

2 Theoretische Grundlagen zu Gesundheit und Krankheit im beruflichen Kontext

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

2.1 Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit

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

2.1.1 Gesundheit

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

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

- Prozess zielgerichteter Handlung bzw. erfolgreicher Bewältigung.

Konsens besteht darüber, dass Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von Krankheit aufzufassen ist, sondern auch Aspekte des Wohlbefindens umfasst (Ulich & Wülser, 2015). Faltermaier (1994) weist darauf hin, dass Gesundheit ein subjektives Erleben einschließt, nämlich die sog. „Befindlichkeit“ des Körpers und der Psyche. Gesundheit setzt also eine relative Freiheit von Beschwerden, Beeinträchtigungen und Krankheit voraus, aber beschränkt sich nicht darauf.

Die wohl einflussreichste und am häufigsten zitierte Gesundheitsdefinition hat die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) im Jahr 1946 formuliert: „Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.“

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

Zahlreiche Gesundheitskonzepte berücksichtigen den Prozesscharakter von Gesundheit und deren Wechselwirkung mit Bedingungen der Umwelt sowie Personenfaktoren (Ducki, 2000). Deutlich wird dabei einerseits, dass Menschen sich immer auf einem *Kontinuum* mit den Endpolen „krank“ und „gesund“ befinden und dass es andererseits nun gilt, gesundheitsförderliche Faktoren zu identifizieren und zu stärken. Diese Ansatzpunkte finden sich auch beim Konzept der Salutogenese von Antonovsky (1979) wieder. Hier steht – im Gegensatz zum pathogenetischen Ansatz – die Frage im Vordergrund, welche Wirkfaktoren Menschen gesund erhalten. Zentral ist die Identifizierung gesundheitsförderlicher Ressourcen, die zum Schutz und zur Verbesserung von Gesundheit beitragen. Fragen nach Ursachen und Risikofaktoren treten demgegenüber in den Hintergrund. Auch Antonovsky kritisiert die übliche Trennung in „gesund“ und „krank“ und setzt dieser Dichotomisierung die Vorstellung eines Kontinuums entgegen. Die Position einer Person auf dem so genannten Health Ease/Disease-Kontinuum hängt unter anderem davon ab, wie effizient sie Spannungszustände aufgrund von Belastungen bzw. Stressoren bewältigen kann. Ein Stressor wird dabei definiert als „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare energieverbrauchende Handlung erfordert“ (Antonovsky, 1979, S. 72, zitiert nach Bengel, Strittmatter und Willmann, 2001). Im Falle einer erfolgreichen Spannungsbewältigung können Stressoren auch gesundheitsförderlich wirken (Bengel, Strittmatter & Willmann, 2001).

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

flexibel mit Umweltbedingungen umzugehen sowie körperliche Prozesse und Handlungen aufeinander abzustimmen (Ducki & Greiner, 1992). Hintergrund der Notwendigkeit, körperliche Prozesse und Handlungen zu integrieren, ist die Veränderung der persönlichen Leistungsvoraussetzungen durch Verausgabung von Energiereserven im Tagesverlauf oder durch Krankheit. Die angemessene Berücksichtigung dieser Leistungsschwankungen zeichnet gesundheitsbewusstes Handeln aus. Voraussetzung dafür ist auf Personenebene die Realisierung körperlicher Symptome (z.B. Müdigkeit, Krankheitssymptome) und deren Integration in die Handlungsplanung (z.B. Schonverhalten, z.B. Pausen). Wird die arbeitsbezogene Leistung „um jeden Preis“ aufrechterhalten, auch wenn die körperlichen oder mentalen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, ist dies gemäß der Handlungsregulationstheorie als ein „ungesundes“ Verhaltensmuster zu interpretieren. Als Folge der fehlenden Berücksichtigung von Körpersignalen können Leistungsreserven aufgebraucht oder überbeansprucht werden, was in einer Chronifizierung oder Exazerbation von Symptomen münden kann (Ducki, 2000).

2.1.2 Krankheit

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

Es gibt keine gesetzliche Definition von Krankheit, aber ein durch die Rechtsprechung herausgearbeitetes Verständnis im Rahmen des *Sozialversicherungsrechts*. Im Kommentar zum Sozialgesetzbuch V § 27 heißt es:

„Krankheit ist ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Notwendigkeit einer ärztlichen Heilbehandlung oder – zugleich oder allein – Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (BSGE 33, S. 202). Demzufolge bedeutet Krankheit die Abweichung von einer gesundheitlichen Norm und muss mit einer Behandlungsbedürftigkeit und/oder Arbeitsunfähigkeit einhergehen. Bei der Beurteilung, ob eine Krankheit aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht vorliegt, müssen folglich diese Kriterien herangezogen werden. Auf den Zusammenhang zwischen Krankheit und (attestierter) Arbeitsunfähigkeit wird in Abschnitt 3.1.2 näher eingegangen. Schmidt und Unsicker (2003) stellen heraus, dass insbesondere die Abweichungen von einem physiologischen Gleichgewicht, einer Regelgröße, einer Organfunktion oder -struktur schwer zu beurteilen sind, da diese eine große Streuung aufweisen. Dieses Problem ist sowohl bei der rechtlichen als auch bei der Gruppe der medizinischen Krankheitsdefinitionen von Bedeutung und steht im Einklang mit der Kontinuumskonzeption von Gesundheit und Krankheit.

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

2.1.3 Gesundheitstheorien und Gesundheitsverhalten

Die obigen Ausführungen zeigen, dass eine allgemeingültige Definition von Gesundheit und Krankheit nicht vorliegt, sondern dass sich die Begriffe je nach Bezugssystem und Perspektive (medizinisch, psychologisch, soziologisch, juristisch etc.) unterscheiden. Im Allgemeinen lassen sich drei Richtungen von Gesundheitstheorien finden (Lippke & Renneberg, 2006), die einen Einfluss auf

den individuellen und organisationalen Umgang mit Krankheit haben. Dies sind einerseits subjektive Gesundheitskonzepte und andererseits medizinische sowie sozialwissenschaftliche Gesundheitstheorien. Diese sollen im Folgenden vorgestellt und ihr Nutzen bei der Erforschung und Definition des Präsentismus erläutert werden. Darüber hinaus werden die Implikationen der medizinischen und sozialwissenschaftlichen Gesundheitskonzepte für den betrieblichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit aufgegriffen.

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

Die Laienkonzepte von Gesundheit beinhalten unterschiedliche Facetten. Blaxter (1990) führte eine repräsentative Studie mit 9000 Personen in Großbritannien durch und fand heraus, dass 35.5% der Befragten Gesundheit als psychisches und körperliches Wohlbefinden verstanden, 28% als körperliche Energie und Stärke, 25% als funktionale Leistungsfähigkeit sowie 11.5% als Abwesenheit von Krankheit. Eine weitere Studie von Faltermaier (1994) macht ersichtlich, dass Laien unterschiedlich differenzierte Gesundheitskonzepte haben, bei denen nicht nur körperliche, sondern auch psychologische Faktoren eine große Rolle spielen. Tabelle 2.1.1 gibt einen Überblick über die dabei unterschiedenen Kerntypen von Laienkonzepten. Betrachtet man die Laienkonzepte, wird schnell deutlich, dass die Vorstellungen über Gesundheit und die mit ihr assoziierten Faktoren, einen unmittelbaren Einfluss auf das Gesundheitsverhalten haben müssen. Faltermaier (1994) ging auch dieser Frage in seiner Studie nach und fand entsprechend vier Typen des Gesundheitshandelns. Die erste Gruppe ist dadurch charakterisiert, dass Beschwerden ignoriert, normalisiert und bagatellisiert werden. Krankheitssymptome führen zu keiner Verhaltensveränderung in Bezug auf die Arbeits- und Lebensweise, nur im Notfall werden eine ärztliche Behandlung und Medikamente in Anspruch genommen.

	Organisch- medizinisch geprägtes Gesundheits- bewusstsein	Handlungs- und leistungs- orientiertes Gesundheits- bewusstsein	Psychologisch geprägtes Gesundheits- bewusstsein	Mehrdimen- sionales Gesundheits- bewusstsein
Gesundheits- verständnis	Abwesenheit von Krankheit	Handlungs- und Leistungs- fähigkeit	Wohlbefinden, Ruhe, Ausgeglichenheit, dabei Fehlen von Schmerzen und Beschwerden	Körperliche und psychische Gesundheit in Form von Handlungsfähig- keit und Energiepotential
Bestimmungs- faktoren von Gesundheit und Krankheit	v.a. Schicksal oder biologische Prozesse	Risikofaktoren, Verschleiß durch Arbeit, psychische Belastungen, Lebensweise	Umwelt, Gene, psychologische Faktoren, Risikoverhaltens- weisen; Krankheit als Ausdruck eines fehlenden Gleichgewichts innerhalb der eigenen Person	Ökologische, psychologische, soziale Faktoren; Arbeits- und Lebensweise; Umgang mit Belastungen, Persönlichkeit; Disposition
Körper- bewusstsein	Keine Beachtung des Körpers, außer bei körperlichen Beschwerden und/oder Krankheits- symptomen	Ignorieren körperlicher Beschwerden bis Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist und Körper als „Instrument“ versagt	Bewusst, hoher Stellenwert von Pflege des Körpers, Beschwerden als Signale für benötigte Schonung	Positiv und bewusst; Beschwerden als Signale körperlicher Überbelastung oder psychischer Konflikte
Stellenwert v. Gesundheit	gering	gering (Arbeit hat Priorität)	hoch	sehr hoch
Vertreter	vorwiegend Männer, oft Ärzte	Arbeiter	vorwiegend in der Pflege tätige Frauen	unterschiedlich

Tabelle 2.1.1 *Laienkonzepte von Gesundheit (in Anlehnung an Faltermaier, 1994)*

In der zweiten Gruppe werden Beschwerden als mögliche Symptome einer Krankheit interpretiert und führen nach einer diagnostischen Abklärung entweder zur Selbstbehandlung (mit Medikamenten/Hausmitteln) oder zur

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

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

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

darüber hinaus die Erklärung auch derjenigen Erkrankungen, die in den letzten Jahren einen zunehmenden Stellenwert in den Krankenstandsstatistiken haben, nämlich der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen.

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

2004). Symptome wie Mobbing, Burnout oder innere Kündigung sind Warnzeichen dafür, dass die Organisation in Bezug auf diese gesundheitsförderlichen Strukturen krankt (Badura, 2006). Gemäß dem biopsychosozialen Krankheitsmodell schlägt sich eine mangelnde Gesundheit der Mitarbeiter also nicht nur in Fehlzeitenstatistiken nieder, sondern äußert sich bereits früher anhand niederschwelliger Indikatoren. Damit geht einher, dass differenzierte Kennzahlen herangezogen werden müssen, um den tatsächlichen Gesundheitszustand im Unternehmen abzubilden (siehe Kapitel 3.1).

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

Implikationen der Gesundheitstheorien für das Verständnis des Präsentismus. Bei Betrachtung der Laienkonzepte von Gesundheit zeigt sich, dass bei Personen und Berufsgruppen, die der Gesundheit eher einen geringen Stellenwert zuschreiben, Krankheitssymptome ignoriert oder bagatellisiert werden (Faltermaier, 1994). Aus diesem Umgang mit Krankheit resultiert möglicherweise ein hohes Maß an Präsentismus. Berufsspezifische und personenbezogene Einflüsse auf die Entscheidung, trotz Krankheit zu arbeiten, sollten deshalb in empirischen Studien Berücksichtigung finden.

In Bezug auf das Thema Präsentismus ist hinsichtlich des medizinischen Krankheitsverständnisses einerseits festzuhalten, dass die dichotome Sichtweise

krank vs. gesund der Komplexität des Phänomens nicht gerecht wird. Dennoch ist natürlich das Vorhandensein bzw. das Ausmaß von Krankheitssymptomen zentral, um zu definieren, ob Präsentismus vorliegt oder nicht. Nicht immer hat ein Betroffener eine ausreichende Krankheitswahrnehmung oder -einsicht, um zu beurteilen, ob eine behandlungsbedürftige Symptomatik vorliegt. Neben dem subjektiven Befinden sind deshalb Beurteilungen des Gesundheitszustandes durch einen Arzt als legitimierten Gesundheitsexperten ein relevantes Kriterium, um festzustellen, ob beeinträchtigter Gesundheitszustand vorliegt, der arbeitsrechtlich eine Abwesenheit vom Arbeitsplatz rechtfertigen würde. Für ein umfassendes Verständnis der Präsentismus greift die organisch geprägte Sicht von Gesundheit aber zu kurz, denn insbesondere das subjektive, psychische Befinden ist bei der Analyse der Ursachen und Konsequenzen dieses Krankheitsverhaltens von Bedeutung.

2.2 Der individuelle Umgang mit Krankheit im Arbeitskontext

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

Betrachtet man eine Erkrankung allgemein als Störung eines Equilibriums, so kann man den Umgang mit Krankheit als ein Bewältigungsverhalten (Coping), im Sinne einer Reaktion auf die veränderten Ausgangsbedingungen verstehen. Eine Störung liegt insofern vor, als dass die übliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und die äußeren Anforderungen nicht ohne weiteres bewältigt werden können. Als alternative Verhaltensmöglichkeiten stehen sich hier das Fernbleiben von der Arbeit zur Wiederherstellung der Gesundheit und das Weiterarbeiten trotz Krankheit zur Erfüllung der Leistungsanforderungen gegenüber. Ausgehend von der handlungsregulatorischen Perspektive soll im Folgenden anhand verschiedener Modelle erläutert werden, warum Beschäftigte im Krankheitsfall den Präsentismus als Verhaltensalternative wählen und sich nicht krankmelden. Darüber hinaus wird kurz thematisiert, welche Folgen die Wahl dieser Copingstrategie haben kann.

2.2.1 Handlungstheoretischer Ansatz

Die Handlungsregulationstheorie hat das Ziel, den Prozess und die Struktur menschlichen Handelns zu erklären. Eine Handlung ist dabei definiert als „kleinste psychologisch relevante Einheit willentlich gesteuerter Tätigkeiten von Individuen, Gruppen und Organisationen“ (Hacker, 1994, S. 275). Der Mensch handelt aktiv und zielgerichtet und versucht durch sein Handeln bewusst auf seine Umwelt Einfluss zu nehmen und diese nach eigenen Vorstellungen zu beeinflussen (Ducki & Greiner, 1992). Menschliches Handeln ist in gesellschaftliche Zusammenhänge eingebunden – im Arbeitskontext ist es auf die Erbringung von Leistung ausgerichtet. Dabei lässt sich konsistent der Befund finden, dass die Leistung von Menschen nur geringen Schwankungen unterliegt. Kahnemann (1970) führte diese Stabilität auf die Tatsache zurück, dass dominante Handlungspläne durch einen Kontrollmechanismus aufrechterhalten werden, der sie von äußeren Einflüssen abschirmt. Dieser Schutzmechanismus kostet jedoch Energie aus anderen Systemen und kann langfristig zu überdauernden negativen affektiven Zuständen und biologischen Schäden führen. Notwendig wird ein erhöhter Energieeinsatz zum Beispiel, wenn Regulationsbehinderungen auftreten, die überwunden werden müssen. Diese liegen vor, wenn „bestimmte äußere Arbeitsbedingungen [...] die Erreichung des Arbeitsergebnisses behindern, ohne dass der Arbeitende dieser Behinderung effizient begegnen könnte“ (Greiner, Leitner, Weber, Hennes & Volpert, 1987, S. 151). Regulationsbehinderungen können in Form von Regulationsüberforderungen oder Regulationshindernissen auftreten. Letztere beeinträchtigen die Aufgabenerledigung und das Arbeitshandeln, sodass ein Mehraufwand oder die Inkaufnahme eines Risikos notwendig sind, um das gewünschte Arbeitsergebnis zu erzielen (Ducki, 2000, S. 66). Regulationsüberforderungen „entstehen dadurch, dass bestimmte Arbeitsbedingungen die Regulationsfähigkeit des bzw. der Beschäftigten im Verlauf des Arbeitstages bzw. der Arbeitsschicht vermindern“ (Ulich & Wülser, 2015, S. 74). Die Überforderungen resultieren beispielsweise aus Zeitdruck oder Monotonie bei der Arbeitsausführung, können aber auch durch Umgebungsbedingungen (Kälte, Hitze, Lärm) verursacht werden. Aus handlungstheoretischer Perspektive sind Regulationsbehinderungen als Belastungen (oder auch „Stressoren“) zu

verstehen, die auf den Berufstätigen einwirken und zu einer Beanspruchung führen können (Ducki, 2000; Ulich & Wülser, 2015). Beanspruchungsfolgen äußern sich wiederum in kurz- bis langfristigen Beeinträchtigungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens.

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

2.2.2 Modell der Leistungsaufrechterhaltung im Arbeitskontext

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

Stress entsteht gemäß diesem Modell, wenn das Gleichgewicht von Anforderungen und Ressourcen gestört wird (Hockey, 1993; Hockey, 1997). Dieses Ungleichgewicht kann aus dem Anstieg äußerer Anforderungen oder dem Schwund interner Ressourcen (z.B. aufgrund von Krankheit oder Ermüdung) resultieren. Bei Arbeitsanforderungen, denen eine Person aufgrund von Krankheit nicht mehr voll gerecht werden kann, resultiert also ein Stresszustand, auf den es zu reagieren gilt. Die Bewältigung von Stress (d.h.

Coping) „stellt den Versuch eines Menschen dar, sich den inneren oder äußeren Anforderungen, die als Belastung oder Überforderung empfunden werden, zu stellen, ohne dass daraus negative Auswirkungen erwachsen“ (Wolf & Meins, 2003, S. 12). Die Wahl der Copingstrategie im Umgang mit der Stresssituation erfolgt laut Hockey (1993) in Abhängigkeit von situationalen Merkmalen, energetischen Zuständen und dispositionalen Einflüssen. In Bezug auf das Verhalten im Krankheitsfall, wären dies beispielsweise eine bevorstehende Abgabefrist (Situation), die aktuelle Beeinträchtigung durch Krankheitssymptome (Energielevel) sowie das Pflichtbewusstsein (Disposition). Die Copingstrategie wird hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz beurteilt, indem Kosten-Nutzen-Aspekte abgewogen werden und die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung abgeschätzt wird. Ziele können biologischer (Anpassung, Überleben), persönlicher (z.B. Karriere) und beruflicher (z.B. Arbeitsziele) Natur sein, oftmals sind die Zielkategorien aber auch miteinander verquickt (Hockey, 1993. Bei der Entscheidung, trotz Krankheit weiterzuarbeiten oder in den Krankenstand zu gehen, könnte etwa eine Abwägung zwischen dem eigenen Gesundheitszustand und den beruflichen Zielen erforderlich sein.

Allgemeines Ziel des Copings ist die Angleichung von Ist- und Soll-Zustand. Dies kann einerseits erreicht werden, indem zur Zielerreichung erhöhte Ressourcen investiert werden. Diese müssen allerdings aus anderen Systemen abgezogen werden (Hockey, 1993). Die Leistungsaufrechterhaltung bei Krankheit könnte somit mit einem erhöhten Kraftaufwand und verschlechtertem Befinden einhergehen. Hockey (1997) weist darauf hin, dass eine solche Copingstrategie maladaptiv sein kann, wenn sie über einen langen Zeitraum eingesetzt wird oder habituiert (z.B. in Form von Typ A-Verhalten). Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Ziele herunterzusetzen, oder die Zielerreichung zu vertagen, bis man sich wieder in einem dafür geeigneten Zustand befindet (ebd.). Dies entspräche im Krankheitsfalle der Entscheidung, die Arbeit ruhen zu lassen und sich auszukurieren. Lässt sich der Spannungszustand nicht dauerhaft auflösen, befindet sich der Mensch unter chronischem Stress, der mit einer reduzierten Effektivität bei der Leistungserbringung trotz hohen Kraftaufwandes, Ängsten betreffend der Zielerreichung sowie dem Gefühl des Kontrollverlusts einhergeht

(Hockey, 1993). Bezogen auf das Verhalten im Krankheitsfall könnte dies der Fall sein, wenn aufgrund mangelnder Schonung die Erkrankung verschleppt wird oder wenn der Mitarbeiter einen Rückfall erleidet. Dies dürfte die Leistungserbringung und somit die berufliche Zielerreichung erschweren, was beim Betroffenen negative Gefühle hervorrufen könnte.

Bei dem Versuch, das Phänomen des Präsentismus besser zu verstehen, sollten auf Basis dieses theoretischen Ansatzes die situationalen, energetischen und dispositionalen Determinanten des Entscheidungsprozesses genauer untersucht werden sowie die langfristigen Auswirkungen des Verhaltens im Krankheitsfall auf das körperliche und emotionale Befinden von Präsentisten.

2.2.3 Theorie der Ressourcenerhaltung (Conservation of Resources Theory)

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

Zentrale Annahme des Modells ist es, dass Menschen danach streben, Ressourcen zu erhalten, zu schützen und zu erweitern. Stress wird definiert als eine Reaktion auf die Umwelt in der (a) der Verlust von Ressourcen droht, (b) der Verlust von Ressourcen eintritt, oder (c) der adäquate Zugewinn von Ressourcen nach einer Ressourceninvestition versagt bleibt (Hobfoll, 1989, S. 516). Ressourcen sind dabei diejenigen Objekte, persönlichen Merkmale, Bedingungen oder Energien, die vom Individuum um ihrer selbst wertgeschätzt werden bzw. als Mittel dienen, wertgeschätzte Dinge oder Bedingungen zu erhalten (ebd.). Hobfoll (1989) unterscheidet vier Arten von Ressourcen: *Objekte* werden aufgrund eines Aspekts ihrer physikalischen Natur (z.B. Auto als Fortbewegungsmittel), als auch aufgrund ihrer statusverleihenden Funktion wertgeschätzt (Porsche als Statussymbol). *Objektreourcen* sind eng mit dem sozioökonomischen Status assoziiert. *Persönliche Merkmale* können als Ressource dienen, in dem sie zur Stressresistenz beitragen. Dazu gehören z.B. Persönlichkeitszüge, Fähigkeiten oder Einstellungen (z.B. Hardiness, Kohärenzgefühl). *Äußere Umstände* sind dann Ressourcen, wenn ihre Existenz vom Individuum wertgeschätzt wird und sie die Stressresistenz erhöhen.

Wertgeschätzte Zustände können etwa das Zusammenleben in einer Ehe, eine Arbeitsanstellung oder die Zugehörigkeit zu einem bestimmten Unternehmen sein. *Energien* wie Zeit, Geld und Wissen gelten ebenfalls als Ressourcen. Energetische Ressourcen wirken weniger durch ihren inhärenten Wert, sondern dienen als Mittel zum Erwerb anderer Ressourcen. Auch *soziale Unterstützung* kann als Ressource wirken, wenn sie dazu beiträgt, andere Ressourcen zu schützen oder zu erweitern.

Umweltbedingungen können Ressourcen bedrohen bzw. erschöpfen, sodass Stressempfindungen ausgelöst werden. Der Ressourcenverlust ist dabei auf zwei Ebenen relevant: Einerseits kann ein Verlust den instrumentellen Wert einer Ressource betreffen, andererseits den symbolischen Wert, der für das Selbstbild einer Person entscheidend ist (ebd.). Greift man den Verlust des Arbeitsplatzes beispielhaft auf, so würde einerseits der Bezug von Einkommen wegfallen (instrumenteller Wert), andererseits aber auch der Sinn, der Status und das Selbstwertgefühl, die aus einer Arbeitstätigkeit erwachsen (symbolischer Wert). In Bezug auf das Selbstbild und den Selbstwert eines Menschen zeigt sich für westliche Kulturen, dass die Arbeitstätigkeit einen hohen Stellenwert einnimmt. So betont Porter (2004, S. 427) die subjektive Bedeutung der Arbeit als Grundlage von Selbstbewertungen: „While work outcomes supply a scorecard to compare with others, they also serve as basis for self-judgement. Work has become such an integral part of personal identity that loss of work becomes loss of personhood.“

Hobfoll (1989) geht davon aus, dass das Bemühen, mit Stress umzugehen (Coping), Ressourcen verbrauchen und zu einer Erschöpfung von Ressourcen führen kann (siehe auch Schönplugg, 1985). Die notwendige Ressourceninvestition beim Coping unterliege deshalb einem Abwägungsprozess, bei dem der antizipierte Nutzen den Kosten gegenübergestellt würde. Wenn die Investition der Ressourcen den Nutzen – der ja in der Wahrung anderer Ressourcen besteht – übersteige, sei das Ergebnis des Copingprozesses negativ. Je effizienter und erfolgreicher nun das Coping ausfalle, desto eher könnten Ressourcen gewahrt oder sogar ausgebaut werden. Der Ressourcenpool einer Person sei auch davon abhängig, welches

Ausgangsrepertoire an Ressourcen sie hat. Bei einer schlechten Ausgangslage seien Personen besonders anfällig dafür, weitere Ressourcenverluste hinnehmen zu müssen und dadurch in eine „Verlustspirale“ (loss spiral) zu gelangen. Bezieht man diese Dynamik auf den Präsentismus als Copingmechanismus, so ist die Kombination hoher Arbeitsanforderungen und geringer Leistungsfähigkeit aufgrund von Krankheit als schlechte Ausgangslage zu werten. Ein Mitarbeiter, der dann keine Möglichkeit hat, auf Ressourcen in Form einer Vertretung durch einen Kollegen, der Verschiebung von Arbeitsaufgaben o.ä. zurückzugreifen, wird mit einer hohen Wahrscheinlichkeit trotz Krankheit weiterarbeiten. Dies ist v.a. dann wahrscheinlich, wenn negative Konsequenzen bei Nichterfüllung der Arbeitsaufgaben antizipiert werden. Präsentismus kann in Folge dessen zu einer weiteren Erschöpfung der eigenen Energien führen, nämlich in Form von Gesundheits- und Effektivitätseinbußen (Demerouti et al., 2009). Darüber hinaus kann die Ansteckung von Kollegen zu einer weiteren Verknappung personeller Ressourcen beitragen. Diese Konsequenzen des Präsentismus erhöhen den Druck, trotz Krankheit zu arbeiten, sodass weitere Ressourceneinbußen folgen und die Verlustspirale ihren Lauf nehmen kann. Befunde, die den theoretischen Wirkmechanismus der Verlustspirale stützen, werden in Kapitel 4.4.3.1 aufgegriffen.

Eine Besonderheit der COR-Theorie ist die Annahme, dass Coping in einem *sozialen Kontext* stattfindet (Dunahoo, Hobfoll, Monnier, Hulsizer & Johnson, 1998; Monnier, Hobfoll, Dunahoo, Hulsizer & Johnson, 1998). In den Abwägungsprozess, bei Krankheit der Arbeit fernzubleiben oder aber zu arbeiten, gehen demzufolge nicht nur die unmittelbaren Konsequenzen für die eigene Person ein, sondern auch die sozialen Auswirkungen des Absentismus bzw. Präsentismus. Hobfoll (2001) betont, dass das Individuum immer in einem sozialen und kulturellen Kontext agiert und in den Abwägungsprozess Überlegungen einfließen, die von diesen Kontexten geprägt sind. Hierbei muss unterschieden werden zwischen den sozialen Reaktionen auf das individuelle Verhalten und den Auswirkungen auf andere Personen innerhalb des sozialen Bezugssystems. Im Folgenden soll exemplarisch dargestellt werden, wie sich dies theoretisch für den Präsentismus darstellen könnte.

Bezüglich der *Reaktionen durch das soziale Umfeld* sind im Arbeitskontext das Verhalten von Kollegen, Vorgesetzten und Klienten bzw. Kunden auf die An- oder Abwesenheit bei Krankheit relevant. Hobfoll (1998) erstellte auf Basis einer empirischen Studie eine Liste mit 74 zentralen Ressourcen für den westlichen Kulturkreis. Bei Betrachtung der aufgelisteten Ressourcen fällt auf, dass häufig Aspekte thematisiert wurden, die einen sozialen Bezug aufwiesen, wie etwa Zuneigung von und Wertschätzung durch andere Personen, das Zugehörigkeitsgefühl oder auch die instrumentelle und moralische Unterstützung durch Arbeitskollegen. Soziale Sanktionen oder Belohnungen können somit möglicherweise entscheidend dazu beitragen, dass ein Beschäftigter bei Krankheit der Arbeit fernbleibt oder weiterarbeitet (Oppolzer, 2010).

Die *Auswirkungen von Präsentismus bzw. Absentismus im Krankheitsfall auf das soziale Umfeld* bilden eine weitere Dimension der sozialen Komponente im Copingprozess ab. Ist die Arbeitsbelastung und -qualität der Kollegen von der eigenen Leistung abhängig, kann dies beim Abwägungsprozess eine entscheidende Rolle spielen. Insofern werden nicht nur die Konsequenzen des Fernbleibens für die eigene Person antizipiert, sondern auch die Folgen für die Arbeitsgruppe oder sogar für das Unternehmen in Betracht gezogen. Beispielsweise würde Präsentismus dann zu einer wahrscheinlichen Verhaltensalternative werden, wenn die Zielvorgaben des Teams gefährdet wären oder etwa eine Rufschädigung für das Unternehmen entstehen würde, wenn der Mitarbeiter krankheitsbedingt wichtige Aufgaben und Termine nicht wahrnehmen würde. In Bezug auf Tätigkeiten mit Klienten- oder Kundenkontakt könnte v.a. der antizipierte Schaden für die Rezipientenseite in den Abwägungsprozess einfließen (z.B. wenn ein pflegebedürftiger Mensch aufgrund von Personalmangel nicht versorgt werden könnte). Eine Voraussetzung dafür, dass soziale Konsequenzen des eigenen Handelns berücksichtigt werden, ist der persönliche Bezug der Person zu ihrem Arbeitsteam, dem Unternehmen oder den Klienten.

Insgesamt lässt sich Präsentismus gemäß der Theorie der Ressourcenerhaltung als Copingverhalten zur Vermeidung von Ressourcenverlusten aufgrund eines

Fernbleibens vom Arbeitsplatz aus Krankheitsgründen verstehen. Es findet ein Abwägungsprozess statt, in den einerseits die antizipierten Kosten und Nutzen des Präsentismus, andererseits die antizipierten Kosten und Nutzen des krankheitsbedingten Fehlens eingehen. Dabei werden nicht nur die individuellen Bedürfnisse als Kriterium herangezogen, sondern auch die Bedürfnisse anderer Menschen.

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

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

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

Risikofaktor Präsentismus

Hintergründe und Auswirkungen des Arbeitens trotz
Krankheit

Hägerbäumer, M.

2017, XVII, 286 S. 21 Abb., Softcover

ISBN: 978-3-658-17456-9