Beschäftigte ab dem fünfzigsten Lebensjahr weisen tendenziell weniger Arbeit trotz Krankheit auf (vgl. Aronsson/Gustafsson 2005, Hansen/Andersen 2008). Andere Studien erkennen keine Korrelation zwischen dem Lebensalter und der Häufigkeit des Vorkommens von Präsentismus (vgl. Aronsson/Gustafsson/Dallner 2000, Elstad/Vabo 2008, Böckerman/Laukanen 2010, Claes 2011).

Das Bildungs- und das Einkommensniveau repräsentieren die sozio-ökonomische Position eines Individuums. Hierbei zeigt sich, dass Personen mit einem niedrigeren Ausbildungsniveau eher Präsentismus betreiben als bildungsnähere Beschäftigte (vgl. Böckerman/Laukanen 2010, Aronsson/Gustafsson 2005, Preisendörfer 2010: 401, 407–408). Außerdem ist ein zentrales Resultat mehrerer skandinavischer Studien, dass Personen mit niedrigem Einkommen häufiger krank zur Arbeit gehen (vgl. Aronsson/Gustafsson/Dallner 2000, Aronsson/Gustafsson 2005, Johansen 2012). In einer repräsentativen deutschen Studie wurden überdurchschnittlich hohe Präsentismuswerte bei Personen mit einem Nettoeinkommen unter 1'500 Euro [€] gemessen (vgl. Zok 2008a). Der Grund liegt darin, dass Arbeitskräfte mit geringerem Einkommen schneller in finanzielle Not geraten (können). Eine Umfrage von Ashby und Mahdon (2010: 40) bestätigt deshalb – wenig überraschend –, dass persönliche finanzielle Schwierigkeiten ein signifikanter Grund für Präsentismus ist. Dagegen konnten Hansen und Andersen (2008) bei dänischen Beschäftigten keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Einkommenshöhe und dem Arbeiten trotz Krankheit nachweisen.

Ein weiterer personenabhängiger Einflussfaktor ist der jeweilige Gesundheitszustand. Präsentismus kann definitionsgemäß nur dann vorliegen, wenn eine Person Krankheitssymptome bzw. Beeinträchtigungen seines Wohlbefindens aufweist. Insbesondere bei einem schlechten allgemeinen Gesundheitszustand steigt die Wahrscheinlichkeit, krank zur Arbeit zu gehen. Da in vielen Studien Messinstrumente verwendet werden, bei denen der Gesundheitszustand in hohem Maße in die Präsentismusausprägung eingeht (vgl. Kapitel 2.3.1.), bestätigte sich erwartungsgemäß, dass ein beeinträchtigter Gesundheitszustand hoch positiv mit Präsentismus korreliert ist.¹⁴ So offenbart die Querschnittstudie von Aronsson und Gustafsson (2005), dass Präsentismus umso höher ausfällt, je schlechter der Gesundheitszustand einer Arbeitskraft ist. Zum gleichen Ergebnis kamen Hansen und Andersen (2008) und auch Claes (2011). Besonders deutlich tritt dieser Effekt bei Personen mit chronischen Erkrankungen auf (vgl. MacGregor/Cunningham/Caverley

¹⁴ Nicht zuletzt deswegen ermitteln einige Autoren auch einen signifikant positiven Zusammenhang zwischen Präsentismus und Absentismus (vgl. z. B. Aronsson/Gustafsson/Dallner 2000: 507), der aber höchst wahrscheinlich auf einer Scheinkorrelation beruht.

2008, Munir et al. 2007, Zok 2008a). Zok (2008b) ermittelt zudem hochsignifikante Unterschiede zwischen "Präsentisten" und "Nicht-Präsentisten": Erstere nehmen häufiger Medikamente ein, sind öfter chronisch krank, fühlen sich weniger gesund und waren häufiger als arbeitsunfähig gemeldet (vgl. Zok 2008a: 131). Personen, die sich gesund und wohl fühlen, weisen fast dreimal so viele Arbeitsstunden ohne jeglichen Produktivitätsverlust auf wie Mitarbeitende, die einen eher schlechten allgemeinen Gesundheitszustand angeben (vgl. Medibank 2005: 6).

In Längsschnittuntersuchungen wurde versucht, die Wirkungsrichtung zwischen dem Gesundheitszustand und Präsentismus zu eruieren, wobei für potentiell konfundierte Variablen – wie dem ursprünglichen Gesundheitszustand – kontrolliert wurde. Dabei zeigte sich, dass gesundheitliche Beeinträchtigungen als Risikofaktor für den Präsentismus zu werten sind (vgl. Bergström et al. 2009, Burton et al. 2006, Demerouti et al. 2009), andererseits aber auch Konsequenz des Arbeitens trotz Krankheit sein können. Hansen und Andersen (2009) deckten auf, dass mit der Häufigkeit von Präsentismus die Wahrscheinlichkeit einer längeren Arbeitsunfähigkeit signifikant zunimmt. In den Regressionen wurde für potentiell konfundierte Einflussvariablen, wie dem allgemeinen Gesundheitszustand oder vorgängige längere krankheitsbedingte Absenzen, (statistisch) kontrolliert. Präsentismus erwies sich als Risikofaktor für eine Langzeitabsenz. Zu ähnlichen Befunden kamen Bergström et al. (2009), die ebenfalls zeigen konnten, dass häufiger Präsentismus die Gefahr eines krankheitsbedingten Fehlens von mehr als 30 Tagen signifikant erhöht.

Einen starken Einfluss auf Präsentismus hat ebenfalls ein ausgeprägtes Pflichtgefühl der Befragten ("die Arbeit bleibt sonst liegen") und die Loyalität zu ihren Kollegen (vgl. Vogt/Badura/Hollmann 2009: 191, Schmidt/Schröder 2010: 97). Dies zeigt sich u. a. auch in einer Umfrage unter Mitarbeitern des britischen Gesundheitssystems (vgl. van Stolk et al. 2009: 29). Daneben begünstigt der Hang zu persönlicher Gewissenhaftigkeit die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz Krankheit (vgl. Preisendörfer 2010: 407–408).

Aronsson und Gustafsson (2005) bezogen in ihrer Studie die "individual boundarylessness" als Regressor mit ein, also die mangelnde Fähigkeit, sich von Forderungen anderer abzugrenzen bzw. sich selbst Grenzen zu setzen. Hierbei zeigte sich, dass Personen mit einer hohen Ausprägung auf dieser Variablen signifikant mehr Präsentismus aufweisen (vgl. Aronsson/Gustafsson 2005: 963). Hansen und Andersen (2008) verwendeten "overcommitment" als Einflussfaktor, also eine übersteigerte berufliche Verausgabungsneigung bzw. ein überhöhtes Pflichtbewusstsein. Dabei ergab sich der Befund, dass der Präsentismus mit wachsendem Overcommitment signifikant ansteigt, und zwar auch dann, wenn für den Einfluss aller anderen Variablen auf den Präsentismus kontrolliert wird.

Die Zuspitzung einer hohen Arbeitsbezogenheit kann in der Arbeitssucht ("workaholism") gesehen werden. Arbeitssüchtige fühlen sich ruhelos, wenn sie nicht arbeiten können. In zwei niederländischen Studien konnte nachgewiesen werden, dass Arbeitssucht und Präsentismus signifikant positiv miteinander korreliert sind (vgl. Schaufeli/Taris/van Rhenen 2008, Schaufeli et al. 2009).

Widersprüchliche Ergebnisse bestehen darüber hinaus bezüglich des Beziehungs- bzw. familiären Status, beispielsweise in Bezug auf die Frage, ob Singles häufiger von Präsentismus betroffen sind als Zusammenlebende (ablehnend Vogt/Badura/Hollmann 2009:192; unterstützend Zok 2004: 253–254). Alleinerziehende Frauen wiederum scheinen überdurchschnittlich Präsentismus zu betreiben bzw. betreiben zu müssen (vgl. Zok 2004: 253–254).

2.5.1.2. Arbeitsbezogene Einflussfaktoren

Beschäftigte, die ihre Tätigkeit in (engem) Kontakt mit anderen Menschen ausüben (bei sog. personenbezogenen Dienstleistungen), weisen generell höhere Präsentismuswerte auf. Hierbei haben Personen, die beruflich (soziale) Verantwortung für andere, von ihnen abhängige Menschen (Kranke, Alte, Kinder) übernehmen, die höchsten Präsentismusraten. Insbesondere im Bildungs- und Gesundheitssystem sowie bei Erziehern und Krankenpflegekräften ist Präsentismus stark ausgeprägt (vgl. Aronsson et al. 2000). Auch in der Altenpflege kommt Arbeiten trotz Krankheit relativ häufig vor (vgl. Elstad/Vabo 2008). In einer niederländischen Studie wurde ebenfalls ermittelt, dass Lehrer und Mitarbeitende im Gesundheitswesen über eine erhöhte Neigung verfügen, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen (vgl. de Vroome 2006: 1). Für Deutschland konnte bei Lehrern und Sozialarbeitern überproportional oft Präsentismus erkannt werden (vgl. Bödeker/Hüsing 2008: 97). Eine Berufsgruppe, die sich besonders durch Präsentismus auszeichnet, ist die der Ärzte. In einer norwegischen Studie gaben 80 % der Ärzte an, dass sie in den letzten zwölf Monaten mindestens ein Mal mit einer Erkrankung gearbeitet haben, bei der sie ihre Patienten selbst krankgeschrieben hätten. Mehr als 60 % der Befragten suchten außerdem den Arbeitsplatz mit einer infektiösen Krankheit auf (vgl. Rosvold/Bjertness 2001: 72). Hansen und Andersen (2008) fanden daneben heraus, dass sowohl Selbstständige als auch ungelernte Arbeiter über signifikant höhere Präsentismusraten verfügen, selbst wenn für andere Einflussvariablen kontrolliert wird.

Einer der wichtigsten arbeitsbezogenen Einflussfaktoren für Präsentismus ist Stress durch Zeitdruck bei der Arbeit (vgl. u. a. Hilton et al. 2008, Elstad/Vabo 2008: 471). Der durch Stress bedingte Präsentismus verursacht einen fast doppelt so hohen Verlust an Arbeitsproduktivität wie der durch Stress ausgelöste Absentismus (vgl. Medibank Private/Econtech 2008: 7). Der Grund liegt darin, dass Personalkürzungen und Rationalisierungen zur Arbeitsverdichtung führen. Dies hat zur Folge, dass Mitarbeitende die sich aufstauende Arbeit, die durch Absentismus entsteht, fürchten (vgl. Aronsson/Gustafsson 2005, van Stolk et al. 2009, Claes 2011). In der Studie von Zok (2008b) gaben die meisten Befragten (54.3 % der Frauen und 44.8 % der Männer) an, dass das Übermaß an Arbeit ausschlaggebend dafür sei, dass sie trotz Krankheit weiterarbeiteten. Dies betraf vor allem Erwerbstätige mit einem höheren beruflichen Status, insbesondere Führungskräfte.

Ashby und Mahdon (2010: 43) fanden heraus, dass der Druck von Mitarbeitenden und Vorgesetzten ebenfalls ein zentraler Einflussfaktor ist. Der Druck von Arbeitskollegen nimmt zu, je mehr Aufgaben in Teams

gelöst werden und je kleiner das Unternehmen ist. Der Grund dafür ist, dass die Aufgaben auf weniger Personen verteilt werden können und weil sie ihre Kollegen nicht mit der Arbeit alleine lassen wollen bzw. sie nicht schlecht vor ihnen dastehen möchten (vgl. Dew/Keefe/Small 2005: 2277–2279). In einer Studie zum Präsentismus bei Ärzten (vgl. McKeivitt et al. 1997) gaben über 50 % der Befragten an, am Arbeitsplatz trotz Krankheit anwesend zu sein, um ihren Kollegen keine zusätzliche Arbeit aufzubürden, in der Studie von Perkin, Higton und Witcomb (2003) sogar rund 70 %. Die Studie von Zok (2008b) ermittelte, dass für 11.5 % der Erwerbstätigen die Vermeidung von Ärger mit Kollegen Motiv für den Präsentismus war. Weitere 4.0 % der Männer und 7.1 % der Frauen erwähnten zudem, dass Personalmangel der ausschlaggebende Grund für Präsentismus gewesen sei. Besonders dann, wenn eine enge Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen notwendig ist, erscheint es durchaus plausibel, dass bestehende soziale Interdependenzen zu einem Anwesenheitsdruck führen. In der Umfrage von Vogt, Badura und Hollmann (2009: 191) nannten 46 % der Befragten die Rücksichtnahme auf Kollegen als Grund für ihren Präsentismus.

In den Studien von Aronsson, Gustafsson und Dallner (2000) sowie Aronsson und Gustafsson (2005) zeigte sich, dass Personen, die schwer ersetzbar sind, sehr viel häufiger krank am Arbeitsplatz erscheinen als andere Mitarbeiter. Auch wenn eine Vertretung für einen erkrankten Mitarbeiter kurzfristig nur mit erheblichem Aufwand zu organisieren ist (z. B. im Schichtdienst), entsteht ein spezifischer Anwesenheitsdruck (vgl. Kocyba/Voswinkel 2007). Um diesen zu erfassen, erfragten Johansson und Lundberg (2004) in ihrer Studie, ob bzw. inwiefern krankheitsbedingtes Fehlen unvereinbar mit dem Job sei ("attendance requirements"). Selbst wenn für andere potentielle Einflussfaktoren kontrolliert wird, stellte sich ein starker Zusammenhang zwischen Präsentismus und geringen Absenzen heraus.

Einzelne Studien konnten bestätigen, dass Mitarbeiter zu Präsentismus tendieren, wenn bei häufigeren Fehlzeiten Vorgesetztengespräche anberaumt werden. In diesem Fall melden sich Mitarbeiter seltener, dafür aber länger krank (vgl. Grinyer/Singleton 2000). Auch heute noch kann die Angst vor der Unternehmens- bzw. Betriebsleitung dazu führen, dass Beschäftigte krank zur Arbeit gehen (vgl. Dew/Keefe/Small 2005).

In zwei Studien, die Präsentismus anhand von Produktivitätseinschränkungen untersuchen, wurde zudem ein schwacher negativer Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit festgestellt (vgl. Burton et al. 2005, Shikiar et al. 2004), der durch andere Untersuchungen partiell bestätigt wird: Caverley, Cunningham und MacGregor (2007) sowie Hansen und Andersen (2008) konnten einen eher geringen, statistisch aber überzufällig häufigen (positiven) Zusammenhang zwischen dem Ableisten von Überstunden sowie langen Arbeitszeiten¹⁵ und Präsentismus finden. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Böckerman und Laukkanen (2010). Zudem erhöht die fehlende Übereinstimmung zwischen erwünschter und tatsächlicher Arbeitszeit (sog. Arbeitsstundenrestriktionen) die Wahrscheinlichkeit, krank zur Arbeit zu gehen (vgl. Böckerman/

¹⁵ Personen, die mehr als 45 Stunden pro Woche arbeiten (müssen), praktizieren signifikant häufiger Präsentismus (vgl. Hansen/Andersen 2008: 962).

Laukkanen 2010: 43). Ist es möglich, die Art der geleisteten Arbeit und die Arbeitsmenge an den aktuellen Gesundheitszustand bzw. die aktuelle Arbeitsfähigkeit anzupassen, steigert dies hingegen die Wahrscheinlichkeit von Präsentismus bzw. vermiedenem Absentismus (vgl. Johansson/Lundberg 2004, Hultin et al. 2010), so dass in diesem Fall von einer positiven Korrelation zwischen der Arbeitszufriedenheit und Präsentismus ausgegangen werden kann.

Eine weitere Ursache für Präsentismus ist die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust (vgl. Preisendörfer 2010: 401, 407–408). Bei einer für Deutschland repräsentativen Umfrage gaben 19.7 % der Beschäftigten an, dass sie aus Angst um ihre Stelle zur Arbeit gegangen sind, obwohl sie eigentlich krank waren (vgl. Schmidt/Schröder 2010: 97). Diese Angst scheint auch begründet zu sein. So antworteten in derselben Befragung 21 %, dass sie eine Entlassung aufgrund einer Krankheit miterlebt haben. In einer anderen Studie dokumentierten 25 % der Befragten, dass die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes der Grund dafür war, krank arbeiten gegangen zu sein (vgl. Vogt/Badura/Hollmann 2009: 191). Auch in der Studie von Zok (2008b) nannten 30.2 % der Präsentisten, die Angst um den Arbeitsplatz als ausschlaggebenden Grund für ihr Arbeiten trotz Krankheit. Hierbei zeigte sich, dass Arbeitnehmer mit einer geringen Qualifikation deutlich häufiger die Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes als Hinderungsgrund für Krankmeldungen nannten.

Arbeitsplatzunsicherheit geht also häufig mit Präsentismus bzw. mit geringeren krankheitsbedingten Fehlzeiten einher; dies betrifft insbesondere Beschäftigte nach starken Restrukturierungen und einem Personalabbau (vgl. Vahtera et al. 2004). Westermayer, Stein und Sonntag (2006: 11) konstatieren, dass selbst Beschäftigte, deren Arbeitgeber sich in einer guten wirtschaftlichen Lage befinden, zunehmend Arbeitsplatzunsicherheit empfinden und sprechen hier von "generalisierten Ängsten und Befürchtungen", die zu einer Veränderung des Präsenz- bzw. Absenzverhaltens von Arbeitskräften führen.

Die Forschung zur Arbeitsplatzunsicherheit zeigt zudem, dass Personen mit einem befristeten Arbeitsvertrag mehr Angst um ihren Arbeitsplatz haben (vgl. z. B. Klein Hesselink/van Vuuren 1999). Nicht überraschend wurde deshalb in der Studie von Zok (2008b) festgestellt, dass Arbeitnehmer mit befristeten Arbeitsverträgen häufiger trotz Krankheit zur Arbeit gehen (66.2 %) als diejenigen mit einem unbefristetem Vertrag (60.7 %). Darüber hinaus wurde in einer breit angelegten australischen Studie (Anzahl an Beobachtungen [N] = 78'587) gezeigt, dass Arbeitsplatzunsicherheit – unabhängig vom Gesundheitszustand – sowohl Absentismus als auch Präsentismus reduziert. So weisen Gelegenheitsarbeiter im Vergleich zu Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten signifikant weniger Absentismus und seltener Präsentismus auf (vgl. Holden et al. 2010).

Judiesch und Lyness (1999) deckten in einer Studie zur Karriereentwicklung von Managern auf, dass Führungskräfte, die wegen Krankheit oder aus familiären Gründen Fehlzeiten aufweisen, in den Folgejahren hinsichtlich Beförderungen und Gehaltserhöhungen signifikant schlechter abschnitten als ihre vergleich-

baren Kollegen ohne Absenzen. Darüber hinaus erhielten sie schlechtere Leistungsbeurteilungen für das Jahr, in dem die Absenzen auftraten. Ausgehend von diesen Befunden lässt sich schlussfolgern, dass Fehlzeiten reale Auswirkungen auf die berufliche Karriere haben und dies von den Beschäftigten antizipiert wird. Zentral ist hierbei zudem der personalpolitische Umgang mit erkrankten Mitarbeitern. In Unternehmen, in denen bereits kranke Mitarbeiter entlassen wurden, befürchten deutlich mehr Personen (81.1 %) berufliche Nachteile bei häufigen Krankmeldungen als in Betrieben, bei denen dies bislang nicht geschehen war (59.4 %). Entsprechend liegt bei Ersteren der Anteil kranker Beschäftigter (mit schlechter Gesundheit und chronischen Erkrankungen), die Präsentismus zeigen, weitaus höher als in Organisationen ohne Personalabbau (vgl. Zok 2008a).

Die höhere Eigenverantwortlichkeit der Arbeitnehmer kann ebenfalls Ursache für Präsentismus sein (vgl. Ahlers, zit. in Niemann 2007). Hierbei ist zu unterscheiden zwischen der inzwischen von den Arbeitgebern generell stärker geforderten Beschäftigungsfähigkeit in Eigenregie (Employability) (vgl. kritisch hierzu z. B. Schultheis 2009) und der mangelnden individuellen Fähigkeit und Bereitschaft bestimmter Arbeitskräfte, Verantwortung an andere abzugeben (übersteigertes Verantwortungsbewusstsein) (vgl. Kirchner 2013), wobei in der Realität beide Faktoren ineinander greifen dürften.

2.5.1.3. Umweltbedingte Einflussfaktoren

Eine zentrale Determinante für Präsentismus ist die allgemeine wirtschaftliche Lage und die damit verbundene generelle Arbeitsplatzunsicherheit (vgl. Haupt 2009: 101). Die signifikant negative Korrelation zwischen der Höhe der Arbeitslosenquote und dem Krankenstand in Deutschland widerspiegelt dies (vgl. Oppolzer 2010: 188). Die Gefahr einer Entlassung und die Sorgen um die Arbeitsplatzsicherheit führen zu einer größeren Neigung zum Präsentismus (vgl. Chartered Institute of Personnel and Development [CIPD] & Simplyhealth 2012: 46).

Ein weiterer wichtiger Einflussfaktor ist die Regelung der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. Wenn kein oder deutlich weniger Lohn bezahlt wird, wenn ein Mitarbeiter krankheitsbedingt abwesend ist, hat dies eine Steigerung der eher unproduktiven Anwesenheitszeit zur Folge (vgl. Chatterji/Tilley 2002, Hansen/Andersen 2008). Mitarbeiter scheinen dazu zu tendieren, trotz Krankheit weiterzuarbeiten, wenn bereits ab dem ersten Tag der Abwesenheit die Vorlage eines Arzzeugnisses verpflichtend vorgesehen ist. Präsentismus fällt in diesem Fall um 9 % höher aus als wenn erst ab dem dritten Tag eine Attestpflicht bestehen würde (vgl. Böckerman/Laukkanen 2009: 1014).

Auch die Unternehmensgröße kann einen Einfluss auf das Vor- bzw. Aufkommen von Präsentismus haben. In deutschen Großunternehmen Beschäftigte berichten, dass sie in der vergangenen Woche häufiger von Präsentismus (67 %) sowie von Absentismus (25 %) betroffen waren als dies z. B. bei in mittelständischen Unternehmen (56 % und 16 %) oder in Kleinstunternehmen eingesetzten Arbeitskräften der Fall gewesen ist (53 % und 15 %) (vgl. Bödeker/Hüsing 2008: 97). Ein Grund hierfür könnte sein, dass kleinere Unter-

nehmen ein besseres Betriebsklima aufweisen (vgl. de Kok et al. 2011: 126). Ashby und Mahdon (2010: 43) stellten hingegen fest, dass der Druck von Arbeitskollegen umso stärker spürbar ist, je kleiner das Unternehmen ist, was wiederum Präsentismus begünstigt.

Einige Studien ermitteln generell einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen dem Betriebsklima und Präsentismus. Je besser Ersteres ist, desto geringer fällt die Anwesenheit im Betrieb trotz Krankheit aus (vgl. Vogt et al. 2009: 196–197). Außerdem sind 81 % der Personen, die sich bei ihrer Arbeit in sehr hohem Maße unwürdig behandelt fühlen, im vergangenen Jahr zweimal oder öfter krank am Arbeitsplatz erschienen. Bei den Befragten, die eine solche Demütigung nie erleben mussten, waren es hingegen nur 42 % (vgl. DGB-Index Gute Arbeit GmbH 2009: 20–21).

2.5.2. Amerikanischer Ansatz

Im Rahmen des amerikanischen Forschungsstrangs werden zwar die Einflussfaktoren des Präsentismus nicht vorrangig untersucht. Allerdings gibt es mehrere Studien, die zeigen, dass je höher das Gesundheitsrisiko ist, desto höher ist auch die Präsentismusrate (vgl. Boles/Pelletier/Lynch 2004, Burton et al. 1999, Kivimäki et al. 2005). Eine weitere Studie über die Risikofaktoren führten Burton et al. (2005) bei einem großen US-amerikanischen Finanzunternehmen durch. Hierbei ergab sich, dass im Schnitt jeder der 28'375 Studienteilnehmenden 2.16 Risikofaktoren aufwies (vgl. Burton et al. 2005: 771). Die Risikofaktoren mit dem größten Einfluss auf Präsentismus waren der Gebrauch von Arzneimitteln zur Entspannung, Lebensunzufriedenheit und hoher Stress. Daneben wirkten sich auch die Unzufriedenheit mit dem Beruf sowie Rauchen negativ auf die Arbeitsproduktivität aus. Pro zusätzlichen Risikofaktor steigt der Produktionsverlust durch Präsentismus um 2.4 % an, so dass mit einer zunehmenden Anzahl an Risikofaktoren auch die Einschränkung der Arbeitsproduktivität zunimmt (vgl. Burton et al. 2005: 774–775).

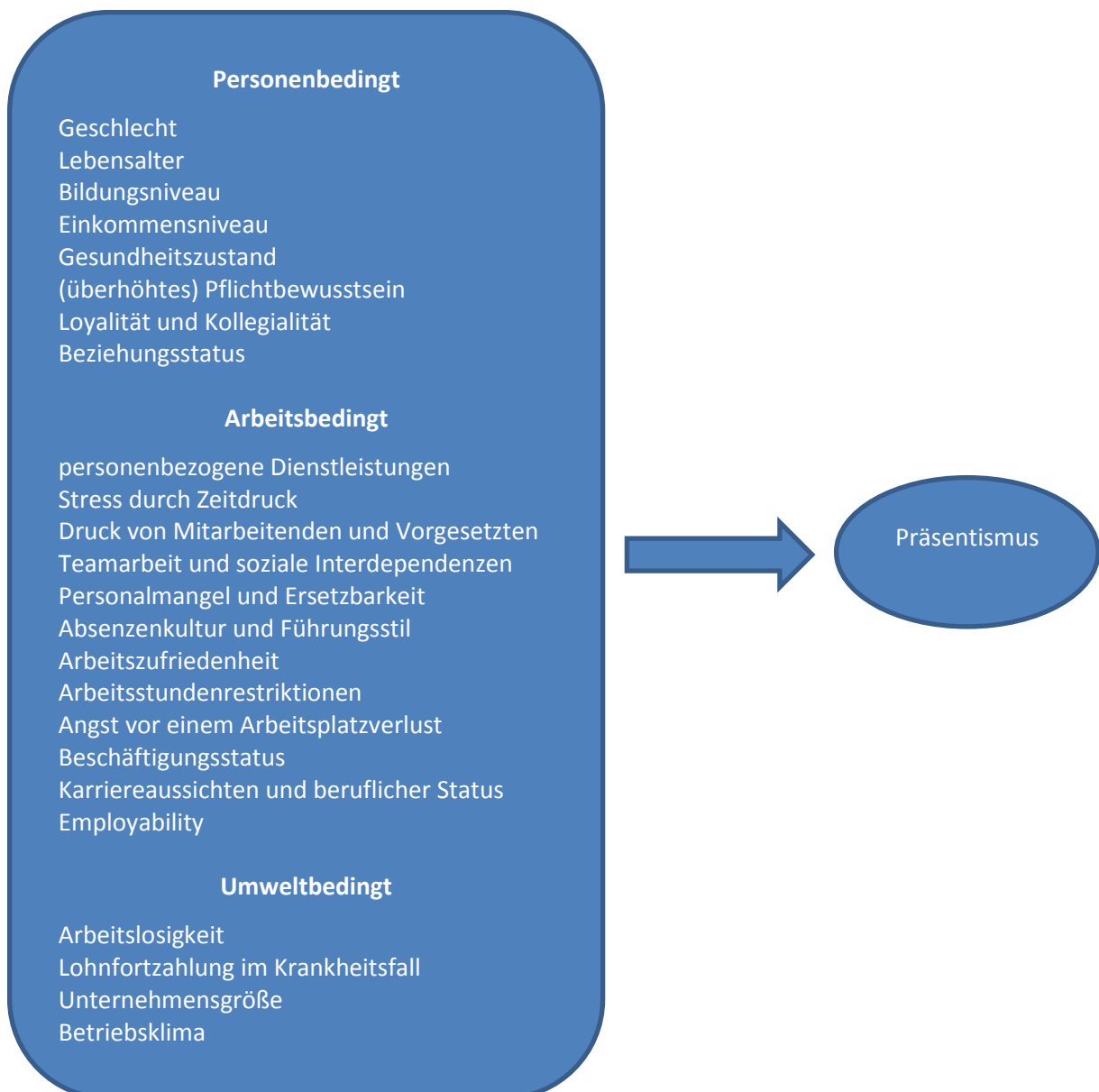
Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten Boles, Pelletier und Lynch (2004) sowie Riedel et al. (2009: 292), die bestätigen, dass mit einer zunehmenden Anzahl an vorhandenen Risikofaktoren der Verlust an Arbeitsproduktivität durch Absentismus, viel stärker jedoch durch Präsentismus ansteigt. Die Befragten bekundeten im Durchschnitt einen Absentismus von 1.8 % und einen Präsentismus von 6.6 % für die vergangene Arbeitswoche bedingt durch Risikofaktoren (vgl. Boles/Pelletier/Lynch 2004: 741).

Bestätigt durch eine amerikanische Umfrage wird ebenfalls, dass Arbeitnehmende, die keinen Lohn erhalten, wenn sie krankheitsbedingt fehlen, häufiger Präsentismus praktizieren (vgl. Chesney 2008). Umgekehrt wirken sich eine empfundene Arbeitsplatzsicherheit sowie die durch die Organisation bzw. durch Führungskräfte vermittelte und als solche von den Arbeitskräften wahrgenommene Akzeptanz von Absentismus erneut negativ auf den Präsentismus aus (vgl. Johns 2011: 491, Nyberg et al. 2008).

2.5.3. Diskussion

Der europäische Ansatz hat bei der Ermittlung der Einflussfaktoren von Präsentismus seine stärkste Aussagekraft. Insgesamt betrachtet handelt es sich um ein komplexes Geflecht von personenabhängigen Faktoren, wie Bildung, Einkommen und Gesundheit, arbeitsbedingten Faktoren, wie Zeitdruck, Druck von Kollegen und die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust sowie umweltbedingten Einflussfaktoren, wie die allgemeine Wirtschaftslage und Regelungen zur Lohnfortzahlung, welches die Präsentismusrate und schließlich die damit verbundenen Kosten bestimmt (vgl. Kapitel 3.2.). Präsentismus wird nicht nur durch eine Vielzahl von Faktoren determiniert (vgl. Abbildung 3), sondern steht auch mit Absentismus in Beziehung. Aufgrund der sich wechselseitig beeinflussenden Faktoren wird jedoch die Ableitung klarer Ursache-Wirkungs-Ketten erschwert.

Abbildung 3: Wichtige Einflussfaktoren von Präsentismus



Beim amerikanischen Ansatz zeigte sich, dass die Präsentismusrate wächst, wenn Arbeitnehmende (mehrere) Gesundheitsrisiken aufweisen. Wie beim europäischen Ansatz wurde eine negative Korrelation zwischen der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und der Häufigkeit von Präsentismus gefunden. Ebenso führt die empfundene Arbeitsplatzsicherheit (Arbeitsplatzunsicherheit) zu weniger (mehr) Präsentismus.

3. Folgen von Präsentismus

Die zentrale Frage, wie sich Präsentismus auf den Gesundheitszustand der betroffenen Arbeitnehmer einerseits und die finanzielle Situation der Unternehmen andererseits auswirkt, ist Gegenstand des vorliegenden Kapitels. Bei den präsentismusbedingten Kosten wird unterschieden zwischen solchen, die für ein einzelnes Unternehmen entstehen und solchen, die sich für die Volkswirtschaft als Ganzes erkennen lassen.

3.1. Gesundheitliche Folgen

Zu den gesundheitlichen Folgen von Präsentismus liegen für beide Forschungsstränge nur sehr wenige Studien vor. Dementsprechend unvollständig ist hier die Evidenzlage (vgl. Steinke/Badura 2011: 71), weshalb in diesem Unterkapitel nicht explizit zwischen dem europäischen und dem amerikanischen Ansatz differenziert wird.

Einige Studien belegen (vgl. Bergström et al. 2009, Hansen/Andersen 2009), dass mehrmaliges Arbeiten trotz einer Erkrankung das Risiko erhöht, dass die Mitarbeiter zu einem späteren Zeitpunkt mehr Absentismus praktizieren bzw. für längere Zeit krankheitsbedingt fehlen. Eine dänische Studie weist einen nahezu linearen Zusammenhang zwischen Präsentismus und der Wahrscheinlichkeit einer längeren Krankheit nach (vgl. Hansen/Andersen 2009: 397–402): Die Autoren zeigen, dass je häufiger jemand trotz Krankheit zur Arbeit geht, desto höher ist das Risiko später während längerer Zeit krankheitsbedingt auszufallen. Konkret: Personen, die Präsentismus betreiben, haben ein um 53 % höheres Risiko einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens zwei Wochen und ein um 74 % höheres Risiko, von Absentismus im Umfang von mindestens zwei Monaten betroffen zu sein. Präsentismus hat einen negativen Effekt auf die Gesundheit der Präsentisten (vgl. Taloyan et al. 2012). Bei einer Kohorte von 5'071 englischen Beamten wurde herausgefunden, dass bei gesundheitlich beeinträchtigten Arbeitskräften, die sich während drei Jahren nie krank gemeldet haben, das Risiko eines koronaren Herzproblems doppelt so hoch war wie bei gesundheitlich vergleichbar Beeinträchtigten, die aber über moderate krankheitsbedingte Ausfallzeiten verfügten (vgl. Kivimäki et al. 2005: 100). Damit existiert offensichtlich ein positiver Zusammenhang zwischen physischer Präsenz am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Probleme und daraus resultierender Fehlzeiten. Die – vor allem quantitativen – Erkenntnisse sind nur mit Vorsicht auf den amerikanischen Kontext zu übertragen, da sämtliche Studien aus dem europäischen Raum stammen.

In der longitudinalen Studie von Demerouti et al. (2009) wurde transparent, dass Präsentismus zu den Burnout-Symptomen emotionale Erschöpfung und Depersonalisation führt. Gleichzeitig steigert die emotionale Erschöpfung wiederum den Präsentismus. Dieser zirkuläre Effekt konnte bei der Depersonalisationssymptomatik nicht gefunden werden. Somit erscheint die Depersonalisation eine nützliche Kurzzeit-Strategie zur Ressourcenschonung zu sein, um dem Teufelskreis des Ressourcenverlustes zu durchbrechen.

Es muss festgehalten werden, dass Präsentismus auch einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben kann. Dazu liegt eine Studie von Howard, Mayer und Gatchel (2009: 726–730) vor, die die Auswirkung von Präsentismus bei Personen mit chronischen Muskel-Skelett-Erkrankungen untersucht. Das Ergebnis ist, dass Präsentisten deutlich besser ins Arbeitsleben integriert sind als Absentisten. Allerdings ist anhand der Studie nicht ersichtlich, ob die signifikanten Unterschiede zwischen den Personen(-gruppen) bezüglich Bildung und Beruf berücksichtigt wurden oder nicht, was Bedenken bezüglich der Methodik bzw. Validität der Ergebnisse hervorruft. Andererseits ist nachgewiesen, dass sich Arbeitstätigkeit durchaus salutogen auf bestimmte Krankheitsbilder (psychische Erkrankungen,¹⁶ chronische Schmerzen bzw. Rückenschmerzen) auswirken kann. Deswegen wurden hierzu bereits medizinische Leitlinien für einen "therapeutischen Präsentismus" verfasst (vgl. Steinke/Badura 2011: 77–78). Die Beobachtung allerdings, dass psychisch Kranke eher zur Arbeit erscheinen als physisch Kranke (vgl. Sainsbury Centre for Mental Health 2007: 13), lässt gleichzeitig die Vermutung zu, dass psychisch Erkrankte eine Entdeckung ihrer Krankheit vermeiden bzw. einer Stigmatisierung am Arbeitsplatz vorbeugen möchten.

3.2. Kosten von Präsentismus

Im Rahmen der Präsentismusforschung sind die finanziellen Folgen krankheitsbedingter eingeschränkter Leistungsfähigkeit weitaus am besten erforscht (vgl. Steinke/Badura 2011: 78). Dazu liegen vor allem eine Reihe amerikanischer Studien vor. Während beim europäischen Ansatz zumeist die Anzahl Tage, an denen eine Person krank zur Arbeit geht, als Messgröße verwendet wird (vgl. z. B. Aronsson/Gustafsson 2005), deren Einflussfaktoren heterogen sein können (vgl. Kapitel 2.5.), ist beim amerikanischen Ansatz in der Regel der prozentuale Produktivitätsverlust im Vergleich zum gesunden Zustand die abhängige Variable, die durch die Prävalenz ausgewählter chronischer Krankheiten erklärt werden soll (vgl. z. B. Stewart et al. 2003a). Doch wie kann es passieren, dass die Anwesenheit eines Arbeitnehmers teurer ist als dessen Abwesenheit? Hierzu müssen grundsätzlich vier Verlustbereiche betrachtet werden (vgl. auch Hägerbäumer 2011: 147):

- Verminderung der eigenen Leistungsfähigkeit durch gesundheitliche Beeinträchtigungen;

¹⁶ Bei psychisch Kranken kann es Teil der Therapie sein, dass sie weiterhin ihrer Beschäftigung nachgehen (vgl. auch Howard/Mayer/Gatchel 2009: 730).

- zusätzliche Ausfalltage durch Verschleppung der Krankheit und Risiko der Chronifizierung von gesundheitlichen Beschwerden;
- Risiken für das Unternehmen durch höhere Fehleranfälligkeit des erkrankten Mitarbeiters und erhöhter Unfallgefahr;
- weitere Produktivitätsverluste durch die Ansteckung von Kollegen bei infektiösen Krankheiten.

Die Eruiierung des Produktivitätsverlustes bei Präsentismus oder Absentismus, die sog. indirekten Kosten, erfolgt in den meisten Studien mit Hilfe des Humankapitalansatzes [HKA]. Bei diesem wird der Wert des Produktionsausfalls ermittelt, indem die verringerte Arbeitszeit (prozentualer Anteil, an dem eine Arbeitskraft eingeschränkt produktiv war) bzw. die ausgefallene Arbeitszeit (gesamte Fehlzeiten) mit dem Bruttolohn des Betroffenen oder mit einem produktivitätsorientierten Durchschnittslohn multipliziert wird (vgl. Berger et al. 2001). Hierbei werden auch die zukünftig zu erwartenden Produktivitätsverluste berücksichtigt, weswegen dieser Ansatz den Schaden für die Gesellschaft bei Vorliegen von krankheitsbedingt reduzierter Leistungsfähigkeit im Falle von Präsentismus bzw. bei Vorhandensein von Absentismus eher überschätzt (vgl. Lindgren 1981, Drummond 1992). Um eine potenzielle Überzeichnung zu vermeiden, wird zudem der Friktionskostenansatz [FKA] herangezogen. Dieser begrenzt den Produktivitätsverlust auf den Zeitraum, der benötigt wird, um das ursprüngliche Produktionsniveau wieder herzustellen, bis also der krankheitsbedingt eingeschränkt produktive Arbeitnehmer in seiner vollen Leistungsfähigkeit wieder hergestellt ist bzw. der absente durch einen anderen, gesunden ersetzt ist (vgl. Koopmanschap et al. 1995, Koopmanschap/Rutten 1996). Obwohl der FKA die in dieser Übergangsphase anfallenden Transaktionskosten, z. B. für das Management der Arbeitsabläufe oder die Suche und Schulung einer adäquaten Arbeitskraft – im Gegensatz zum HKA – prinzipiell in die Kalkulation mit einbezieht, unterschätzt dieser den Schaden für die Gesellschaft in der Tendenz, weil er nur die kurzfristigen Kosten erfasst.

Beide Ansätze basieren auf vereinfachenden Annahmen. Es konnte z. B. gezeigt werden, dass bei relativ kurzer Abwesenheit vom Arbeitsplatz (zwei Wochen oder weniger) der Produktionsausfall weitestgehend durch Arbeitskollegen kompensiert wird (vgl. z. B. Brouwer et al. 2002, Severens et al. 1998). Nach Berücksichtigung erhobener Kompensationsmechanismen blieben somit lediglich ca. 25 bis 30 % der ursprünglich mit Hilfe des HKA berechneten Kosten übrig. Bei einer Absenz von nur einem Tag waren nur in 17 bis 19 % der Fälle Produktivitätsverluste zu verzeichnen, bei einer Absenz von zwei oder mehr Wochen lediglich in 35 bis 39 % aller Fälle (vgl. Jacob-Tacke et al. 2005). Umgekehrt werden Konventionalstrafen (bei Terminüberschreitung) in den Kosten im Regelfall nicht abgebildet. Darüber hinaus müssten auch die (Folge-)Kosten erfasst werden, die aufgrund der Nichteinhaltung gewisser Qualitätsstandards in den Produkten auftauchen (vgl. Steinke/Badura 2011: 53). Da die Produktivitätsverluste sowohl bei Absentismus als auch bei Präsentismus – abhängig von der gewählten Methode, der berücksichtigten Effekte etc. – eine sehr hohe Variabilität aufweisen, ist deren Transformation in monetäre Werte insofern problematisch, als dadurch nicht selten eine Scheingenauigkeit vorgetäuscht wird.

Im Folgenden werden jeweils zunächst die Präsentismuskosten für ein einzelnes Unternehmen aufgezeigt, was die mikroökonomische Sicht reflektiert. Danach werden die potenziellen Kosten für eine Volkswirtschaft diskutiert, mithin wird schließlich die makroökonomische Perspektive eingenommen.

3.2.1. Europäischer Ansatz

3.2.1.1. *Kosten aus mikroökonomischer Sicht*

Die Studie von Booz & Company¹⁷ (2011) quantifizierte erstmals für Deutschland verbindlich die Kosten, die durch eine krankheitsbedingt eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verursacht sind. Kosten entstehen u. a. durch eine verringerte Arbeitsqualität, Verminderung der Konzentrationsfähigkeit und höhere Fehleranfälligkeit, steigende Unfallgefahr, sich verzögernde Genesung und Rückfälle bis hin zu einer chronischen Erkrankung und Burnout. Bei ansteckenden Krankheiten kommt dann noch die Gefährdung von Arbeitskollegen dazu. Die Berechnung zeigt, dass der durch Fehlzeiten bedingte Betrag von 1'199 € pro Mitarbeiter und Jahr nur knapp ein Drittel (33 %) der krankheitsbedingten Kosten erfasst, die tatsächlich in deutschen Unternehmen entstehen. Erheblich höhere Verluste verursacht Präsentismus, nämlich gut zwei Drittel (67 %) der Kosten, die Unternehmen durch Krankheit zu tragen haben. Bei konservativer Schätzung lassen sich die Präsentismuskosten auf 2'399 € pro Kopf und Jahr beziffern. Würden zusätzlich die Kosten für Vertretungen, Know-how-Verlust, Ansteckung von Kollegen, Verschlechterung der Zusammenarbeit im Team oder eine höhere Unzufriedenheit bei den Kunden berücksichtigt, wäre der Betrag noch weitaus höher (vgl. Booz & Company 2011: 7–8).

Auch zur Messung von Produktivitätsverlusten aufgrund von Präsentismus liegen Zahlen aus Deutschland vor. Im Rahmen einer repräsentativen Befragung von rund 2'000 Erwerbstätigen wurde für die vergangenen sieben Tage erhoben, inwiefern sich gesundheitliche Probleme auf die Arbeit ausgewirkt haben (vgl. Bödeker/Hüsing 2008). Von den Befragten mit aktuellen gesundheitlichen Problemen (dies waren 27 % der Gesamtstichprobe) sahen sich 59 % deswegen in ihrer Produktivität behindert, während 15 % der Arbeit fern blieben (vgl. Bödeker/Hüsing 2008: 94). Die befragten Beschäftigten waren also viermal häufiger von Präsentismus als von Absentismus betroffen. Sie schätzten das Ausmaß an krankheitsbedingtem Produktivitätsverlust bei Präsentismus auf durchschnittlich 20 %, bei Absentismus hingegen (deutlich) darunter (vgl. Bödeker/Hüsing 2008: 98–99). Bereits an dieser Stelle wird erkennbar, dass sich die Beeinträchtigung der Arbeitsproduktivität und der Produktion offenbar hauptsächlich in Form von Präsentismus (und weniger als Absentismus) äußert.

In einer deutschen Metaanalyse (vgl. Iverson/Krause 2007) ergab sich der Befund, dass die jährlichen Produktivitätsausfälle aufgrund von Gesundheitsproblemen zu einem Drittel auf Abwesenheit und zu zwei

¹⁷ Booz & Company ist eine internationale Strategieberatung (vgl. Heckel 2013). Am 31. März 2014 hat sie sich mit dem Netzwerk von PricewaterhouseCoopers [PwC] zusammengeschlossen und das Unternehmen PwC Strategy& ins Leben gerufen, welches Teil des PwC-Firmennetzwerkes ist (vgl. http://www.strategyand.pwc.com/de/home/wer-wir-sind/Geschichte?_ga=1.40206242.1650417282.1403872777).

Dritteln auf unproduktive Anwesenheit zurückzuführen sind (vgl. Fissler/Krause 2010: 418). Damit stellt Präsentismus einen bedeutsamen Kostenfaktor im Unternehmen dar (vgl. Hägerbäumer 2011: 69–70).

3.2.1.2. Kosten aus makroökonomischer Sicht

Die durch Präsentismus bedingten Krankheitskosten haben zudem eine höchst relevante volkswirtschaftliche Dimension. Der Schaden für die deutsche Volkswirtschaft, der hierdurch im Jahr 2009 verursacht wurde, belief sich in der Studie von Booz & Company (2011) auf einen Bruttowertschöpfungsausfall in Höhe von 151 Milliarden [Mrd.] €. Dieser Verlust betrug damit rund 6 % des Bruttoinlandsproduktes [BIP] von 2'397 Mrd. € (vgl. Booz & Company 2011: 8).

In einer neueren Studie für die Schweiz wurden die Kosten bestimmt, die im Jahr 2005 durch bandscheibenbedingte Erkrankungen (low back pain [LBP]) entstanden sind (vgl. Wieser et al. 2011). LBP stellen diejenige körperliche Beschwerde in der Schweiz dar, die die höchste Prävalenz und Intensität aufweist. 47 % der Männer und 39 % der Frauen gaben im Jahr 2007 an, unter Rücken- und Kreuzschmerzen zu leiden (vgl. BFS 2010: 10–11). Die Resultate der Untersuchung basieren auf einer Umfrage bei 1'253 Personen in der Deutschschweiz, die in den letzten vier Wochen an LBP litten, sowie auf Daten zu den mit LBP verbundenen Kosten des Verbandes der Schweizer Krankenversicherer [santesuisse]. Ziel der Studie ist es gewesen, die durch LBP bedingten volkswirtschaftlichen Einbußen abzubilden. Die indirekten Kosten von LBP belaufen sich auf Basis der Berechnung gemäß HKA auf 4.1 Mrd. €, nach FKA auf 2.2 Mrd. €. Werden die direkten Gesundheitskosten (Medikamente, Therapien, Beratung, Prävention etc.) mit einbezogen, belaufen sich die Gesamtkosten auf 6.6 bzw. 4.8 Mrd. €. Dieser Betrag entspricht 1.6 bzw. 2.3 % des BIP der Schweiz (vgl. Wieser et al. 2011: 459–462). Interessant und bemerkenswert ist, dass die in unserem Kontext besonders relevanten indirekten Kosten, die durch Präsentismus entstanden sind, um den Faktor 2.6 (gemäß HKA)¹⁸ bzw. 4.6 (nach FKA) höher sind als die Kosten im Falle von Absentismus und damit deutlich über diesen liegen (vgl. Wieser et al. 2011: 462).

3.2.2. Amerikanischer Ansatz

Der amerikanische Forschungsstrang ist im Bereich der Ermittlung der Kosten des Präsentismus führend, weil im Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten die Unternehmen die Hauptlast zu tragen haben. Deshalb wird der Zusammenhang zwischen Krankheit und Produktivität mit einer pathogenetischen und vor allem kostenorientierten Fragestellung intensiv beleuchtet (vgl. Steinke/Badura 2011: 28).

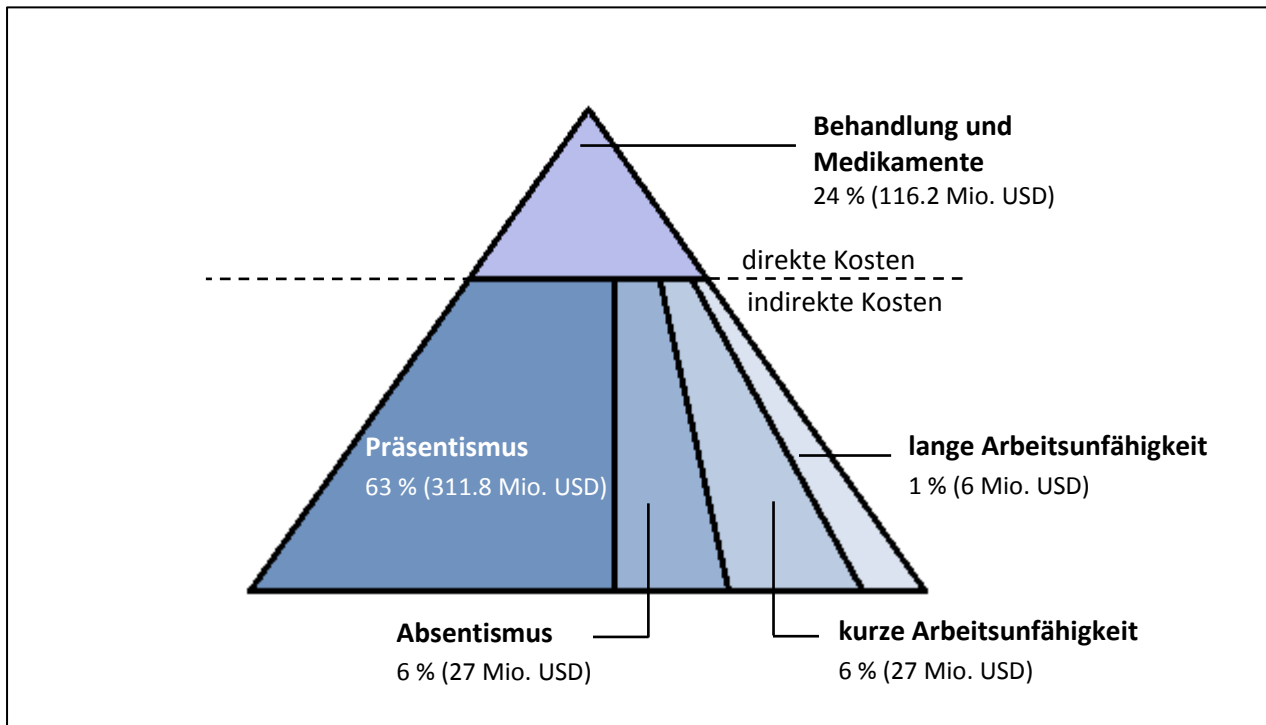
3.2.2.1. Kosten aus mikroökonomischer Sicht

Im Jahr 2000 erfasste die amerikanische Großbank One Corporation die eigenen Gesundheitskosten. Diese setzten sich zusammen aus den Zahlungen für die medizinische Behandlung von Angestellten sowie für Medikamente (24 %), Kompensationszahlungen bei Arbeitsunfähigkeit und Absentismus, wenn die Mit-

¹⁸ Rechnet man die indirekten Kosten bei Vorliegen einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit den Präsentismuskosten zu, steigt dieser Faktor auf einen Wert von über 4.9 (vgl. Wieser et al. 2011: 462).

arbeitenden nicht bei der Arbeit erschienen sind (13 %), und den Kosten für Präsentismus, die sich auf fast zwei Drittel (63 % oder 311.8 Mio. United States Dollar [USD]) der gesamten betrieblichen Krankheitskosten beliefen (vgl. Abbildung 5). Die Ausgaben für den Präsentismus wurden aufgrund des damit einhergehenden Produktionsverlustes auf Basis der Saläre der Betroffenen berechnet (vgl. Hemp 2004: 51).

Abbildung 5: Gesundheitskosten der Bank One Corporation im Jahr 2000

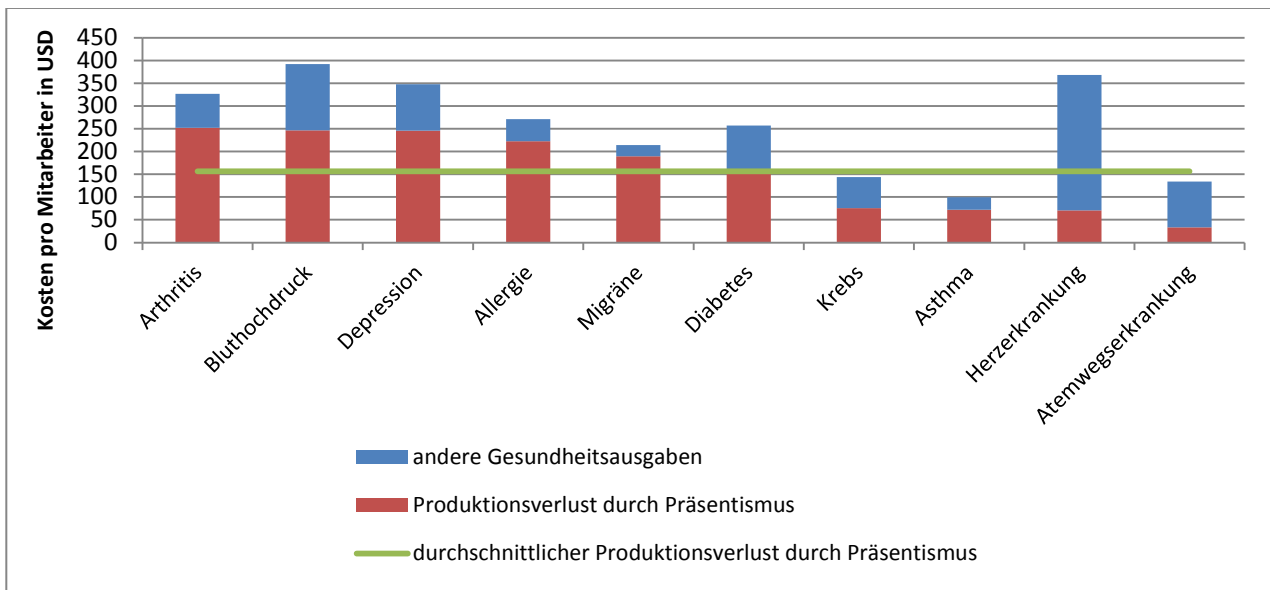


Quelle: in Anlehnung an Hemp 2004: 51.

Goetzel et al. (2004) untersuchten mit ihrer Sekundärdatenanalyse, die auf fünf Primärstudien basiert, verschiedene Krankheiten und deren Einfluss auf den Präsentismus. Sie bezifferten den durchschnittlichen Produktionsverlust von zehn wichtigen Krankheiten auf 156.66 USD pro Mitarbeiter und Jahr (vgl. Abbildung 6). Die größte Einbuße verursacht Arthritis mit 251.96 USD je Beschäftigten, was 77 % der gesamten Gesundheitsausgaben für diese Krankheit entspricht. Vergleichbar hohe Werte weisen der Bluthochdruck (246.73 USD), die Depression bzw. psychische Erkrankungen (246.00 USD) und etwas geringere, aber dennoch sichtbare Produktivitätsverluste die Allergien (222.24 USD) auf.

Ein zentrales Ergebnis der Untersuchung von Goetzel et al. (2004) ist, dass der Produktivitätsverlust durch Präsentismus für alle zehn Krankheiten höher ausfällt als derjenige durch Absentismus. So verursachen beispielsweise Migräne bzw. Kopfschmerzen bei Präsentismus (Absentismus) indirekte Kosten im Umfang von 20.5 % (4.5 %), Atemwegserkrankungen von 17.2 % (6.1 %), Depression bzw. psychische Erkrankungen von 15.3 % (10.7 %), während der durchschnittliche Verlust 12.0 % (4.3 %) beträgt (vgl. Goetzel et al. 2004: 405). Insgesamt betrachtet stellt Präsentismus mit durchschnittlich 61 % der Gesamtausgaben für Gesundheit den größten Kostentreiber dar.

Abbildung 6: Gesundheitskosten pro Mitarbeiter ausgewählter Krankheiten



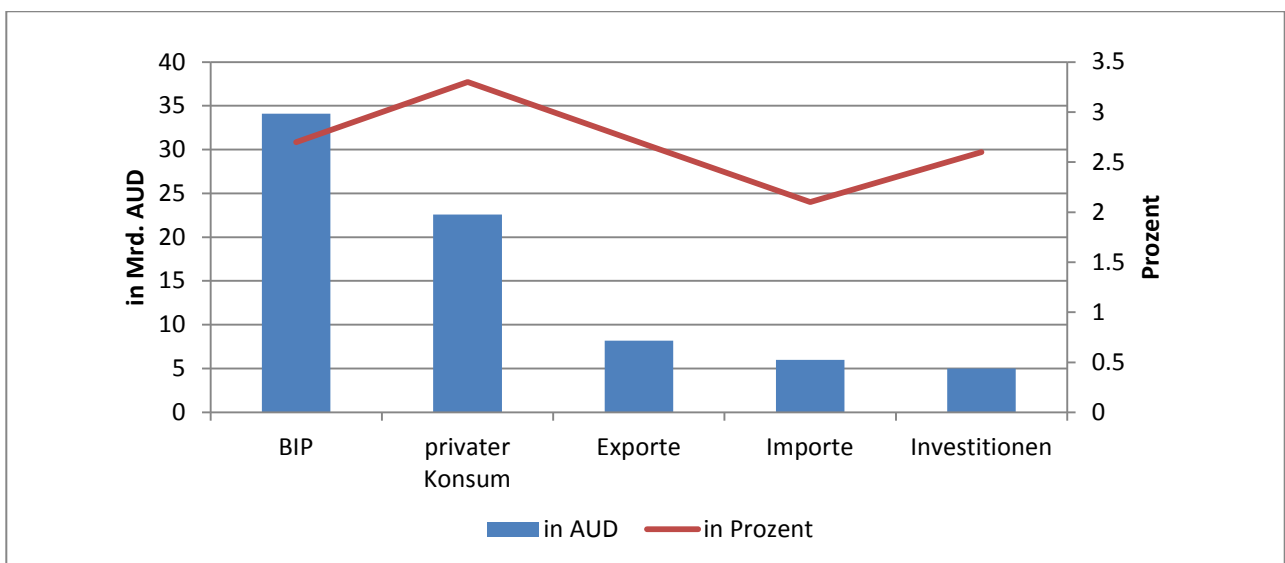
Quelle: In Anlehnung an Goetzel et al. 2004: 408.

In einer anderen Studie über die Prävalenz chronischer Krankheiten, die bei Beschäftigten der Dow Chemical Company in den USA im Jahr 2002 durchgeführt wurde (vgl. Baase 2007, Collins et al. 2005), gaben fast 65 % der Befragten an, dass sie mindestens an einer der untersuchten chronischen Krankheiten litten. Am häufigsten waren Allergien, Arthritis bzw. Gelenkschmerzen oder -steifheit und Rücken- oder Nackenschmerzen. Die Fehlzeiten beliefen sich je nach Krankheit auf zwischen 0,9 und 5,9 Stunden innerhalb eines Zeitraums von vier Wochen, was zu einer Verminderung der Arbeitsproduktivität um zwischen 17,8 % und 36,4 % führte. Die Gesamtkosten chronischer Krankheiten wurden auf immerhin 10,7 % der Personalkosten geschätzt, wobei Depressionen besonders kostenintensiv zu Buche schlugen. Von den Gesamtkosten entfielen 6,8 % auf die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, 2,9 % auf medizinische Behandlungen und nur 1 % auf Fehlzeiten (vgl. Baase 2007: 48–53). Bei fast allen untersuchten chronischen Krankheiten überstiegen die Kosten der krankheitsbedingt verringerten Arbeitsproduktivität bei Anwesenheit am Arbeitsplatz die durch Absentismus verursachten Kosten um ein Vielfaches und sogar die Summe aus durch Absentismus und medizinische Behandlung verursachten Kosten bei Weitem. Lediglich bei Magen-Darm-Beschwerden bewegten sich die Kosten für Präsentismus und Absentismus in einer ähnlichen Größenordnung, wobei bei dieser Krankheit die direkten Kosten den Hauptausgabenblock ausmachten (vgl. Baase 2007: 56).

3.2.2.2. *Kosten aus makroökonomischer Sicht*

Eine australische Studie (vgl. Medibank¹⁹ & KPMG²⁰ Econtech²¹ 2011) hat anhand zweier Szenarien u. a. die Kosten von Präsentismus für die Volkswirtschaft Australiens berechnet. Im ersten Szenario wurde unterstellt, dass es keinen Präsentismus gibt, während das zweite Szenario die tatsächliche Situation widerspiegelte. Die errechneten Kosten, die durch krankheitsbedingte unproduktive Anwesenheit für 2009/2010 entstanden sind, betragen 34.1 Mrd. Australian Dollar [AUD]. Das ist ein Verlust von 2.7 % des BIP gegenüber dem ersten Szenario (kein Präsentismus). Der private Haushaltskonsum, der 76 % der gesamten Konsumausgaben in Australien umfasst, sank durch Präsentismus um 3.3 % (22.6 Mrd. AUD). Der negative Einfluss des Präsentismus auf die Produktion tangiert auch den Export, den Import und die Investitionen. Im Vergleich zum Szenario "kein Präsentismus" reduzierte sich der Export um 2.7 % (8.2 Mrd. AUD), der Import um 2.1 % (6.0 Mrd. AUD), während die Investitionen um 2.6 % (5.0 Mrd. AUD) abnahmen (vgl. Abbildung 7). Da die Exporte stärker zurückgingen als die Importe, hatte der Präsentismus auch einen Einfluss auf die Handelsbilanz Australiens.

Abbildung 7: Einbußen gegenüber dem Szenario "kein Präsentismus"



Quelle: In Anlehnung an Medibank/KPMG Econtech 2011: 4.

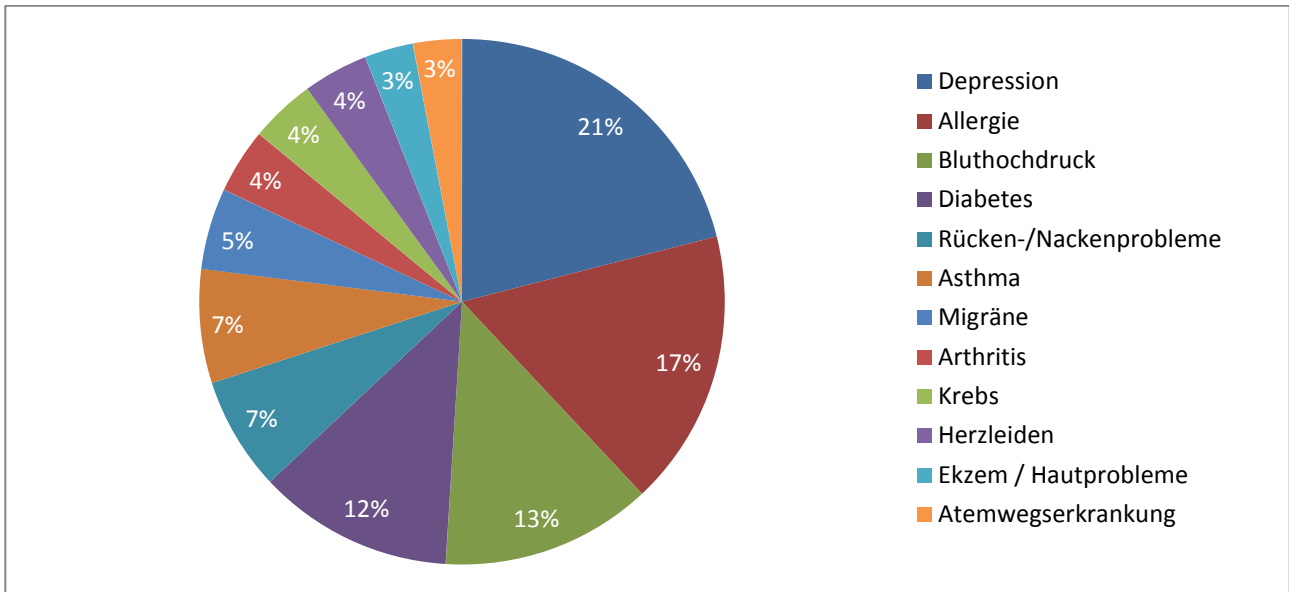
Im Rahmen dieser Studie wurden zwölf chronische Krankheiten untersucht. Es zeigte sich, dass Depressionen mit 21 % die höchsten Präsentismuskosten verursachen (vgl. Abbildung 8). Da mentale Krankheiten seitens der Betroffenen häufig verschwiegen werden und von den Arbeitgebern nur schwer zu erkennen sind, werden die damit verbundenen Produktivitätsverluste oft nicht adäquat erfasst. Weiter tragen Allergien (17 %), Bluthochdruck (13 %) und Diabetes (12 %) überproportional zu den (hohen) Präsentismuskosten bei (vgl. Medibank/KPMG Econtech 2011: 5).

¹⁹ Medibank ist die größte australische Krankenversicherung und gehört dem Staat Australien (vgl. Heath 2013).

²⁰ KPMG ist einer der größten Wirtschaftsprüfer der Welt (vgl. Geller/Flitter 2013).

²¹ KPMG Econtech ist als Teil der KPMG's Economics, Infrastructure & Policy group und berät auf Basis ökonomischer Analysen Regierungen und Unternehmen (vgl. Medibank/KPMG Econtech 2011: 11).

Abbildung 8: Anteil der jeweiligen Krankheitsbilder am gesamten Produktivitätsverlust (im Ausmaß von 2.6 %)



Quelle: In Anlehnung an Medibank/KPMG Econtech 2011: 7.

Hervorzuheben ist die Erkenntnis, dass "The impact of presenteeism far outweighs the cost of absenteeism" (Medibank/KPMG Econtech 2011: 4). In einer Vorläuferstudie wurden die indirekten Kosten verursacht durch Präsentismus als fast viermal so hoch geschätzt wie die entsprechenden Kosten resultierend aus Absentismus und machten 2005/06 knapp 2.8 % des australischen BIP aus (vgl. Medibank Private/Econtech 2007: 4–5). Außerdem ist nicht auszuschließen, dass Präsentismus und Absentismus in einem substitutiven Verhältnis zueinander stehen: Abnehmender Absentismus kann einen negativen Einfluss auf die Produktivität eines Landes haben, da die wegen höherer Präsenz der Arbeitnehmer zwar gewonnene Arbeitszeit von einer aber insgesamt geringeren Arbeitsproduktivität neutralisiert oder sogar überkompensiert wird (vgl. Medibank/KPMG Econtech 2011: 9).

Basierend auf Daten des National Health Interview Survey [NHIS], der American Association of Retired Persons [AARP] und des Metlife Mature Market Institute berechneten DeVol und Bedroussian (2007: 127–128) anhand des BIP pro Erwerbstätigen den volkswirtschaftlichen Schaden, der in den USA durch die sieben häufigsten chronischen Krankheiten im Jahr 2003 entstanden ist. Die indirekten Kosten beliefen sich auf immerhin 9.7 % des BIP der Vereinigten Staaten (vgl. Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] 2014). Hierbei lag der Kostenanteil, der durch Präsentismus verursacht wurde, bei 86.8 % und derjenige, der dem Absentismus zugeschrieben werden konnte, bei nur 13.2 %.²² Die höchsten Produktionsausfälle mussten bei den Krankheiten Bluthochdruck, gefolgt von Krebs und Gemütsleiden verzeichnet werden (vgl. DeVol/Bedroussian 2007: 5–6). Werden die direkten Kosten hinzugerechnet,

²² Problematisch an dieser Vorgehensweise ist, dass die Autoren bei der Berechnung der Kosten für die einzelnen Krankheitsbilder, die von Goetz et al. (2004) ermittelten Kostenrelationen zwischen Präsentismus und Absentismus für die jeweiligen chronischen Krankheiten einfach übernommen haben (vgl. DeVol/Bedroussian 2007: 128).

steigt der Schaden von rund 1.047 Mrd. USD auf etwa 1.324 Mrd. USD an, wobei die Gesamtkosten für Krebs am höchsten, diejenigen für Bluthochdruck und Gemütskrankheiten am zweit- bzw. dritthöchsten ausgefallen sind (vgl. DeVol/Bedroussian 2007: 7).

Das neuseeländische Finanzministerium hat ebenfalls versucht, die Gesundheitskosten von Präsentismus und Absentismus zu quantifizieren. Zugrunde gelegt wurden Daten aus dem Survey of Family, Income and Employment [SoFIE], welche für die ständige Wohnbevölkerung repräsentativ sind. Die darin enthaltenen relevanten Fragen beziehen sich jeweils auf die vergangenen zwölf Monate. Für die Studie wurden in einer Panelanalyse 22'000 Erwerbspersonen (ohne Studenten) über die Jahre 2002, 2003 und 2004 hinweg befragt. Ausgewertet in der Längsschnittbetrachtung wurden die Angaben von 13'475 Personen, die in allen drei Wellen keinen Studentenstatus hatten, den Fragebogen jeweils vollständig ausgefüllt ("balanced sample") und darüber hinaus der Verwendung ihrer Daten zugestimmt haben (vgl. Holt 2010: 52–55). Anschließend wurden einige der direkten und indirekten Kosten für die Periode Oktober 2004 bis September 2005 berechnet. Direkte Kosten wurden für Personen im Alter von mindestens 17 Jahren geschätzt, indirekte Kosten nur für diejenigen im Alter von 17 bis 64 Jahren (vgl. Holt 2010: 7–11). Die durch Absentismus verursachten indirekten Kosten beliefen sich demnach auf 0.1 % des neuseeländischen BIP, die durch Präsentismus entstandenen indirekten Kosten hingegen je nach Schätzung auf 0.5 bis 5.4 % des BIP und damit auf ein Vielfaches des durch Absentismus erzeugten volkswirtschaftlichen Schadens. Werden die für eine reduzierte Arbeitsfähigkeit und für eine Arbeitsunfähigkeit anfallenden indirekten Kosten hinzuge-rechnet, steigt der gesamtwirtschaftliche Verlust auf 2.7 bis 7.6 % des BIP an (vgl. Holt 2010: 45).

Angemerkt werden muss hierbei dreierlei: Da im SoFIE erstens nur wenige Informationen über krankheitsbedingte Fehlzeiten vorhanden sind, flossen in die Berechnung der durch Absentismus verursachten Kosten lediglich Krankenhausaufenthalte und Krankheiten ein, die länger als eine Woche dauerten (vgl. Holt 2010: 19–20). Deshalb kann davon ausgegangen werden, dass die Absentismuskosten unterschätzt wurden. Zweitens enthält das SoFIE keine spezifischen Fragen zur Anzahl unproduktiver Arbeitsstunden und zum Umfang an Produktivitätseinbußen, weswegen zur Bestimmung der Präsentismuskosten für Ersteres verschiedene Methoden und für Letzteres bestimmte Annahmen getroffen werden mussten und – darauf basierend – mehrere Szenarien berechnet wurden (vgl. Holt 2010: 27–29). Als plausible Schätzung sieht die Autorin einen Anteil der durch Präsentismus verursachten Kosten am BIP Neuseelands von 2.7 % an (vgl. Holt 2010: 47).²³ Die Bewertung der Fehlzeiten wie auch der Produktivitätsverluste erfolgte mittels der Durchschnittslöhne der Vollzeitbeschäftigten (vgl. Holt 2010: 18), so dass drittens eine verzerrte Schätzung der tatsächlich angefallenen Kosten wahrscheinlich ist.²⁴

²³ Die gesamten indirekten Kosten machen in der plausiblen Variante 4.9 % des BIP aus und die Präsentismuskosten belaufen sich auf 55 % dieser Kosten (vgl. Holt 2010: 47).

²⁴ Die hier besonders interessierenden Präsentismuskosten dürften damit vermutlich eher überschätzt worden sein (vgl. zu den personenbezogenen Einflussfaktoren Kapitel 2.5.1.1.).

Eine weitere, amerikanische Studie – basierend auf dem für die amerikanische Erwerbsbevölkerung annähernd repräsentativen APA (vgl. Fußnote 6) – offenbart zudem, dass bei Depression oder dem Vorhandensein von Schmerzen (z. B. Kopf- und Rückenschmerzen) 75 bis 80 % der verlorenen Arbeitsstunden durch die Folgen von Präsentismus entstanden sind und nur 20 bis 25 % auf die effektiven Absenzen zurückgeführt werden können (vgl. Stewart et al. 2003b, Stewart et al. 2003c). Über alle 22 untersuchten Krankheiten hinweg ergibt sich, dass 66 % der insgesamt gesundheitsbedingt verlorenen Arbeitsproduktivität durch Präsentismus verursacht wird und nur 34 % durch Absentismus (vgl. Stewart et al. 2003a: 1237 und 1239).²⁵

Damit erhärtet sich die Aussage, dass die Kosten, die Unternehmen durch Präsentismus bei krankheitsbedingter eingeschränkter Arbeitsfähigkeit entstehen, einen sehr großen und zumeist auch den größten Anteil an den gesamten Ausgaben für Gesundheit reflektieren und die Kosten für Absentismus zum Teil deutlich übersteigen (vgl. auch Schultz/Chen/Edington 2009: 372).²⁶

3.3. Diskussion

Die Folgen von Präsentismus sind sowohl für den Gesundheitszustand der betroffenen Arbeitnehmer wie auch für die finanzielle Situation in den Unternehmen überwiegend negativ. In Bezug auf die gesundheitlichen Konsequenzen gibt es mehrere Studien, die aufdecken, dass Präsentismus eine pathogene, potentiell krankmachende oder ein Leiden verschlimmernde Wirkung hat. Allerdings muss erwähnt werden, dass Präsentismus ebenfalls einen positiven Effekt auf die Gesundheit haben kann, allerdings ist die Evidenzlage hierzu äußerst dünn.

Aus mikroökonomischer Perspektive zeigt sich, dass die mit Präsentismus verbundenen Kosten sichtbar höher sind als die direkten Kosten (medizinische Behandlung und Medikamente) und gleichfalls als die aus Absentismus resultierenden Einbußen.²⁷ Der Aggregationslogik folgend, spiegeln sich die Kosten des Präsentismus sowohl beim europäischen als auch beim amerikanischen Ansatz ebenso auf der makroökonomischen Ebene wider. Bei Studien, die dem amerikanischen Ansatz zuzurechnen sind, konnte sogar ein Einfluss auf den privaten Konsum, die Exporte, die Importe und die Investitionen nachgewiesen werden.

Beachtet werden muss, dass sich Präsentismus ausschließlich auf Krankheit i.e.S. bezieht. Phänomene wie "Dienst nach Vorschrift", innere Kündigung, Mobbing oder Burnout werden üblicherweise nicht unter

²⁵ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sich die Berechnung der volkswirtschaftlichen Verluste auf den Wert verlorener Arbeitszeit beschränkt und weitere Faktoren, wie die Kosten für Ersatzpersonal, die Zusatzarbeit für Kollegen, ein Einkommensverlust bei den Betroffenen, entgangene Steuern, Kosten für das Sozialversicherungssystem etc. außer Acht gelassen werden.

²⁶ Eine Ausnahme bildet die Studie von Kessler et al. (2001). Die Autoren ermitteln ein Verhältnis von 1:1 bei den durch Absentismus und Präsentismus binnen der vergangenen 30 Tage verloren gegangenen Arbeitstage (vgl. Kessler et al. 2001: 220).

²⁷ Studien zu den monetären Auswirkungen krankheitsbedingter Einschränkungen kommen häufig zum Schluss, dass Präsentismus die Arbeitgeber doppelt bis dreimal soviel kostet, wie die durch Abwesenheit von Arbeitskräften, die ihre Krankheiten auskurieren, verursachten Kosten (vgl. Hemp 2004: 51).

diesen Begriff subsumiert, auch wenn die Arbeitskräfte bzw. vormalig Beschäftigten hier gleichfalls eine Form von (innerer) Abwesenheit an den Tag legen, obwohl sie körperlich anwesend sind bzw. waren. Würden die damit verbundenen Verluste ebenfalls dem Präsentismus zugeschrieben, würde die Bilanz zwischen Präsentismus und Absentismus noch deutlicher zuungunsten von Ersterem ausfallen.

4. Handlungsempfehlungen

In diesem Kapitel sollen Lösungsansätze präsentiert werden, wie Präsentismus verhindert oder abgeschwächt werden kann. Hierbei wird nicht explizit nach dem europäischen und amerikanischen Kontext unterschieden, weil die vorgestellten Ideen grundsätzlich für beide Forschungsstränge bzw. Betroffenen-Gruppen anwendbar sind.

Ein erster Lösungsansatz besteht darin, die Lohnfortzahlung bei Krankheit im Gesetz zu verankern. Eine Lohnfortzahlung im Krankheitsfall ist z. B. in den USA nicht üblich (vgl. Niemann 2007). Dadurch könnte der Einflussfaktor "finanzielle Situation" für die nicht voll einsatzfähigen Arbeitskräfte entschärft werden. Generell sollte der Inhalt von Arbeitsverträgen so ausgestaltet sein, dass dem Beschäftigten bei Krankheit ein angemessenes Einkommen garantiert wird. Hierzu könnten auch tarif- bzw. gesamtarbeitsvertragliche Lösungen (subsidiär oder ergänzend zu gesetzlichen) beitragen. Außerdem sollten variable, leistungsbezogene Vergütungsanteile an Zielvorgaben gekoppelt sein, die mit durchschnittlichen ("normalen") krankheitsbedingten Fehlzeiten noch zu erreichen sind (vgl. Hägerbäumer 2011: 237).

Einen wichtigen Ansatzpunkt für unternehmerisches Handeln bietet der Befund aus einer bundesweiten, repräsentativen Befragung unter den Mitgliedern der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung [GKV], dass nämlich der Anteil derer, die krank zur Arbeit gehen, in Unternehmen mit Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung [BGF] signifikant geringer ausfällt als in Unternehmen ohne BGF (64.4 % versus 54.6 %) (vgl. Zok 2008a: 138). Ein weiterer Lösungsansatz kann deshalb darin gesehen werden, BGF insofern direkt zu unterstützen, als Beschäftigte, die diese in Anspruch nehmen, von einer Steuerentlastung oder sogar staatlichen Transferleistung profitieren können. In Deutschland beispielsweise wurde im Jahr 2009 ein Artikel ins Einkommensteuergesetz aufgenommen, der Leistungen des Arbeitgebers zur Erhaltung und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der Belegschaft, soweit sie 500 € im Kalenderjahr nicht übersteigen, für die einzelne Arbeitskraft weder als steuer- noch als sozialabgabenpflichtig erklärt (vgl. § 3 Nr. 34 Einkommensteuergesetz [EStG]). Eine Umfrage der Initiative Gesundheit und Arbeit [IGA] (2011: 18) zeigte allerdings, dass die Inanspruchnahme bislang gering ist, wenngleich eine Anreizwirkung spürbar ist. Als Grund, weshalb nur wenige Unternehmen diese Möglichkeit der Steuererleichterung für ihre Mitarbeiter nutzen, werden hohe bürokratische Hürden genannt. So muss in aufwendigen Abklärungen mit den lokalen Finanzbeamten jede Vorsorgemaßnahme für den einzelnen Mitarbeiter verhandelt und detailliert nachgewiesen werden (vgl. Booz & Company 2011: 11).

BGF hat die Verbesserung der Gesundheit der Angestellten zum Ziel. Hierunter fallen nicht nur die Primärprävention, sondern auch Programme, die ein Fortschreiten von Krankheiten verhindern (Erhaltung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes). Zur Primärprävention selbst zählen insbesondere Programme zur Verhaltensmodifikation, Bildungsprogramme rund um die Gesundheit sowie Wellness-Angebote oder Seminare zur Stressbewältigung (vgl. Goetzel/Ozminkowski 2008: 305, zit. in Pistor 2010: 56). Naydeck et al. (2008: 146–147) untersuchten ein primäres Präventionsprogramm eines amerikanischen Unternehmens mit 12'000 Angestellten. Dieses enthielt eine Beurteilung der Gesundheit, Bildungsprogramme zur gesunden Ernährung, Gewichts- und Stressmanagement, ein Tabakentwöhnungsprogramm, eine biometrische Untersuchung und ein 6- bis 12-wöchiges Programm zur Förderung der sportlichen Aktivitäten. Außerdem konnten die Mitarbeitenden in ein betriebseigenes Fitnesscenter gehen. Für das Gesundheitsprogramm investierte das Unternehmen über vier Jahre hinweg total 808'403 USD. Ohne das Programm wären dem Unternehmen Kosten in Höhe von 1'355'524 USD entstanden. Das impliziert einen Return On Investment [ROI] auf das Präventionsprogramm von 1.65 USD für jeden ausgegebenen Dollar. Der positive ROI zeigt, dass es sich für Unternehmen durchaus lohnen kann, in die Gesundheit ihrer Mitarbeiter zu investieren.

Zum gleichen Ergebnis kam die Studie von Booz & Company (2011) für Deutschland (vgl. Booz & Company 2011: 9). Schmidt und Schröder (2010: 97–98) sehen in ihrer Studie Hinweise darauf, dass die betriebliche Gesundheitsvorsorge den Präsentismus senken kann. Denn es ist zu vermuten, dass Aufklärung und Angebote zur BGF die Beschäftigten eher dazu sensibilisieren, mit ihrer eigenen Gesundheit verantwortungsbewusster umzugehen. Tatsächlich haben Betriebe mit entsprechenden Maßnahmen zur Senkung des Krankenstandes auch mehr Krankmeldungen (64.5 % zu 59.2 %) und weniger unterlassene Krankmeldungen (65.5 % zu 74.1 %) als Betriebe, die keine gesundheitsfördernden Maßnahmen umsetzen. Allerdings kann ein kausaler Zusammenhang zwischen der Sensibilisierung mittels betrieblicher Angebote und einem bewussteren Umgang mit der eigenen Gesundheit bei einer Querschnittsbetrachtung naturgemäß nicht ermittelt werden. Dennoch geben die Arbeitnehmenden in solchen Betrieben weniger gesundheitliche Probleme an und weisen seltener Präsentismus auf (vgl. Schmidt/Schröder 2010: 98).

Darüber hinaus könnte Präsentismus dadurch eingedämmt werden, dass Arbeitgeber die Fristen für die Einforderung eines Arbeitszeugnisses bei krankheitsbedingten Absenzen flexibel zugunsten der Beschäftigten handhaben. So könnten diese situativ, beispielsweise bei einer normal verlaufenden Grippe, auf die in Arbeitsverträgen – z. B. in der Schweiz – übliche Regelung, bereits ab dem dritten oder vierten Krankheitstag ein Arzzeugnis zu verlangen (vgl. Staatssekretariat für Wirtschaft [seco] 2014), entweder für alle oder zumindest für diejenigen Beschäftigten(-gruppen) verzichten, bei denen kein begründeter Verdacht auf das Ausnutzen einer solchen Regelung besteht.²⁸ Hierzu sind nicht zuletzt der Aufbau einer tragfähigen

²⁸ Hierbei ist festzuhalten, dass gerade in kleinen Betrieben, in denen sich Arbeitgeber und Arbeitnehmer gut kennen, die Einforderung eines Arzzeugnisses oft situativ geregelt wird. Zudem hat der Arbeitgeber in der Schweiz nach

Vertrauensbasis zwischen Arbeitgeber und Belegschaft sowie eine entsprechende Sensibilisierung der Personalverantwortlichen vonnöten.

Einen direkten und den vermutlich größten Effekt auf die Gesundheit der Mitarbeiter und damit die Präsentismusrate und das Betriebsergebnis können Unternehmen ohnehin selbst erzeugen, indem sie in ihr Sozialkapital, also die weichen Faktoren – wie die Unternehmens- und Führungskultur – investieren (vgl. Badura/Hehlmann/Walter 2010: 4–6, Badura et al. 2013: 47). Neben der Pflicht, Rücksicht auf gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitskräfte zu nehmen und diese gegebenenfalls sogar zur Rekonvaleszenz nach Hause zu schicken, sind Arbeitgeber aufgrund ihrer Fürsorgepflicht angehalten, ein Betriebsklima herzustellen, welches den Beschäftigten – ohne negative Konsequenzen befürchten zu müssen – erlaubt, eine Krankheit außerhalb des Betriebes auszukurieren.

Da Präsentismus deutlich höhere Kosten als Absentismus verursacht (vgl. Johns 2010: 530), sind aus Sicht des heutigen Forschungsstandes sog. Anwesenheitsprämien, welche zur Bekämpfung von Absenzen eingeführt worden sind (vgl. Salowsky 1996, Zok 2008b, Pärli/Hug 2012: 9), jedenfalls sowohl aus betriebs- wie auch aus volkswirtschaftlicher Perspektive unter Effizienzgesichtspunkten als höchst fragwürdiges Instrument zu beurteilen. Anwesenheitsprämien sollen jene Personen belohnen, die dem Arbeitgeber permanent für Arbeitseinsätze zur Verfügung stehen (vgl. Schönenberger 2001: 54). In Deutschland sieht das Gesetz über die Zahlung des Arbeitsentgelts an Feiertagen und im Krankheitsfall [Entgeltfortzahlungsgesetz]²⁹ in § 4a explizit vor, dass Sondervergütungen, zu denen auch Anwesenheitsprämien zählen,³⁰ für Zeiten der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit durch Vereinbarung zulässigerweise gekürzt werden können.³¹ Damit werden eindeutig Anreize gesetzt, Absentismus zu vermeiden und Präsentismus zu praktizieren.

5. Fazit und Ausblick

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Präsentismus ein ernst zu nehmendes Phänomen für Volkswirtschaften darstellt. Zu diesem Schluss kommen sowohl die Studien im Rahmen des europäischen Forschungsstrangs, welche sich auf die Ursachen und den Präsentismus begünstigende Einflussfaktoren konzentrieren, wie auch die Studien des amerikanischen Ansatzes zur Erforschung des Präsentismus, welche vor allem das Ausmaß der Produktionsverluste untersuchen, die durch anwesende Angestellte mit chronischen Krankheiten vor allem via sinkender Arbeitsproduktivität verursacht werden.

geltendem Recht die Möglichkeit, bereits ab dem ersten Tag der Verhinderung wegen Krankheit ein Arzzeugnis zu verlangen.

²⁹ Entgeltfortzahlungsgesetz vom 26. Mai 1994 (vgl. Bundesgesetzblatt [BGBl.] I: 1014 und 1065), das zuletzt durch Art. 1a des Gesetzes vom 21. Juli 2012 (vgl. BGBl. I: 1601) geändert worden ist.

³⁰ Der Entgeltfortzahlungsanspruch im Krankheitsfall umfasst gemäß einem Urteil des Bundesarbeitsgerichts [BAG] grundsätzlich auch die Anwesenheitsprämie (vgl. BAG, 04.10.1978 – 5 AZR 886/77).

³¹ Die Kürzung ist jedoch pro Tag der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit begrenzt auf ein Viertel des Arbeitsentgelts, das im Jahresdurchschnitt auf einen Arbeitstag entfällt (vgl. § 4a Entgeltfortzahlungsgesetz).

Die kostenorientierte Fokussierung der vornehmlich US-amerikanischen Forschung rührt zum Großteil daher, dass die Unternehmen im amerikanischen Gesundheitssystem den zentralen Nachfrager nach Versorgungsleistungen darstellen. Nicht überraschend liegen deshalb z. B. für Deutschland, in denen die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu jeweils 50 % von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern aufgebracht werden,³² eher wenige, für die Schweiz, in der sich die Arbeitgeber in aller Regel nicht (direkt) an der Finanzierung der Gesundheitskosten ihrer Belegschaften beteiligen, sondern die entsprechenden Beitragszahlungen zu 100 % von den Arbeitskräften zu erbringen sind,³³ kaum noch Untersuchungen zu den Kosten von Präsentismus vor. Deshalb sei an dieser Stelle die in weiteren wissenschaftlichen Arbeiten zu überprüfende Hypothese aufgeworfen, dass die unterschiedliche Verteilung der Lasten zur Finanzierung des nationalen Gesundheitssystems durchaus eine Rolle spielen kann im Hinblick auf den Grad der Sensibilisierung der Arbeitgeber für die Folgen von Präsentismus und dessen Relation zum Absentismus.

Bei den Methoden bzw. Messinstrumenten zeigt sich, dass sowohl der europäische wie auch der amerikanische Ansatz die subjektive Selbsteinschätzung im Rahmen von Umfragen nutzen. Allerdings schneiden die amerikanischen Messinstrumente bezüglich Validität besser ab als die bei europäischen Studien verwendeten Fragebogen.

Präsentismus ist nicht nur in Europa weit verbreitet (vgl. Hägerbäumer 2001: 78, Preisendörfer 2010: 401 und 408). Allerdings gibt es eine große Diskrepanz sowohl quantitativ als auch qualitativ zwischen den Ergebnissen aus den einzelnen nationalen Studien. Die einzige bislang vorliegende transnationale Studie offenbart, dass die Beschäftigten in Spanien den höchsten Präsentismuswert der untersuchten vier Länder aufweisen.

Der europäische Ansatz hat seine Stärke eindeutig in der Eruiierung der Einflussfaktoren von Präsentismus. Hierbei haben neben personenbezogenen Faktoren, wie Einkommen, Bildung und Gesundheit, und arbeitsbezogenen Faktoren, wie Zeitdruck, Druck von Mitarbeitern und die Angst vor dem Arbeitsplatzverlust, auch umweltbedingte Faktoren, wie die Regelung der Lohnfortzahlung oder die allgemeine Wirtschaftslage, einen großen Einfluss auf den Präsentismus. Beim amerikanischen Ansatz existieren in diesem Kontext lediglich Studien, die nachweisen, dass mit zunehmendem individuellem Gesundheitsrisiko bzw. einer höheren Zahl an Risikofaktoren auch die Präsentismusrate steigt.

In Bezug auf die gesundheitlichen Folgen decken vor allem europäische Studien auf, dass Präsentismus die Wahrscheinlichkeit erhöht, später durch (chronische) Krankheit bei der Arbeit auszufallen (vgl. ebenfalls

³² Vgl. § 249 Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988 (vgl. BGBl. I: 2477 und 2482)), das durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2014 (vgl. BGBl. I: 1133) geändert worden ist [SGB V] in der ab dem 01. Januar 2015 geltenden Fassung sowie Art. 1 Nr. 23 des Entwurfs eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesregierung [GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz – GKV-FQWG] (vgl. hierzu ebenso <http://rsw.beck.de/rsw/upload/FDDStR/GKV-FQWG-Kabinettfassung-.pdf>).

³³ Vgl. z. B. Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] 2014: 43, BSV 2013: 74–75.

Pärli/Hug 2012: 5). Neben der pathogenen Wirkung des Präsentismus, gibt es auch wenige Studien, die dem Präsentismus eine salutogene, die Gesundheit erhaltende oder sogar fördernde Wirkung zusprechen. Die finanziellen Folgen werden vor allem durch den amerikanischen Ansatz abgebildet. Dabei wird offenbar, dass Präsentismus deutlich mehr Kosten als Absentismus verursacht, wengleich dessen Kosten nicht so direkt sichtbar sind wie diejenigen beim Fernbleiben vom Arbeitsplatz (vgl. Hemp 2004: 50–51). Weiter kann Präsentismus einen Einfluss auf das BIP, den privaten Konsum, den Export, den Import und die Investitionen haben.

Unsere Handlungsempfehlungen zur Vermeidung bzw. Verringerung von Präsentismus bestehen darin, den Regierungen bzw. Sozialpartnern naheulegen, die Lohnfortzahlung entweder gesetzlich oder tarif- bzw. gesamtarbeitsvertraglich zu verankern. Ein zweiter erfolgversprechender Weg könnte sein, den Unternehmen eine (Über-)Prüfung der ökonomischen Effizienz betrieblicher Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vorzuschlagen. Für eine Reihe von Unternehmen kann es sich durchaus lohnen, in die Gesundheitsvorsorge zu investieren. Hierbei könnte auch der Staat vor allem für Klein- und Mittelunternehmen Hand bieten und Anreize schaffen, dass sich diese Unternehmen gleichfalls stärker für die Einrichtung und Umsetzung solcher Programme entscheiden.³⁴

Last, but not least ist es eine Aufgabe des Managements, dem schädlichen Phänomen des Präsentismus auf den Grund zu gehen (vgl. Sohmer o. D., Kirchner 2013). Im Sinne einer Bestandsaufnahme müssen Firmenstruktur und Arbeitsbedingungen durchleuchtet werden: Sind die Mitarbeiter zwar gefordert, aber nicht überfordert? Haben sie eine hinreichende Kontrolle über ihre Arbeit? Werden Leistung und Einsatz anerkannt? Legt man im Betrieb Wert auf eine Vertrauenskultur und auf eine offene Kommunikation sowie Respekt im Umgang miteinander? Wie sieht es mit der horizontalen und vertikalen sozialen Kompetenz und Unterstützung aus?³⁵ Darüber hinaus ist es nicht zuletzt eine Frage des Führungsstils und zwar nicht nur des Managements, sondern auch des direkten Vorgesetzten, ob bzw. inwieweit es gelingt, die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen, das Stressempfinden zu dämpfen und gesundheitliche Probleme zu vermeiden (vgl. auch Grebner et al. 2011: 61–67, 111, 121, zudem insbesondere Tabelle 19: 165).

Aus verschiedenen Gründen ist es höchst bedenklich, wenn immer mehr junge Personen nicht mehr in den Erwerbsprozess integriert werden können. Die Zunahme der Neuanmeldungen für den Bezug von

³⁴ Eine aktuelle Studie für Deutschland deckt auf, dass von Firmen am Arbeitsplatz angebotene Gesundheitskurse und Gesprächskreise bzw. Diskussionsrunden, an denen sich die Beschäftigten aktiv beteiligen (müssen), die Betriebszugehörigkeitsdauer verlängern, die Anzahl an Arbeitsplatzwechseln bzw. Fluktuationen vermindern und damit zu stabileren Beschäftigungsverhältnissen beitragen. Darüber hinaus verfestigen sie die Bindung der älteren Arbeitnehmer (Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen) an den Arbeitsmarkt (vgl. Huber/Lechner/Wunsch 2014).

³⁵ Hansen und Andersen (2008) fanden heraus, dass soziale Unterstützung am Arbeitsplatz mit einem geringeren Präsentismusrisiko einhergeht. Caverley/Cunningham/MacGregor (2007) erkannten einen negativen Zusammenhang zwischen der sozialen Unterstützung durch die Führungskraft und dem Ausmaß an Präsentismus. Bei Nyberg et al. (2008) zeigte sich, dass eine als gering eingeschätzte Integrität der Führungskraft mit hohen Präsentismuswerten verbunden ist.

Leistungen aus dem System der Invalidenversicherung [IV] ist in der Schweiz seit einiger Zeit besonders groß bei Jugendlichen mit einer psychischen Störung. Den meisten der anspruchsberechtigten jungen Antragsteller muss eine volle IV-Rente gewährt werden (vgl. OECD 2014: 152–154). Die Zunahme bei den Jugendlichen widerspiegelt ein OECD-weites Phänomen (vgl. OECD 2012), dem die Politik mehr Aufmerksamkeit beimessen muss. Auch diese Kosten werden dem Präsentismus nicht zugerechnet, wenngleich sie zumindest indirekt und bis zu einem gewissen Ausmaß dadurch beeinflusst sein können. Denn wenn die gestiegenen Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt von einem immer größer werdenden Teil des zukünftigen Arbeitskräftepotenzials nicht mehr zu bewältigen sind, ist für die Betroffenen eine bewusste Entscheidung zwischen Präsentismus und Absentismus erst gar nicht (mehr) möglich.

Präsentismus wird aller Voraussicht nach in Zukunft im Vergleich zum Absentismus an Bedeutung gewinnen. Dies einerseits deshalb, weil sich chronische Krankheiten bei gleichzeitig steigendem Arbeitsdruck weiter ausbreiten werden. Andererseits wird der Anteil psychischer Erkrankungen am Krankheitsspektrum ansteigen, alleine schon deswegen, weil körperliche Arbeit abnimmt und geistige, kreative Arbeit zunimmt. In einer Studie an männlichen Arbeitnehmern mit depressiven Symptomen konnte bereits erkannt werden, dass sich der gesundheitsbedingte Produktivitätsverlust mit steigender beruflicher Stellung zunehmend in Form von Präsentismus äußert und weniger als Absentismus. So hatten z. B. Mitglieder des Vorstands, Betriebsleiter oder Ingenieure, die unter Depressionen leiden, weit höhere Produktivitätsverluste in Form von Präsentismus als in Form von Absentismus zu verzeichnen, während diese Relation bei Arbeitern, Händlern oder Verkäufern etc. noch genau in die andere Richtung zeigte (vgl. Hilton 2007). Hinzu kommt, dass psychische Erkrankungen zu einem vergleichsweise hohen Verlust an Arbeitsproduktivität führen. Unsere Prognose ist, dass Präsentismus in der Forschungsagenda von Ökonomen einen immer wichtigeren Platz einnehmen wird.

Literaturverzeichnis

- Agudelo-Suárez, A. A./Benavides, F. G./Felt, E., Ronda-Pérez, E./Vives-Cases, C./García, A. M. (2010): Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain, in: *BioMed Central [BMC] Public Health*, 10: 791; online unter: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/791>, abgerufen am 22.06.2014.
- Aronsson, G./Gustafsson, K. (2005): Sickness presenteeism: Prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(9), pp. 958–966.
- Aronsson, G./Gustafsson, K./Dallner, M. (2000): Sick but yet at work: An empirical study of sickness presenteeism, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), pp. 502–509.
- Asendorpf, J. B. (2011): *Persönlichkeitspsychologie – für Bachelor*, 2. Aufl., Heidelberg.
- Ashby, K./Mahdon, M. (April 2010): *Why do employees come to work when ill? An investigation into sickness presence in the workplace*, London.
- Baase, C. M. (2007): Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2006, Chronische Krankheiten*, Berlin - Heidelberg, S. 45–59.
- Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P./Ueberle, M./Behr, M. (2013): *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*, 2., erw. Aufl., Berlin - Heidelberg.
- Badura, B./Hehlmann, T./Walter, U. (Hrsg.) (2010): *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, 2., vollst. überarb. Aufl., Berlin - Heidelberg.
- Beaton, D./Bombardier, C./Escorpizo, R./Zhang, W./Lacaille, D./Boonen, A./Osborne, R. H./Anis, A. H./Strand, C. V./Tugwell, P. S. (2009): Measuring worker productivity: Frameworks and measures, in: *The Journal of Rheumatology*, 36(9), pp. 2100–2109.
- Berger, M. L./Murray, J. F./Xu, J./Pauly, M. (2001): Alternative valuations of work loss and productivity, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(1), pp. 18–24.
- Bergström, G./Bodin, L./Hagberg, J./Lindh, T./Aronsson, G./Josephson, M. (2009): Does sickness presenteeism have an impact on future general health?, in: *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82(10), pp. 1179–1190.
- Böckerman, P./Laukkanen, E. (2010): What makes you work while you are sick? Evidence from a survey of workers, in: *European Journal of Public Health*, 20(1), pp. 43–46.
- Bödeker, W./Hüsing, T. (2008): *IGA-REPORT 12. IGA-Barometer 2. Welle. Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit – 2007*, Essen.
- Boles, M./Pelletier, B./Lynch, W. (2004): The relationship between health risks and work productivity, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7), pp. 737–745.
- Booz & Company (2011): *Vorteil Vorsorge. Die Rolle der betrieblichen Gesundheitsvorsorge für die Zukunftsfähigkeit des Wirtschaftsstandorts Deutschland*, München.
- Brouwer, W. B./van Exel, N. J./Koopmanschap, M. A./Rutten, F. F. (2002): Productivity costs before and after absence from work: as important as common?, in: *Health Policy*, 61(2), pp. 173–187.
- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (Hrsg.) (2013): *Schweizerische Sozialversicherungsstatistik 2013. Gesamtrechnung, Hauptergebnisse und Zeitreihen der AHV, IV, EL, BV, KV, UV, EO, ALV, FZ*, Bern.

- Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] (Hrsg.) (2014): Ratgeber Sozialversicherungen: Ein praktischer Führer für KMU, Stand: 01.01.2014, in Zusammenarbeit mit dem Bundesamt für Gesundheit [BAG] und dem Staatssekretariat für Wirtschaft [seco], Bern.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (versch. Jg.): Arbeitsvolumenstatistik (AVOL): Jährliche Dauer der Absenzen und Absenzenquote der Vollzeitarbeitnehmenden nach Geschlecht, Nationalität und Wirtschaftsabschnitten, Bern.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2010): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung, Neuchâtel.
- Burton, W. N./Chen, C. Y./Conti, D. J./Schultz, A. B./Edington, D. W. (1999): The role of health risk factors and disease on worker productivity, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 41(10), pp. 863–877.
- Burton, W. N./Chen, C. Y./Conti, D. J./Schultz, A. B./Edington, D. W. (2006): The association between health risk change and presenteeism change, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 48(4), pp. 252–263.
- Burton, W. N./Chen, C. Y./Conti, D. J./Schultz, A. B./Pransky, G./Edington, D. W. (2005): The association of health risks with on-the-job productivity, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(8), pp. 769–777.
- Caverley, N./Cunningham/J. B./MacGregor, J. N. (2007): Sickness presenteeism, sickness absenteeism, and health following restructuring in a public service organization, in: *Journal of Management Studies*, 44(2), pp. 304–319.
- Chartered Institute of Personnel and Development [CIPD]/Simplyhealth (2012): *Absence Management 2012*, London.
- Chatterji, M./Tilley, C. J. (2002): Sickness, absenteeism, presenteeism, and sick pay, in: *Oxford Economic Papers*, 54(4), pp. 669–687.
- Chesney, S. (2008): Preventing presenteeism, in: *CMA Management*, 82(3), pp. 16–17.
- Chlumsky, D. (2010, 10. Juli): Sinkender Krankenstand: Präsentismus und Doping am Arbeitsplatz, in: SIFATipp. Praxisportal für Sicherheitskräfte; online unter: <http://www.sifatipp.de/fachwissen/fachartikel/arbeitsschutzmanagement/prasentismus-und-doping/>, abgerufen am 28.06.2014.
- Claes, R. (2011): Employee correlates of sickness presence: A study across four European countries, in: *Work & Stress*, 25(3), pp. 224–242.
- Collins, J. J./Baase, C. M./Sharda, C. E./Ozminkowski, R. J./Nicholson, S./Billotti, G. M./Turpin, R. S./Olson, M./Berger, M. L. (2005): The assessment of chronic health conditions on work performance, absence, and total economic impact for employers, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47(6), pp. 547–557.
- Cronbach, L. J. (1951): Coefficient alpha and the internal structure of tests, in: *Psychometrika*, 16(3), pp. 297–334.
- de Kok, J./Vroonhof, P./Verhoeven, W./Timmermans, N./Kwaak, T./Snijders, J./Westhof, F. (2011): Do SMEs create more and better jobs?, Zoetermeer.
- DeVol, R./Bedroussian, A. (October 2007): An unhealthy America: The economic burden of chronic disease charting a new course to save lives and increase productivity and economic growth, Executive Summary and Research Findings, Santa Monica.
- de Vroome, E. (2006): Prevalence of Sickness Absence and "Presenteeism"; online unter: <http://eurofound.europa.eu/ewco/2006/07/NL06070191.htm>, abgerufen am 07.07.2014.

- DGB-Index Gute Arbeit GmbH (Hrsg.) (2009): DGB-Index Gute Arbeit – Der Report 2009. Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen, Berlin.
- Demerouti, E./Blanc, P. M. L./Bakker, A. B./Schaufeli, W. B./Hox, J. (2009): Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout, in: *Career Development International*, 14(1), pp. 50–68.
- Dew, K./Keefe, V./Small, K. (2005): Choosing to work when sick: Workplace presenteeism, in: *Social Science & Medicine*, 60(10), pp. 2273–2282.
- Drummond, M. (1992): Cost-of-illness studies: A major headache?, in: *Pharmacoeconomics*, 2(1), pp. 1–4.
- Elstad, J. I./Vabo, M. (2008): Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care, in: *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(5), pp. 467–474.
- Evans, C. J. (2004): Health and work productivity assessment: State of the art or state of flux?, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46 (suppl. 6), pp. 3–11.
- Fauceglia, D. (2005): Absentismus in der Schweiz – Eine empirische Analyse, Master-Arbeit, Universität St. Gallen.
- Fissler, E. R./Krause, R. (2010): Absentismus, Präsentismus und Produktivität, in: Badura, B./Walter, U./Hehlmann, T. (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin - Heidelberg, S. 411–425.
- Geller, M./Flitter, E. (2013, April 10): FBI probes trading as KPMG quits Herbalife, Skechers audits, in: Reuters; online unter: <http://uk.reuters.com/article/2013/04/09/us-herbalife-auditor-idUSBRE9380N920130409>, abgerufen am 22.06.2014.
- Grebner, S./Berlowitz, I./Alvarado, V./Cassina, M. (2011): Stresstudie 2010: Stress bei Schweizer Erwerbstätigen – Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit, Studie im Auftrag des Staatssekretariats für Wirtschaft [seco], Bern.
- Goetzel, R. Z./Long, S. R./Ozminkowski, R. J./Hawkins, K./Wang, S./Lynch, W. (2004): Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), pp. 398–412.
- Goetzel, R. Z./Ozminkowski, R. J. (2008): The health and cost benefits of work site health-promotion programs, in: *Annual Review of Public Health*, 29, pp. 303–323.
- Hägerbäumer, M. (2011): Ursachen und Folgen des Arbeitens trotz Krankheit – Implikationen des Präsentismus für das betriebliche Fehlzeiten- und Gesundheitsmanagement, Dissertation, Universität Osnabrück.
- Hansen, C. D./Andersen, J. H. (2008): Going ill to work. What personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism?, in: *Social Science & Medicine*, 67(6), pp. 956–964.
- Hansen, C. D./Andersen, J. H. (2009): Sick at work. A risk factor for long-term sickness absence at a later date?, in: *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(5), pp. 397–402.
- Haupt, C. M. (2010): Der Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsverhalten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie, in: Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009: Psychische Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*, Berlin, S. 101–107.
- Heath, J. (2013, April 2): Call for Medibank sale, in: *Financial Review*; online unter: http://www.afr.com/p/business/financial_services/call_for_medibank_sale_YTF2cOJfz3JN19QY1jcmL, abgerufen am 22.06.2014.

- Heckel, M. (2013, 20. März): Wenn der Kunde auf der Strecke bleibt, in: Handelsblatt; online unter: <http://www.handelsblatt.com/unternehmen/digitale-revolution-der-wirtschaft/digitale-welt-wenn-der-kunde-auf-der-strecke-bleibt/7956626.html>, abgerufen am 22.06.2014.
- Hemp, P. (2004): Presenteeism: At work but out of it, in: Harvard Business Review, 82(10), pp. 49–58.
- Hilton, M. F. (2007): Getting upstream of psychological disability in the workforce – who are we not seeing and at what cost?, Workshop presentation at MRC conference on employment and mental health: Absence from work due to mild and moderate ill health, Manchester, 15-16 January 2007.
- Hilton, M. F./Scuffham, P. A./Sheridan, J./Cleary, C. M./Whiteford, H. A. (2008): Mental ill-health and the differential effect of employee type on absenteeism and presenteeism, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50(11), pp. 1228–1243.
- Holden, L./Scuffham, P. A./Hilton, M. F./Vecchio, N. N./Whiteford, H. A. (2010): Work performance decrements are associated with Australian working conditions, particularly the demand to work longer hours, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 52(3), pp. 281–290.
- Holt, H. (November 2010): The cost of ill health, New Zealand Treasury working paper No. 10/04, Wellington.
- Howard, K. J./Mayer, T. G./Gatchel, R. J. (2009): Effects of presenteeism in chronic occupational musculoskeletal disorders: Stay at work is validated, in: Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51(6), pp. 724–731.
- Huber, M./Lechner, M./Wunsch, C. (June 2014): Workplace health promotion and labour market performance of employees, School of Economics and Political Science [SEPS], University of St. Gallen.
- Hultin, H./Hallqvist, J./Alexanderson, K./Johansson, G./Lindholm, C./Lundberg, I./Moller, J. (2010): Low level of adjustment latitude – a risk factor for sickness absence, in: European Journal of Public Health, 20(6), pp. 682–688.
- Initiative Gesundheit & Arbeit [IGA] (2011): Auswirkung der Steuerbefreiung auf die Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung, Essen.
- Iverson, D. C./Krause, R. (2007): Produktivitätsräuber Präsentismus, in: Personal – Zeitschrift für Human Resource Management, 59(12), S. 46–48.
- Jacob-Tacke, K. H./Koopmanschap, M. A./Meerding, W. J./Severens, J. L. (2005): Correcting for compensating mechanisms related to productivity costs in economic evaluations of health care programmes, in: Health Economics, 14(5), pp. 435–443.
- Johansen, V. (2012). Sickness presenteeism in Norway and Sweden, in: Nordic Journal of Social Research, 3, pp. 88–102.
- Johansson, G./Lundberg, I. (2004): Adjustment latitude and attendance requirements as determinants of sickness absence or attendance. Empirical tests of the illness flexibility model, in: Social Science & Medicine, 58(10), pp. 1857–1868.
- Johns, G. (1994): How often were you absent? A review of the use of self-reported absence data, in: Journal of Applied Psychology, 79(4), pp. 574–591.
- Johns, G. (2007): Absenteeism, in: Ritzer, G. (ed.): The Blackwell Encyclopedia of Sociology, Oxford.
- Johns, G. (2008a): Absenteeism and presenteeism: Not at work or not working well, in: Barling, J./Cooper, C. L. (eds.): The SAGE Handbook of Organizational Behavior, Vol. 1: Micro approaches, London, pp. 160–177.

- Johns, G. (2008b): Absenteeism or presenteeism? Attendance dynamics and employee well-being, in: Cartwright, S./Cooper, C. L. (eds.): *The Oxford Handbook of Organizational Well-Being*, Oxford, pp. 7–30.
- Johns, G. (2010): Presenteeism in the workplace: A review and research agenda, in: *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), pp. 519–542.
- Johns, G. (2011): Attendance dynamics at work: The antecedents and correlates of presenteeism, absenteeism, and productivity loss, in: *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(4), pp. 483–500.
- Judiesch, M. K./Lyness, K. S. (1999): Left behind? The impact of leaves of absence on managers' career success, in: *Academy of Management Journal*, 42(6), pp. 641–651.
- Kessler, R. C./Barber, C./Beck, A./Berglund, P./Cleary, P. D./Mckenas, D./Pronk, N./Simon, G./Stang, P./Ustun, T. B./Wang, P. (2003): The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ), in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(2), pp. 156–174.
- Kessler, R. C./Greenberg, P. E./Mickelson, K. D./Meneades, L. M./Wang, P. S. (2001): The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), pp. 218–225.
- Kirchner, E. (2013, 30. April): Absentismus und Präsentismus konstruktiv begegnen; online unter: <http://www.elke-kirchner.de/absentismus/>, abgerufen am 29.06.2014.
- Kivimäki, M./Head, J./Ferrie, J. E./Hemingway, H./Shipley, M. J./Vahtera, J./Marmot, M. G. (2005): Working while ill is a risk factor for serious coronary events: The Whitehall II study, in: *American Journal of Public Health*, 95(1), pp. 98–102.
- Klein Hesselink, D. J./van Vuuren, T. (1999): Job flexibility and job insecurity: The Dutch case, in: *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8(2), pp. 273–293.
- Koopman, C./Pelletier, K. R./Murray, J. F./Sharda, C. E./Berger, M. L./Turpin, R. S./Hackleman, P./Gibson, P./Holmes, D. M./Bendel, T. (2002): Stanford Presenteeism Scale: Health status and employee productivity, in: *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44(1), pp. 14–20.
- Koopmanschap, M./Rutten, F./van Ineveld, M./van Roijen, L. (1995): The friction cost method for measuring indirect costs of disease, in: *Journal of Health Economics*, 14(2), pp. 171–189.
- Koopmanschap, M.A./Rutten, F.F. (1996): A practical guide for calculating indirect costs of disease, in: *Pharmacoeconomics*, 10(5), pp. 460–466.
- Kocyba, H./Voswinkel, S. (2007): Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen, Düsseldorf.
- Lerner, D./Amick, B. C./Rogers, W. H./Malspeis, S./Bungay, K./Cynn, D. (2001): The Work Limitations Questionnaire, in: *Medical Care*, 39(1), pp. 72–85.
- Lerner, D./Reed, J. I./Massarotti, E./Wester, L. M./Burke, T. A. (2002): The Work Limitations Questionnaire's validity and reliability among patients with osteoarthritis, in: *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(2), pp. 197–208.
- Likert, R. (1932): A technique for the measurement of attitudes, in: *Archives of Psychology No. 140*, pp. 1–55.
- Lindgren, B. (1981): Cost of illness in Sweden 1964–1975, in: *Lund Economic Studies*, Malmö.
- Lohmann-Haislah, A. (2013): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (Hrsg.), Dortmund - Berlin - Dresden.

- MacGregor, J. N./Cunningham, J. B./Caverley, N. (2008): Factors in absenteeism and presenteeism: Life events and health events, in: *Management Research News*, 31(8), pp. 607–615.
- McKevitt, C./Morgan, M./Dundas, R./Holland, W. W. (1997): Sick absence and working through illness: A comparison of two professional groups, in: *Journal of Public Health*, 19(3), pp. 295–300.
- Medibank Private (2005): The health of Australia's workforce, November 2005; online unter: http://www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/The_health_of_Australia's_workforce.pdf, abgerufen am 02.07.2014.
- Medibank Private/Econtech (2007): Sick at work: The cost of presenteeism to your business, employees and the economy, May 2007; online unter: http://www.trenchhealth.com.au/articles/sick_at_work.pdf, abgerufen am 02.07.2014.
- Medibank Private/Econtech (2008): The cost of workplace stress in Australia, August 2008; online unter: <http://www.medibank.com.au/client/documents/pdfs/the-cost-of-workplace-stress.pdf>, abgerufen am 02.07.2014.
- Medibank & KPMG Econtech (July 2011): Sick at work: The cost of presenteeism to your business and the economy, July 2011 research paper; online unter: http://www.medibank.com.au/Client/Documents/Pdfs/sick_at_work.pdf, abgerufen am 22.06.2014.
- Munir, F. (2008): The work limitations questionnaire, in: *Oxford Journal*, 58(4), pp. 310–311.
- Munir, F./Yarker, J./Haslam, C./Long, H./Leka, S./Griffiths, A./Cox, S. (2007): Work factors related to psychological and health-related distress among employees with chronic illnesses, in: *Journal of Occupational Rehabilitation*, 17(2), pp. 259–277.
- Naydeck, B./Pearson, J. A./Ozminkowski, R. J./Day, B. T./Goetzel, R. Z. (2008): The impact of the Highmark employee wellness programs on 4-year healthcare costs, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(2), pp. 146–156.
- Niemann, K. (2007, 19. November): Wie kranke Mitarbeiter die Firma schädigen, in: *Die Welt*; online unter: <http://www.welt.de/wirtschaft/article1377610/Wie-krank-Mitarbeiter-die-Firma-schaedigen.html>, abgerufen am 29.06.2014.
- Nyberg, A./Westerlund, H./Magnusson Hanson, L. L./Theorell, T. (2008): Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women, in: *Scandinavian Journal of Public Health*, 36(8), pp. 803–811.
- Oppolzer, A. (2010): *Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*, erw. u. aktual. Neuauf., Hamburg.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2012): *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*, Paris.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2013): *StatExtracts*; online unter: http://stats.oecd.org/index.aspx?datasetCode=SNA_TABLE1#, abgerufen am 27.06.2014.
- Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2014): *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz, Forschungsbericht Nr. 12/13*, Paris (Das Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] in Bern zeichnet für die inhaltliche und sprachliche Qualität der deutschen Übersetzung des im Original auf Englisch und Französisch erschienenen Textes verantwortlich).
- Oxford English Dictionary (o. D.); online unter <http://www.oed.com>, abgerufen am 22.06.2014.
- Pärl, K./Hug, J. (2012): Arbeitsrechtliche Fragen bei Präsentismus (Arbeit trotz Krankheit), in: *ARV – Zeitschrift für Arbeitsrecht und Arbeitslosenversicherung*, o. Jg. (1), S. 1–12.

- Perkin, M. R./Higton, A./Witcomb, M. (2003): Do junior doctors take sick leave?, in: *Occupational and Environmental Medicine*, 60(9), pp. 699–700.
- Pistor, D. (2010): Produktivitätsverluste durch chronische Krankheiten in einer alternden Gesellschaft: Konzepte, Quantifizierung und Lösungsansätze, Master-Arbeit, Universität St. Gallen.
- Preisendörfer, P. (2010): Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit, in: *Zeitschrift für Personalforschung*, 24(4), S. 401–408.
- Riedel, J. E./Grossmeier, J./Haglund-Howieson, L./Buraglio, C./Anderson, D. R./Terry, P. E. (2009): Use of a normal impairment factor in quantifying avoidable productivity loss because of poor health, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 51(3), pp. 283–295.
- Rosvold, E. O./Bjertness, E. (2001): Physicians who do not take sick leave: Hazardous heroes?, in: *Scandinavian Journal of Public Health*, 29(1), pp. 71–75.
- Sainsbury Centre for Mental Health (ed.) (2007): *Mental health at work: Developing the business case*, Policy Paper No. 8, London.
- Salowsky, H. (1996): Fehlzeiten – empirische Zusammenhänge, in: Marr, R. (Hrsg.): *Absentismus. Der schleichende Verlust an Wettbewerbspotential*, Göttingen, S. 41–56.
- Sanderson, K./Tilse, E./Nicholson, J./Oldenburg, B./Graves, N. (2007): Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety?, in: *Journal of Affective Disorders*, 101(1–3), pp. 65–74.
- Schaufeli, W. B./Bakker, A. B./van der Heijden, F. M. M. A./Prins, J. T. (2009): Workaholism among medical residents: It is the combination of working excessively and compulsively that counts, in: *International Journal of Stress Management*, 16(4), pp. 249–272.
- Schaufeli, W. B./Taris, T./van Rhenen, W. (2008): Workaholism, burnout, and work engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being?, in: *Applied Psychology – An International Review*, 57(2), pp. 173–203.
- Shikiar, R./Halpern, M. T./Rentz, A. M./Khan, Z. M. (2004): Development of the health and work questionnaire (HWQ): An instrument for assessing workplace productivity in relation to worker health, in: *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation*, 22(3), pp. 219–229.
- Schmidt, J./Schröder, H. (2010): Präsentismus. Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust, in: Badura, B./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2009: Psychische Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern*, Berlin, S. 93–100.
- Schönenberger C. (2001): *Das Erschleichen der Lohnfortzahlung unter Berufung auf Krankheit*, Dissertation Universität Zürich 2000, Bern.
- Schultheis, F. (2009): *Employability*, St. Gallen Research Centre for Ageing, Welfare and Labour Market Analysis (SCALA), Discussion Paper No. 6/2009, University of St. Gallen.
- Schultz, A. B./Chen, C. Y./Edington, D. W. (2009): The cost and impact of health conditions on presenteeism to employers: a review of the literature, in: *Pharmacoeconomics*, 27(5), pp. 365–378.
- Schwarz, N. (1999): Self-reports: How the questions shape the answers, in: *American Psychologist*, 54(2), pp. 93–105.
- Severens, J. L./Laheij, R. J./Jansen, J. B./van der Lisdonk, E. H./Verbeek, A. L. (1998): Estimating the cost of lost productivity in dyspepsia, in: *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 12(9), pp. 919–923.
- Sherdian, A. (2004): Chronic presenteeism: The multiple dimensions to men's absence from part-time work, in: *Gender, Work and Organization*, 11(2), pp. 207–225.

- Sohmer, V. (o. D.): Präsentismus: Sich krank zur Arbeit schleppen, in: *Monster in der Schweiz*; online unter: <http://karriere-journal.monster.ch/beruf-recht/gesund-fit/pr%C3%A4sentismus-sich-krank-zur-arbeit-schleppen/article.aspx>, abgerufen am 29.06.2014.
- Sorkin, A. R./Landon, T. (2004, January 14). J.P. Morgan Chase to acquire Bank One in \$58 billion deal, in: *The New York Times*; online unter: <http://www.nytimes.com/2004/01/14/business/14CND-BANK.html>, abgerufen am 23.06.2014.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [seco] (2014): Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung; online unter: <http://www.seco.admin.ch/themen/00385/00420/04667/04679/?lang=de>, abgerufen am 27.06.2014.
- Stewart, W. F./Ricci, J. A./Chee, E./Morganstein, D. (2003a): Lost productive work time costs from health conditions in the United States: Results from the American Productivity Audit, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 45(12), pp. 1234–1246.
- Stewart, W. F./Ricci, J. A./Chee, E./Hahn, S. R./Morganstein, D. (2003b): Cost of lost productive work time among US workers with depression, in: *Journal of the American Medical Association*, 289(23), pp. 3135–3144.
- Stewart, W. F./Ricci, J. A./Chee, E./Morganstein, D./Lipton, R. (2003c): Lost productive time and cost due to common pain conditions in the US workforce, in: *Journal of the American Medical Association*, 290(18), pp. 2443–2454.
- Steinke, M./Badura, B. (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] (Hrsg.), Dortmund - Berlin - Dresden.
- 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, in: *Plos One*, 7(9), pp. 1–8.
- Turpin, R. S./Ozminkowski, R. J./Sharda, C. E./Collins, J. J./Berger, M. L./Billotti, G. M./Baase, C. M./Olson, M. J./Nicholson, S. (2004): Reliability and validity of the Stanford Presenteeism Scale, in: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(11), pp. 1123–1133.
- Vahtera, J./Kivimäki, M./Pentti, J./Linna, A./Virtanen, M./Virtanen, P./Ferrie, J. E. (2004): Organizational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study, in: *British Medical Journal*, 328(7439), pp. 555–557.
- van Stolk, C./Starkey, T./Shehabi, A./Hassan, E. (August 2009): NHS Workforce Health and Wellbeing, Staff Perception Research, Prepared for the Department of Health, Cambridge - London.
- Vingård, E./Alexanderson, K./Norlund, A. (2004): Sickness presence, in: *Scandinavian Journal of Public Health*, 32 (suppl. 63), pp. 216–221.
- Vogt, J./Badura, B./Hollmann, D. (2009): Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene, in: Böcken, J./Braun, B./Landmann, J. (Hrsg.): *Gesundheitsmonitor 2009*, Gütersloh, S. 179–202.
- Westermayer, G./Stein, B./Sonntag, M. (2006): *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*, Göttingen.
- Wieser, S./Horisberger, B./Schmidhauser, S./Eisenring, C./Brügger, U./Ruckstuhl, A./Dietrich, J./Mannion, A. F./Elfering, A./Tamcan, Ö./Müller, U. (2011): Cost of low back pain in Switzerland in 2005, in: *European Journal of Health Economics*, 12(5), pp.455–467.
- Winkler, N./Kroh, M./Spiess, M. (2006): Entwicklung einer deutschen Kurzskala zur zweidimensionalen Messung von sozialer Erwünschtheit, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin), Discussion Paper No. 579, Berlin.
- World Health Organization [WHO] (2005): *Preventing chronic diseases: A vital investment*, Geneva.
- Zok, K. (2004): Einstellungen und Verhalten bei Krankheit im Arbeitsalltag – Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage bei Arbeitnehmern, in: Badura, B./Schellschmidt, H./Vetter, C. (Hrsg.):

Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor "Work-Life-Balance" – Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben, Berlin - Heidelberg, S. 243–261.

- Zok, K. (2008a): Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz, in: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit – Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Berlin - Heidelberg, S. 121–144.
- Zok, K. (2008b). Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter GKV-Mitgliedern. Die Versicherten-Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK [WIdO], WIdO-Monitor, 5(1), S. 1–7.

Anhang A: Ausschnitt aus dem Work Limitations Questionnaire [WLQ]

1. In the *past 2 weeks*, how much of the time did your physical health or emotional problems make it difficult for you to do the following?

(Mark one box on each line a through e.)

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. do your work without stopping to take breaks or rests	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. stick to a routine or schedule	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
c. keep your mind on your work	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
d. speak with people in person, in meetings or on the phone	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
e. handle the workload	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Note: Items a and b are from the Time scale. Items c and d are from the Mental-Interpersonal scale. Item e is from the Output scale.

2. In the *past 2 weeks*, how much of the time were you ABLE TO DO the following without difficulty caused by physical health or emotional problems?

(Mark one box on each line a and b.)

	All of the Time (100%)	Most of the Time	Some of the Time (About 50%)	A Slight Bit of the Time	None of the Time (0%)	Does Not Apply to My Job
a. walk or move around different work locations (for example, go to meetings)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
b. use hand-held tools or equipment (for example, a phone, pen, keyboard, computer mouse, drill, hairdryer, or sander)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Quelle: Munir (2008).