



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Krank zur Arbeit - Einflussfaktoren von Präsentismus in
Österreich. Eine Sekundäranalyse anhand der Daten
des EWCS 2015“

verfasst von / submitted by

Denise Plasch, BA

angestrebter akademischer Grad /in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von / Supervisor:

Doz. Dr. Karl Krajcic

Kurzfassung

Die vorliegende Masterarbeit macht es sich zum Ziel, einen Überblick über bisherige Erkenntnisse zum Thema Präsentismus zu geben. Im Spezifischen soll die Häufigkeit des Vorkommens in Österreich und die Einflussfaktoren, die auf Präsentismus wirken, beleuchtet werden. Bisherige Forschungsergebnisse unterscheiden personen-, tätigkeits- und organisationsbezogene Faktoren. Aufbauend auf diesen und den Überlegungen des theoretischen Hintergrunds dieser Arbeit wird eine quantitative Sekundäranalyse der Daten des European Working Conditions Surveys 2010 und 2015 durchgeführt. Diese konnte zeigen, dass es zwischen 2010 und 2015 zu einer Zunahme der Präsentismusprävalenz von 33,3 auf 37,5 Prozent kam. Die Einflussfaktoren wurden mit Hilfe von drei Regressionsmodellen, einer multiplen binär-logistischen Regression mit der dichotomen abhängigen Variable, ob im vergangenen Jahr Präsentismus betrieben wurde, einer multiplen linearen Regression mit der abhängigen Variable der Anzahl der Präsentismustage und einer weiteren linearen Regression mit der abhängigen Variable der Präsentismusneigung berechnet. Abhängig vom Modell konnten folgende Einflussfaktoren identifiziert werden, die einen förderlichen Effekt auf Präsentismus haben: die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, ein schlecht selbsteingeschätzter Gesundheitszustand, ein höherer Abschluss als die Pflichtschule, keine Pflegeverantwortung gegenüber Verwandten, die Anzahl der Krankenstandstage (je nach Modell viele oder wenige), Arbeitsplatzsicherheit, ein befristetes Arbeitsverhältnis, viel Handlungsspielraum und Stress am Arbeitsplatz, Übereinstimmung zwischen den gewünschten und tatsächlichen Arbeitsstunden, Verrichtung der Arbeit von zu Hause aus und in der Freizeit, keine faire Konfliktlösung in der Arbeit und die fehlende Unterstützung durch die Kollegenschaft. Insgesamt hat sich gezeigt, dass in bisherigen Forschungen keine einheitliche Definition oder Messung von Präsentismus vorliegt und dadurch auch der Stand der Forschung in seinen Ergebnissen variiert. Dennoch konnten in dieser Arbeit mehrere signifikante Einflussfaktoren von Präsentismus, die mit vorliegenden Forschungsergebnissen im Einklang stehen, festgestellt werden.

Abstract

The aim of this thesis is to provide an overview of previous findings on the topic of presenteeism with special attention to prevalence and factors influencing presenteeism in Austria. Prior research distinguishes between individual related, work and job related and organizational related factors. Based on these and considering the theoretical background of this work, a quantitative secondary analysis of data of the European Working Conditions Survey 2010 and 2015 will be carried out. Results show that prevalence of presenteeism increased between 2010 and 2015 from 33,3 to 37,5 percent. Factors influencing presenteeism were calculated using three regression models, a multiple binary logistic regression with the dichotomous dependent variable whether presenteeism was practised last year, a multiple linear regression with the dependent variable 'number of days of presenteeism' and another linear regression with the dependent variable 'presenteeism tendency'. Depending on the model, following factors could be identified that have a positive effect on presenteeism: female gender, poor self-assessed health, a higher level of education than compulsory schooling, no responsibility to care for relatives, number of sick days (many or few, depending on the model), job security, temporary employment, work autonomy, stress at work, matching desired and actual working hours, working from home and in the free time, no fair conflict resolution at work and a lack of support from colleagues. Overall it has been shown that there is no unified definition or measurement of presenteeism, thus previous research shows various results regarding the contributing factors of going to work while ill. Nevertheless, this work could identify multiple significant factors influencing presenteeism that are also in line with existing findings.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund von Krankheit	4
2.1 Krankenstand	9
3. Theoretische Verortung von Präsentismus	12
3.1 Begriffsdefinition von Präsentismus	12
3.2 Die Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit - Grundlagen weitreichender Veränderungen in der Arbeitswelt	17
3.3 (Regierungs-)Programme und Technologien der indirekten Steuerung	20
3.3.1 <i>Das unternehmerische Selbst</i>	22
3.3.2 <i>Der Arbeitskraftunternehmer</i>	25
3.3.3 <i>Der Homo Oeconomicus</i>	26
3.4 Der Umgang mit Krankheit in der Arbeitswelt	28
3.4.1 <i>Die Krankenrolle nach Parsons</i>	28
3.4.2 <i>Das Krankheitsverhalten</i>	29
3.4.3 <i>Die Krankheitsverleugnung</i>	30
3.4.4 <i>Die interessierte Selbstgefährdung</i>	32
4. Zum Stand der Präsentismusforschung	34
4.1 Forschungsstand	34
4.2 Hypothesen	52
5. Methode	62
5.1 Erhebung des European Working Conditions Survey	62
5.2 Auswahl der statistischen Verfahren	63
5.3 Auswahl der unabhängigen Variablen	65
6. Datenauswertung	68
6.1 Darstellung der Stichprobe	68
6.2 Prävalenz von Präsentismus im Zeitvergleich	71
6.3 Einflussfaktoren von Präsentismus	73
7. Diskussion und Ausblick	82
Literaturverzeichnis	89
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	96
Anhang	97

1. Einleitung

Der Erwerbsarbeit wird in der Gesellschaft ein ungebrochen hoher Wert zuerkannt. Aus diesem Grund gilt sie als einer der wesentlichsten Quellen von Sinnstiftung. Dieses Wertebewusstsein wird schon im Erziehungsprozess in den Menschen ausgebildet und wirkt im späteren Berufsleben auf das Verhalten und das Streben nach Leistung ein. Der Antrieb zur Erbringung von Arbeit ist, neben dem offensichtlichen Erfordernis der Gewährleistung des eigenen Einkommens, dabei immer mehr intrinsisch motiviert (vgl. Badura 2017, S.5). Man könnte somit argumentieren, dass Arbeit, die Selbstentfaltung ermöglicht, Arbeitskräfte dazu bewegt auch von sich aus Faktoren wie ein übermäßiges Engagement, mehr und bessere Leistung, die Bereitschaft zur ständigen Erreichbarkeit, Flexibilität und Autonomie und die damit einhergehende Priorisierung der Arbeit gegenüber dem Privatleben gerecht werden zu wollen. Die vermeintlich *neuen Freiheiten und Möglichkeiten*, die dadurch entstehen sollen, sind jedoch kritisch zu betrachten. Die Frage ist doch, ob diese Veränderungen der Arbeit den Beschäftigten zugutekommen sollen, oder Unternehmen davon profitieren.

Ein weiterer Prozess, der diese Entwicklungen zunehmend befeuert, ist der Wandel in der Arbeitswelt. In Zeiten der immer weiter fortschreitenden Arbeitsmarktflexibilisierung, der Arbeitsverdichtung, der zunehmenden Rationalisierungsprozesse, der neuen Steuerungsformen der Arbeitskraftnutzung und dem vermehrten Vorkommen von atypischen Arbeitsverhältnissen, die immer mehr Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer betreffen (vgl. Hägerbäumer 2017, S.20; Flecker 2017, S.242f), wird die Frage der Balance zwischen dem Stellenwert der Erwerbsarbeit und dem Umgang mit der eigenen Gesundheit eine in diesem Zusammenhang relevante.

Infolgedessen ist es nicht verwunderlich, dass in den letzten Jahren der Thematik des Präsentismus in der Öffentlichkeit, aber vor allem auch in der Wissenschaftsgemeinde, vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Begriff des Präsentismus beschreibt in der europäischen Forschungslandschaft die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz einer Erkrankung (vgl. Steinke und Badura 2011, S.14ff). So sind immer häufiger Schlagzeilen wie jene der Presse: „Wer in die Arbeit geht, ist nicht zwingend gesund“ (Burger 2014) und des Standards: „Arbeiterkammer warnt: 35 Prozent gehen krank zur Arbeit“ (APA 2016) zu lesen. Trotz der relativ jungen Forschungstradition mit ersten empirischen Studien in den 1990er-Jahren (vgl. Lohaus und Habermann 2018, S.4) konnte in der Literaturrecherche der vorliegenden Arbeit eine Fülle an wissenschaftlichen Untersuchungen gefunden werden, die sich diesem Phänomen widmen.

Der zunehmenden Aufmerksamkeit zu der Frage des Umgangs mit Krankheit kommt in diesem Kontext insbesondere Wichtigkeit zu, wenn es um die Folgen von Präsentismus geht. So konnte

festgestellt werden, dass Präsentismus in Verbindung mit einem schlechten Gesundheitszustand zu einem erhöhten Risiko einer schweren Herz-Kreislauf-Erkrankung führen kann (vgl. Kivimäki et al. 2005, S.101). Außerdem stellt das Verhalten krank zu arbeiten einen unabhängigen Risikofaktor für eine später selbsteingeschätzte schlechte Gesundheit dar (vgl. Bergström et al. 2009b, S.1189). Wiederholter Präsentismus erhöht darüber hinaus das Risiko, zu einem späteren Zeitpunkt einen längeren Krankenstand zu verzeichnen (vgl. Bergström et al. 2009a, S.637; Hansen und Andersen 2009, S.400). Präsentismus kann somit zu weitreichenden Folgen für die individuelle Gesundheit führen und sollte daher von allen Beteiligten ernst genommen werden.

Vor diesem Hintergrund zielt diese Arbeit darauf, einen Überblick über die bisherigen Erkenntnisse zu Präsentismus zu geben und aufbauend darauf anhand einer Analyse der Daten des European Working Conditions Survey 2010 und 2015 zunächst folgende Forschungsfrage zu der konkreten Situation in Österreich zu beantworten:

Gibt es einen Unterschied in der Häufigkeit des Auftretens von Präsentismus in Österreich zwischen den Jahren 2010 und 2015?

Außerdem sollen die Einflussfaktoren des bisherigen Forschungsstands mit jenen der Daten des EWCS 2015 verglichen und im Spezifischen anschließende Forschungsfragen bearbeitet werden, wobei zweitens eine veränderte Perspektive der ersten Frage darstellt:

Welche Faktoren begünstigen die Entstehung von Präsentismus?

und

Welche Gruppen von Arbeitenden sind insbesondere gefährdet Präsentismus zu betreiben?

Diese Arbeit geht zu Beginn in Kapitel zwei auf den theoretischen Hintergrund von Krankheit ein und beschäftigt sich dazu mit dem historischen Wandel des Verständnisses von Gesundheit, dem Modell der Salutogenese, der systemtheoretischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit und subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, um anschließend die Thematik des Krankenstands als Gegenoption zu Präsentismus im Krankheitsfall zu beleuchten.

Kapitel drei stellt die soziologisch-theoretische Verortung von Präsentismus dar, die zunächst auf die tiefgreifenden Veränderungen der Arbeitswelt durch die Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit eingeht und sich daran anknüpfend in zwei thematische Komplexe aufspaltet. Einerseits werden (Regierungs-)Programme und Technologien der indirekten Steuerung, wie das unternehmerische Selbst, der Arbeitskraftunternehmer und der Homo Oeconomicus vorgestellt,

andererseits wird auf Konstrukte, die den Umgang mit Krankheit theoretisieren, eingegangen, wie die Krankenrolle nach Talcott Parsons, das Krankheitsverhalten, die Krankheitsverleugnung und die interessierte Selbstgefährdung.

Der nächste Abschnitt der Arbeit versammelt bisherige Forschungsergebnisse zu der Prävalenz und den Einflussfaktoren von Präsentismus aus nationalen, wie internationalen Studien. Anhand derer und in Anlehnung an die theoretischen Ausarbeitungen werden danach die Hypothesen, die es empirisch zu überprüfen gilt, aufgestellt.

Das Methodenkapitel erläutert zunächst die Erhebung des Datensatzes des European Working Conditions Surveys. Danach werden kurz jene statistischen Verfahren beschrieben, die später in der Auswertung angewendet werden. Anschließend werden sämtliche Operationalisierungen der unabhängigen Variablen, die die Einflussfaktoren von Präsentismus darstellen und die in dem gewählten Datensatz zur Verfügung stehen mit ihren Fragen und Antwortmöglichkeiten vorgestellt.

Kapitel sechs beschäftigt sich mit der Auswertung der vorliegenden Arbeit. Zunächst wird die Stichprobe anhand von den wichtigsten soziodemographischen und präsentismusrelevanten Variablen dargestellt. Danach werden die drei abhängigen Variablen, die Präsentismus im Datensatz abbilden, anhand ihrer Verteilung präsentiert. Demfolgend wird die Präsentismusprävalenz von Österreich im Zeitvergleich von 2010 auf 2015 ermittelt und eine multiple binär-logistische und zwei multiple lineare Regressionsanalysen zur Überprüfung der Einflussfaktoren durchgeführt.

Daran anknüpfend werden in Kapitel sieben die Ergebnisse, auch im Vergleich zu den bisherigen Erkenntnissen, diskutiert und die methodischen Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt. Zum Schluss erfolgt ein Ausblick auf weitere mögliche Anknüpfungspunkte für Forschungen zum Thema Präsentismus.

2. Theoretischer Hintergrund von Krankheit

„Die Begriffe Krankheit, Kranksein und Erkrankung werden häufig synonym benutzt. Dennoch sind mit diesen Begriffen eigentlich unterschiedliche Dinge gemeint“ (Naidoo und Wills 2010, S.6). In der englischen Sprache unterscheidet man im Hinblick auf die Perspektive von Krankheit zwischen drei verschiedenen Begriffen für den Bewertungsprozess: *Illness*, im deutschen gleichzustellen mit *sich krank fühlen*, beschreibt die subjektive Beurteilung seitens der Erkrankten. Diese steht unter der Einflussnahme des individuellen, kulturellen Hintergrunds und den Wertvorstellungen der sozialen Lebenswelten. *Disease*, zu deutsch *als krank festgelegt*, beschreibt die Definition des Vorliegens einer Erkrankung durch fachspezifische Expertinnen und Experten, anhand von Orientierungen an vorgegebenen Normwerten. Der dritte Begriff, *sickness*, übersetzt als der *Status des Krankseins*, beschreibt die Annahme der Krankenrolle und die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen aus der sozialen Umwelt. Diese drei Perspektiven spiegeln die Selbstwahrnehmung, die Fremdwahrnehmung seitens Expertinnen und Experten und die gesellschaftliche Verortung von Krankheit wider (vgl. Hurrelmann 2006, S.115f).

Dass es unterschiedliche Betrachtungsweisen zu Krankheit gibt und sich die Definitionen im Laufe der Zeit geändert haben, wird im Folgenden dargestellt: Schon seit dem Ende des 18. Jahrhunderts kam dem biomedizinischen Modell in Hinblick, wie Krankheit zu definieren ist, eine große Bedeutung zu. Dessen Verständnis baut auf fünf Annahmen auf: Erstens, Körper und Geist sind getrennt voneinander behandelbar. Zweitens, kann der Körper als eine Art Maschine betrachtet werden, die von Ärztinnen und Ärzten „repariert“ und wieder funktionstüchtig gemacht werden kann. Drittens, führt der technologische Fortschritt mit seinen Innovationen zur Überbewertung eben dieses Fortschritts und in Folge dazu, dass die Medizin einen technologischen Imperativ annimmt. Viertens, versucht die Medizin Komplexität zu reduzieren, was dazu führt, dass soziale und psychologische Faktoren gegenüber biologischen Veränderungen weniger Relevanz in der Diagnose von Krankheiten zukommt. Fünftens, unterstützte dieser Reduktionismus im 19. Jahrhundert die Entstehung der Lehre der spezifischen Ätiologie, welche davon ausgeht, dass alle Krankheiten durch einen bestimmten Erreger, wie Parasiten, Viren und Bakterien begründet sind (vgl. Nettleton 2006, S.2). Das biomedizinische Modell versteht somit unter einer Erkrankung die Störung der regulären Organfunktionen, welche sich anhand von Symptomen zeigen. Die oder der Erkrankte ist in gewisser Weise dem Körper ausgesetzt und nimmt einen eher passiven Platz in dem Prozess ein. Innerhalb dieses Verständnisses herrscht nicht nur die strikte Trennung von Körper und Geist vor, es werden darüber hinaus soziale und materielle Ursachen von Erkrankungen, sowie subjektive Wahrnehmungen und Deutungen ignoriert (vgl. Richter und

Hurrelmann 2016, S.8f). Umgekehrt wird Gesundheit kurzgefasst als das Freisein von Krankheit betrachtet (vgl. Hurrelmann 2006, S.114).

Ab 1970 stieß das Modell dadurch auf Kritik. Zum einen ist heute bekannt, dass Krankheiten nicht aus eindimensionalen Ursachen bestehen, sondern sich in den meisten Fällen aus multiplen Faktoren, wie die allgemeine körperliche Verfassung und die soziale und natürliche Umwelt, zusammensetzen. Zum anderen kommen heute den individuellen Wahrnehmungen, Erfahrungen und Deutungen, dem sogenannten Laienwissen von Personen, mehr Bedeutung zu. Außerdem kamen Zweifel zu der strikten Trennung zwischen Körper und Geist auf. Die moderne Medizin ist dazu angehalten Patientinnen und Patienten in ihrer Gesamtheit zu betrachten (vgl. Richter und Hurrelmann 2016, S.10). „Ein ausschließlich biologistischer und pathogenetischer Blick auf den Menschen - trotz seiner starken Dominanz - scheint in der Medizin zunehmend der Vergangenheit anzugehören [...]“ (ebd., S.11).

Es kam zu einem Umdenken, weg von dem biomedizinischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, zu dem biopsychosozialen Krankheitsmodell. Dieses sieht Krankheit als Ergebnis einer dynamischen Wechselbeziehung zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren (vgl. ebd., S.11). Die Weltgesundheitsorganisation definierte Gesundheit zunächst als „[...] ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ (WHO 1946, S.1). Umgekehrt wird Krankheit als ein beeinträchtigtes Wohlbefinden auf sowohl körperlicher, geistiger und sozialer Ebene definiert. Dass das Hauptaugenmerk auf das individuelle Wohlbefinden gelegt wird macht deutlich, dass die Beurteilung des gesundheitlichen Zustands auf einer Selbsteinschätzung der Personen beruht. Weiters wird Gesundheit in dieser Definition als normativ beladener Idealstatus, der sich außer Reichweite befindet, betrachtet. Denn das vollkommene Wohlbefinden lässt sich wohl in der Realität kaum finden. Im Gegensatz zu der biomedizinischen Betrachtungsweise ist Gesundheit und Krankheit nun mehrdimensional aufgestellt. Darüber hinaus werden in dieser Anschauung „Gesundheit und Krankheit [...] einander *diametral gegenübergestellt*.“ (Hurrelmann 2006, S.117). Die Beziehung zwischen Gesundheit und Krankheit wird in der Debatte dieser Betrachtungsweise als Kontinuum gedeutet, das zwischen zwei Gegenpolen verläuft (vgl. ebd., S.117).

Auf dem sogenannten Gesundheits-Krankheits-Kontinuum spielen sich zwischen einem theoretischen Gesundheits- und Krankheitspunkt zumeist zeitgleich mehrere salutogenetische und pathogenetische Prozesse, die zueinander ins Gleichgewicht gebracht werden müssen, ab. Diese Prozesse können als eher gesunde und eher kranke Anteile des individuellen Wohlbefindens betrachtet werden. Dementsprechend ist eine Person niemals „nur“ krank oder „nur“ gesund,

vielmehr ist sie zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einem spezifischen Punkt des Kontinuums zu verorten. Krankheit kann in dieser Sichtweise als „Ent-Gesundung“ oder als „Blockierung der Gesundheitserzeugung“ verstanden werden (vgl. Franzkowiak 2018, S.1f).

Das Modell der Salutogenese, welches Krankheit und Gesundheit multiperspektivistisch betrachtet, lässt sich übersetzt als Modell der *Gesundheitsdynamik* fassen. Im Gegensatz zu der pathogenetischen Betrachtung, die sich auf die Erklärung des Krankwerdens fokussiert, beschäftigt sich die Salutogenese damit, warum sich Personen trotz zahlreichen belastenden Faktoren auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums befinden und die Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit kompensieren können. Menschen stehen fortwährend sogenannten Stressoren gegenüber, welche jedoch nicht zwingend pathogen wirken. Die Stressoren führen zu einem Spannungszustand, der durch eine Spannungsverarbeitung bewältigt werden muss. Der Outcome der Verarbeitung kann dabei pathologisch, neutral oder gesund sein. Eine erfolgreiche Spannungsverarbeitung stützt sich auf etwaige vorhandene gesundheitsförderlich wirkende Widerstandsressourcen. Zu diesen zählen zum Beispiel medizinisch bedeutende Potenziale des Körpers, finanzielle Mittel, kognitive und emotionale Fähigkeiten und motivationale und soziale Ressourcen (vgl. Hurrelmann 2006, S.119f). Ein wichtiger, moderierender Faktor und ein Erfordernis für einen positiven Ausgang der Gesundheitsdynamik ist das Kohärenzgefühl. Eine starke Ausprägung dieses befähigt dazu, auch bei schwierigen Stressoren, die für den Stressor angebrachten Ressourcen zu identifizieren, sie einzusetzen und zu koordinieren. Das Kohärenzgefühl wird aus der Geisteshaltung gespeist, dass die Welt „[...] zusammenhängend, in sich stimmig und sinnvoll zu erleben [...]“ (ebd., S.123) ist. Es setzt sich aus den drei Komponenten dem Gefühl von Verstehbarkeit, dem Gefühl der Bewältigbarkeit und dem Gefühl von Sinnhaftigkeit zusammen. Menschen glauben daran, dass sie: Anforderungen aus dem Körper und der Umwelt als verständliche Informationen verarbeiten können, Herausforderungen lösen können, weil passende Ressourcen vorhanden sind und die Welt und das Leben sinnvoll sind (vgl. ebd., S.122f).

In der systemtheoretischen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit geht man davon aus, dass sich der Mensch als lebendes System im Austausch, aber auch in Abgrenzung zu seinen relevanten Umwelten autopoietisch fortwährend reproduziert. Die Umwelten bestehen sowohl aus salutogenen als auch pathogenen Prozessen und Strukturen. Aber auch das lebende System selbst bringt in seiner Produktion gesunde und kranke Systemprozesse und -strukturen hervor. Der Krankheitszustand ist in dieser Perspektive somit Ergebnis der individuellen genetischen Grundausstattung und dem Interaktionsverlauf mit den maßgeblichen Umwelten (vgl. Pelikan 2007, S.76), „aber [...] ein spezifisches, vom durchschnittlich normal Erwarteten oder Erwartbaren

(ganz im Sinne von Parsons) *abweichendes* Ergebnis.“ (Pelikan 2009, S.32). Krankheit kann außerdem nur dann vorhanden sein, wenn zumindest ein Minimum an Gesundheit vorhanden ist (vgl. Pelikan 2007, S.76). „Kranke Strukturen, Prozesse und Ergebnisse können sinnvoll nur als spezifisch abweichende Untermenge von gesunden verstanden werden.“ (vgl. Pelikan 2009, S.32).

Eine weitere Perspektive auf Krankheit sind die subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und Alltagskonzepte von Menschen. Krankheit ist auch ein subjektives Phänomen, welches wahrgenommen und erlebt wird. Darüber hinaus besitzt sie auch eine soziale Komponente. Krankheitsvorstellungen variieren nicht nur im Zeitverlauf, sie können auch von Kultur zu Kultur abweichen. Krankheit kommt ebenfalls eine normative Bedeutung zu, denn sie stellt die Abweichung vom Normalzustand Gesundheit dar. Gesundheit und Krankheit wird im Alltag von den einzelnen Personen hergestellt. Aufgrund ihrer Sozialisation und den Erfahrungen, die sie mit der Zeit machen, entwickeln sie ihre Gesundheitskompetenz, die sich auf ihren Umgang mit Erkrankungen auswirken. In dem sogenannten Laiengesundheitssystem agieren Menschen selbstständig, aufbauend auf ihrem Alltagswissen, in Hinblick auf die Erfassung und Entgegenwirkung von Krankheit (vgl. Faltermaier 2015, S.1).

Das in der soziologischen Gesundheitsforschung am weitesten verbreitete Maß, um den Gesundheitszustand zu ermitteln, ist die selbsteingeschätzte Gesundheit der Befragten, die zumeist auf einer Vier- oder Fünf-Punkte-Skala zu beurteilen ist (vgl. Jylhä 2009, S.307). Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsindikatoren basiert dieses Messinstrument auf einem aktiven kognitiven Prozess, der nicht von allgemein bestimmten Definitionen geleitet wird, sondern auf der Wahrnehmung der befragten Personen von einer Vielzahl an subjektiven und objektiven Elementen von Gesundheit und Krankheit aufbaut. Marja Jylhä entwickelte dazu ein Model, das den Prozess der individuellen Gesundheitsbewertung veranschaulicht. In diesem unterscheidet sie drei Phasen des Bewertungsprozesses, welche wiederum durch kontextuelle Faktoren beeinflusst werden. Zuerst muss eine Person festlegen, was unter dem Begriff Gesundheit verstanden wird und welche Elemente herangezogen werden sollen, um den subjektiven Gesundheitszustand festzulegen. Diese Entscheidung wird von sich wandelnden kulturellen und historischen Gesundheitsverständnissen beeinflusst. In einer nächsten Phase folgt die Überlegung, in welcher Weise diese Elemente berücksichtigt werden sollen. Hier werden Bezugsgruppen, bisherige Gesundheitserfahrungen, Gesundheitserwartungen und positive und negative Veranlagungen in den Entscheidungsprozess miteinbezogen. Zuletzt muss entschieden werden, welche Antwortkategorie diese am besten widerspiegelt. Auf diese Wahl wirken kulturelle Konventionen bei der etwaigen positiven und negativen Meinungsäußerung und

Verwendung der Skala ein (vgl. ebd., S.308f). In dem Gesundheitsbewertungsprozess nimmt Krankheit die Position des bestimmenden Gegenstücks zu Gesundheit ein.

Die eben vorgestellten Perspektiven zum Verständnis von Krankheit machen deutlich, dass keine allgemeine Übereinstimmung herrscht und sich die Betrachtungsweisen auch historisch verändert haben. Klaus Hurrelmann, der eine konsensfähige Definition möglich machen möchte, stellt dazu acht Maximen auf, die im bisherigen wissenschaftlichen Diskurs Anklang gefunden haben:

Tabelle 1: Acht konsensfähige Maximen für Gesundheit und Krankheit

Maxime 1	„Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.“ (vgl. Hurrelmann 2006, S.139).
Maxime 2	„Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.“ (vgl. ebd., S.139).
Maxime 3	„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.“ (vgl. ebd., S.140).
Maxime 4	„Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.“ (vgl. ebd., S.141).
Maxime 5	„Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.“ (vgl. ebd., S.142).
Maxime 6	„Persönliche Voraussetzungen für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.“ (vgl. ebd., S.143).
Maxime 7	„Die Bestimmung der Ausprägung und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.“ (vgl. ebd., S.143).
Maxime 8	„Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen - der körperlichen, der psychischen und der sozialen - voneinander unterscheiden.“ (vgl. ebd., S.144).

Diese Zusammenführung, aufbauend auf Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien und Public-Health-Theorien (vgl. Franzkowiak und Hurrelmann 2018, S.3) führen Hurrelmann zu seiner fachübergreifenden Definition von Krankheit:

„Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2006, S.146).

Um auf den Umstand einzugehen, dass sich Menschen zu einem gegebenen Zeitpunkt auch zwischen dem Stadium der absoluten Gesundheit und Krankheit befinden können, verwendet Hurrelmann den Begriff der relativen Krankheit. In Bezug auf die eben genannte Definition spricht er hier nicht von einem Ungleichgewicht, sondern einem teilweise gestörten Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren. Die Bewältigung dieser gelingt nur teilweise oder vorübergehend (vgl. ebd., S.146).

Die Definition, wann Krankheit vorliegt, ist insbesondere für eine genauere Betrachtung von Präsentismus relevant, denn sie bildet die Grundlage des Phänomens. Insgesamt kann aufbauend auf den hier vorgestellten Gesundheits- und Krankheitskonzeptionen und den Maximen von Hurrelmann festgehalten werden, dass der Gesundheitszustand einer Person nicht nur auf die Abhängigkeit von körperlichen Gegebenheiten reduziert werden kann, sondern neben psychischen Elementen auch sozial bedingt ist und in einem sozialen Kontext entsteht. Der Gesundheitszustand bewegt sich auf einem Kontinuum, man ist somit niemals *nur* gesund oder *nur* krank. Der Verlauf ist fließend und resultiert aus einem Wechselspiel zwischen pathogenen und salutogenen Faktoren, beziehungsweise zwischen Risiko- und Schutzfaktoren. Der Bewertungsprozess, wann eine Erkrankung gegeben ist oder wann die Anwendung der *Krankenrolle* angemessen ist, unterliegt in der Feststellung nicht nur medizinischen Expertinnen und Experten, vielmehr kommt diesem auch eine subjektive Komponente zu. Individuelle Vorstellungen, Erfahrungen und Erwartungen an die Personen spielen hier eine große Rolle.

2.1 Krankenstand

Der Krankenstand ist als die „[...] Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund einer krankheits- oder unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit [...]“ (vgl. Leoni 2015, S.5) definiert. Diese Arbeitsunfähigkeit ist gegeben, solange eine Krankheit vorliegt und die Wiederaufnahme der Arbeit zu der Gefahr der Verschlechterung des Zustands der erkrankten Person führen würde (vgl. § 106 Absatz 1 GSVG 2018). Ihr geht ein gesundheitliches Ereignis voraus, welches zu einer Änderung des Gesundheitszustands führt, die eine Arbeitsfähigkeit hindert (vgl. Leoni 2015, S.5).

In seinem Wirkmodell des Krankenstands unterteilt Thomas Leoni den Vorgang einer Krankenstandsepisode anhand von drei Phasen (vgl. ebd., S.10). Zu Beginn steht das gesundheitliche Ereignis. Dieses kann von temporärem Charakter sein, wie beispielsweise ein grippaler Infekt. Diese Erkrankungen sind zeitlich begrenzt und weisen keine Folgeschäden für den allgemeinen Gesundheitszustand auf. Das Ereignis kann aber auch ein Unfall oder das plötzliche Auftreten einer schweren Erkrankung wie ein Herzinfarkt, ein sogenannter *health shock* sein, der zumeist länger anhält und sich auf den späteren Gesundheitszustand auswirken kann. Das Ereignis kann sich aber auch schrittweise anbahnen und unter anderem durch die Chronifizierung von Symptomen zu einem schlechteren Gesundheitszustand führen (vgl. ebd., S.14). In der zweiten Phase kommt es zu der Krankschreibung und dem Eintritt in den Krankenstand. An dieser Stelle wird der Präsentismus verortet. Nämlich dann, wenn sich nach dem Eintreten eines gesundheitlichen Ereignisses gegen die Inanspruchnahme eines Krankenstands und für das Weiterarbeiten entschieden wird. Der Krankenstand selbst erfolgt zumeist nach einer Krankschreibung durch medizinisches Fachpersonal (vgl. ebd., S.21). Die dritte Phase, die Fortsetzung des Krankenstands, verläuft von Person zu Person verschieden. Die meisten Krankenstände sind von kürzerer Dauer und übersteigen in der Regel nicht ein paar Tage. Weniger als ein Drittel der Krankenstandsepisoden gehen über eine Woche hinaus (vgl. ebd., S.28). Sobald die Arbeitsfähigkeit wieder gegeben ist, tritt die zuvor kranke Person erneut in den Arbeitsprozess ein. Wird ein Krankenstand zu früh beendet, also abgebrochen, obwohl die Arbeitsfähigkeit noch nicht zur Gänze wiederhergestellt ist, kommt es auch hier zu Präsentismus (vgl. ebd., S.11).

Anhand der Daten der österreichischen Sozialversicherungsträger konnte für das Jahr 2010 bei knapp 60 Prozent der versicherten Personen festgestellt werden, dass diese zumindest einmalig einen Krankenstand wahrnahmen. Die Anzahl der Krankenstandsfälle pro Person lag bei zwei Krankenstandsepisoden. Diese dauerten im Schnitt elf Tage an (vgl. Leoni 2011, S.7f). Nur knapp über 15 Prozent der Krankenstandsfälle dauerten über zwei Wochen (vgl. ebd., S.III). 35 Prozent verliefen zwischen einen und drei Tagen und zählen somit zu den sogenannten Kurzkrankenständen (vgl. ebd., S.12). Zu beachten gilt hierbei, dass nicht alle Unternehmen einen ärztlichen Nachweis der Arbeitsfähigkeit ab dem ersten Tag, sondern erst ab dem vierten Tag des Krankenstands, verlangen. Aus diesem Grund ist bei Kurzkrankenständen von einer Untererfassung auszugehen (vgl. ebd., S.8).

2015 erhöhte sich der Anteil an versicherten Personen, die zumindest einen Krankenstand vorweisen auf zirka 63 Prozent. Auch hier lag die Anzahl der durchschnittlichen Krankenstandsfälle bei zweimal. Wohingegen sich die Krankenstandsdauer auf 9,9 Tage verringerte (vgl. Leoni und

Uhl 2016, S.8). Darüber hinaus erhöhte sich die Anzahl an Kurzkrankenständen auf knapp 39 Prozent (vgl. ebd., S.I).

Im Kontext der österreichischen Rechtslage ist ebenfalls relevant, dass Beschäftigte auch zum Zeitpunkt eines Krankenstands gekündigt werden können (vgl. WKO 2019). Dieser Umstand könnte aus Angst der unselbstständig Erwerbstätigen vor dem Arbeitsplatzverlust dazu führen, dass Personen (frühzeitig wieder) in die Arbeit gehen, obwohl sie erkrankt sind oder eine Erkrankung noch nicht ganz auskuriert ist.

3. Theoretische Verortung von Präsentismus

In diesem Kapitel soll zunächst der Begriff des Präsentismus historisch verortet und in seinen unterschiedlichen Verständnissen und Operationalisierungen erläutert werden. Darauf folgt die theoretische Einbettung des Präsentismus in dieser Arbeit. In bisherigen Publikationen wird die theoretische Konzeption durch empirische Modelle, aus zumeist psychologischer Forschung, dargestellt. Diese beruhen auf statistisch belegten Zusammenhängen zwischen einzelnen Einflussfaktoren und Präsentismus. In der Literaturrecherche konnte keine direkte soziologisch-theoretische Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Präsentismus gefunden werden. Aus diesem Grund greift diese Arbeit auf Theoriekonstrukte aus den Subdisziplinen der Gesundheits- und Arbeitssoziologie und auf sozialpsychologische Ansätze zurück, die als Hintergrund und ursächliche gesellschaftliche Umstände von Präsentismus betrachtet werden können. Dabei werden die für diese Arbeit herangezogenen Konzepte in zwei Schwerpunkte eingeordnet: Zum einen in Theorien, die sich mit den (Regierungs-)Programmen und Technologien der indirekten Steuerung beschäftigen und zum anderen Theoriekonstrukte, die sich mit dem Umgang mit Krankheiten beschäftigen. Bevor diese verschiedenen theoretischen Konzeptionen erläutert werden, wird, dem vorgereicht, auf die Thesen der Subjektivierung und Entgrenzung der Arbeit, als Ausgangspunkt dieser und als Grundlage weitreichender Veränderungen in der Arbeitswelt, eingegangen.

3.1 Begriffsdefinition von Präsentismus

Das erste Auftreten des Begriffs des Präsentismus geht auf Arbeiten zurück, die sich mit der Frage befassen, wie die Fehlzeiten reduziert und die Anwesenheit von Beschäftigten am Arbeitsplatz gesteigert werden kann, um so Kosten zu sparen. Das Verständnis war zu diesem Zeitpunkt rein auf die Anwesenheit am Arbeitsplatz begrenzt. Später haben sich in der Diskussion rund um den Begriff des Präsentismus zwei Forschungslinien herauskristallisiert. Zum einen der ältere und vorrangig in den USA vertretene Hauptstrang, der Präsentismus als Produktivitätseinbußen fasst, die durch die Beeinträchtigung von Arbeitskräften aufgrund gesundheitlicher Beschwerden - vorrangig chronische Erkrankungen - entstehen und die Erwerbstätigen in ihrem Arbeitsschaffen so weit einschränken, dass sie nur eine unterdurchschnittliche Arbeitsleistung erbringen können. Zu Beginn dieser Forschungstradition stehen die Arbeiten von Wayne Burton und seinen Kolleginnen und Kollegen bei der Bank One. Im Vordergrund steht die Untersuchung, wie hoch die Kosten dieser Produktivitätseinbußen für die Unternehmen sind (vgl. Steinke und Badura 2011, S.14ff).

Die zweite Forschungslinie, auf die sich diese Arbeit bezieht und die sich neben jener in den USA in Europa, insbesondere im skandinavischen Raum, etabliert hat, vertritt ein anderes Verständnis von Präsentismus. Hierunter wird das beobachtbare Verhalten von Arbeitskräften verstanden, die trotz einer Erkrankung, die ein Fernbleiben rechtfertigen würde, in die Arbeit gehen (vgl. ebd., S.14ff). Innerhalb dieses Hauptstrangs lassen sich viele verschiedene Definitionen verorten, die im Folgenden dargestellt werden sollen:

Tabelle 2: Ausgewählte Definitionen von Präsentismus

Nr.	Definition	Quelle
1	„[...] the phenomenon of people, despite complaints and ill health that should prompt rest and absence from work, still turning up at their jobs.“	Aronsson et al. 2000, S.503
2	„[...] the situation in which an employee goes to work despite perceiving herself to be sufficiently ill to have legitimately called in sick.“	Hansen und Andersen 2008, S.957
3	„[...] when an employee goes to work despite feeling so ill that he or she judges that sick leave would have been proper [...]“	Bergström et al. 2009a, S.629
4	„[...] attending work while ill.“	Johns 2010, S.521
5	„[...] attending work when self-perception of health justifies taking time off.“	Ashby und Mahdon 2010, S.13
6	„Präsentismus ist das Verhalten von Berufstätigen, trotz Vorliegen von Krankheitssymptomen weiter ihrer Arbeitstätigkeit nachzugehen.“	Hägerbäumer 2017, S.92

(vgl. Hägerbäumer 2017, S.81ff).

Die Definitionen lassen erkennen, dass selbst innerhalb einer Forschungslinie keine klare Einheit herrscht. Dies ist vor allem bei der Festlegung des *Krankseins* erkennbar. Eine Erkrankung wird bei Vorliegen von Beschwerden, schlechter Gesundheit, hinreichender Erkrankung, begründetem Gesundheitszustand, Krankheitssymptomen, oder einfach nur als Kranksein als solches benannt. Diese Unschärfe ist sicherlich auf die Schwierigkeit der Thematik zurückzuführen, dass die betroffene Person selbst festlegen muss, ab wann eine für sie ausreichende Erkrankung oder gesundheitliche Einschränkung vorliegt, sodass ein Fernbleiben der Arbeit legitimiert ist. Die Grenze des Krankseins wird somit von Individuen gezogen, die nicht unbedingt einer standardisierten Vorgabe folgen oder folgen können. Die Einschätzung und Wahrnehmung von Krankheit ist und bleibt individuell abhängig, auch wenn ärztliches Personal zur Rechtfertigung

herangezogen werden kann. Ebenfalls lässt sich ein Unterschied in der Wertung der Definitionen finden. Während Aronsson und seine Ko-Autorenschaft in ihrer Definition wertend darauf hinweisen, dass bei Krankheit nicht in die Arbeit gegangen werden soll und Definition zwei und drei die Bewertung, ob ein Krankenstand angebracht ist, den betroffenen Personen überlässt, sind die restlichen Definitionen neutral formuliert.

Uneinigkeit besteht auch gegenüber der Frage, ab wann Präsentismus gegeben ist, also wie häufig in einem bestimmten Zeitraum krank gearbeitet werden muss, um der Definition zu entsprechen. So ist Präsentismus in einigen Untersuchungen schon dann gegeben, wenn es in einem bestimmten Zeitraum mindestens einmal vorgekommen ist, trotz Erkrankung in die Arbeit zu gehen (beispielsweise bei Johansen et al. 2014 und Robertson et al. 2012). Viele Erhebungen definieren jedoch Präsentismus als das mehrfache Vorkommen, zumeist ab dem zweiten Auftreten, krank arbeiten zu gehen (wie zum Beispiel Aronsson et al. 2000 und Bergström et al. 2009a). Einige Studien (wie Böckerman und Laukkanen 2009) führen gar kein Limit in absoluten Zahlen an, sondern gehen von einem mehrmaligen Vorkommen aus (vgl. Lohaus und Habermann 2018, S.14f). Als nächstes soll nun aufgezeigt werden, welche Messinstrumente zu Präsentismus vorliegen:

Tabelle 3: Messinstrumente von Präsentismus

Nr.	Instrument	Quelle
1	„Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling that you really should have taken sick leave due to your state of health?“ 4 Antwortkategorien dichotomisiert: No, never; Yes, once; Yes, 2-5 times; Yes, more than 5 times	Aronsson et al. 2000, S.504
2	„During the last 12 months, how many days did you work despite being ill because you felt you had to?“ offene Antwort	Biron et al. 2006, S.29
3	„How many times during the last 12 months have you gone to work even though it would have been reasonable to take sick leave?“ 6 Antwortkategorien: none, once, 2-3 times, 4-5 times, 6-10 times, more than 10 times	Hansen und Andersen 2008, S.959
4	“How many times, during the last 12 months, have you gone to work although your state of health implied that you should have taken sick leave?“ 4 Antwortkategorien: never, once, two to five times, more than five times	Elstad und Vabo 2008, S.468
5	“Has it happened over the previous 12 months that you have gone to work despite feeling sick?“ 2 Antwortkategorien: no, yes	Demerouti et al. 2009, S.57

6	<p>„Wie oft arbeiten Sie, obwohl Sie eigentlich krank sind oder sich krank fühlen?“ 5 Antwortkategorien: sehr oft, oft, gelegentlich, selten, nie</p>	Preisendörfer 2011, S.404
7	<p>„Presenteeism was solicited as the number of hours during the last 4 weeks the subject had been at work despite feeling that he/she should not have been at work due to health reasons.“</p>	Rantanen und Tuominen 2011, S.226
8	<p>“How many days did you go to work in the past six months even though you were sick or not feeling well?” offene Antwort</p> <p>„Over the past six months I have gone to work despite feeling that I really should have taken sick leave due to my state of health.“</p> <p>„I have continued to work when it might have been better to take sick leave.“ 2 Antwortkategorien: yes, no</p>	Johns 2011, S.488f
9	<p>„Ich bin trotz Krankheit am Arbeitsplatz erschienen.“</p> <p>„Ich habe gearbeitet, obwohl mir mein Arzt davon abgeraten hat.“</p> <p>„Ich habe trotz schwerer Krankheitssymptome (z.B. Schmerzen, Schüttel- frost, Fieber) gearbeitet.“</p> <p>„Ich habe trotz Krankheit den vollen Arbeitstag bzw. die volle Schicht gearbeitet.“</p> <p>„Ich habe aufgrund akuter Beschwerden Medikamente eingenommen, um arbeiten zu können.“</p> <p>„Obwohl ich krank war, habe ich mich zur Arbeit geschleppt.“</p> <p>„Ich bin zur Arbeit gegangen, obwohl ich krankgeschrieben war.“</p> <p>6 Antwortkategorien: nie wenn ich krank war; selten, wenn ich krank war; manchmal, wenn ich krank war; häufig, wenn ich krank war; sehr häufig wenn ich krank war</p>	Hägerbäumer 2011, S.116
10	<p>“Over the last six months, how many days a month did you show up for work when you felt physically ill?” offene Antwort</p>	Gosselin et al. 2013, S.79

(vgl. Hägerbäumer 2017, S.83).

Da die Messinstrumente an die Definitionen anschließen, zeigt sich auch hier, dass der Faktor des Krankseins unterschiedlich formuliert wurde. Darüber hinaus unterscheiden sich die Fragen in der

Länge des zurückliegenden Zeitraums, auf den Bezug genommen werden soll. Dieser variiert zwischen einen, sechs und zwölf Monaten. Außerdem differenzieren die Antwortmöglichkeiten. Während manche Fragen auf die Angabe der dezidierten Anzahl der Präsentismustage abzielen, fragen andere nach der Häufigkeit des Auftretens und einige bloß ob Präsentismus vorgekommen ist, mit den Antwortmöglichkeiten ja und nein. Zu bevorzugen wären sicherlich die Fragemöglichkeiten nach der Häufigkeit, insbesondere die Frage nach der Tagesanzahl, denn diese bieten, auch für spätere Auswertungen, den größten Informationsgehalt. Hinsichtlich des Bezugszeitraums stellt sich die Frage, ob zwölf Monate eventuell ein zu langer Zeitraum sind, an den sich zurückerinnert werden soll. Sechs Monate hingegen bieten die Schwierigkeit, dass Ergebnisse gerne in Bezug auf ein Jahr präsentiert werden. Um Aussagen für ein Jahr treffen zu können, müsste das Ergebnis auf zwölf Monate hochgerechnet werden, was methodisch fraglich ist.

Die hier aufgezeigten Definitionen und im Weiteren die Messtechniken stehen aber auch konzeptionell in der Kritik. Die zuvor schon angesprochene Problematik der Festlegung des ausreichend Krankseins, um der Arbeit fern zu bleiben, ist ein individueller Aushandlungsprozess, der auf die Gesundheits- und Krankheitsbilder und -vorstellungen aufbaut. Die persönliche Gesundheitskompetenz der Erwerbstätigen spielt hier eine Rolle (vgl. Hägerbäumer 2017, S.87f). Einen weiteren Faktor, den die Konzeption krank zur Arbeit zu gehen ignoriert, ist die Tatsache, dass viele Menschen mit chronischen Erkrankungen ihr Kranksein und ihre eventuellen Einschränkungen in ihren Arbeitsalltag integrieren müssen. Der Begriff des Präsentismus ignoriert bis dato die Selbstverständlichkeit von vielen chronisch kranken Berufstätigen, ihre Arbeit alltäglich zu verrichten (vgl. Steinke und Badura 2011, S.24). Diese Problematik wird in Zukunft nicht abnehmen, da mit dem demografischen Wandel der Anteil der chronisch erkrankten Personen immer weiter zunimmt. Das vorherrschende Verständnis wird sich in diese Richtung differenzieren müssen, um die Lebensrealität vieler betroffener Personen miteinzubeziehen. Daran anschließend zählen Personen, die nach einem längeren Krankheitsverlauf in ihre Arbeit wiedereingegliedert werden, ebenfalls zu jenen Erwerbstätigen, die Präsentismus betreiben (vgl. Hägerbäumer 2017, S.89). Eine weitere methodische Schwierigkeit ist die Krankheitshäufigkeit von Arbeitskräften. Berufstätige, die öfter erkrankt sind, müssen häufiger entscheiden, ob sie krank arbeiten oder in den Krankenstand gehen. Die Präsentismuswahrscheinlichkeit steht somit in Relation zu der Krankheitshäufigkeit. Die Frequenz von Erkrankungen hat somit einen Einfluss auf das Antwortverhalten (vgl. ebd., S.90).

Insgesamt hat sich gezeigt, dass in der Konzeption des Phänomens krank zur Arbeit zu gehen in der Definition und dem folgend in der Messung noch keine Einigkeit herrscht. Jedoch lässt sich

innerhalb der europäischen Forschungslinie ein grundsätzliches Verständnis erkennen. Man ist sich einig, dass Präsentismus jenes Verhalten von Erwerbstätigen ist, trotz Erkrankung zur Arbeit zu gehen. Auf eben diese Auffassung baut diese Abhandlung auf.

3.2 Die Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit - Grundlagen weitreichender Veränderungen in der Arbeitswelt

Der Hintergrund der These der *Subjektivierung von Arbeit* lässt sich in dem Wandel der Erwerbsarbeit der meisten Industrieländer finden, der bedeutende strukturelle Veränderungen der betrieblichen Organisation mit sich bringt. Darunter fällt die bedingte Abwendung von dem einstmalig vorherrschenden Rationalisierungsleitbild des Taylorismus, beziehungsweise Fordismus, und damit einhergehend das Abkommen von strikten detailgesteuerten und von Kontrolle geprägten Arbeitsverhältnissen. Auch wenn diese Entwicklung nicht in allen Sektoren Einzug gefunden hat und sich sogar gegenteilige Tendenzen in manchen Bereichen beobachten lassen, so betreffen sie jedoch an Wichtigkeit zunehmende Branchen, wie beispielsweise die Dienstleistungsbranche und weitere essentielle Bereiche. Auslöser dieser Entwicklung finden sich zum einen in dem verstärkten Wettbewerb, sowohl national als auch durch die Globalisierung befeuert, international. Zum anderen tragen auch Änderungen von Produkt- und Marktanforderung zu der Entwicklung bei.

Der Umgang der Betriebe mit ebendiesem Wandel sieht neue Strategien der Arbeitskraftnutzung vor (vgl. Kleemann et al. 1999, S.10f). Die post-tayloristischen Arbeitsformen legen vermehrt Verantwortung und Handlungsspielraum in die Arbeitenden hinein, sowohl in zeitlicher, räumlicher, sachlicher, sozialer und sinnhafter Dimension. Diese geförderte Selbstorganisation betrifft nun nicht mehr nur Führungskräfte und andere Positionen, die bisher schon einen hohen Grad an Selbstbestimmung am Arbeitsplatz hatten und auch forderten, sondern auch viele weitere Arbeitsplätze. Für die Beschäftigten bedeutet dies allerdings auch, dass sie mehr Leistung unter zunehmender Überwachung der Ergebnisse erbringen müssen. Hinter dieser Form der Arbeitsorganisation steckt die Absicht eines erweiterten, bis hin zu einem vollen Zugriff auf den Arbeitenden und dessen Arbeitskraftpotenzial zu haben (vgl. ebd., S.12f).

Eingebettet in diesem Hintergrund versteht man unter der Subjektivierung von Arbeit einerseits die Praxis von Arbeitenden, ihre Subjektivität vermehrt in ihre Arbeit einzubeziehen und andererseits die Forderung an die Arbeitenden nach mehr Subjektivität am Arbeitsplatz (vgl. ebd., S.2). Arbeitskräfte sollen sich für ihre Arbeit aktiv selbst steuern und ihre individuellen,

persönlichen Kompetenzen ökonomisch nützen. Betriebe stellen nun einen Anspruch auf die Emotionen, die Leidenschaft, das innovationsreiche Denken und Kreativität für das Arbeitsergebnis, Loyalität und Solidarität gegenüber dem Betrieb und seinen Zielen, sowie Leistungsbereitschaft und Kommunikativität als relevante Eigenschaften der Arbeitskraft (vgl. Voß 2007, S.101f).

Frank Kleemann und seine Kollegen unterscheiden drei Erscheinungsformen von Subjektivität: Die kompensatorische Subjektivität fassen die Autoren als jene subjektive Leistung von Arbeitenden, auf Probleme basierend auf komplexen Situationen, wie umfassende technische Vorgaben, mit praktischem Arbeitshandeln zu reagieren. Bei dieser flexiblen Problembewältigung sind die vorgegebenen betrieblichen Strukturen so eng, dass der Arbeitende einseitige Anpassungsleistungen erbringen muss (vgl. Kleemann et al. 1999, S.32).

Die strukturierende Subjektivität bezieht sich auf die subjektive Leistung der Organisation der Arbeitstätigkeit, die Realisierung der alltäglichen Lebensführung als parallele Abstimmung zwischen Arbeit und Leben und des Lebensverlaufs. Sie basiert auf der zunehmenden Flexibilisierung und erfordert eine individuelle Strukturierung, um einen funktionalen Arbeitsablauf zu garantieren. Dafür müssen sich Beschäftigte mit den vorhandenen Bedingungen beschäftigen und diese im Rahmen ihrer Freiräume ausgestalten (vgl. ebd., S.33).

Unter der reklamierenden Subjektivität fasst man die subjektive Leistung der Befassung und Interpretation mit gesellschaftlichen Diskursen von Sinnstrukturen und die Arbeit betreffende soziokulturelle Werthaltungen. Die Sinnstrukturen sind keine vorgegebenen Handlungsvorgaben, sondern erfordern eine Auseinandersetzung der Individuen mit ihrer sozialen Umwelt, um sie so in ihre persönlichen Arbeits- und Lebenswirklichkeiten einzupassen. Der Zweck der reklamierenden Subjektivität liegt in der Herantragung alternativer Orientierungen an die Gesellschaft und deren Institutionen. Die individuell gedeuteten Sinnstrukturen werden in einem Akt des einseitigen Anpassungsprozesses in subjektives alltägliches Handeln umgewandelt. Da die Individuen einigermaßen autonome Deutungen vornehmen können, können sie oben genannte alternative Orientierungen einbringen und dadurch gegebene gesellschaftliche Sinnstrukturen ein Stück weit auflösen (vgl. ebd., S.33).

Eine mögliche vierte Form von Subjektivierung von Arbeit sehen die Autoren in der ideologisierten Subjektivität. Diese ist die subjektive Leistung, auf der Ebene von Diskursen und Sinndeutungen, der einseitigen, passiven Adaption an festgelegten Strukturen von Arbeit und Beschäftigung, sowie dem Umbruch dieser. Dabei setzen sich Individuen, als Antwort auf die neuen gesellschaftlichen Bedingungen von Arbeit und die damit einhergehenden soziokulturell

geprägten Diskurse rund um den Wandel von Arbeit mit den Prozessen der subjektiven, sozialisierten Prägungen auseinander (vgl. ebd., S.34).

Hand in Hand mit der Subjektivierung von Arbeit geht die Entgrenzung von Arbeit einher. Unter ihr versteht man die „[...] tiefgreifenden Strukturveränderungen der betrieblichen Organisation von Arbeit und Beschäftigung [...]“ (Voß 2007, S.101). Aufgrund von taktischen Überlegungen seitens der Betriebe, um beispielsweise den Beschränkungen und hohen Kosten der tayloristischen Rationalisierung entgegenzuwirken, werden „[...] bisher typische organisatorische Strukturen weithin flexibilisiert, verflüssigt, ausgedünnt oder sogar nahezu aufgehoben [...]“ (vgl. ebd., S.101). Damit einher geht die Abnahme einer klaren Trennung zwischen Arbeits- und Privatleben (vgl. Ruiner und Wilkesmann 2016, S.116).

Die Entgrenzung von Arbeit lässt sich auf verschiedenen Ebenen beobachten: Die zeitliche Entgrenzung geht auf die Flexibilisierung der Arbeit zurück. Neben der Zunahme von Arbeitszeitformen hinsichtlich der Dauer, Lage und Regulierungsform der Arbeitszeit kommt es zeitweise zu einer Entgrenzung der Arbeit selbst. Der Zeitpunkt und die Länge der Arbeitszeit ist nicht immer organisiert und teilweise in anhaltender Aushandlung. Die Entgrenzung des Arbeitsortes dient der Einsparung von Raumkosten und der Möglichkeit, Arbeitende variabel und näher an dem Ort ihrer Leistungserbringung einzusetzen. Prominente Beispiele dafür sind Mobil- und Außendienstarbeit, sowie home-office-work. Die voranschreitende Technisierung zeigt sich als weiteres Merkmal der Entgrenzung von Arbeit. Kaum ein Arbeitsplatz kommt heute ohne technische Unterstützungssysteme aus. Diese sind zumeist stark an die Bedürfnisse der jeweiligen Bereiche angepasst. Arbeitende müssen somit mit immer mehr Gerätschaften zurechtkommen, die teilweise auch immer spezifischer werden (vgl. Voß 1998, S.474f).

Die voranschreitende Arbeitsstruktur der Projekt- und anderer Gruppenarbeiten, betriebliche Dezentralisierungen und die Auslagerung von Arbeitsaufträgen führt zu einer Entgrenzung der Sozialorganisation. Die Regeln der Zusammenarbeit, der Arbeitsteilung, der Anforderungen der Arbeit und die Erwartungen untereinander, bis hin zu der Aufstellung der Gruppen selbst, sind nicht mehr vorbestimmt, sondern werden von den Gruppen teilweise eigenständig ausgehandelt. Ebenfalls betroffen sind der Arbeitsinhalt und damit verbunden die fachliche Qualifikation von Beschäftigten. Heutzutage ist es nicht mehr ausreichend, sich auf einmalig erworbenen Kompetenzen zu beziehen. Fachliche Qualifikationen benötigen eine durchgehende Modifikation, angepasst an neue betriebliche Funktionen. Die Arbeitenden sollen außerdem fächerübergreifende Fähigkeiten erwerben. Auch auf einer ideellen Ebene kommt es zu Entgrenzungen. Betriebe wissen um die Vielfalt von Einstellungen und Orientierungen ihrer

Belegschaft und wollen diese mittels einer differentiellen Personal- und Unternehmenskulturpolitik nutzen. Die Arbeitenden sollen nicht mehr angeleitet werden, sondern ihre eigenen Motivierungen und Sinnsetzungen für die Umsetzung ihrer Arbeitskraft festlegen (vgl. ebd., S.475).

Der Wandel der Erwerbsarbeit und die damit einhergehende Subjektivierung und Entgrenzung von Arbeit bleibt nicht ohne Folgen. So bringt die Anforderung nach einer gesteigerten Selbstorganisation mehr Handlungs- und Entfaltungsspielraum für die Arbeitenden mit sich, die Individuen können jedoch auch überfordert sein mit ihren hohen zu erbringenden Koordinationsleistungen. Die voranschreitende Technisierung von Produktions- und Dienstleistungen führt zu einer Einschränkung des Handlungsspielraums, geschuldet den strikt vorgegebenen Arbeitsprozessen, zugleich nehmen die Qualifikationsanforderungen zu. Aufgabe der Arbeitenden ist, den arbeitsteiligen Produktionsablauf zu garantieren. Dies führt zu zunehmenden arbeitsbedingten Belastungen für die Beschäftigten. Der Wandel hat ebenfalls Auswirkungen auf die individuelle Arbeitsbiografie. Deren stetiges Bestehen ist nicht mehr gegeben und muss durch fortwährende Entscheidungen beständig produziert werden (vgl. Kleemann et al. 1999, S.36f).

3.3 (Regierungs-)Programme und Technologien der indirekten Steuerung

Seit Mitte der 1990er Jahre beschäftigen sich viele Studien angelehnt an dem Begriff der Gouvernementalität mit den Merkmalen institutioneller und staatlicher Regierungspraxen (vgl. Bührmann 2012, S.145). Dabei kam es zu einer Verschiebung des Fokus des Forschungsinteresses, von der Fremdführung von Individuen und den dazugehörigen (Regierungs-)Strategien hin zu den Praktiken und Technologien des Selbst. In diesem Zusammenhang fasst man die Arbeit von Individuen an sich selbst als ein Bestandteil der neu in Erscheinung tretenden Regierungsrationalitäten, in denen einst externe Disziplinierungspraxen nun in die Individuen selbst hineinverlagert werden (vgl. ebd., S.145).

Michel Foucault, auf den der Gouvernementalitätsbegriff zurückgeht, interessierte sich in seinen Untersuchungen neben anderem, für die Subjektivierung des Menschen. Diese fasst er als Formungsprozess, der aus der Verbindung von gesellschaftlicher Zurichtung und Selbstmodellierung besteht. Er beschäftigte sich mit den Mechanismen der Fremd- und Selbstführung, die Menschen zu Subjekten machen und durch die sich Menschen selbst zu Subjekten machen (vgl. Bröckling 2007, S.31).

Foucault differenziert zwischen Herrschafts- und Selbsttechnologien, um Machtmechanismen zu ergründen. Die Herrschaftstechniken sind auf die Regelung des Verhaltens von Menschen ausgerichtet, um diese spezifischen Herrschaftszwecken zu unterwerfen (vgl. Lemke et al. 2000, S.28). Die Technologien des Selbst fasst Foucault als Werkzeuge, die die Individuen dazu befähigen, mit ihren eigenen Mitteln Operationen mit ihren Körpern, Seelen und ihrer eigenen Lebensführung durchzuführen und sich dadurch selbstständig zu modifizieren und zu transformieren, um so einen Zustand der Vollkommenheit, des Glücks, der Reinheit und der übernatürlichen Kraft zu erreichen (vgl. Foucault 1984, S.35f).

Die Überschneidung dieser beiden Technologien, die Zeitpunkte, in denen sich die Herrschaftstechniken Vorgänge zu Nutze machen, in denen Menschen auf sich einwirken und jene Zeitpunkte, in denen die Selbsttechniken in die Herrschaftsstrukturen einbezogen werden, bilden Kontaktpunkte. Diese Stellen, die eine Verbindung der Lenkung durch andere und die Art, wie sich Personen selbst verhalten, darstellen, nennt Foucault Regierung. Menschen zu regieren ist nicht die Praxis Personen zu etwas zu zwingen, was die oder der zu Regierende will, sondern es ist vielmehr ein vielfältiges Gleichgewicht, das sich durch Auseinandersetzungen zwischen Technologien des Zwangs und den Vorgängen, in denen sich das Selbst entwickelt und verändert, konstituiert (vgl. Foucault 1993, S.203f). Laut Foucault ist das Regieren somit vordergründig keine Unterdrückung von Subjektivität, vielmehr ist es eine (Selbst-)Produktion dieser. Zu Regieren bedeutet insofern spezifische Selbsttechnologien zu entwerfen und zu fördern und diese mit Regierungszielen zu verknüpfen (Lemke et al. 2000, S.29).

Unter dem Begriff des Regierens versteht Foucault demnach die Dispositive¹ der Formbarkeit von Menschen (vgl. Bröckling 2007, S.31). Darunter versteht er „[...] das Feld eventuellen Handelns der anderen zu strukturieren.“ (Foucault 1994, S.255). Ebenso des eigenen Handelns, denn nur wer sich selbst regieren kann, kann andere regieren (vgl. Foucault 2000, S.48). Foucault sagte in diesem Zusammenhang:

„»Führung« ist zugleich die Tätigkeit des »Anführens« anderer (vermöge mehr oder weniger strikter Zwangsmaßmechanismen) und die Weise des Sich-Verhaltens in einem

¹ „[...] ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes umfaßt. Soweit die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann.“ (Foucault 1978, S.119f).

mehr oder weniger offenen Feld von Möglichkeiten. Machtausübung besteht im »Führen der Führungen« und in der Schaffung der Wahrscheinlichkeit.“ (Foucault 1994, S.255).

Programme des Regierens generieren einen Sog in ihrem Wirkungsbereich. Dieser hat die Aufgabe, spezifische Verhaltensweisen gegenüber anderen Verhaltensweisen wahrscheinlicher zu machen (vgl. Bröckling 2007, S.38). Diese Subjektivierungsregime bilden einerseits einen Kanon an Verhaltensregeln und definieren darüber hinaus andererseits

„Wissensformen, in denen Individuen die Wahrheit über sich erkennen, die Kontroll- und Regulationsmechanismen, mit denen sie konfrontiert sind, die Spezialisten, deren Ratschlägen und Anweisungen sie Autorität zusprechen, sowie die Sozial- und Selbsttechnologien [...]“ (ebd., S.39).

Sie stellen Menschen Erwartungen gegenüber, auf die mit Zurückweisung, Unterlaufung oder Einlösung reagiert werden kann, jedoch kann die Erwartung nie vollkommen erfüllt werden. Darüber hinaus können Menschen nur dann Erwartungen gegenübergestellt werden, wenn sie selbst ein grundlegendes Ungenügen empfinden (vgl. ebd., S.28).

3.3.1 Das unternehmerische Selbst

Als solch ein Regierungsprogramm, in dem sich „[...] eine Vielzahl gegenwärtiger Regierungs- und Selbstregierungspraktiken verdichten [...]“ (vgl. Bröckling 2007, S.45) betrachtet Ulrich Bröckling das unternehmerische Selbst. In seiner Studie *Das unternehmerische Selbst – Soziologie einer Subjektivierungsform* beschäftigt er sich mit dem Leitbild des unternehmerischen Selbst, welches von jedem Individuum befolgt werden soll und eine eigene Dynamik, ein eigenes gesellschaftliches Kraftfeld, erzeugt. Anhand von nationalökonomischen, psychologischen und soziologischen Theorien, Managementprogrammen, Kreativitäts-, Kommunikations- und Kooperationstechniken und populären Ratgebern - bestehend aus Trainingsmanualen, Lehrbüchern und Erfolgsratgebern (vgl. ebd., S.10) - richtet Bröckling seine Aufmerksamkeit auf die Art und Weise wie dieses Kraftfeld funktioniert, auf welchen strategischen Elementen es aufbaut und die Sichtbarmachung der konstitutionellen Überforderung und Logik der Ausgrenzung und Schuldzuschreibung, denen die Personen unterliegen. Mit seiner Studie schließt er an Foucaults Gouvernementalitätskonzeption an und weitet den Begriff des Regierens ausgehend von den Studies of Governmentality auf weitere Arten des planvollen Einwirkens auf menschliches Handeln aus (vgl. ebd., S.7ff). Dabei interessiert ihn nicht der Umgang der Menschen mit dem Leitbild, vielmehr möchte er ein Regime

der Subjektivierung untersuchen und in Erfahrung bringen, wie das Postulat seinen Einfluss in der Gesellschaft entfaltet (vgl. ebd., S.10).

Das unternehmerische Selbst definiert Bröckling als:

„[...] ein Bündel aus Deutungsschemata, mit denen heute Menschen sich selbst und ihre Existenzweisen verstehen, aus normativen Anforderungen und Rollenangeboten, an denen sie ihr Tun und Lassen orientieren, sowie aus institutionellen Arrangements, Sozial- und Selbsttechnologien, die und mit denen sie ihr Verhalten regulieren sollen.“ (ibd., S.7).

Das Leitbild ist somit keine empirisch beobachtbare Entität, wie etwa der aktuellste Sozialisationstyp, stattdessen handelt es sich vielmehr um die Art und Weise, wie Menschen als Personen angesprochen werden und gleichzeitig die Vorgabe, anhand derer sie sich wandeln sollen. Das unternehmerische Selbst ist ein „[...] Subjekt im Gerundivum – nicht vorfindbar, sondern hervorzubringend.“ (ibd., S.47) und ist „Kein Produkt, sondern Produktionsverhältnis.“ (vgl. Bröckling 2002, S.6). Es subsumiert ein normatives Menschenbild und eine Reihe von aktuellen Selbst- und Sozialtechnologien, die den Anspruch teilen, die Art zu leben gänzlich an jenem des Entrepreneurs zu orientieren (vgl. Bröckling 2007, S.46f). Um die Anrufung des unternehmerischen Selbst aufrecht zu erhalten benötigt es eine andauernde Mobilisierung (vgl. ebd., S.54), jedoch schließt diese an das kollektive Bedürfnis der Gesellschaft nach mehr Autonomie und Selbstverwirklichung an. Dadurch konnte das Leitbild eine solch starke Anziehungskraft erzeugen, dass es zu einer hegemonialen Figur wurde (vgl. ebd., S.58).

Um das unternehmerische Handeln von anderen Arten des Handelns abzusetzen, zieht Bröckling die Nationalökonomie heran, die den Unternehmer als volkswirtschaftliche Kategorie betrachtet, und unterscheidet vier Grundfunktionen des unternehmerischen Handelns: Der Unternehmer nutzt Gewinnchancen, er ist innovativ, nimmt Risiken auf sich und er koordiniert den Prozess der Produktion und Vermarktung (vgl. ebd., S.108ff). Das unternehmerische Selbst treibt dieses

„[...] dynamische Moment unternehmerischen Handelns so weit, dass als einzige Konstante im Individuum die Notwendigkeit bleibt, sich fortwährend zu ändern, um die diskontinuierlichen und immer schnelleren Marktturbulenzen bewältigen zu können.“ (ibd., S.125).

Doch das Postulat, zum eigenen Unternehmer zu werden und das in jeder Lebenslage, birgt das Paradoxon, dass nicht jeder Mensch ein Entrepreneur sein kann, denn wären es alle, wäre es keiner mehr. Ziel ist es, im Konkurrenzkampf vorne zu liegen, unabhängig davon, wie ungleich die Möglichkeiten zum Aufstieg verteilt sind. Hinzukommend ist der eingestellte Erfolg nicht der

Endpunkt, sondern ein Zustand, der nachhaltig, immer wieder aufs Neue, erworben werden soll. Der Konkurrenzkampf kann somit nicht endgültig, sondern nur für einen bestimmten Zeitraum gewonnen werden. Aus diesem Grund betrachtet Bröckling das Leitbild als Schreckbild, dem jede Person folgen soll und das zeitgleich jedem Menschen droht (vgl. ebd., S.126).

Bröckling unterscheidet vier Schlüsselkategorien des unternehmerischen Selbst, anhand derer er die verschiedenen Aspekte unternehmerischen Handelns erläutert: Ein erster ist jener, der Kreativität, laut Bröckling „[...] ein gouvernementales Programm, ein Modus der Fremd- und Selbstführung.“ (ebd., S.153) und eine „[...] Antwort auf die Innovationszwänge kapitalistischer Modernisierung [...]“ (ebd., S.153). Das unternehmerische Selbst soll seine Kreativität regieren können, sie soll zum gewünschten Zeitpunkt in Erscheinung treten und gezielt Probleme lösen. Sie wird als eine unentbehrliche Ressource, welche antrainierbar ist betrachtet (vgl. ebd., S.153f).

Ein weiterer Schlüsselbegriff, jener des Empowerments, ist eng verbunden mit der Vorgabe als unternehmerisches Selbst selbstbewusst und eigenständig zu agieren. Ziel ist die Ausweitung und Erhöhung der Kompetenz der Selbstregierung (vgl. ebd., S.184). In dieser Förderung der Machtausübung sich selbst gegenüber findet sich jedoch auch das Paradoxon des Empowerments: Die Notwendigkeit zur Befähigung verweist auf das Fehlen von Macht - auch sich selbst gegenüber - und unterstellt ein Gefühl der Ohnmacht. Empowermentbestrebungen sind somit selbst Machtausübungen und Regierungsprogramm, da sie definieren, wer in erster Linie machtlos ist und empowered werden soll (vgl. ebd., S.193).

Qualität, der dritte Schlüsselbegriff, soll aus der Perspektive des unternehmerischen Selbst ständig verbessert werden. Was diese Verbesserung sein kann soll im Qualitätsmanagement, ein wichtiges Tool für das unternehmerische Selbst, ausgelotet werden (vgl. ebd., S.216). Um für den Markt relevant zu sein und zu bleiben benötigt es durchgehende Selbstoptimierung (vgl. ebd., S.17).

Als letzten Schlüsselbegriff benennt Bröckling jenen der Projekte. Aufgrund ihrer zeitlichen Begrenzung und dem Fokus auf ein bestimmtes Ziel ermöglichen und zwingen sie zeitgleich das unternehmerische Selbst flexibel zu sein (vgl. ebd., S.17).

Das Verhalten, krank zur Arbeit zu gehen, kann in diesem Kontext als eine Folge der Durchsetzung des unternehmerischen Selbst in der Gesellschaft betrachtet werden. Das unternehmerische Selbst handhabt eine auftretende Erkrankung so, dass sie seiner Arbeit nicht im Weg steht. Sie wird in den Berufsalltag integriert, die Arbeitsaufgaben auf eventuelle Einschränkungen

angepasst. Denn das unternehmerische Selbst kann es sich nicht leisten, im Wettbewerb zurückzufallen.

3.3.2 Der Arbeitskraftunternehmer

Obwohl das unternehmerische Selbst kein Idealtypus entsprechend Max Webers Definition darstellt, so lassen sich jedoch starke Ähnlichkeiten zu dem Idealtypus des Arbeitskraftunternehmers nach Günter Voß und Hans Pongratz finden (vgl. Bröckling 2007, S.47). Dieser geht auf die Annahme der Autoren zurück, dass die Entgrenzung von Arbeitskraft zu einem neuen Typus an Arbeitskraft führt. Die Nutzung von Arbeitskraft orientiert sich immer weniger an eng tayloristischen Prinzipien, vielmehr wird die Aufgabe der Transformation von Arbeitskraft in Arbeitsleistung vermehrt in die Arbeitskräfte selbst verlagert. Dadurch kommt es neben der Veränderung der Arbeitspraxis auch zu einer Umformung der gesellschaftlichen Verfassung von Arbeitskraft: weg von dem bisher bestehenden Typus des lohnabhängigen, berufsbasierten und auf die Ausführung von aktiv vorgegebener Arbeit getrimmten Arbeitnehmers, hin zu dem Arbeitskraftunternehmer als neuer gesellschaftlicher Leittypus von Arbeitskraft (vgl. Voß und Pongratz 1998, S.1ff). Diesen erläutern sie anhand von drei Thesen:

Erstens, eine verstärkte Selbstkontrolle von Arbeitskraft. Arbeit wird nicht mehr in Form von auferlegter, systematisierter Aufgaben mit wenig Gestaltungsspielraum geleistet, vielmehr soll Arbeitskraft aus einer aktiven Selbststeuerung, die sich an Unternehmensvorgaben und -zielen orientiert, mit großem Handlungsspielraum und geringen Vorgaben, geleistet werden. Damit einhergehend kommt es zu einer Flexibilisierung der Arbeitszeit und des Arbeitsorts, sowie die Forderung nach eigenständigen und sich selbst motivierenden Arbeitskräften und eine Individualisierung und Dynamisierung der Qualifikation dieser (vgl. ebd., S.3f).

In ihrer zweiten These sprechen Voß und Pongratz von einer erweiterten Selbst-Ökonomisierung von Arbeitskraft. Neben der Änderung ihrer Arbeit müssen Erwerbstätige nun auch ihren Bezug zur eigenen Arbeitskraft als Ware am Arbeitsmarkt wandeln. Sie sollen als taktische Akteure handeln, die ihr *Vermögen*, ihre Arbeitskraft, mit Absicht einer wirtschaftlichen Verwertung fördern und aktiv anwenden. Die Ökonomisierung bedeutet in diesem Sinne zweierlei: Arbeitskraft unterliegt zunehmend der Effizienz und muss dahingehend ausgerichtet produziert werden. Des Weiteren muss die eigene Arbeitskraft am Arbeitsmarkt beworben und verkauft werden (vgl. ebd., S.4f).

Die dritte und letzte These beschäftigt sich mit der Selbst-Rationalisierung von Arbeitskraft und der Vertrieblung der Lebensführung. Ausgehend von den ersten zwei Thesen erwarten die Autoren eine strukturelle Änderung des gesamten Lebens der Beschäftigten, nämlich eine zweckorientierte und zielgerichtete Nutzung aller Ressourcen, um sämtliche Bereiche des Lebens fokussiert auszugestalten und auf den Erwerb zu konzentrieren (vgl. ebd., S.5).

Innerhalb dieser drei Thesen lässt sich jeweils eine Verstärkung der Nutzung von Arbeitskraft zuweisen: die erhöhte Selbstkontrolle von Beschäftigten bewirkt eine neue Form betrieblicher Herrschaft. Die erweiterten Handlungs- und Gestaltungsspielräume führen zu einem Herrschaftszusammenhang in den Erwerbstätigen selbst - sie sollen im Sinne der Unternehmen handeln und ihre Arbeitskraft einsetzen. Die ausgeweitete Selbst-Ökonomisierung von Arbeitskraft geht mit der Auflösung institutionalisierter Strukturen von Arbeitsverhältnissen einher. Dies führt zu individuellen Aushandlungen von alternierenden Arbeitsaufträgen und weg von gemeinschaftlichen Vereinbarungen von nachhaltigen Arbeitsbedingungen. Die dritte These geht mit der Abnahme der Trennung von Arbeits- und Privatleben einher. Diese verstärkte Nutzung der Arbeitskraft zielt somit auf den gesamten Menschen ab, einerseits in der Ausdehnung über alle Lebensbereiche hinweg und andererseits in die Tiefe der Beschäftigten, um das individuelle Vermögen voll auszuschöpfen (vgl. ebd., S.6f).

Und genau hier sitzt auch das Phänomen des Präsentismus. Der erhöhte Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum und die gesteigerte Selbststeuerung gehen Hand in Hand mit dem Prinzip der Effizienz. Wenn alle Ressourcen zweckorientiert und zielgerichtet eingesetzt werden müssen, um sie für die Arbeit zu nützen und die Beschäftigten im Sinne der Unternehmen handeln sollen, bleibt schlichtweg kein Platz für das Fernbleiben von der Arbeit wegen einer Erkrankung. Aus diesem Grund könnten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, gestützt durch ihre erweiterten Handlungsmöglichkeiten, versuchen, Absentismus zu vermeiden.

3.3.3 Der Homo Oeconomicus

Ein theoretischer Ansatz, der laut Foucault Menschen als Unternehmer ihres Selbst fasst, ist der Homo Oeconomicus (vgl. Foucault 2004, S.314). Dieser besagt, dass Menschen rational handeln und menschliches Verhalten jeweils die Entscheidung verschiedener zur Wahl stehender Möglichkeiten darstellt. Die Auswahl wird dabei von Restriktionen, die den Handlungsspielraum des Individuums eingrenzen, beeinflusst. Innerhalb dieser Restriktionen wird die Entscheidung von individuellen Präferenzen, die in Verbindung zu den Wertevorstellungen einer Person stehen,

bestimmt. Die Auswahl wird daher auf Grund von Prognosen und des Prinzips der Nutzenmaximierung in Erwägung möglicher Nebenbedingungen getroffen (vgl. Kirchgässner 1991, S.12ff). Dies veranschaulicht folgendes Beispiel von Gary Becker: Die individuelle Gesundheit und ein damit verbundenes langes gesundes Leben ist zwar sicherlich ein angestrebtes Ziel der meisten Menschen, jedoch verfolgt der Mensch darüber hinaus noch viele weitere Ziele, die in manchen Fällen in Konkurrenz zu dem Erhalt der eigenen Gesundheit und Vitalität stehen. Dies kann dazu führen, dass sich Personen bewusst für eine ungesunde Angewohnheit, wie beispielsweise das Rauchen, entscheiden. Das heißt nicht, dass nicht auch das Ziel nach einer möglichst guten Gesundheit verfolgt wird, jedoch kann es sein, dass andere spezifische Ziele, wie das Ausüben ungesunder Verhaltensweisen, einen höheren Stellenwert in der Entscheidungsfindung erhalten (vgl. Becker 1976, S.9f).

Da der Homo Oeconomicus ein Mensch ist, der fortwährend Entscheidungen treffen muss, ist es möglich, ihn zu regieren (vgl. Foucault 2004, S.372). „Wenn der Einzelne stets seinen Nutzen zu maximieren sucht, kann man seine Handlungen steuern, indem man deren Kosten senkt oder steigert und so das Kalkül verändert.“ (Bröckling 2007, S.90). Der Drang zur Nutzenmaximierung kann durch den Wettbewerb gesteuert werden, denn dieser stellt die Handelnden einander gegenüber. Sie müssen sich an einander messen und voneinander abheben, um als unternehmerisches Selbst Erfolg zu haben (vgl. ebd., S.106). Hier findet man das Regierungsprogramm des unternehmerischen Selbst wieder: „Regieren heißt, den Wettbewerb, sich selbst regieren heißt, die eigene Wettbewerbsfähigkeit fördern.“ (ebd., S.107).

Hier lässt sich Präsentismus als eine Präferenz im rationalen Entscheidungsprozess interpretieren. Die Entscheidung krank zur Arbeit zu gehen scheint mehr individuelle Vorteile oder weniger individuelle Nachteile als Absentismus mit sich zu bringen. Die Wertevorstellungen, die auf diese Entscheidungsfindung einwirken, können ebenso von Sozialisationsprozessen beeinflusst sein, die beispielsweise durch den Ruf des unternehmerischen Selbst geformt werden. Andererseits könnten die Nachteile, die durch den Arbeitsmarkt, aber auch spezifischen Branchen- oder organisationalen Strukturen in Betrieben beeinflusst sind, einfach zu schwer wiegen und so einen Krankenstand als schlechtere Option darstellen.

3.4 Der Umgang mit Krankheit in der Arbeitswelt

Der zweite Schwerpunkt des theoretischen Hintergrunds von Präsentismus trägt Beiträge, die in den Subdisziplinen der Gesundheitssoziologie und Sozialpsychologie zu verorten sind, zusammen. Die folgenden Ausführungen beschäftigen sich mit der Frage, wie jede und jeder Einzelne mit dem Auftreten von Krankheiten umgeht. Nachfolgend wird dazu die Krankenrolle nach Talcott Parsons, das Krankheitsverhalten, die Krankheitsverleugnung und die interessierte Selbstgefährdung vorgestellt.

3.4.1 Die Krankenrolle nach Parsons

Laut Talcott Parsons verhindern Krankheiten das dem Normzustand entsprechenden Funktionieren des Menschen in seiner Gesamtheit, sowohl als biologisches System, als auch seiner persönlichen und sozialen Anpassungen. Somit ist eine Erkrankung zum Teil biologisch, aber auch zum Teil sozial festgelegt. Der gesundheitliche Zustand einer Person ist immer auch bedeutsam für die Mitwirkung an der Gesellschaft als sozialen System (vgl. Parsons 1951, S.290). Krankheiten behindern die Ausführung von sozialen Rollen und haben dadurch einen relevanten Einfluss auf den Betrieb eines Sozialsystems. Aus diesem Grund will die Gesellschaft Krankheiten kontrollieren, beziehungsweise minimieren, um die einzelnen Personen für die Ausübung ihrer sozialen Rollen funktionstüchtig zu erhalten (vgl. ebd., S.289). In diesem Sinne sieht Parsons das Kranksein als deviant an. Jedoch unterscheidet sich dieses deviante Verhalten von anderen, da die betroffenen Personen nicht in der Verantwortung für ihren Zustand stehen (vgl. ebd., S.296).

Parson erläutert vier Dimensionen, die in Verbindung mit der Krankenrolle die institutionalisierten Erwartungen der Erkrankten betreffen: Eine Erste ist die Befreiung von sozialen Rollenerwartungen, die bisher auf das gesunde Individuum wirkten. Diese Freistellung steht in Abhängigkeit zu der Art und Schwere der Erkrankung und muss durch eine fachkundige Person, wie ärztliches Personal, legitimiert sein und gilt der Absicherung, dass die kranken Personen nicht nur simulieren. Obwohl dadurch das Recht der Erkrankten gesichert ist, den bisherigen Rollenerwartungen vorübergehend nicht zu unterliegen, so ist es zeitgleich eine Verpflichtung, der nachgekommen werden soll, denn die Erkrankten wollen sich selber nicht immer eingestehen, krank zu sein und werden von anderen Personen darauf hingewiesen. Die zweite Dimension bezieht sich darauf, dass kranke Personen ihre Krankheit nicht kontrollieren können und sich nicht einfach dazu entschließen können, wieder gesund zu werden. Die physische und psychische Verfassung ist nicht auf die Einstellung von Personen zurückzuführen und liegt in diesem Sinne auch nicht in der Verantwortung der Erkrankten, vielmehr sind diese auf Hilfe und Pflege und auf

die Änderung ihres Zustands angewiesen. Drittens, sollen die kranken Personen ihren Krankheitszustand als ungewollt betrachten und sich der Verpflichtung unterwerfen, wieder gesund werden zu wollen. Die vierte und letzte Dimension nimmt Bezug auf die Pflicht der Erkrankten, ärztliche Hilfe aufzusuchen, um kompetent und in Zusammenarbeit mit dieser wieder gesund zu werden. Auch dies steht wieder im Verhältnis zu der Art und Schwere der Erkrankung (vgl. ebd., S.294).

Dieses theoretische Konzept sieht grundsätzlich vor, dass man bei einer Erkrankung fachkundiges Personal aufsucht und dessen Rat annimmt, um zu der Genesung beizutragen. Das schließt die Inanspruchnahme von Krankenstand mit ein. Präsentismus kann in diesem Falle als die Weigerung verstanden werden, in die Rolle des Kranken zu schlüpfen. Denkbare Gründe finden sich in den bereits bearbeiteten Ausarbeitungen.

3.4.2 Das Krankheitsverhalten

Von dem Krankenrollenverhalten, in dem sich wie oben bereits erläutert, Personen an die Verpflichtungen, die die Krankenrolle mit sich bringt, halten und ihre Rolle als Patient einnehmen, grenzt man das Krankheitsverhalten ab (vgl. Faltermaier 2015, S.1). David Mechanic versteht darunter die verschiedenen Reaktionen von Personen auf körperliche Beschwerden und unter welchen Umständen sie diese als anormal deuten. Unter das Krankheitsverhalten fallen sämtliche Handlungen von Menschen, wie sie ihre Körper beobachten, auftretende Symptome wahrnehmen und einschätzen, Gegenmaßnahmen ergreifen und Hilfe und das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen (vgl. Mechanic 1986, S.101).

Ein Großteil des Krankheitsverhaltens findet nicht in dem Medizin- oder Gesundheitssystem statt, vielmehr operiert es weitgehend im Laiensystem, denn dem Aufsuchen professioneller Hilfe gehen einige Handlungsschritte voraus. Somit kommen den alltagsweltlichen Gesundheits- und Krankheitsbildern von Einzelpersonen, aber auch sozialen Gruppen, eine hohe Bedeutung zu (vgl. Bauch 2000, S.182f). Die zunehmende Aufklärung hinsichtlich der Verbindung zwischen Lebensstil und der persönlichen Gesundheit führt, im Kontrast zu Parsons Verständnis, zu einem Anstieg der beigemessenen Verantwortung für den individuellen Gesundheits- und Krankheitszustand der Personen, sowohl für die Ursache, als auch für die Bemühungen der Besserung der Krankheit. Dies bewirkt einen Anstieg der Anforderungen an die Rationalität der Einzelnen bezüglich der Entscheidungen in ihrem Krankheitsverhalten (vgl. Borgetto 2016, S.370).

Mechanic beschreibt verschiedene Variablen des Krankheitsverhaltens, die auf die Reaktion auf Krankheit einwirken: Eine Erste ist die Auffälligkeit von Symptomen. Wann und als was diese wahrgenommen werden ist von dem Auftreten und dem Wiedererkennungswert dieser determiniert. Damit einher geht die empfundene Ernsthaftigkeit der Symptome, die auf die Wahrscheinlichkeit, auf diese zu reagieren, einwirkt. So hat sich gezeigt, dass Menschen mit ihnen bekannten Symptomen, die darüber hinaus den Ursprung derer kennen, weniger wahrscheinlich Hilfe aufsuchen. Im Gegensatz dazu bestärken unbekannte, beängstigende Beschwerden die Inanspruchnahme kompetenter Expertise (vgl. Mechanic 1986, S.277ff). Außerdem hat der Grad der Eingeschränktheit, die Häufigkeit und Langlebigkeit der Symptome und die Toleranzgrenze von Personen, hinsichtlich des empfundenen Schmerzes, Einfluss auf weiterführende Handlungen (vgl. ebd., S.279f).

Es ist also denkbar, dass Präsentismus davon abhängig ist, wie, als was und wie stark Personen ihre Symptome wahrnehmen und diese mit ihnen bekannten, alltagsweltlichen Krankheitsbildern in Verbindung bringen. Symptome werden eventuell nicht als solche oder nur als unspezifisch, nicht Einordenbare wahrgenommen. Zur Kenntnis genommene, aber als schwach oder unwichtig betrachtete Beschwerden könnten nicht ernst genug für einen Krankenstand genommen werden.

3.4.3 Die Krankheitsverleugnung

Eine Dimension des Krankheitsverhaltens ist das sogenannte unangemessene Krankheitsverhalten. Darunter wird das Vorliegen einer inadäquaten oder fehlerhaften Wahrnehmung, Bewertung und in Folge dessen Handlung in Bezug auf den individuellen Gesundheitszustand verstanden (vgl. Pilowsky 1993, S.145). Eine Form des unangemessenen Krankheitsverhalten ist die Krankheitsverleugnung (vgl. Von Troschke 2006, S.556). Unter dieser fassen Hermann Kocyba und Stephan Voswinkel

„[...] eine Form des Umgangs mit gesundheitlichen Belastungen und Krankheiten beziehungsweise Krankheitssymptomen, die sich charakterisieren lässt durch vorschnelle Entdramatisierung, Verharmlosung, Vertagen oder Keine-Konsequenzen-Ziehen.“ (Kocyba und Voswinkel 2007, S.21).

Die arbeitenden Personen nehmen somit auftretende Symptome nicht entsprechend wahr und setzen keine gebührenden Folgen. Krankheit wird zu einem unberechtigten Störfaktor, der in Konkurrenz zu den beruflichen Interessen, dem Selbstbild und der Identität steht. Ursachen lassen sich sowohl im individuellen Verhalten, aber auch in betrieblichen Verhältnissen finden. So

können die Arbeitenden selbst, die Vorgesetzten oder Kolleginnen und Kollegen auf die mangelnde Sorgfalt einwirken. Man unterscheidet daher zwischen einer individuellen und betrieblichen Dimension der Krankheitsverleugnung (vgl. ebd., S.21).

In der Dimension des Individuums differenziert man vier verschiedene Ausprägungen der Verleugnung: Eine Erste ist das Verschweigen einer Erkrankung. Die betroffenen Personen nehmen ihre Krankheitssymptome wahr und fassen diese in ihrer Summe als Krankheit auf. Jedoch kommunizieren sie diese nicht an Andere, im beruflichen Kontext also an Führungskräfte und die Kollegenschaft. Aus Bedenken um den Arbeitsplatz, die Karriere und die Angst, Achtung als produktive und leistungsfähige Person zu verlieren, melden sie sich nicht krank. Zweitens, ignorieren Erkrankte ihre wahrgenommenen Symptome. Sie werden heruntergespielt und normalisiert und auf einen späteren, passenderen Zeitpunkt, der eine Krankheit in den Augen der Betroffenen mehr zulässt, verschoben. Auf dieser Ebene wird nicht nur gegenüber Anderen eine Erkrankung verleugnet, sie wird auch von dem Individuum selbst marginalisiert und missachtet. Eine dritte Ausprägung operiert mit einer Symptomverengung. Hier gehen die Betroffenen auf einige Krankheitssymptome ein, sie erkennen allerdings den Schweregrad der Erkrankung nicht an. So gehen sie zu dem gegebenen Moment womöglich in den Krankenstand, beenden diesen jedoch sobald die größten Symptome, die die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt haben, nachgelassen haben. In der letzten Ausprägung begeben sich die Erkrankten auf eine Ebene des Nicht-Wissen-Wollens. In diesem Fall ist die Person für Andere ersichtlich krank, die Person gesteht sich dies selbst jedoch nicht ein (vgl. ebd., S.21).

Auf der betrieblichen Ebene sehen die Autoren die Krankheitsverleugnung in dem planvollen und durch institutionalisierte Regeln und Maßnahmen gestützten Ignorieren, Diskriminieren und Missachten von Krankheiten, beziehungsweise den Erkrankten. In diesem Verständnis zählt eine Krankheit als anormaler, unberechtigter Teil des Alltags, genauer gesagt des Berufsalltags. Es lassen sich fünf Ausprägungen unterscheiden: Die Erste ist die Verantwortungsabwehr von gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz seitens der Unternehmen. Diese liegen nicht in der Verantwortung der Betriebe, sondern werden als individuelle Risiken an die Arbeitenden gebunden. Zweitens, die Opferfürsorge. Hier sehen die Unternehmen die gesundheitlichen Belastungen als eine Thematik an, für die sie prinzipiell zuständig sind. Jedoch verweisen sie darauf, dass komplexe Rahmenbedingungen nur schwer abänderbar sind. Dies führt zu einer Nichtberücksichtigung der Krankheitsursachen. In Form einer Opferfürsorge werden jedoch stark belastete Personen unterstützt. Die dritte Ausprägung ignoriert die Normalität, dass Krankheiten eintreten. Betriebe leiten ihre Arbeitsorganisation so strikt, dass kein Raum für Leistungsausfälle oder fehlendes Personal bleibt. Jedes krankheitsbedingte Fernbleiben wird somit zu einem

Funktionsproblem des Betriebs. Von Tabuisierung spricht man, wenn die Ausprägungen der Ignorierung und Verantwortlichkeitsabwehr stark vorkommen und zusammenfallen. Eine Erkrankung und damit einhergehende Leistungsabrisse werden tabuisiert. Die Beschäftigten sorgen sich dann bei der Kommunikation ihrer Schwächen um ihr betriebliches Ansehen und um den Verlust ihres Arbeitsplatzes. Die letzte und fünfte Ausprägung sieht die Kontrolle des Gesundheits- und Krankheitsverhaltens der Arbeitenden als Aufgabe des Managements, welches dem Unternehmensziel folgt, Krankenstände zu reduzieren. Um dieser Absicht nachzugehen werden zwei Strategien unterschieden. Einerseits die Disziplinierung, in der auf eine Erkrankung mit Argwohn reagiert wird und betriebliche Nachteile miteinhergehen. Andererseits die kontrollierende Fürsorge, in der den Erkrankten Hilfe zukommen soll, gesundheitsgerechtes Verhalten begünstigt aber auch verlangt wird und inadäquates Verhalten maßgeregelt wird. Insgesamt wirken diese fünf betrieblichen Ausprägungen auf die individuelle Krankheitsverleugnung ein und begünstigen diese (vgl. ebd., S.22).

Daraus lässt sich schließen, dass die Krankheitsverleugnung als ein Merkmal von Präsentismus betrachtet werden kann. Das Phänomen, krank arbeiten zu gehen, kann einerseits von einer Verharmlosung der Krankheit und damit einhergehend der unsachgemäßen Ziehung oder der Unterlassung konsequenter Handlungen ausgehen und andererseits auf das berufliche Selbstbild, des leistungsfähigen Workaholics, das man wahren möchte, zurückgeführt werden. Ebenso haben die oben genannten betrieblichen Faktoren der Krankheitsverleugnung einen begünstigenden Einfluss auf Präsentismus.

3.4.4 Die interessierte Selbstgefährdung

Der Übergang von einer direkten zu einer indirekten Steuerung in der Arbeitswelt bringt weitreichende Folgen mit sich. Eine davon ist das Auftreten der interessierten Selbstgefährdung (vgl. Krause et al. 2012, S.192). Darunter versteht man „[...] ein Verhalten, bei dem man sich selbst dabei zusieht, wie das persönliche Arbeitshandeln die eigene Gesundheit gefährdet - aus einem Interesse am beruflichen Erfolg heraus.“ (Krause et al. 2013, S.14). Die neue Steuerungsform verlegt die Zuständigkeit für die Erreichung von Betriebszielen und infolgedessen den gesamten Unternehmenserfolg in die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hinein. Unternehmerische Prinzipien, die zuvor nur selbstständig Tätigen oder der Managementebene vorbehalten waren, finden somit nun auch Einzug in alle Ebenen der Betriebe und gelten auch für unselbstständig Arbeitende. Diese arbeiten nicht mehr vorgegebene Arbeitspakete ab, vielmehr soll mit einer erhöhten Autonomie direkt auf den Markt reagiert werden (vgl. ebd., S.14).

Andreas Krause, Cosima Dorsemagen und Klaus Peters unterscheiden vier Kriterien, die gegeben sein müssen, um von interessierter Selbstgefährdung zu sprechen: Erstens, werden Arbeitsleistungen anhand von quantifizierbaren Zielen, Ertragsorientierung und Benchmarking bewertet. Zweitens, unterliegt die Arbeit dem Prinzip des Kosten-Nutzen-Kalküls. Beschäftigte evaluieren ihre Arbeit anhand des Kriteriums, ob eine Tätigkeit lohnenswert für das Unternehmen ist. Das Arbeitsergebnis selbst wird Kennzahlen gegenübergestellt und bewertet. Drittens, findet die Arbeit von Mitarbeitenden zwischen zwei Extremen statt. Einerseits führen eine starke Hingabe, einhergehend mit langen und entgrenzten Arbeitszeiten zu Glücksgefühlen bei Erfolgen und einem Gefühl des Miteinanders. Andererseits führt die dauernde Gegenüberstellung der Leistungen und der hohe Leistungsdruck selbst zu Ängsten des Versagens und hohem Konkurrenzdruck zwischen den Beschäftigten. Viertens, legen Arbeitskräfte unaufgefordert Verhalten an den Tag, von dem sie wissen, dass es langfristig betrachtet negative Folgen mit sich bringt (vgl. Krause et al. 2010, S.44).

Mögliche Folgen dieses Verhaltens sind das Verrichten einer hohen Anzahl an unentgeltlichen Überstunden, Erholungspausen zu entsagen, lange tägliche Arbeitszeiten, sowie das Arbeiten an Ruhetagen und im Urlaub. Darüber hinaus kann es sein, dass fachliche und unternehmerische Entscheidungen in Konkurrenz zueinander stehen und fachliche Anforderungen reduziert werden müssen, weil unternehmerischen Aspekten mehr Wichtigkeit zukommt. Weiters können Arbeitskräfte eine innere Zerrissenheit verspüren, da etwaig auftretende Konflikte nun nicht mehr mit Vorgesetzten, sondern mit sich selbst ausgetragen werden. Dazu kommen Schuldzuschreibungen bezüglich des zunehmenden Leistungsniveaus sich selbst gegenüber, da bestimmten Zielvorgaben zu Beginn zugestimmt wurden. Zusätzlich entsteht in Gruppenarbeiten ein Gruppendruck, gezielte Leistungen zu erbringen (vgl. Krause et al. 2013, S.14).

Krank arbeiten zu gehen kann demnach als eine weitere mögliche Folge der interessierten Selbstgefährdung aufgefasst werden. Dem beruflichen Erfolg wird ein höherer Stellenwert zugeschrieben, als der individuellen Gesundheit, beziehungsweise dem Überwinden einer Krankheit. Zugleich fördert die indirekte Steuerung die unternehmerische Arbeitsweise bei unselbstständig Beschäftigten, ebenso wie die Orientierung und Identifizierung der und des Einzelnen an dem Unternehmenserfolg. Infolgedessen wird das Verhalten des Präsentismus indirekt begünstigt.

4. Zum Stand der Präsentismusforschung

Zu Beginn soll in dem folgenden Kapitel Ergebnisse aus bisherigen Forschungen in Bezug auf die Prävalenz von Präsentismus dargestellt werden. Zunächst wird auf einige internationale Studien eingegangen. Darauf folgend wird überlegt, inwiefern die Finanzkrise einen Einfluss auf das Präsentismusverhalten haben könnte und die österreichische Datenlage zur Verbreitung krank zur Arbeit zu gehen veranschaulicht. Anschließend werden die Einflussfaktoren von Präsentismus, die in bisherigen Forschungsarbeiten empirisch belegt werden konnten und ihre Wirkungsrichtung dargelegt. Zum Schluss werden die Überlegungen aus der theoretischen Verortung des Präsentismus und die Einflussfaktoren aus dem Forschungsstand herangezogen, um die Hypothesen dieser Arbeit aufzustellen.

4.1 Forschungsstand

Das Verhalten krank arbeiten zu gehen ist ein globales Phänomen (vgl. Lohaus und Habermann 2018, S.24). Dem Thema wird immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt und es kann schon heute eine Vielzahl an internationalen Studien verzeichnen. Hinsichtlich der Ergebnisse lassen sich einige Unterschiede feststellen, die einerseits auf unterschiedliche Konzeptionen und Messungen von Präsentismus zurückzuführen sind und andererseits in den Unterschieden der einzelnen Länder liegen. So hat sich gezeigt, dass die Stärke der Verbreitung von Präsentismus auch kulturabhängig ist (vgl. ebd., S.26).

In einer britischen Studie konnte 1997 gezeigt werden, dass von 1.200 Ärztinnen und Ärzten und Büroangestellten mehr als 80 Prozent Präsentismus betreiben (vgl. McKeivitt et al. 1997, S.297). Im Jahr 2000 wurden 3.800 schwedische Beschäftigte zu ihrem Krankenstandsverhalten befragt. 37 Prozent gaben dabei an, im Vorjahr mindestens zweimal krank zur Arbeit gegangen zu sein (vgl. Aronsson et al. 2000, S.502). 2005 belegte eine weitere Untersuchung des Hauptautors, dass sich die Zahl auf 53 Prozent erhöht hatte (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.961). Eine norwegische Erhebung in der zirka 1.000 Ärztinnen und Ärzte befragt wurden, kam zu dem Ergebnis, dass 80 Prozent im vergangenen Jahr krank arbeiten waren, 48 Prozent taten dies sogar zwei oder mehrere Male (vgl. Rosvold und Bjertness 2001, S.72). In den Niederlanden konnten 2002 bei einer Befragung 63 Prozent, die Präsentismus betreiben, festgestellt werden (vgl. Eurofound 2006). In einer groß angelegten dänischen Studie mit 13.000 Befragten gaben mehr als 70 Prozent an, mindestens einmal im letzten Jahr krank zur Arbeit gegangen zu sein (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.956). Eine deutsche Untersuchung konnte aufbauend auf zwei bundesweiten Stichproben für 2003 zirka 70 Prozent und für 2007 knapp 60 Prozent Präsentismus feststellen (vgl. Zok 2008a,

S.4). 2009 wurde die Befragung wiederholt und kam zu einer Prävalenz von zirka 70 Prozent. Ebenso gaben fast 70 Prozent der Befragten an, bis zum Wochenende zu warten, um sich auszukurieren. Auch hier lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg beobachten. So lag dieser Wert 2003 noch bei zirka 60 und 2007 bei knapp 66 Prozent. Mehr als jeder Fünfte nahm sich sogar Urlaub, anstatt in den Krankenstand zu gehen (vgl. Schmidt und Schröder 2009, 95f). 2010 konnte für 725 finnische Gewerkschaftsmitglieder eine Präsentismusquote von 30 Prozent ermittelt werden (vgl. Böckermann und Laukkanen 2010, S.43). Eine Studie in Spanien erfasste für gebürtige Spanier eine Prävalenz von zirka 40 Prozent und für eingewanderte Personen, die sich kürzer als zwei Jahre in Spanien aufhielten, ungefähr 55 Prozent (vgl. Agudelo-Suarez et al. 2010, S.793). 2010 konnte eine weitere deutsche Erhebung eine Präsentismusrate von 72 Prozent feststellen (Preisendörfer 2010, S.405). Bei einer Befragung von über 6.000 Arbeitenden aus verschiedenen Organisationen in Europa wurde eine Präsentismusquote von knapp 60 Prozent für die letzten drei Monate analysiert (vgl. Robertson et al. 2012, 1345ff). Im Jahr 2014 befand sich der Anteil von Beschäftigten aus Schweden und Norwegen, die im vergangenen Jahr krank in die Arbeit gingen bei 56 Prozent (vgl. Johansen et al. 2014, S.3).

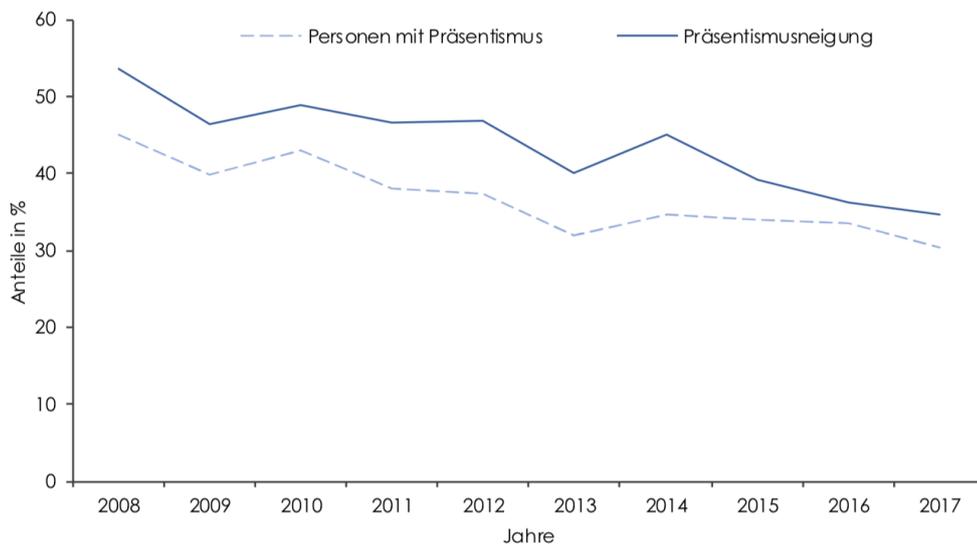
Die eben genannten Ergebnisse zeigen eine große Variation der Häufigkeit von Präsentismus auf und veranschaulichen nicht nur die Kulturabhängigkeit, oder die unterschiedlichen Operationalisierungen des Verhaltens krank arbeiten zu gehen. Die enorme Spanne von 30 bis 80 Prozent kann sicherlich auch auf die spezifischen wirtschaftlichen und arbeitsmarktbezogenen Situationen der Länder und der jeweiligen Erhebungszeitpunkte zurückgeführt werden.

Eine wichtige Überlegung, auf die vor der Darstellung der Situation in Österreich eingegangen werden soll, ist die mutmaßliche Einflussnahme der 2007 beginnenden Finanz- und Weltwirtschaftskrise. Bevor die Krise in Österreich vollkommen spürbar wurde, konnte in den Jahren 2006 bis 2008 eine Beschäftigungsexpansion verzeichnet werden, ehe es 2009 zu einem Beschäftigungsverlust kam (vgl. Mahringer 2009, S.967f). Österreich reagierte unter anderem mit der Flexibilisierung und Inanspruchnahme von Kurzarbeit und weiteren Maßnahmen, wie beispielweise der Bildungskarenz, um die Beschäftigung zu bewahren (vgl. ebd., S.976). Im Nachhinein betrachtet hat Österreich die Krise im Vergleich zu vielen anderen Ländern relativ gut überstanden. Laut einem WIFO-Indikator, der 29 Industriestaaten anhand von Trends in der Beschäftigung, Arbeitslosigkeit und der Erwerbsquote vergleicht, liegt Österreich auf Platz vier der Top-fünf-Länder. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit 2009 war mit einem Prozentpunkt eher gering. 2010 war die Arbeitslosenquote wieder rückläufig (vgl. WIFO 2011, S.1).

Nichtsdestotrotz sind für die eventuelle Einflussnahme, über diese Zahlen hinaus, die Wahrnehmung und Stimmung in der Bevölkerung zum Zeitpunkt der Krise besonders relevant. Wie und welche Informationen werden mittels der Medien in die Bevölkerung getragen, welche Situation wird am Arbeitsplatz vorgefunden und welches Stimmungsbild entsteht dadurch. Man könnte argumentieren, dass „[...] die Arbeitnehmer sich darüber bewusst werden, dass die eigene Arbeitsstelle nicht sicher ist und sie Einsatz zeigen müssen, um weiterhin ihrer Arbeit nachgehen zu können.“ (Schmidt und Schröder 2009, S.94). Eventuell sahen unter der drohenden Krise viele Beschäftigte die Notwendigkeit, ihren Arbeitsplatz zu *sichern*. Dafür spricht der Anstieg der empfundenen Jobunsicherheit nach 2008, insbesondere bei niedrig qualifizierten Personen und Arbeitskräften in atypischen Arbeitsverhältnissen (vgl. Eichmann et al. 2010, S.198). Es ist also durchaus denkbar, dass die Krise dazu beigetragen hat, dass die Arbeitskräfte vermehrt trotz einer Erkrankung arbeiten gegangen sind.

Für Österreich erheben der Österreichische Arbeitsklimaindex und der Arbeitsgesundheitsmonitor der Arbeiterkammer Oberösterreich (AKI/AGM) vierteljährlich die Krankenstände, als auch die Prävalenz von Präsentismus. Neben der Frage, ob es in den letzten sechs Monaten zumindest einmal vorgekommen ist, dass man zur Arbeit gegangen ist, obwohl man gesundheitlich eingeschränkt war, werden ebenfalls die Anzahl der Tage abgefragt. Die folgende Abbildung basiert auf einer Sonderauswertung des Instituts für empirische Sozialforschung (IFES) und zeigt die Präsentismusrate für Österreich im zeitlichen Verlauf von 2008 bis 2017. In der Darstellung lässt sich ebenfalls die Präsentismusneigung ablesen. Diese gibt den Anteil der Präsentismustage an der Summe aus Krankenstands- und Präsentismustagen an und spiegelt somit jene Wahrscheinlichkeit wider, im Falle eines gesundheitlichen Ereignisses krank arbeiten zu gehen (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.74ff).

Abbildung 1: Präsentismusprävalenz in den vergangenen sechs Monaten 2008 bis 2017



(Leoni und Böheim 2018, S.75).

So gaben für das Jahr 2008, also kurz vor dem vollkommenen Eintreten der Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise, zirka 55 Prozent der Befragten an, in den letzten sechs Monaten zumindest einmal in die Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt waren. Zwischen 2009 und 2014 hielt sich der Wert konstant zwischen 40 und 50 Prozent und fiel 2015 unter die 40-Prozent-Marke. 2017 lag die Präsentismusprävalenz, mit ungefähr 35 Prozent auf dem bisher niedrigsten Wert in dem beobachteten Zeitraum. Insgesamt zeichnet sich klar der Trend zur Abnahme von Präsentismus ab. Die ebenfalls kontinuierlich sinkende Präsentismusneigung kann als Beweis dafür gesehen werden, dass die rücklaufende Präsentismusquote nicht ausschließlich auf eventuell abnehmende Krankheitsfälle zurückzuführen ist (vgl. ebd., S.74f). Darüber hinaus hat sich in derselben Auswertung gezeigt, dass die Anzahl der Präsentismustage ebenso rückläufig ist. Während die Befragten 2008 im Durchschnitt neun Präsentismustage angaben, waren es 2017 nur noch sieben (vgl. ebd., S.77). Diese Zahlen spiegeln insofern nicht die Annahme wider, die Finanzkrise hätte zu einer Erhöhung der Präsentismushäufigkeit in Österreich beigetragen, denn von 2008 bis 2009 kam es zu einer klaren Abnahme der Prävalenz, ebenso der Präsentismusneigung. Mögliche Ursachen sind hier, dass Österreich von der Krise nur gering getroffen wurde, oder die Möglichkeit, dass die Maßnahmen, um der Krise entgegenzuwirken, erfolgreich waren. Der konstante Rückgang ab diesem Zeitraum kann eventuell zumindest teils mit dem Ende der Krise erklärt werden. Um einen Anstieg zu Krisenzeiten besser beleuchten zu können, wären Daten zur Präsentismusprävalenz vor 2008 hilfreich.

Mögliche Ursachen dieses Rückgangs sehen Thomas Leoni und René Böheim in der Abnahme der wöchentlichen Arbeitszeit der Berufstätigen in Österreich. Dies ist auf die Zunahme von Teilzeitbeschäftigungen und ausgehend von der Finanz- und Wirtschaftskrise, auf die generelle

Abnahme durchschnittlicher Arbeitszeit von Vollzeitstätigen, sowie auf den Rückgang von Über- und Mehrstunden, zurückzuführen. Wie in weiterer Folge dieses Unterkapitels später dargestellt, haben bisherige Forschungen zeigen können, dass überlange wöchentliche Arbeitszeiten das Verhalten krank zur Arbeit zu gehen fördern und umgekehrt eine Verringerung dieser Präsentismus entgegenwirken kann. Eine weitere Annahme der Autoren, die den Rückgang erklären könnte, ist ein eventueller Wandel der Unternehmenskulturen und die Zunahme des gesundheitlichen Bewusstseins der österreichischen Arbeitskräfte (vgl. ebd., S.78).

Eine weitere Erhebung, die Hinweise zur Verbreitung von Präsentismus in Österreich liefert ist die österreichische Gesundheitsbefragung aus dem Jahr 2014. Im Gegensatz zu den AKI/AGM-Daten erhob diese das Vorkommen, mindestens einmal mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in die Arbeit gegangen zu sein, für die vergangenen zwölf Monate. Aus der Befragung geht hervor, dass dies auf fast 54 Prozent der in Österreich tätigen Personen zutrifft (vgl. ebd., S.76).

Folgend soll nun auf die bisher in Erfahrung gebrachten Einflussfaktoren von Präsentismus, die sich in drei Gruppen unterscheiden lassen: in persönliche Eigenschaften, arbeits- und tätigkeitsbedingte Faktoren und strukturelle und organisationsbezogene Einflussfaktoren, eingegangen und ihre Beziehung zu Präsentismus dargestellt werden.

Personenbezogene Einflussfaktoren

Ein erster persönlicher Einflussfaktor ist jener des Geschlechts. Während in einigen Studien kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen hinsichtlich des Verhaltens, krank zur Arbeit zu gehen gefunden werden konnte, existieren eine Vielzahl an Untersuchungen, die feststellen konnten, dass weibliche Berufstätige eine, wenn auch nicht sehr starke, höhere Tendenz aufweisen Präsentismus zu betreiben: So gaben in einer bundesweiten deutschen Studie, die jeweils in den Jahren 2003 und 2007 anhand von 2.000 gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten zwischen 16 und 65 Jahren durchgeführt wurde (vgl. Zok 2008a, S.2) mehr Frauen an, in den letzten zwölf Monaten krank zur Arbeit gegangen zu sein (vgl. ebd., S.4). 2009 wurde die Befragung abermals wiederholt. Auch hier wiesen mehr Frauen als Männer Präsentismus auf. So gaben zirka 75 Prozent der Frauen und dem gegenüber 68 Prozent der Männer an, im vergangenen Jahr mindestens einmal krank gearbeitet zu haben. Die Untersuchung konnte ebenfalls zeigen, dass Frauen in leitenden Positionen eher Präsentismus betreiben, wohingegen Männer häufiger Urlaub nehmen, um sich auszukurieren (vgl. Schmidt und Schröder 2009, S.96). Im Jahr darauf zog eine weitere deutsche Studie anhand von 333 aktuell Beschäftigten und

Personen, deren Erwerbstätigkeit noch vor Kurzem bestand, denselben Schluss (vgl. Preisendörfer 2010, S.404f).

Eine schwedische Untersuchung, aufbauend auf einer Teilstichprobe von knapp 3.400 aktuell Beschäftigten aus den monatlichen schwedischen Arbeitsmarkterhebungen für August und September 1997, brachte gleichermaßen in Erfahrung, dass Frauen eine gering höhere Tendenz aufweisen, in den vergangenen zwölf Monaten zur Arbeit gegangen zu sein, obwohl sie das Gefühl hatten, dass es angebracht wäre, aufgrund ihres Gesundheitszustandes in den Krankenstand zu gehen (vgl. Aronsson et al. 2000, S.503ff). Dies bestätigte auch die Wiederholung dieser Untersuchung für den Zeitraum von 2000 bis 2001 mit einer Teilnahme von zirka 3.000 schwedischen Beschäftigten (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.960f). Ebenso wurde in der dritten Befragung des KWCS 2011, das koreanische Äquivalent zu dem European Working Conditions Survey, anhand von zirka 29.000 Lohnempfängern gezeigt (vgl. Cho et al. 2016, S.41), dass sich in der Gruppe der Präsentisten mehr Frauen befanden, als in der Gruppe der Nicht-Präsentisten (vgl. ebd., S.45). Dieselbe Tendenz konnte auch in einer Metaanalyse anhand von 109 Stichproben die insgesamt fast 176.000 Personen umfassten und auf 61 Studien zurückzuführen waren (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.266) bewiesen werden (vgl. ebd., S.271).

Für Österreich konnte eine Sonderauswertung der AKI/AGM-Daten für die Jahre 2012 bis 2017 mit einer Differenz von zwei Prozentpunkten beweisen, dass Frauen eher Präsentismus betreiben. Zu einem selbigen Ergebnis, mit einer etwas höheren Differenz, gelangt auch die Auswertung der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.78). Eine Befragung von knapp 260 Stationsschwestern in allgemeinen Krankenhäusern in den Niederlanden (vgl. Demerouti et al. 2009, S.55f) ergab dahingegen, dass mehr Männer angaben Präsentismus zu betreiben (vgl. ebd., S.59).

Hinsichtlich des Alters lassen sich unterschiedliche Ergebnisse finden. Die bereits oben vorgestellte deutsche Studie anhand von 2.000 gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten konnte aufzeigen, dass jüngere Arbeitskräfte eher krank arbeiten als Ältere. Während in der Gruppe der 16- bis 30-jährigen zirka 75 Prozent Präsentismus betreiben, sind es in der Gruppe der 51- bis 65-jährigen knapp 66 Prozent der Beschäftigten (vgl. Schmidt und Schröder 2009, S.96). Aufbauend auf einem Sample von etwa 1.500 Führungskräften des kanadischen öffentlichen Diensts konnte ebenfalls festgestellt werden, dass insbesondere jüngere Personen dazu neigen, krank in die Arbeit zu gehen (vgl. Gosselin et al. 2013, S.78ff). Dies bestätigt darüber hinaus auch die bereits erwähnte Metaanalyse aus 61 Studien. Auch hier neigten eher Jüngere dazu, trotz einer Erkrankung zu arbeiten (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271). In dem Gesundheitsmonitor der

Bertelmannsstiftung 2009 wurde außerdem aufgezeigt, dass Erwerbstätige zwischen 40 und 59 Jahren signifikant weniger Präsentismus angeben (vgl. Vogt et al. 2009, S.196).

Peter Preisendörfer kommt in seiner Untersuchung hingegen zu dem Schluss, dass ein umgekehrter u-förmiger Zusammenhang zwischen dem Alter und Präsentismus besteht. Seinen Auswertungen nach ist die Gruppe der 31- bis 49-jährigen, also der Personenkreis der Beschäftigten mittleren Alters, jene die am häufigsten krank arbeiten geht (vgl. Preisendörfer 2010, S.405). Zu selbigen Ergebnis gelangt auch die oben genannte schwedische Studie aus dem Jahr 1997 und die Wiederholung dieser im Zeitraum von 2000 bis 2001. Hier haben sich ebenso Arbeitende aus dem mittleren Altersspektrum als primäre Präsentisten herausgestellt (vgl. Aronsson et al. 2000, S.505; Aronsson und Gustafsson 2005, S.961). Eine dreistufige Kohortenstudie bestehend aus 5.000 Personen der schwedischen Bevölkerung in den Jahren 2004 bis 2006 erhob Präsentismus anhand von Berufstätigen zwischen 25 und 50 Jahren und konnte ebenfalls eine signifikante Tendenz zu dem Verhalten krank arbeiten zu gehen bei Personen mittleren Alters ermitteln (vgl. Gustafsson und Marklund 2011, S.159). Auch für Österreich konnte eine Auswertung der AKI/AGM-Daten für die Jahre 2012 bis 2017 ein vermehrtes Auftreten von Präsentismus für Erwerbstätige mittleren Alters aufzeigen (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.79).

Eine weitere Untersuchung konnte gefunden werden, die im Gegensatz zu den voranstehenden Ergebnissen, aufbauend auf dem KWCS 2011 die höchste Präsentismusrate bei der Gruppe der Lohnempfänger mit 50 Jahren oder älter belegen konnte (vgl. Cho et al. 2016, S.45).

Ein dritter persönlicher Einflussfaktor ist das Bildungsniveau. In der kurz zuvor erwähnten dreistufigen Kohortenstudie konnte festgestellt werden, dass eine erhöhte Tendenz zu Präsentismus bei Personen mit niedrigem Bildungsstand herrscht (vgl. Gustafsson und Marklund 2011, S.159). In der Untersuchung anhand der Daten des KWCS 2011 zeigte die Gruppe der Präsentisten eine höhere Anzahl an Personen mit dem geringsten Bildungsgrad, als die Gruppe der Nicht-Präsentisten (vgl. Cho et al. 2016, S.45). Umgekehrt konnte in einer deutschen Befragung gezeigt werden, dass Arbeitende mit einem höheren Bildungsgrad seltener Präsentismus betreiben als jene aus den niedrigeren Bildungsgruppen (vgl. Preisendörfer 2010, S.405ff). Zu demselben Schluss kommt ebenfalls eine schwedische Untersuchung aus dem Zeitraum 2000 bis 2001 (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.962).

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommt eine Metaanalyse, die besagt, dass höher gebildete Personen ein klein wenig mehr dazu neigen in die Arbeit zu gehen, obwohl sie erkrankt sind (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271). Daran schließt ein österreichisches Ergebnis an. Laut einer Auswertung der AKI/AGM-Daten für den Zeitraum von 2012 bis 2017 fällt der Anteil jener, die

krank arbeiten gehen, bei höherqualifizierten Personen größer aus, als bei jenen mit niedrigerem Bildungsniveau. Im Vergleich zu Erwerbstätigen mit Pflichtschulabschluss oder Lehre, lag die Pro-Kopf-Zahl der Tage, an denen trotz Erkrankung zur Arbeit gegangen wurde, bei Arbeitskräften mit Hochschulabschluss um zirka 20 Prozent höher (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.79).

In Bezug auf die finanzielle Situation konnte gezeigt werden, dass Berufsgruppen mit einer hohen Präsentismusrate ein niedriges Monatseinkommen aufweisen (vgl. Aronsson et al. 2000, S.508). Darüber hinaus konnte belegt werden, dass Personen mit finanziellen Schwierigkeiten ein höheres Risiko haben, krank in die Arbeit zu gehen (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.962; Cho et al. 2016, S.49). Bei einer Onlinebefragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines britischen privaten Krankenversicherungsanbieters stellte sich heraus, dass ein erhöhter Präsentismus signifikant in Verbindung zu persönlichen finanziellen Schwierigkeiten steht (vgl. Ashby und Mahdon 2010, S.9). In einer Untersuchung die zirka 2.500 norwegische und schwedische Arbeitende zwischen 20 und 60 Jahren umfasste, gaben ein Fünftel der Befragten an, krank arbeiten zu gehen, weil sie sich einen Krankenstand nicht leisten können (vgl. Johansen et al. 2014, S.3). Und auch in Deutschland lassen sich Belege dafür finden. So evaluiert eine Untersuchung unter 2.000 gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten ein überdurchschnittliches Auftreten von Präsentismus bei Personen mit einem niedrigen Einkommen. Umgekehrt sinkt das Risiko krank in die Arbeit zu gehen, je höher das Einkommen ist (vgl. Zok 2008b, S.129).

Ein laut der Literatur sehr wichtiger Einflussfaktor, den man zu den persönlichen Eigenschaften zählen kann, ist jener des individuellen Gesundheitszustands. So wurde in einer schwedischen Studie in dem Zeitraum von 2000 bis 2001 Krankheit als einer der stärksten und direktesten Determinanten des Präsentismus erfasst (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.964). Arbeitskräfte, die mit gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Problemen zu kämpfen haben, gehören jener Gruppe an, die überdurchschnittlich häufig Präsentismus betreiben (vgl. Zok 2008a, S.5). Aber auch physische Gegebenheiten, wie chronische Beschwerden oder die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, sowie ein subjektiv schlecht bewerteter Gesundheitszustand kommen öfters bei jenen Gruppierungen vor, die häufiger trotz Erkrankung arbeiten gehen (vgl. Schmidt und Schröder 2009, S.96f). Insgesamt ist Präsentismus dann wahrscheinlicher, oder wird dann von Befragten angegeben, wenn diese einen schlechten Gesundheitszustand angeben (vgl. Heponiemi et al. 2010, S.831; Johns 2011, S.493; Robertson et al. 2012, S.1346; Miraglia und Johns 2016, S.273). In einer Studie, die unter anderem qualitative Interviews mit Mitarbeitenden eines britischen privaten Krankenversicherungsanbieters führte, konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass die Art und Schwere der Erkrankung einen weiteren Einfluss darauf hat, ob Beschäftigte krank zur Arbeit gehen (vgl. Ashby und Mahdon 2010, S.8).

In Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitszustand ist ein nächster persönlicher Einflussfaktor jener des Absentismus, also die Abwesenheit vom Arbeitsplatz aufgrund einer Erkrankung, in Form von Krankenstandstagen. So konnte in der schwedischen Studie aus dem Jahr 1997 unter anderem festgestellt werden, dass Beschäftigte mit einem erhöhten Präsentismus auch mehr krankheitsbedingten Absentismus aufweisen (vgl. Aronsson et al. 2000, S.508). Umgekehrt zeigen Arbeitskräfte mit einem niedrigeren Level an Präsentismus dementsprechend auch weniger Abwesenheit auf (vgl. Ashby und Mahdon 2010, S.8). Einen starken Zusammenhang konnte ebenfalls eine großangelegte Untersuchung anhand der dänischen Kernbelegschaft im Alter zwischen 19 und 64 Jahren belegen. Die Autoren schließen daraus, dass die Entscheidung zwischen dem Verhalten krank zur Arbeit zu gehen oder sich Krankenstand zu nehmen keine exklusive Wahl ist (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.959f). Sie konnten darüber hinaus feststellen, dass jene Gruppe der Beschäftigten, die die restriktivsten Ansichten darüber hegen, ab wann das krankheitsbedingte Fernbleiben angebracht ist, zu denjenigen gehören, die am wahrscheinlichsten Präsentismus betreiben. In dem Wahlverhalten spielen somit auch persönliche Haltungen und Ansichten eine Rolle (vgl. ebd., S.961). Auch für Österreich konnte ein Zusammenhang zwischen Präsentismus und Absentismus aufgezeigt werden. Auswertungen der AKI/AGM-Daten für 2012 bis 2017 kamen zu dem Ergebnis, dass 47 Prozent der Erwerbstätigen, die in den letzten sechs Monaten einen Krankenstand aufweisen, ebenfalls einen Präsentismustag hatten (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.83f).

Weiters beschäftigte sich die bisherige Forschung mit der sogenannten individual boundarylessness. Gunnar Aronsson und Klas Gustafsson fassen unter dem Begriff eine persönlichkeitsbezogene Variable, die angibt, dass es einer Person schwerfällt Grenzen gegenüber überzogenen Anforderungen zu setzen. Die Autoren vermuten, dass vor allem hohe oder widersprüchliche Arbeitsanforderungen in Verbindung mit individual boundarylessness besonders bedenklich ist und diese Eigenschaft ein Risikofaktor gegenüber Präsentismus darstellen könnte. Sie operationalisieren dieses Persönlichkeitsmerkmal mit der Frage, ob es den Arbeitskräften schwerfällt, Wünsche und Erwartungen Anderer abzulehnen. In ihren Auswertungen konnten sie bestätigen, dass das Verhalten krank arbeiten zu gehen eher bei jenen Personen auftritt, die sich nur schwer an den sie gestellten Erwartungen und Wünschen widersetzen können (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.960ff). Dieser direkte Zusammenhang konnte in der weiter oben vorgestellten dänischen Studie bestätigt werden (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.961).

Mika Steinke und Bernhard Badura sehen hier eine Verbindung zu der zunehmenden indirekten Steuerung in Unternehmen, die von der Geläufigkeit der direkten Anordnungen gegenüber der

Belegschaft absieht. Eine fragwürdige Folge dieser ist das Verhalten von Mitarbeitenden ihre privaten Ziele den beruflichen hintenanzustellen, um so vorgeschriebene Anforderungen doch noch zu erreichen oder ein anstehendes Projekt zu Ende zu führen (vgl. Steinke und Badura 2011, S.62).

Hinsichtlich etwaig vorliegender Betreuungsverpflichtungen seitens der Erwerbstätigen konnte die schwedische Untersuchung aus dem Jahr 1997 belegen, dass Personen mit Kindern höhere Präsentismuswerte aufweisen als jene ohne Kinder (vgl. Aronsson et al. 2000, S.505). Dem widerspricht eine deutsche Studie aus dem Jahr 2010 die keinen Unterschied in der Präsentismushäufigkeit zwischen Arbeitskräften mit und ohne Kinder finden konnte (vgl. Preisendörfer 2010, S.407). Joachim Gerich, der eine Studie anhand von einer Umfrage mit versicherten Arbeitskräften der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse durchführte, konnte wiederum aufzeigen, dass Betreuungsverpflichtungen zu einem Anstieg der Präsentismuswahrscheinlichkeit um fast vier Prozentpunkte führen (vgl. Gerich 2014a, S.43).

Die weiter oben angeführte Metaanalyse konnte sowohl für den Fall, dass die Arbeit einer Person konfliktreich mit dem Familienleben interveniert, aber auch wenn das Familienleben auf das Arbeitsleben einwirkt, einen positiven Zusammenhang zu Präsentismus feststellen (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271). Eine Befragung in verschiedenen europäischen, vor allem britischen Organisationen kam zu dem Ergebnis, dass ein Ungleichgewicht zwischen dem Arbeits- und Privatleben, insofern als dass das Arbeitsleben in das Privatleben negativ einwirkt, ein wichtiger Faktor dafür ist, einen höheren Präsentismus vorherzusagen (vgl. Robertson et al. 2012, S.1347). Des Weiteren beschäftigte sich die bereits erwähnte dänische Studie mit der Frage, ob das Familienleben zu Hause einen negativen Präsenzfaktor für Präsentismus darstellen kann. Dazu wurden die zu Befragenden einerseits nach ihrer Zufriedenheit mit ihrem Familienleben befragt und ob sie in dem vergangenen Jahr das Gefühl hatten, dass es anstrengender ist, zu Hause zu sein als in der Arbeit (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.959). Die Autoren konnten belegen, dass das Familienleben sehr wohl ein negativer Präsenzfaktor sein und auf die Beschäftigten insofern einwirken kann, krank arbeiten zu gehen (vgl. ebd., S.963).

Eine Auswertung des KWCS 2011 konnte darüber hinaus aufzeigen, dass eine schlechte Work-Life-Balance deutlich das Präsentismusrisiko erhöht (vgl. Cho et al. 2016, S.49).

Arbeits- und tätigkeitsbezogene Einflussfaktoren

Ein erstes arbeitsbezogenes Merkmal, zu dem Zusammenhänge zu Präsentismus gefunden werden konnten, ist die Art der Anstellung von Beschäftigten. Für Deutschland konnte in Erfahrung gebracht werden, dass Erwerbstätige mit befristeten Arbeitsverhältnissen mit zirka fünf Prozentpunkten mehr Präsentismus betreiben, als jene Personen, die sich in unbefristeten Arbeitsverhältnissen befinden (vgl. Zok 2008b, S.129).

Ein weiterer Faktor in diesem Zusammenhang konnte in einer dänischen Studie belegt werden. Diese konnte ermitteln, dass selbstständige Personen sich eher für Präsentismus, als für Absentismus entscheiden (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.965). Dahingegen kommt der Gesundheitsmonitor der Bertelmannsstiftung für das Jahr 2008 zu einem anderen Ergebnis. Der Anteil der abhängig Erwerbstätigen die krank zur Arbeit gingen war deutlich höher, als der der Selbständigen (vgl. Vogt et al. 2009, S.191).

Ein nächster Einflussfaktor ist jener des Status der oder des Vorgesetzten. Neben einer dänischen Untersuchung, die feststellen konnte, dass das Innehaben einer Vorgesetztenrolle die Wahrscheinlichkeit krank arbeiten zu gehen erhöht (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.956), konnte die Metaanalyse im gleichen Sinne aufzeigen, dass Führungskräfte einen etwas erhöhten Präsentismus aufweisen (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271).

Ein ebenfalls arbeits- und organisationsbezogenes Merkmal ist die Vollzeitätigkeit. Eine Untersuchung anhand von finnischen Gewerkschaftsmitgliedern aus dem Jahr 2008 konnte aufzeigen, dass ein durchgängiges arbeiten auf Vollzeitniveau die Häufigkeit von Präsentismus um elf Prozent erhöht (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.45). Und auch eine Auswertung des KWCS 2011 konnte bestätigen, dass das Verhalten krank zur Arbeit zu gehen bei Personen in einer Vollzeitätigkeit höher ausfällt, als bei Personen in Teilzeittätigkeiten (vgl. Cho et al. 2016, S.49).

Hinsichtlich der Lage der Arbeitszeit konnte für finnische Gewerkschaftsmitglieder eine Erhöhung von Präsentismus dargelegt werden, wenn diese in Schicht- oder Periodenarbeit ihre Tätigkeit verrichten (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.44). Dies bestätigte auch die Analyse des KWCS 2011, in der jene Gruppe, die Personen beinhaltet die krank arbeiten gehen, eine höhere Rate an Personen verzeichnet, die Schichtarbeit vollbringen (vgl. Cho et al. 2016, S.45).

Ein nächster Einflussfaktor ist jener der überlangen Arbeitszeit. Eine Studie an Mitarbeitenden einer Organisation des öffentlichen Diensts in Kanada konnte in Erfahrung bringen, dass erhöhte Überstunden in Verbindung zu erhöhtem Präsentismus stehen (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Dies zeigte sich auch in der bereits erwähnten Metaanalyse. Hier erhöhten lange Arbeitszeiten

und die Verrichtung von Überstunden die Wahrscheinlichkeit, dass Beschäftigte krank zur Arbeit gingen (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271). Eine dänische Untersuchung fand darüber hinaus Hinweise darauf, dass Personen, die mehr als 45 Stunden pro Woche arbeiten einen erhöhten Präsentismuswert aufweisen (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.962). Zu einem ähnlichen Ergebnis gelang die Befragung von Gewerkschaftsmitgliedern in Finnland. Diese ermittelte eine um 23 Prozent höhere Präsentismusrate bei Personen, deren reguläre Wochenarbeitszeit 48 Stunden übersteigt, im Vergleich zu Beschäftigten die weniger Stunden arbeiten (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.45).

In Bezug auf die Übereinstimmung zwischen der von den Arbeitenden gewünschten und tatsächlichen wöchentlichen Arbeitsstunden konnte anhand eines Samples von Mitgliedern des größten Arbeitnehmersverbands Finnlands festgestellt werden, dass eine vorliegende Übereinstimmung das Verhalten krank zur Arbeit zu gehen verringert (vgl. Böckerman und Laukkanen 2010, S.334ff).

Bisherige Untersuchungen konnten ebenfalls einen Zusammenhang zu Effizienzansprüchen und Zeitdruck am Arbeitsplatz finden. So konnte eine kanadische Studie an Beschäftigten des öffentlichen Diensts ermitteln, dass die Arbeitskräfte sich regelmäßig mit engen Zeitvorgaben auseinandersetzen mussten. Der dritthäufigste Grund, warum gearbeitet wurde, obwohl eigentlich ein Fernbleiben der Arbeit aufgrund einer Erkrankung angebracht gewesen wäre, war die Problematik, dass Fristen eingehalten werden mussten (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Eine Befragung von finnischen Gewerkschaftsmitgliedern konnte ebenfalls belegen, dass der vorhandene Effizienzanspruch am Arbeitsplatz bei den Beschäftigten die Präsentismusquote um acht Prozent erhöht (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.45). Die Autoren wiederholten im Jahr darauf die Untersuchung und konnten diesmal eine Erhöhung von elf Prozent bei Beschäftigten mit guter Gesundheit feststellen (vgl. Böckerman und Laukkanen 2010, S.335).

Ein weiterer Einflussfaktor ist jener des Stresses am Arbeitsplatz. Eine Befragung des Pflegepersonals aus den nordischen Ländern (Schweden, Dänemark, Finnland und Norwegen), welche niedrig qualifizierte Tätigkeiten verrichten, konnte einen Zusammenhang zwischen Präsentismus und Arbeitsstress aufzeigen (vgl. Elstad und Vabo 2008, S.471). Eine Erhebung anhand von Führungskräften des kanadischen öffentlichen Diensts konnte ebenfalls einen Zusammenhang zwischen dem Stress in der Arbeit und Präsentismus finden. Beschäftigte, die ein hohes Stressniveau aufzeigten, gehörten jener Gruppe an, die krank arbeiten ging (vgl. Gosselin et al. 2013, S.82). Und auch eine Auswertung des KWCS 2011 ergab, dass mit einem erhöhten Stresslevel ein Anstieg von Präsentismus einhergeht (vgl. Cho et al. 2016, S.49).

Hinsichtlich der Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz stellte eine Umfrage anhand von Beschäftigten einer kanadischen Regierungsorganisation (vgl. Biron et al. 2006, S.28) eine Erhöhung des Verhaltens, krank zur Arbeit zu gehen, bei einer höheren Arbeitsbelastung fest (vgl. ebd., S.34). Der zweithäufigste Grund Präsentismus zu betreiben, ist für Beschäftigte des öffentlichen Diensts in Kanada eine hohe Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz. So mussten die Befragten täglich ein großes Arbeitsvolumen umsetzen (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). In einer deutschen Untersuchung geben die Befragten nach dem Grund für ihr Verhalten, krank zur Arbeit zu gehen häufig an, zu viel Arbeit zu haben. Dies trifft vor allem auf Führungskräfte zu (vgl. Zok 2008a, S.5f). Eine Befragung in sieben verschiedenen Organisationen in Europa und in Großbritannien im Spezifischen hat ergeben, dass eine hohe Arbeitsbelastung zu den Faktoren gehört, die einen höheren Präsentismus vorhersagen (vgl. Robertson et al. 2012, S.1347). Die Analyse der Daten des KWCS 2011 konnte diese Erhöhung ebenfalls bestätigen (vgl. Cho et al. 2016, S.49). Darüber hinaus konnte die weiter oben genannte Metaanalyse aufzeigen, dass die Belastung am Arbeitsplatz mit Präsentismus, wenn auch nicht besonders hoch, korreliert (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271). Eine ähnlich hohe, positive Korrelation konnte in einer Befragung von Notrufzentralen in Großbritannien gefunden werden (vgl. Deery et al. 2014, S.362).

Ein oft diskutierter Einflussfaktor ist der Anpassungsspielraum von Erwerbstätigen, den sie in ihrem Arbeitsschaffen haben. Eine schwedische Untersuchung für das Jahr 2000 und 2001 konnte in Erfahrung bringen, dass Personen, die ihr Arbeitstempo nicht selbst wählen können, ebenfalls öfter krank arbeiten gehen. Umgekehrt haben Arbeitende mit einer hohen Kontrolle einen geringeren Präsentismus (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.962ff). Die Auswertungen des Gesundheitsmonitors der Bertelmannsstiftung 2008 konnten ebenfalls feststellen, dass Berufstätige die stark fremdbestimmt sind und somit wenig Handlungsspielraum haben, eher krank arbeiten gehen (vgl. Vogt et al. 2009, S.196). Und auch eine kanadische Erhebung an Führungskräften des öffentlichen Diensts erfasst die mangelnde Kontrolle über die zu erledigenden Aufgaben als eines jener Merkmale, die Präsentismus fördern (vgl. Gosselin et al. 2013, S.81). Eine österreichische Untersuchung definierte den Anpassungsspielraum als die Möglichkeit eines Mitarbeitenden, seine oder ihre Arbeitsbelastung, Arbeitszeit oder Arbeitsaufgabe im Krankheitsfall anpassen zu können (vgl. Gerich 2014b, S.736). Es konnte gezeigt werden, dass Arbeitskräfte mit einem hohen Anpassungsspielraum im Vergleich zu jenen mit einem niedrigen Anpassungsspielraum weniger Präsentismustage und eine geringere Präsentismusneigung aufweisen (vgl. ebd., S.741).

Ein Faktor, dem ebenfalls viel Aufmerksamkeit in der bisherigen Forschungslandschaft zukommt, ist die Arbeitsplatzsicherheit. Für kanadische Beschäftigte des öffentlichen Diensts konnte gezeigt

werden, dass dieser Arbeitsfaktor positiv mit Präsentismus korreliert. Das erhöhte Verhalten, krank zur Arbeit zu gehen ist mit einer geringen Arbeitsplatzsicherheit verbunden (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Eine weitere Erhebung in Finnland anhand von zehn ausgewählten Städten und Mitarbeitenden der lokalen Regierung bestätigte diese Ergebnisse. Beschäftigte die 40 Jahre oder älter und im höchsten Quartil der subjektiven Arbeitsplatzunsicherheit waren, gingen 1,5-Mal häufiger krank arbeiten, als jene die sich im niedrigsten Quartil befanden (vgl. Heponiemi et al. 2010, S.833). Zusätzlich belegt eine Umfrage an Absolventen einer großen kanadischen Business School die Verbindung zwischen der Arbeitsplatzunsicherheit und dem Präsentismus (vgl. Johns 2011, S.494). In einer deutschen Untersuchung antworteten knapp drei Viertel der Personen auf die Frage, warum die Krankenstände rückläufig wären, mit der Angst vor einem Arbeitsplatzverlust (vgl. Schmidt und Schröder 2009, S.97). In gleicher Linie dazu, gaben in der Vorgängeruntersuchung jene Arbeitskräfte, in deren Unternehmen Entlassungen stattgefunden haben, wesentlich öfter an krank zur Arbeit gegangen zu sein. Ebenfalls wurde festgestellt, dass Beschäftigte mit einer geringeren Qualifikation im Vergleich zu jenen mit einem höheren beruflichen Status öfter Angst empfinden, ihre Arbeit zu verlieren (vgl. Zok 2008a, S.5). Der DGB-Index *Gute Arbeit* in Deutschland aus dem Jahr 2009 konnte gleichermaßen einen signifikanten Zusammenhang belegen. Von Beschäftigten, die in einem sehr hohen Maße Angst vor dem Verlust ihrer Arbeit hatten, sind zirka 70 Prozent mehrfach krank arbeiten gegangen. Personen, die dahingegen keine Angst angaben, betrieben zu zirka 40 Prozent Präsentismus (vgl. DGB 2009, S.20). Und auch eine weitere Erhebung für Deutschland von Peter Preisendörfer belegt, dass die Angst vor Arbeitslosigkeit insofern ein Merkmal für die Erklärung von Präsentismus ist, als das sie zu dem vermehrten Auftreten dieses führt (vgl. Preisendörfer 2010, S.407). Für Dänemark liegen ebenfalls Ergebnisse vor, die besagen, dass Arbeitsplatzunsicherheit zu einem Anstieg führt (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.963).

Einen Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und dem Verhalten krank arbeiten zu gehen konnte 2007 für kanadische Beschäftigte des öffentlichen Diensts aufgezeigt werden (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Der Gesundheitsmonitors der Bertelmannsstiftung aus dem Jahr 2008 konnte eine geringe Arbeitsfreude als einen starken Präsentismustreiber identifizieren. Gegenüber jenen Arbeitskräften, die viel Arbeitsfreude empfinden, teilten Beschäftigte, die wenig Arbeitsfreude angaben, ein dreifach erhöhtes Präsentismusverhalten mit (vgl. Vogt et al. 2009, S.196). Im Gegensatz dazu und gegen seine Erwartungen, konnte Peter Preisendörfer in seiner ebenfalls in Deutschland stattgefundenen Erhebung keinen Zusammenhang zwischen dem Präsentismus und der Arbeitszufriedenheit feststellen (vgl. Preisendörfer 2010, S.407). Eine Befragung an Beschäftigten dreier britischer Unternehmen konnte wiederum einen negativen

Zusammenhang zwischen Präsentismus und der Zufriedenheit mit der Arbeit festhalten. Die Autoren konzipierten in ihrer Forschung jedoch die Arbeitszufriedenheit nicht als Determinante des Verhaltens krank zur Arbeit zu gehen, sondern als Ergebnis dessen (vgl. Karanika-Murray et al. 2015, S.104). In einer Auswertung des KWCS 2011 wurde aufgezeigt, dass Präsentismus im Verhältnis zu niedrigeren Leveln der Arbeitszufriedenheit steigt (vgl. Cho et al. 2016, S.49). Eine Metaanalyse aus 61 Untersuchungen zeigte wiederum auf, dass eine höhere Arbeitszufriedenheit mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit Präsentismus zu betreiben zusammenhängt (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271).

Hinsichtlich der Häufigkeit des Auftretens, dass Erwerbstätige krank arbeiten gehen, konnte in einer schwedischen Untersuchung in dem Jahr 1997 in Erfahrung gebracht werden, dass vor allem Beschäftigte mit personenbezogenen Berufen Präsentismus betreiben. So wurden die Bereiche der Bildung, aber auch der Pflege, als jene Sektoren mit der höchsten Rate an Mitarbeitenden die krank zur Arbeit gehen identifiziert. Berufsgruppen, die für ihr Arbeitsergebnis in Austausch und Beziehungen zu anderen Personen stehen, die gegebenenfalls auf sie angewiesen sind, sind somit insbesondere gefährdet Präsentismus zu betreiben (vgl. Aronsson et al. 2000, S.506ff). Dass personenbezogene Berufe einen fördernden Faktor darstellen, konnte in einer niederländischen Längsschnitterhebung für die Jahre 2002 und 2004 bestätigt werden (vgl. Eurofound 2006). Darüber hinaus konnten die Daten des KWCS 2011 zeigen, dass Personen die emotionale Arbeit verrichten oder in Fällen, in denen das Arbeitsschaffen von den Beschäftigten verlangt, ihre Emotionen zu verbergen, 1,5-Mal mehr Präsentismus zeigen (vgl. Cho et al. 2016, S.46). Deutlich zeigt sich auch eine sehr hohe Rate bei der Ärzteschaft, krank zur Arbeit zu gehen. Sowohl in einer britischen als auch einer norwegischen Erhebung gaben mehr als 80 Prozent der befragten Ärztinnen und Ärzte an, krank arbeiten zu gehen (vgl. McKeivitt et al. 1997, S.295; Rosvold & Bjertness 2001, S.72).

Ein oft untersuchter Einflussfaktor beschäftigt sich mit der Loyalität und dem Pflichtgefühl gegenüber anderen Mitarbeitenden. Die eben genannte Befragung von britischen Ärztinnen und Ärzten zeigte, dass fast die Hälfte der allgemeinmedizinisch Tätigen ihr Kollegium nicht mit zusätzlicher Arbeit belasten wollen. Der qualitative Teil der Studie konnte aufzeigen, dass das Bewusstsein, dass die eigene Abwesenheit zu einer Mehrbelastung für die Kolleginnen und Kollegen führt, in weiterer Folge zu dem Gefühl unter den Erkrankten führt, sie würden diese Mehrbelastung auferlegen (vgl. McKeivitt et al. 1997, S.297ff). Dies konnte eine weitere Erhebung an britischen Nachwuchsärztinnen und -ärzten in den Jahren 1993 und 2001 bestätigen. Einer der wichtigsten Faktoren, der bei der Entscheidung Krankenstand zu nehmen herangezogen wurde, war die Überlegung, dass das Kollegium zusätzliche Arbeit leisten müsste (vgl. Perkin et al. 2003,

S.699f). Und auch eine Untersuchung an Beschäftigten einer kanadischen Regierungsorganisation kam zu dem Schluss, dass, sofern das Betriebsklima als harmonisch und zufriedenstellend empfunden wird, Mitarbeitende dazu tendierten, krank arbeiten zu gehen, um sich den anderen Beschäftigten gegenüber nicht schuldig zu fühlen (vgl. Biron et al. 2006, S.35). Eine weitere kanadische Erhebung an öffentlichen Bediensteten stellte als vierthäufigsten Grund, warum Präsentismus betrieben wird, fest, dass verschiedene Zusagen hinsichtlich der Arbeit gegeben wurden und die Notwendigkeit besteht, Meetings beizuwohnen (vgl. Caverley et al. 2007, S.314).

Es konnten in einer deutschen Untersuchung aber auch Belege dafür gefunden werden, dass krank gearbeitet wird, weil man Ärger mit der Kollegenschaft vermeiden will (vgl. Zok 2008a, S.5). Der Gesundheitsmonitor der Bertelmannsstiftung 2008 konnte das Pflichtgefühl gegenüber Kolleginnen und Kollegen sogar als häufigste Ursache für Präsentismus festhalten. Ganze zwei Drittel geben als Grund das Pflichtgefühl an, knapp die Hälfte der Befragten die Rücksicht gegenüber anderen Mitarbeitenden (vgl. Vogt et al. 2009, S.191). 43 Prozent der Teilnehmenden einer Untersuchung von norwegischen und schwedischen Arbeitenden gaben an, trotz Erkrankung arbeiten zu gehen, weil sie durch einen Krankenstand nicht ihre Mitarbeitenden zusätzlich belasten wollten (vgl. Johansen et al. 2014, S.3). In einer Auswertung der AKI/AGM-Daten für den Zeitraum 2012 bis 2017 konnte für Österreich festgestellt werden, dass das Pflichtgefühl gegenüber Kolleginnen und Kollegen, mit mehr als 60 Prozent der Fälle, als häufigster Grund angegeben wird, trotz Erkrankung in die Arbeit zu gehen (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.84).

Ein inhaltlich nicht sehr weit entfernter weiterer Faktor ist die Teamarbeit am Arbeitsplatz. Eine Erhebung anhand von versicherten Erwerbstätigen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse konnte zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit krank zur Arbeit zu gehen dann größer ist, wenn keine Teamarbeit vorliegt (vgl. Gerich 2014a, S.40). Dieses Ergebnis scheint überraschend, vor allem vor dem Hintergrund, dass viele der eben genannten Ergebnisse den fördernden Faktor des Pflichtgefühls und der Loyalität gegenüber der Kollegenschaft darauf deuten lassen, dass Teamarbeit ebenfalls einen begünstigenden Effekt auf Präsentismus hat.

Der letzte arbeits- und organisationsbezogene Einflussfaktor, der in bisherigen Untersuchungen gefunden werden konnte, ist die Möglichkeit, dass keine Vertretung vorhanden ist oder, zumeist auch in Verbindung dazu, dass die Arbeit im Falle eines Krankenstands liegen bleibt. So wurde in einer Erhebung an britischen Ärztinnen und Ärzten auf die Frage nach der unterlassenen Krankmeldung mit dem Grund geantwortet, dass davon ausgegangen wurde, dass die Arbeit nicht warten oder delegiert werden kann (vgl. McKevitt et al. 1997, S.297). 1997 konnte eine schwedische Studie feststellen, dass die Schwere der Ersetzbarkeit in Zusammenhang zu

Präsentismus steht (vgl. Aronsson et al. 2000, S.508). Bei der Wiederholung dieser Untersuchung konnte das Ergebnis zur Austauschbarkeit reproduziert werden (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005, S.962). In einer kanadischen Befragung gaben zirka 13 Prozent an, krank arbeiten zu gehen, weil sie in ihrer Abwesenheit unmöglich zu ersetzen sind (vgl. Biron et al. 2006, S.33). In einer weiteren kanadischen Erhebung konnte sogar aufgezeigt werden, dass der häufigste Grund für Präsentismus die fehlenden zusätzlichen personellen Ressourcen sind (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Bei einer deutschlandweiten Untersuchung gaben ein Drittel der gesetzlich krankenversicherten Beschäftigten an, krank zur Arbeit zu gehen, weil sonst die Arbeit liegen bleibt (vgl. Schmidt und Schröder 2009, S.97).

Umgekehrt konnte bei einer Befragung von finnischen Gewerkschaftsmitgliedern festgestellt werden, dass die Möglichkeit, eine ausfallende Arbeitskraft mit einem Substitut zu ersetzen, die Präsentismushäufigkeit um elf Prozent verringert (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.45). Und auch bei einer Studie anhand von norwegischen und schwedischen Befragten gaben mehr als ein Drittel an, krank in die Arbeit gegangen zu sein, weil niemand ihre Aufgaben übernehmen könnte (vgl. Johansen et al. 2014, S.3). Joachim Gerich konnte ebenfalls für Österreich belegen, dass die Wahrscheinlichkeit krank in die Arbeit, anstatt in den Krankenstand zu gehen, durch eine geringe Ersetzbarkeit erhöht wird (vgl. Gerich 2014a, S.40). Und auch in einer Auswertung der AKI/AGM-Daten für 2012 bis 2017 gaben annähernd 40 Prozent der Beschäftigten an, krank arbeiten zu gehen, weil es keine Vertretung gibt. Ein Drittel begründete ihren Präsentismus darin, dass ihre Arbeit andernfalls nicht erledigt wird (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.84).

Strukturelle- und organisationsbezogene Einflussfaktoren

Ein wichtiger Einflussfaktor, der sich den strukturellen- und organisationsbezogenen Faktoren zuordnen lässt, ist die Unternehmenskultur, die am Arbeitsplatz herrscht. Einen Hinweis auf die Beziehung zwischen diesem und Präsentismus liefert eine Befragung an Beschäftigten einer kanadischen Regierungsorganisation. Im Gegensatz zu jenen Mitarbeitenden mit weniger Krankenstandstagen haben diejenigen mit einer höheren Anzahl eine weniger harmonische Beziehung zu ihrer Kollegenschaft angegeben und dass das Arbeitsklima mehr einem Wettbewerb gleicht (vgl. Biron et al. 2006, S.33). Dass ein Zusammenhang zwischen dem erhöhten Präsentismus und dem Vertrauen zu anderen Mitarbeitenden und Unterstützung durch die oder den Vorgesetzten besteht, konnte eine weitere kanadische Untersuchung aufzeigen (vgl. Caverley et al. 2007, S.314). Im Gegensatz zu der eben erstgenannten Befragung kam 2009 der DGB-Index *Gute Arbeit* in Deutschland zu dem Ergebnis, dass 81 Prozent der Personen, die mehrfach krank

arbeiten gegangen sind, angeben, an ihrem Arbeitsplatz in sehr hohem Maße unwürdig behandelt zu werden. Im Vergleich dazu, waren es in der Gruppe derjenigen, die niemals unwürdig behandelt wurden und mehrmals krank zur Arbeit gingen 42 Prozent (vgl. DGB 2009, S.20).

Der Gesundheitsmonitor der Bertelmannsstiftung aus dem Jahr 2008 kam zu dem Schluss, dass ein gutes Betriebsklima dazu führt, dass die Wahrscheinlichkeit der Beschäftigten krank arbeiten zu gehen sinkt (vgl. Vogt et al. 2009, S.196). Im Einklang damit konnte für kanadische Führungskräfte des öffentlichen Diensts festgestellt werden, dass Konflikte innerhalb der Arbeitsgruppe und eine beschränkte Unterstützung in der Kollegenschaft Präsentismus fördern (vgl. Gosselin et al. 2013, S.81). Dies bestätigt eine Auswertung des KWCS 2011, in der gezeigt wurde, dass das Verhalten krank arbeiten zu gehen proportional zu niedrigeren Leveln an Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen steigt (vgl. Cho et al. 2016, S.49). Dass die soziale Rückendeckung signifikant negativ mit Präsentismus korreliert, konnte ebenfalls eine Erhebung an Mitarbeitenden eines Energieversorgers in Deutschland feststellen (vgl. Hägerbäumer 2017, S.196f). Eine Metaanalyse konnte ebenso darstellen, dass ein unterstützender Arbeitsplatz und positive Führungspraktiken dazu führen, dass sich die Wahrscheinlichkeit, krank zur Arbeit zu gehen, verringert (vgl. Miraglia und Johns 2016, S.271).

Ein nächster Einflussfaktor ist der organisatorische Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz. Eine Erhebung anhand von finnischen Gewerkschaftsmitgliedern konnte in Erfahrung bringen, dass die betrieblichen Regelungen des Krankenstands einen Einfluss auf Präsentismus hat. Beschäftigte, die drei Tage in Krankenstand gehen können, ohne einen Krankenschein vorzeigen zu müssen, gehen weniger oft krank in die Arbeit (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009, S.45).

Hinsichtlich der Größe des Unternehmens konnte eine dänische Studie aufzeigen, dass kleinere Unternehmen mit bis zu zehn Beschäftigten eine höhere Präsentismusfrequenz aufweisen, als größere Firmen, mit mehr als 250 Arbeitskräften (vgl. Hansen und Andersen 2008, S.962).

Der letzte Einflussfaktor ist jener der Berufssparte. Wie bereits oben aufgezeigt gehen vor allem Erwerbstätige mit personenbezogenen Berufen eher krank arbeiten. Somit ist es nicht erstaunlich, dass der Bildungs- und Pflegesektor stark von Präsentismus betroffen ist (vgl. Aronsson et al. 2000, S.506). Für Österreich bestätigt sich dies. In einer Auswertung, die den Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2017 heranzog, konnte aufgezeigt werden, dass das Unterrichts-, Gesundheits- und Sozialwesen im Vergleich zu den anderen Branchen überdurchschnittlich hoch von Präsentismus betroffen ist (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.80). Für Deutschland konnte eine Erhebung feststellen, dass der Handel mit knapp 70 Prozent den größten branchenbezogenen Anteil an Präsentismus aufweist (vgl. Zok 2008b, S.129).

4.2 Hypothesen

Die vorgestellten theoretischen Konzepte und der Forschungsstand sollen nun herangezogen werden, um Hypothesen in Bezug auf Präsentismus, die später in der Auswertung überprüft werden sollen, zu formulieren.

Die erste Fragestellung dieser Arbeit, nämlich die Frage, ob es Unterschiede in der Prävalenz von Präsentismus in Österreich zwischen 2010 und 2015 gibt, soll anhand folgender Hypothese bearbeitet werden:

Hypothese 1: Aufgrund des zeitlich längeren Abstands zur Finanz- und Weltwirtschaftskrise ist die Prävalenz von Präsentismus zwischen 2010 und 2015 gesunken.

Die Richtung des womöglichen Unterschieds, eine Abnahme, stammt aus Überlegungen zu den Auswirkungen der Krise ab 2007. Es liegt im Bereich des Möglichen, dass die Krise zu einem Anstieg von Präsentismus geführt hat. Hintergrund dazu sind Erwägungen zu der damaligen Wahrnehmung der erwerbstätigen Personen. Die Berichterstattung über die Krise und Maßnahmen, wie jene der Kurzarbeit, verstärkten womöglich die wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit. Es ist durchaus denkbar, dass vor diesem Hintergrund vermehrt zu Zeiten der Krise krank gearbeitet wurde. Es ist dem folgend auch zu erwarten, dass in den Nachwehen der Krise 2010 die Präsentismusprävalenz höher ausfällt, als in dem späteren Jahr 2015. Die AKI/AKM-Daten zeigen eine beständige Abnahme der Präsentismushäufigkeit für Österreich ab 2008 (vgl. Leoni und Böheim 2018, S.75) und können damit diese Überlegungen stützen. Leider konnten keine Daten vor dem Jahr 2008 gefunden werden, die die Annahme der Erhöhung der Präsentismusprävalenz zu Krisenzeiten bestärken könnten. Obwohl die AKI/AKM-Daten vorliegen, soll nichtsdestotrotz die Hypothese auch anhand der Daten des EWCS beleuchtet werden.

Die zweite Fragestellung, welche Faktoren Präsentismus begünstigen und welche Gruppe von Arbeitenden vermehrt krank arbeiten gehen, soll anhand der nachfolgenden Hypothesen getestet werden:

Hypothese 2: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und Präsentismus. Frauen gehen häufiger krank in die Arbeit.

Es konnte nur eine Untersuchung dazu gefunden werden, dass Männer öfter arbeiten gehen, obwohl sie erkrankt sind (vgl. Demerouti et al. 2009). Die Mehrheit der bisherigen Forschungsergebnisse kommen jedoch zu dem Schluss, dass Frauen häufiger krank arbeiten gehen als Männer (vgl. Preisendörfer 2010; Aronsson und Gustafsson 2005; Leoni und Böheim 2018).

Hypothese 3: Das Alter einer Person und Präsentismus stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Erwerbstätige mittleren Alters gehen öfters trotz einer Erkrankung zur Arbeit.

Nur eine Erhebung konnte einen erhöhten Präsentismus bei älteren Arbeitenden feststellen (vgl. Cho et al. 2016). Zu dem Ergebnis, dass vor allem jüngere Personen krank arbeiten gehen, kommen gleich mehrer Studien (vgl. Schmidt und Schröder 2009; Gosselin et al. 2013; Vogt et al. 2009). Es lassen sich ebenfalls mehrere Befragungen finden, die bei Personen mittleren Alters ein vermehrtes Präsentismusaufkommen festhalten konnten (vgl. Aronsson et al. 2000; Gustafsson und Marklund 2011). Da zu diesen auch eine österreichische Erhebung zählt (vgl. Leoni und Böheim 2018), wurde für die Hypothese die Gruppe der mittelaltrigen Erwerbstätigen herangezogen.

Hypothese 4: Es herrscht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Bildungsstand einer Person und Präsentismus. Arbeitende mit einem höheren Bildungsstand gehen öfters krank zur Arbeit.

Obwohl mehrere Belege dafür gefunden werden konnten, dass niedrig gebildete Personen häufiger krank arbeiten (vgl. Gustafsson und Marklund 2011; Cho et al. 2016; Preisendörfer 2010), baut die Hypothese auf gegenteiligen Ergebnissen auf (vgl. Miraglia und Johns 2016; Leoni und Böheim 2018), die davon ausgehen, dass Personen mit einem höheren Bildungsgrad eher krank in die Arbeit gehen. Zu genau diesem Ergebnis kommt auch eine österreichische Studie.

Hypothese 5: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Einkommen einer Person und Präsentismus. Erwerbstätige mit einem niedrigen Einkommen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit krank arbeiten zu gehen.

In der Literaturrecherche konnten mehrere Untersuchungen gefunden werden, die davon ausgehen, dass ein niedriges Einkommen dazu führt, dass Personen eher in die Arbeit anstatt in den Krankenstand gehen (vgl. Aronsson et al. 2000; Zok 2008b).

Hypothese 6: Zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit einer Person und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang. Arbeitende mit einer schlecht eingeschätzten Gesundheit gehen eher krank arbeiten.

Alle in Erfahrung gebrachten Zusammenhänge zwischen der selbsteingeschätzten Gesundheit und Präsentismus gehen davon aus, dass eine als schlecht wahrgenommene Gesundheit dazu führt, dass krank in die Arbeit gegangen wird (vgl. Heponiemi et al. 2010; Johns 2011; Robertson et al. 2012).

Hypothese 7: Der krankheitsbedingte Absentismus steht in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. Arbeitende, die häufig in den Krankenstand gehen, gehen ebenfalls vermehrt trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Dass eine hohe Anzahl an Präsentismustagen in Verbindung zu einer hohen Anzahl an Krankenstandstagen steht konnte in einigen Auswertungen, auch in einer in Österreich stattgefundenen Erhebung, aufgezeigt werden (vgl. Ashby und Mahdon 2010; Leoni und Böheim 2018). Berufstätige, die häufig im Krankenstand sind gehen auch öfters krank arbeiten.

Hypothese 8: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Betreuungsverpflichtungen einer Person und Präsentismus. Arbeitende mit Betreuungspflichten gehen eher krank in die Arbeit.

Es konnte eine Untersuchung gefunden werden, die keinen Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Kindern und Präsentismus aufzeigen konnte (vgl. Preisendörfer 2010). Dahingegen kommen zwei Erhebungen, auch für Österreich, zu dem Ergebnis, dass Betreuungspflichten dazu führen, dass trotz dem Vorliegen einer Krankheit gearbeitet wird (vgl. Aronsson et al. 2000; Gerich 2014a).

Hypothese 9: Zwischen den Konflikten unter dem Arbeits- und Familienleben und Präsentismus existiert ein signifikanter Zusammenhang. Erwerbstätige mit einer schlechten Family-Work-Balance gehen eher krank arbeiten.

In der Literaturrecherche konnten Ergebnisse gefunden werden, die zu dem Schluss kommen, dass Personen deren Arbeit konfliktreich mit dem Familienleben und umgekehrt deren Familienleben konfliktreich mit der Arbeit interveniert, eher im Krankheitsfall arbeiten gehen (vgl. Miraglia und Johns 2016; Robertson et al. 2012).

Hypothese 10: Die Art des Arbeitsverhältnisses und Präsentismus stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Mitarbeitende mit befristeten Arbeitsverhältnissen gehen öfters trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Diese Hypothese basiert auf einer Erhebung für Deutschland, die feststellen konnte, dass Beschäftigte in befristeten Arbeitsverhältnissen eher Präsentismus betreiben (vgl. Zok 2008b).

Hypothese 11: Die Art des Arbeitsverhältnisses und Präsentismus stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Personen die Vollzeit tätig sind, gehen öfters krank in die Arbeit.

Es konnten zwei Untersuchungen gefunden werden, die für Vollzeit tätige Personen eine erhöhte Präsentismusrate feststellen konnten (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009; Cho et al. 2016).

Hypothese 12: Die Art des Arbeitsverhältnisses und Präsentismus stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Erwerbstätige, die Schichtarbeit verrichten sind häufiger am Arbeitsplatz anwesend, obwohl sie erkrankt sind.

Forschungen konnten belegen, dass Berufstätige, die Schichtarbeit leisten, vermehrt krank in die Arbeit gehen (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009; Cho et al. 2016).

Hypothese 13: Die Art der Erwerbstätigkeit steht in Verbindung zu Präsentismus. Selbstständig Erwerbstätige gehen eher krank arbeiten.

Es lassen sich sowohl Ergebnisse dafür finden, dass unselbständig Arbeitende eher krank in die Arbeit gehen (vgl. Vogt et al. 2009), als auch Ergebnisse die besagen, dass selbstständig Tätige mehr Präsentismus betreiben (vgl. Hansen und Andersen 2008). Die Hypothese geht von letzterem aus, da es logisch erscheint, dass Personen, die eventuell hinzukommend nur als Einpersonunternehmen tätig sind, deren Abwesenheit auf das Arbeitsergebnis einwirkt und die für den Unternehmenserfolg selbst verantwortlich sind, eher trotz einer Erkrankung arbeiten.

Hypothese 14: Zwischen der hierarchischen Position, die eine Person in der Arbeit innehat und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang. Personen, die Führungskräfte sind, gehen häufiger in die Arbeit obwohl sie erkrankt sind.

Eng verbunden mit der vorgehenden Hypothese konnte in bisherigen Forschungen aufgezeigt werden, dass das Innehaben einer Vorgesetztenrolle dazu führt, dass vermehrt in die Arbeit gegangen wird, auch wenn eine Krankheit vorliegt (vgl. Hansen und Andersen 2008; Miraglia und Johns 2016).

Hypothese 15: Überlange Arbeitszeiten stehen in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. Erwerbstätige, die wöchentlich mehr als 45 Stunden arbeiten, gehen eher krank arbeiten.

Für überlange Arbeitszeiten konnte belegt werden, dass die Verrichtung von Überstunden zu einer Erhöhung der Präsentismuswahrscheinlichkeit führen kann (vgl. Caverley et al. 2007; Miraglia und Johns 2016). Dies trifft ebenso zu, wenn die wöchentliche Arbeitszeit 45 Stunden (vgl. Hansen und Andersen 2008) übersteigt.

Hypothese 16: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Übereinstimmung der gewünschten und tatsächlich geleisteten Arbeitszeit und Präsentismus. Arbeitskräfte, deren gewünschte und tatsächliche Arbeitszeit nicht übereinstimmt, gehen vermehrt trotz Erkrankung arbeiten.

Ebendieser Zusammenhang konnte in einer finnischen Untersuchung aufgezeigt werden (vgl. Böckerman und Laukkanen 2010).

Hypothese 17: Der Zeitdruck in der Arbeit und Präsentismus stehen in einem signifikanten Zusammenhang. Berufstätige, die Zeitdruck in der Arbeit verspüren, gehen öfters arbeiten, obwohl sie krank sind.

Das Effizienzansprüche und Zeitdruck aufgrund von Fristen in der Arbeitswelt dazu führen, dass krank gearbeitet wird, konnte in mehreren Forschungen belegt werden (vgl. Caverley et al. 2007; Böckerman und Laukkanen 2010).

Hypothese 18: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Stress in der Arbeit und Präsentismus. Personen, die am Arbeitsplatz Stress erleben, gehen häufiger krank arbeiten.

Einige Untersuchungen konnten aufzeigen, dass Stress in der beruflichen Tätigkeit die Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz einer Erkrankung fördern kann (vgl. Eldstad und Vabo 2008; Gosselin et al. 2013).

Hypothese 19: Zwischen dem Handlungsspielraum am Arbeitsplatz und Präsentismus besteht ein signifikanter Zusammenhang. Wenig Handlungsspielraum im Berufsleben erhöht die Wahrscheinlichkeit, trotz einer Erkrankung in die Arbeit zu gehen.

Der Handlungs- und Anpassungsspielraum im Arbeitsleben ist ein oft diskutierter Einflussfaktor von Präsentismus. Die bisherige Forschungslandschaft konnte zeigen, dass ein hoher Handlungsspielraum Präsentismus entgegenwirkt und wenig Handlungsspielraum in der Arbeit bei Berufstätigen dazu führt, dass sie krank arbeiten gehen (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005; Vogt et al. 2009; Gerich 2014b). Diese Hypothese kann man auch aus dem theoretischen Hintergrund des Wandels der Erwerbsarbeit ablesen. Neue Strategien der Arbeitskraftnutzung in post-tayloristischen Arbeitsformen sehen mehr Verantwortung und Handlungsspielraum für die Arbeitenden vor und verlangen dies auch (vgl. Kleemann et al. 1999). Gleiches gilt für die Subjektivierung der Arbeit (vgl. Voß 2007) und den Arbeitskraftunternehmer (vgl. Voß und Pongratz 1998). Wird einem die Möglichkeit genommen, flexibel auf eine Erkrankung zu reagieren, aber wird gleichermaßen Arbeitsleistung und -erfolg verlangt, so ist ein Krankenstand aus Sicht der Arbeitenden eventuell keine Möglichkeit.

Hypothese 20: Die Arbeitsplatzsicherheit übt einen signifikanten Einfluss auf Präsentismus aus. Personen, die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben, gehen eher krank arbeiten.

Der ebenso prominente Einflussfaktor der Arbeitsplatzunsicherheit kann viele empirische Ergebnisse vorweisen, die belegen, dass Personen, die Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben auch dann in die Arbeit gehen, wenn sie erkrankt sind (vgl. Heponiemi et al. 2010; Johns 2011; DGB 2009).

Hypothese 21: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und Präsentismus. Erwerbstätige mit einer geringen Arbeitszufriedenheit gehen öfter erkrankt in die Arbeit.

Neben Belegen dafür, dass eine hohe Arbeitszufriedenheit Präsentismus erhöht (vgl. Miraglia und Johns 2016), konnten vor allem gegenteilige Erkenntnisse gefunden werden, die davon ausgehen, dass eine geringe Arbeitszufriedenheit dazu führt, dass betroffene Arbeitende eher krank in die Arbeit gehen (vgl. Vogt et al. 2009; Cho et al. 2016).

Hypothese 22: Zwischen dem Arbeiten in Teams und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang. Arbeitende, die nicht in Teams arbeiten, gehen öfters krank arbeiten.

Die Hypothese basiert auf einem überraschenden Ergebnis einer österreichischen Untersuchung. Diese konnte feststellen, dass Erwerbstätige, die nicht in Teams arbeiten, eher krank in die Arbeit gehen (vgl. Gerich 2014a, S.40).

Hypothese 23: Die Auflösung der klaren Trennung zwischen Arbeit- und Privatleben steht in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. Personen, die in ihrer Freizeit arbeiten, gehen auch öfters krank zur Arbeit.

Diese Hypothese basiert auf den Annahmen der Entgrenzung der Arbeit. Diese geht davon aus, dass die Flexibilisierung und die Strukturveränderungen der bislang typischen betrieblichen Organisation von Arbeit zu einer Abnahme der Trennung von Arbeits- und Berufsleben führen (vgl. Voß 2007; Ruiner und Wilkesmann 2016). Dadurch kommt es zu neuen Praktiken in der Arbeitswelt, wie auch jener des Arbeitens in der Freizeit. Dafür sind viele Gründe denkbar, von den hohen Anforderungen seitens der Unternehmen, Terminen, die eingehalten werden müssen, bishin zu dem betrieblichen Selbstbild der leistungsstarken, engagierten Arbeitskraft, das man verkörpern möchte.

Hypothese 24: Die Auflösung der klaren Trennung zwischen Arbeit- und Berufsleben steht in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. Personen die von zu Hause arbeiten, arbeiten vermehrt auch dann, wenn sie krank sind.

Gleiches gilt für diese Hypothese. Arbeiten im Homeoffice kann als eine räumliche und zeitliche Entgrenzung von Arbeit betrachtet werden. Es ist auch denkbar, dass Personen krank sind und deswegen zwar nicht den Arbeitsplatz aufsuchen, aber auf das Arbeiten von zu Hause aus ausweichen und so trotzdem Präsentismus betreiben.

Hypothese 25: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Unternehmenskultur und Präsentismus. Arbeitende in Unternehmen mit einer schlechten Unternehmenskultur gehen öfters in die Arbeit, obwohl sie krank sind.

Es konnte gezeigt werden, dass Personen, die am Arbeitsplatz unwürdig behandelt werden, bei denen Konflikte im Team herrschen und keine ausreichende Unterstützung durch die Kollegenschaft vorliegt, eher krank arbeiten gehen (vgl. DGB 2009; Gosselin et al. 2013). Umgekehrt führt ein gutes Betriebsklima und positive Führungspraktiken zu einem niedrigen Präsentismus (vgl. Vogt et al. 2009; Miraglia und Johns 2016). Diese Hypothese lässt sich auch mit den Überlegungen zum Wandel der Arbeitskraftnützung und der Subjektivierung der Arbeit in Verbindung bringen. Die Erwartungen nach mehr Selbststeuerung und Autonomie mit gleichzeitigem Leistungsdruck am Arbeitsplatz kann zu einer Überforderung für die Arbeitenden

führen (vgl. Kleemann et al. 1999; Voß 2007). In Kombination mit der fehlenden Unterstützung seitens der Kollegenschaft oder der Vorgesetzten liegt die Option, auch im Falle einer Erkrankung arbeiten zu gehen, um beispielsweise Fristen oder Projektenden einzuhalten, oder aber nicht noch weiter nach hinten zu fallen und den Zustand der Überforderung weiter zu verschlechtern, nahe.

Hypothese 26: Zwischen der Unternehmensgröße und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang. Erwerbstätige in kleinen Unternehmen gehen vermehrt trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Hintergrund dieser Hypothese ist eine dänische Untersuchung, die in Erfahrung brachte, dass Personen in Unternehmen mit weniger als zehn Beschäftigten häufiger auch dann in die Arbeit gehen, wenn sie krank sind (vgl. Hansen und Andersen 2008).

Hypothese 27: Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Berufssparte und Präsentismus. Arbeitskräfte aus den beruflichen Sparten des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens gehen öfters in die Arbeit, obwohl sie erkrankt sind.

Bisherige Forschungen konnten aufzeigen, dass insbesondere Arbeitskräfte mit personenbezogenen Berufen eher krank arbeiten. Besonders im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen konnte das, auch für Österreich, belegt werden (vgl. Aronsson et al. 2000; Leoni und Böheim 2018).

Demfolgend sollen nun weitere Annahmen angeführt werden, die ebenfalls auf den vorgestellten theoretischen Konzepten und dem Forschungsstand aufbauen, die jedoch in dieser Arbeit nicht überprüft werden können, da sie anhand der Daten des EWCS nicht zu beantworten sind. Die dazu benötigten unabhängigen Variablen wurden in der Befragung nicht behandelt. Nichtsdestotrotz sollen diese Annahmen und die Überlegungen zu ihnen kurz angeführt werden, denn diese sind womöglich für weitere Forschungen von Bedeutung:

Zwischen der individual boundarylessness und Präsentismus lässt sich ein Zusammenhang feststellen. Erwerbstätige denen es schwerfällt Wünsche und Erwartungen Anderer abzulehnen, gehen eher trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Ebendieser Zusammenhang konnte in zwei skandinavischen Untersuchungen belegt werden (vgl. Aronsson und Gustafsson 2005; Hansen und Andersen 2008).

Die Arbeitsbelastung steht in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. Arbeitskräfte mit einem großen Arbeitsvolumen gehen vermehrt trotz einer Erkrankung arbeiten.

In einigen Studien konnte festgestellt werden, dass eine hohe Arbeitsbelastung im Sinne eines großen Arbeitsvolumens zu Präsentismus führen kann (vgl. Biron et al. 2006; Caverley et al. 2007).

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Beziehung zu der Kollegenschaft und Präsentismus. Personen, die sich ihren Kolleginnen und Kollegen verpflichtet fühlen, gehen vermehrt auch trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Auch für diese Annahme konnte in der Literaturrecherche eine Vielzahl an Untersuchungen gefunden werden, die das Pflichtgefühl und die Loyalität gegenüber den Mitarbeitenden als Einflussfaktor von Präsentismus aufzeigen (vgl. Perkin et al. 2003; Vogt et al. 2009).

Zwischen den Folgen einer Abwesenheit vom Arbeitsplatz und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang:

- Personen, deren Arbeit im Falle einer Abwesenheit liegen bleibt, gehen häufiger krank in die Arbeit.*
- Arbeitskräfte, die im Falle einer Abwesenheit keine Vertretung haben, gehen vermehrt krank arbeiten.*

Ebenfalls gibt es zahlreiche Erhebungen, die aufgrund des Fehlens einer Vertretung oder dem Liegenbleiben der Arbeit beweisen konnten, dass krank gearbeitet wird (vgl. Biron et al. 2006; Schmidt und Schröder 2009).

Es besteht ein Zusammenhang zwischen innerbetrieblichen Regeln im Falle eines Krankenstands und Präsentismus. Personen, die ab dem ersten Tag der Abwesenheit ein ärztliches Attest erbringen müssen, gehen häufiger krank arbeiten.

Auch betriebsinterne Regelungen zum Krankenstand scheinen einen Einfluss auf Präsentismus zu haben. Je früher ein ärztliches Attest als Bestätigung des Krankenstands verlangt wird, umso eher wird auch dann gearbeitet, wenn eine Erkrankung vorliegt (vgl. Böckerman und Laukkanen 2009).

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Leistungsdruck in der Arbeit und Präsentismus. Ein hoher Leistungsdruck erhöht die Wahrscheinlichkeit, trotz Erkrankung arbeiten zu gehen.

Die Überlegungen hierzu gehen auf den Wandel der Arbeitskraftnutzung zurück. Unter der Zunahme der Autonomie am Arbeitsplatz wird auch immer mehr Leistung verlangt (vgl. Kleemann et al. 1999). Dies kann den Druck, der auf den Arbeitskräften lastet, verstärken und so das Verhalten fördern auch krank arbeiten zu gehen.

Intern ausgehandelte Regeln in Arbeitsteams stehen in einem signifikanten Zusammenhang zu Präsentismus. In Teamkulturen, in denen Abwesenheit als Störfaktor betrachtet wird, gehen Teammitglieder auch trotz einer Erkrankung in die Arbeit.

Diese These basiert auf Annahmen der Entgrenzung der Arbeit. Ein Teil dieser ist die Entgrenzung der Sozialorganisation, in der eine Arbeitsgruppe oder ein Projektteam seine Regeln autonom aushandelt. Die Regeln der Zusammenarbeit, die Arbeitsteilung, aber auch die Erwartungen

zueinander liegen somit in den Händen des Teams (vgl. Voß 1998). In diesem Szenario ist die Möglichkeit gegeben, dass Teamkulturen entstehen, die Abwesenheit als störend und behindernd für den Arbeitsfortschritt betrachten. Hier könnte man ebenfalls einen Einflussfaktor, der unter gegebenen Umständen Präsentismus fördert, verorten.

Es herrscht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Identifikation mit den Zielen des Unternehmens von Arbeitskräften und Präsentismus. Beschäftigte, die den Zielen ihres Unternehmens einen hohen Stellenwert geben, gehen öfters krank arbeiten.

Der Hintergrund dieser Überlegung liegt zum einen in dem Konzept des unternehmerischen Selbst und zum anderen in der zunehmenden indirekten Steuerung. Sowohl die Annahme der Rolle des unternehmerischen Selbst (vgl. Bröckling 2007), als auch die Bewältigung von Anforderungen in der nunmehr indirekt gesteuerten Arbeitswelt (vgl. Steinke und Badura 2011), führen dazu, dass die privaten Ziele gegenüber den beruflichen Zielen, die eine Erreichung der Unternehmensziele voraussetzen, Relevanz verlieren und ihnen nach gereicht werden. In dieser Aushandlung des Stellenwerts und der Orientierung an der Erreichung von den Zielen des Unternehmens kann Präsentismus einen Nährboden finden.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Personen, die ihren beruflichen Erfolg einen hohen Stellenwert geben und Präsentismus. Erwerbstätige, die ihren beruflichen Erfolg vor ihre persönliche Gesundheit stellen, gehen eher arbeiten, obwohl sie erkrankt sind.

Anknüpfend an den obigen Überlegungen kann man in diesem Sinne Präsentismus auch als Produkt eines rationalen Entscheidungsprozesses nach dem Homo Oeconomicus verstehen (vgl. Kirchgässner 1991). Das Verhalten, trotz einer Erkrankung in die Arbeit zu gehen, birgt mehr Vorteile oder weniger Nachteile als die Alternative des Krankenstands. Die eigene Gesundheit und private Ziele haben nicht dieselbe Bedeutsamkeit wie der berufliche Erfolg, oder die Ausrichtung nach den Unternehmenszielen.

Zwischen dem gewünschten beruflichen Selbst- und Fremdbild und Präsentismus herrscht ein signifikanter Zusammenhang. Personen, die ihr berufliches Selbst- und Fremdbild nicht schwächen wollen, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit krank arbeiten zu gehen.

Basis dieser These ist die Weigerung der Annahme der Krankenrolle nach Talcott Parsons (vgl. Parsons 1951). Die Rolle der oder des Erkrankten ist in der Betrachtung der Präsentisten womöglich eine Schwächung des beruflichen Selbstbilds, des eigenen aber auch dem des nach außen getragenen. Die Weigerung kann auch als deviantes Verhalten betrachtet werden, je nach dem, welche Erwartungen an den Arbeitenden herangetragen werden.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen den individuellen Krankheitswahrnehmungen und Krankheitsbildern von Arbeitenden und Präsentismus. Personen, die ihre Symptome nicht als ausgeprägt genug wahrnehmen, oder diese zu keinem Krankheitsbild zusammensetzen können, gehen eher krank arbeiten.

Die Wahrnehmung von Symptomen, ihre Stärke und Auffälligkeit, sind wichtige Determinanten des Krankheitsverhaltens (vgl. Mechanic 1986). Ist diese Wahrnehmung gestört, werden die Symptome nicht als relevant oder stark genug empfunden, oder können diese nicht zu einem Krankheitsbild zusammengesetzt werden (vgl. Bauch 2000), ist die Möglichkeit gegeben, dass trotz einer Erkrankung der Arbeit nachgegangen wird. Der Gesundheitskompetenz von Personen kommt hier eine große Wichtigkeit zu.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der betrieblichen Ebene der Krankheitsverleugnung und Präsentismus:

- In Unternehmen, die im Krankheitsfall Disziplinierungsmaßnahmen einsetzen oder Sanktionieren, gehen Mitarbeitende eher krank zur Arbeit.*
- In Unternehmen, in welchen das krankheitsbedingte Ausfallen von Personal zu Funktionsproblemen für die Aufrechterhaltung des Betriebs führt, gehen Mitarbeitende öfter krank arbeiten.*

Die betriebliche Ebene der Krankheitsverleugnung bietet ebenfalls Anknüpfungspunkte an den Präsentismus (vgl. Kocyba und Voswinkel 2007). Der negative betriebliche Umgang mit Krankheit, wie Disziplinierung und Sanktionen im Krankheitsfall, aber auch eine eng geführte Personalpolitik die Ausfälle kaum kompensieren kann, können Präsentismus fördern.

5. Methode

Im folgenden Kapitel soll zunächst die Erhebung des verwendeten Datensatzes, des European Working Conditions Survey, genauer betrachtet werden. Anschließend wird auf die statistischen Verfahren, die in der Auswertung Anwendung finden, eingegangen und diese werden vorgestellt. Abschließend werden die Variablen, die in der Auswertung herangezogen werden, kurz präsentiert.

5.1 Erhebung des European Working Conditions Survey

Der European Working Conditions Survey (kurz EWCS) wird seit 1990 im Abstand von fünf Jahren in Europa durchgeführt. Er erhebt hauptsächlich Daten zur Bewertung der Arbeitsbedingungen von Erwerbstätigen, aber auch einige gesundheitsrelevante Themen und Fragen (vgl. Eurofound 2015a). In Österreich werden Personen ab 15 Jahren befragt, die zum Zeitpunkt der Erhebung ihren gewöhnlichen Wohnsitz in Österreich haben und sich in einem Erwerbsverhältnis befinden. Die Erwerbstätigkeit wird anhand einer Referenzwoche, die Woche vor dem Interview, in der zumindest eine Stunde gegen Entgelt oder Gewinn gearbeitet wird, definiert (vgl. Eurofound und Gallup Europe 2010, S.11). Der Erhebungszeitraum lag 2010 zwischen Ende Jänner und Anfang Mai (vgl. ebd., S.5) und ging für 2015 von Mitte März bis Ende Mai (vgl. Eurofound und Ipsos 2015, S.50). Die befragten Personen werden anhand einer mehrstufigen, geschichteten Zufallsstichprobe ausgewählt. Diese werden nach Region und Urbanisierungsgrad geschichtet und bilden die primären Stichprobeneinheiten. Aus diesen werden jeweils zufällige Haushalte selektiert, aus denen wiederum eine Person, die der Zielpopulation entspricht, für ein Face-to-Face-Interview ausgewählt wird. Es wird jeweils jene Person gewählt, die als nächstes Geburtstag hat. Die Befragung dauert im Schnitt 45 Minuten. Die Zielvorgabe der Größe der Stichprobe beträgt 1.000 Interviews (vgl. Eurofound 2015b). 2010 konnten 1.003 Interviews abgeschlossen werden (vgl. Eurofound und Gallup Europe 2010, S.19) und 2015 wurden 1.028 Personen erfolgreich befragt (vgl. Eurofound und Ipsos 2015, S.112).

Der EWCS wurde für diese Arbeit herangezogen, da er das Vorkommen von Präsentismus und die Anzahl der Präsentismustage jeweils für die Jahre 2010 und 2015 abgefragt hat. Dies bietet die Möglichkeit eines Zeitvergleichs. Darüber hinaus erhebt er viele arbeits- und gesundheitsbezogene Faktoren, die als mögliche Einflussfaktoren von Präsentismus fungieren können und eine Überprüfung dazu ermöglichen.

5.2 Auswahl der statistischen Verfahren

Im Folgenden sollen kurz die statistischen Verfahren vorgestellt werden, die zur Überprüfung der Hypothesen und zur Beantwortung der Forschungsfragen herangezogen werden:

Multiple lineare Regression

Regressionsanalysen bieten Aufschluss über die Beziehung zwischen einer, oder wie im Falle dieser Arbeit, mehreren unabhängigen Variablen und einer abhängigen Variable (vgl. Backhaus et al. 2016, S.64). Dabei muss die abhängige Variable metrisch skaliert sein, für die unabhängigen Variablen können neben metrischen und dichotomen Variablen auch kategoriale Variablen mit mehr als zwei Ausprägungen mit Hilfe der Dummy-Kodierung miteinbezogen werden (vgl. ebd., S.67). Nach der Modellformulierung, die auf inhaltlichen Überlegungen und bisherigen Wissenständen aufbaut, folgt die Schätzung der Regressionsfunktion. Diese sollte so liegen, dass sie einen kleinstmöglichen Abstand zu den beobachteten Werten aufweist. Um dies zu erreichen, wird die Methode der kleinsten Quadrate angewendet (vgl. ebd., S.76f). Die Regressionskoeffizienten bilden „[...] den marginalen Effekt der Änderung einer unabhängigen Variable auf die abhängige Variable [...]“ (ebd., S.80) ab. Um die Werte der Regressionskoeffizienten untereinander vergleichen zu können, werden sie standardisiert. Die sogenannten Beta-Werte geben unabhängig von den uneinheitlichen Messdimensionen Aussagen zur Wichtigkeit der jeweiligen unabhängigen Variable wieder (vgl. ebd., S.80). Ob die einzelnen unabhängigen Variablen überhaupt einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable haben überprüft der T-Test (vgl. ebd., S.94). Zur Prüfung der Güte des Regressionsmodells wird das Bestimmtheitsmaß R-Quadrat herangezogen, welches Werte zwischen Null und Eins annimmt und den Anteil der erklärten Streuung an der gesamten Streuung der abhängigen Variable angibt. Da dieses jedoch anfällig auf eine große Anzahl an unabhängigen Variablen ist, wird zur Interpretation auch das korrigierte R-Quadrat herangezogen, das diesem Problem entgegenwirkt. Um zu testen, ob das Modell nicht nur in der vorhandenen Stichprobe, sondern auch in der Grundgesamtheit Gültigkeit findet, wird auf Basis des F-Tests die Signifikanz des Prädikatorenmotells berechnet (vgl. ebd., S.84ff).

Multiple binär-logistische Regression

Die logistische Regression ist eine besondere Variante der Regressionsanalyse. Sie kommt zur Anwendung, wenn die abhängige Variable des Regressionsmodells kategorial ist. Im Falle einer dichotomen abhängigen Variable kommt die binär-logistische Regression zur Anwendung. Dabei

wird das Eintreten von Zuständen oder Ereignissen anhand der Prognose der Wahrscheinlichkeiten für die jeweiligen zwei Ausprägungen überprüft (vgl. Backhaus et al. 2016, S.284). Als erstes findet die Modellformulierung statt, die neben der Festlegung der abhängigen Variable auch die unabhängigen Variablen, denen ein Einfluss auf die Abhängige zugesprochen wird, definiert (vgl. ebd., S.289). Für die Schätzung der logistischen Regressionsfunktion wird die Maximum-Likelihood-Methode herangezogen. Dessen Prinzip verlangt, dass die Schätzwerte der unbekannt Parameter so festgelegt werden, dass die realisierten Daten maximale Plausibilität erreichen. Für die Schätzung des logistischen Regressionsmodells heißt das, dass die Wahrscheinlichkeit einer Person, dass die abhängige Variable den Wert eins annimmt, so groß wie möglich und sie den Wert Null annimmt, so klein wie möglich sein soll. Das Produkt der einzelnen Wahrscheinlichkeiten aller Personen ergibt eine Likelihood-Funktion. Die logarithmierten Wahrscheinlichkeiten resultieren in einer Log-Likelihood-Funktion, die immer einen negativen Wert aufweist. Es gilt, den Log-Likelihood zu maximieren und sich dem Wert Null so gut wie möglich anzunähern (vgl. ebd., S.305f).

Bei der Interpretation ist darauf zu achten, dass nur Aussagen darüber getroffen werden können, wie Veränderungen der Parameter oder der unabhängigen Variablen zu Änderungen bei der abhängigen Variable führen, aber keine über die Größe der Änderungen (vgl. ebd., S.308). Aus diesem Grund werden Odds-Ratio, also Verhältnisse von Chancen und Logits, logarithmierte Odds-Ratios, zur Interpretation herangezogen (vgl. ebd., S.311f). Um die Signifikanz der einzelnen unabhängigen Variablen zu testen, kommt der Wald-Test, der dem T-Test in der linearen Regression ähnlich ist, zur Anwendung (vgl. ebd., S.320). Um die Güte des Modells zu beurteilen wird der -2-Log-Likelihood herangezogen und zwischen dem Null- und Prädikatorenmodell verglichen, um zu beurteilen, ob es zu einer signifikant verbesserten Anpassung kommt (vgl. ebd., S.314ff). Gütemaße, die sich dem Bestimmtheitsmaß R-Quadrat der linearen Regression annähern, sogenannte Pseudo-R-Quadrate, können nicht den Anteil der erklärten Streuung an der Gesamtstreuung der abhängigen Variable erklären. Vielmehr bauen sie auf dem Vergleich des Verhältnisses zweier Wahrscheinlichkeiten, dem Likelihood des Null- und Prädikatorenmodells, auf. Als solch eines gilt Cox und Snells R-Quadrat und darauf basierend Nagelkerkes R-Quadrat. Letzteres wird öfter herangezogen, da es Werte zwischen Null und Eins annehmen kann (vgl. ebd., S.317f).

5.3 Auswahl der unabhängigen Variablen

In diesem Unterkapitel sollen nun die Variablen, die später in der Auswertung verwendet werden, mit ihren Fragestellungen und Antwortmöglichkeiten dargestellt werden:

Tabelle 4: Auswahl der Variablen des EWCS

Variable	Items	Fragestellung und Ausprägungen
Präsentismus	2	Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten gearbeitet, wenn Sie krank waren? [ja, nein, ich war nicht krank (spontan)] Wie viele Tage? [Anzahl der Tage]
personenbezogene Einflussfaktoren		
Geschlecht	1	Geschlecht des/der Befragten (eingetragen vom Interviewer) [männlich, weiblich]
Alter	1	Beginnen wir mit Ihnen. Wie alt sind Sie? [Anzahl der Jahre]
Bildungsstand	1	Was ist die höchste Ausbildung, die Sie erfolgreich abgeschlossen haben? [noch Schüler (noch kein Abschluss), Schule beendet ohne Abschluss, Hauptschulabschluss, Sonderschulabschluss, Volksschulabschluss 8. Klasse (auch bei Besuch einer mittleren/höheren Schule ohne entsprechenden Abschluss), berufsbildende mittlere Schule (z.B. Handelsschule) oder Polytechnikum (9. Klasse), Berufsschule und Lehre, AHS oder berufsbildende höhere Schule (BHS) ohne Matura, Matura, Hochschulreife im zweiten Bildungsweg, Gesundheits- und Krankenpflegeschule, Schulen für medizinisch-technischen Fachdienst, Berufsakademie oder Kolleg (mit Diplomabschluss), Baccalaureat (Hochschule, Universität, Fachhochschule), Magisterium/Diplom/Master (Hochschule, Universität, Fachhochschule), Doktorat/Promotion od. Habilitation (Hochschule, Universität, Fachhochschule)]
Einkommen	1	Wie hoch ist zurzeit Ihr durchschnittliches monatliches Netto-Einkommen aus Ihrem Hauptberuf? Bitte beziehen Sie sich auf die durchschnittlichen Einkünfte aus den letzten Monaten. Wenn Sie den genauen Betrag nicht kennen, geben Sie bitte eine Schätzung ab. [Anzahl in Euro]
Selbsteingeschätzte Gesundheit	1	Wie ist Ihr Gesundheitszustand allgemein? Würden Sie sagen er ist... [sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht]
Krankenstandstage	1	Wie viele Tage konnten Sie in den letzten 12 Monaten aufgrund von Krankenstand nicht arbeiten? [Anzahl der Tage]
Betreuungsverpflichtungen	2	Ganz allgemein, wie oft beschäftigen Sie sich außerhalb Ihrer Arbeit mit folgenden Aktivitäten? - Kinder-/Enkelbetreuung und -erziehung. - Pflege von älteren/behinderten Verwandten. [täglich, mehrere Male pro Woche, mehrere Male pro Monat, weniger oft, nie]
Family-Work-Balance	5	Wie passt Ihre Arbeitszeit im Allgemeinen zu Ihrem Familienleben oder gesellschaftlichen Verpflichtungen außerhalb der Arbeit? [sehr gut, gut, nicht sehr gut, gar nicht gut] Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten...? - sich nach der Arbeit so müde gefühlt, dass Sie einiges an Arbeit im Haushalt, das getan hätte werden müssen, nicht tun konnten. - das Gefühl gehabt, dass Ihre Arbeit Sie davon abhält, so viel Zeit mit Ihrer Familie zu verbringen, wie Sie es möchten. - es als schwierig empfunden, sich auf Ihre Arbeit zu konzentrieren aufgrund Ihrer familiären Verpflichtungen.

		- das Gefühl gehabt, dass Ihre familiären Verpflichtungen Sie davon abgehalten haben, Ihrer Arbeit so viel Zeit zu widmen, wie es notwendig gewesen wäre. [immer, meistens, manchmal, selten, nie]
Art der Erwerbstätigkeit	1	Sind Sie angestellt oder selbständig? [Arbeitnehmer/in, Selbstständige/r]
arbeits- und tätigkeitsbezogene Einflussfaktoren		
Art des Arbeitsverhältnisses	3	Welche Art von Arbeitsvertrag haben Sie in Ihrem Hauptberuf? [einen zeitlich unbefristeten Vertrag, einen zeitlich befristeten Vertrag, einen Vertrag mit einer Personal-Leasingfirma, einen Ausbildungsvertrag (Lehre) oder eine andere Fort- oder Weiterbildungsvereinbarung, keinen Vertrag] Und arbeiten Sie Teilzeit oder Vollzeit? [Teilzeit, Vollzeit] Arbeiten Sie im Schichtdienst? [ja, nein]
Führungskraft	1	Wie viele Personen arbeiten unter Ihrer Leitung, d.h. wie viele Personen sind bezüglich Lohnerhöhungen, Prämien oder Beförderungen von Ihnen abhängig? [Anzahl der Personen]
mehr als 45h/Woche	2	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrem Hauptberuf? [Anzahl der Stunden]
Übereinstimmung gewünschte/tatsächliche Arbeitsstunden	2	Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie normalerweise in Ihrem Hauptberuf? [Anzahl der Stunden] Wenn Sie frei entscheiden könnten, wie viele Stunden Sie arbeiten wollen: Wie viele Stunden pro Woche würden Sie gegenwärtig am liebsten arbeiten? Bitte beziehen Sie mit ein, dass Sie Ihren Lebensunterhalt verdienen müssen. [Anzahl der Stunden]
Zeitdruck	1	Und wie häufig beinhaltet Ihre Arbeit arbeiten unter Termindruck? [ständig, fast ständig, ungefähr drei Viertel der Zeit, ungefähr die Hälfte der Zeit, Ungefähr ein Viertel der Zeit, fast nie, nie]
Stress	1	Sie erleben Stress bei der Arbeit. [immer, meistens, manchmal, selten, nie]
in Freizeit arbeiten	1	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrer Freizeit gearbeitet, um die Arbeitsanforderungen zu erfüllen? [täglich, mehrere Male pro Woche, mehrere Male pro Monat, weniger oft, nie]
home-office-work	1	Bitte schauen Sie sich diese Orte an. Ich werde Sie gleich fragen, wie oft Sie an jedem Ort in den letzten 12 Monaten in Ihrem Hauptberuf gearbeitet haben. - Mein eigenes Zuhause. [täglich, mehrere Male pro Woche, mehrere Male pro Monat, weniger oft, nie]
Handlungsspielraum	9	Können Sie Folgendes selbst auswählen oder ändern? - die Reihenfolge der Aufgaben. - die Arbeitsmethoden. - das Arbeitstempo oder die Menge an Arbeit. [ja, nein] Wie ist Ihre Arbeitszeit geregelt? [sie wird vom Unternehmen/von der Organisation ohne Änderungsmöglichkeiten festgelegt, man kann zwischen verschiedenen festen Arbeitszeitplänen auswählen, die vom Unternehmen/von der Organisation festgelegt werden, man kann die Arbeitszeit innerhalb eines gewissen Rahmens anpassen (z. B. Gleitzeit), die Arbeitszeit kann vollständig individuell festgelegt werden] Wählen Sie bitte für jede der folgenden Aussagen jene Antwort, die Ihre Arbeitssituation am besten beschreibt. - Sie werden gefragt, bevor Ziele für Ihre Arbeit festgelegt werden. - Sie haben bei der Auswahl Ihrer Kollegen ein Mitspracherecht. - Sie können eine Pause machen, wann Sie wollen. - Sie können bei Ihrer Arbeit Ihre eigenen Ideen umsetzen.

		- Sie können Entscheidungen, die wichtig für Ihre Arbeit sind, beeinflussen. [immer, meistens, manchmal, selten, nie]
Arbeitsplatzunsicherheit	1	Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Ihrer Arbeit zu oder nicht zu? - Ich könnte meine Arbeit in den nächsten 6 Monaten verlieren. [stimme voll und ganz zu, stimme eher zu, stimme weder zu noch nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu]
Arbeitszufriedenheit	1	Alles in allem: Sind Sie mit den Arbeitsbedingungen in Ihrem Hauptberuf sehr zufrieden, zufrieden, nicht sehr zufrieden oder überhaupt nicht zufrieden? [sehr zufrieden, zufrieden, nicht sehr zufrieden, überhaupt nicht zufrieden]
Teamarbeit	1	Arbeiten Sie in einer Gruppe oder einem Team, das gemeinsame Aufgaben hat und seine Arbeit planen kann? [ja, nein]

organisationsbezogene Einflussfaktoren

Unternehmenskultur	6	Wählen Sie bitte für jede der folgenden Aussagen jene Antwort, die Ihre Arbeitssituation am besten beschreibt. - Ihre Kollegen helfen Ihnen und unterstützen Sie. - Ihr/e Vorgesetzte/r hilft Ihnen und unterstützt Sie. - Sie werden an Ihrem Arbeitsplatz fair behandelt. [immer, meistens, manchmal, selten, nie] In den nächsten Fragen geht es um Ihren Arbeitsplatz. Wie sehr stimmen den folgenden Aussagen zu oder nicht zu? - Konflikte werden auf faire Art und Weise gelöst - Die Zusammenarbeit zwischen Ihnen und Ihren Kolleg/innen funktioniert gut. [stimme voll und ganz zu, stimme eher zu, stimme weder zu noch nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu] Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Ihrer Arbeit zu oder nicht zu? - Im Allgemeinen komme ich mit meinen Arbeitskolleginnen und Kollegen gut aus. [stimme voll und ganz zu, stimme eher zu, stimme weder zu noch nicht zu, stimme eher nicht zu, stimme überhaupt nicht zu]
Unternehmensgröße	2	Wie viele Personen arbeiten insgesamt an Ihrer Arbeitsstätte, d.h. an dem Standort, wo Sie arbeiten? [1 (Befragte/r arbeitet allein), 2 bis 4 Personen, 5 bis 9 Personen, 10 bis 49 Personen, 50 bis 99 Personen, 100 bis 249 Personen, 250 bis 499 Personen, 500 Personen und mehr] Wie viele Mitarbeiter/innen arbeiten insgesamt in Ihrem Unternehmen oder Ihrer Organisation? [1 (Befragte/r arbeitet allein), 2 bis 9 Personen, 10 bis 249 Personen, 250 Personen und mehr]
Berufssparte	2	Was ist Ihr Hauptberuf? Nennen Sie mir bitte Ihre Berufsbezeichnung. Mit Hauptberuf meinen wir den Beruf, bei dem Sie die meisten Stunden verbringen. [offene Frage] Was machen Sie hauptsächlich bei Ihrer Arbeit? [offene Frage]

6. Datenauswertung

Das Kapitel der Datenauswertung beschäftigt sich zu Beginn mit der Darstellung der Verteilung der wichtigsten soziodemographischen und präsentismusrelevanten Variablen der Stichprobe. Danach werden die drei Präsentismusvariablen, die die abhängigen Variablen der Auswertung darstellen, ebenfalls anhand ihrer Verteilung beschrieben. Als nächstes gilt es die erste Forschungsfrage anhand einer deskriptiven Auswertung der EWCS-Datensätze für die Jahre 2010 und 2015 zu überprüfen. Dem folgend werden die Einflussfaktoren von Präsentismus, die in den Hypothesen identifiziert wurden, anhand der drei abhängigen Variablen und mit Hilfe einer multiplen binär-logistischen und linearen Regressionsanalyse untersucht. Für sämtliche Auswertungen, auch der Darstellung der Stichprobe, wird mit dem Datensatz aus dem Jahr 2015 gerechnet, einzige Ausnahme ist der Vergleich zwischen der Präsentismusprävalenz der Jahre 2010 und 2015. Die Auswertung wird mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS Version 25 durchgeführt.

6.1 Darstellung der Stichprobe

Zu Beginn soll die Stichprobe, die für die Auswertung zur Verfügung steht, vorgestellt werden. Dazu werden die wichtigsten soziodemographischen und einige weitere, für Präsentismus relevante, Variablen herangezogen:

Tabelle 5: Verteilung der soziodemographischen und präsentismusrelevanten Variablen

Merkmal	Ausprägungen	n	p
Geschlecht	männlich	457	44,5
	weiblich	571	55,5
	gesamt	1028	
Alter	15 bis 24	82	8
	25 bis 34	210	20,5
	35 bis 44	242	23,6
	45 bis 54	292	28,5
	55 bis 64	156	15,2
	65 oder älter	42	4,1
	gesamt	1024	
allgemeiner Bildungsstand	kein Abschluss	12	1,2
	Pflichtschulabschluss	228	22,2
	Lehrabschluss	468	45,6
	Matura	134	13,1
	universitärer Abschluss	184	17,9

		gesamt	1026
Art der Erwerbstätigkeit	Arbeitnehmer/innen		859 84,7
	Selbstständige/r		155 15,3
		gesamt	1014
Berufssektor	privater Sektor		763 75,6
	öffentlicher Sektor		175 17,3
	privat-öffentliche Organisation		49 4,9
	gemeinnütziger Sektor oder NGO		22 2,2
		gesamt	1009
Nettomonatseinkommen aus Hauptberuf	weniger als 1000€		237 28,1
	1001 bis 1500€		248 29,4
	1501 bis 2000€		203 24,1
	2001 bis 2500€		76 9
	2500€ und mehr		80 9,5
		gesamt	844
selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	sehr gut		354 34,4
	gut		443 43,1
	mittelmäßig		199 19,4
	schlecht		27 2,6
	sehr schlecht		5 0,5
		gesamt	1028
Krankenstandstage	keine		448 49,8
	1 bis 3 Tage		88 9,8
	4 bis 5 Tage		84 9,3
	6 bis 10 Tage		95 10,6
	11 bis 15 Tage		81 9
	16 bis 20 Tage		21 2,3
	21 Tage und mehr		83 9,2
		gesamt	900

In der Tabelle ist abzulesen, dass die Stichprobe mit 55 Prozent und damit über 10 Prozentpunkte mehr Frauen als Männer beinhaltet. Die wenigsten Befragten sind in der jüngsten, aber auch der ältesten Alterskategorie zu finden. Somit befindet sich die Mehrheit der Personen in einem mittleren Alter. Fast ein Drittel ist der Kategorie der 45 bis 54-Jährigen zuzuordnen. 45 Prozent der befragten Personen und damit die Großzahl haben einen Lehrabschluss. Über 20 Prozent geben einen Pflichtschulabschluss an, während 13 Prozent die Matura abgeschlossen haben. Knapp 18 Prozent der Befragten fallen in die Kategorie eines Universitätsabschlusses. Dreiviertel der befragten Personen arbeiten im privaten Sektor und zirka ein Sechstel im öffentlichen Bereich. Jeweils knapp 30 Prozent haben ein monatliches Nettoeinkommen aus ihrem Hauptberuf von

unter 1.000 Euro oder zwischen 1.001 und 1.500 Euro. Zirka ein Viertel verdient zwischen 1.501 und 2.000 Euro. Hinsichtlich des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands geben 35 Prozent eine sehr gute, 43 Prozent eine gute und 19 Prozent eine mittelmäßige Gesundheit an. In der Antwortkategorie der schlechten und sehr schlechten Gesundheit können summiert nur drei Prozent der befragten Personen verortet werden. Ännähernd jeder Zweite gibt an, keinen Krankenstandtag für die vergangenen zwölf Monaten vorweisen zu können. In die Rubrik der Kurzkrankenstände, also den Abwesenheiten zwischen einem und drei Tagen, fallen zehn Prozent. Ähnliche Werten lassen sich in den Kategorien vier bis fünf Tage, sechs bis zehn Tage und elf bis 15 Tage finden. Neun Prozent der Befragten geben einen längeren Krankenstand als drei Arbeitswochen an.

Im nächsten Schritt soll nun die abhängige Variable, der Präsentismus, genauer betrachtet werden. Zuvor soll kurz eine neue Variable, die Präsentismus beschreibt, vorgestellt werden. Die geschätzte Präsentismusneigung errechnet sich aus der Präsentismusfrequenz geteilt durch die Health Events, oder anders ausgedrückt, die Anzahl der Präsentismustage dividiert durch die Summe der Präsentismus- und Krankenstandstage (vgl. Gerich 2014b, S.739). Für die Interpretation gilt, dass eine Präsentismushäufigkeit von Null angibt, dass alle Krankheitstage als Krankenstand verbracht wurden. Bei einem Wert von Eins wurden alle Krankheitstage als Präsentismus zugebracht. Und bei einem Wert von 0,5 wurde jeweils die Hälfte der Krankheitstage als Krankenstand und als Präsentismus verbracht. Für den Fall, dass eine Person weder Präsentismus- noch Krankheitstage in der Befragung angibt, werden diese aufgrund der Berechnung des Werts nicht inkludiert. Da allerdings dadurch davon auszugehen ist, dass diese Personen kein Health Event in dem befragten Zeitraum hatten, kamen diese sowieso in keine Situation, wo Präsentismus hätte betrieben werden können (vgl. Gerich 2015a, S.36). Vorteil dieser Größe ist, dass sie von der Anzahl der Health Events unabhängig ist (vgl. Gerich 2015b, S.48f).

Tabelle 6: Verteilung der Präsentismusvariablen

Merkmal	Ausprägungen	n	p
Präsentismus	ja	336	37,5
	nein	561	62,5
	gesamt	897	
Präsentismushäufigkeit	1 bis 2 Tage	51	16,9
	3 bis 4 Tage	50	16,6
	5 Tage	73	24,2
	6 bis 9 Tage	30	9,9
	10 Tage	33	10,9

	11 bis 20 Tage	34	11,3
	21 bis 30 Tage	23	7,6
	mehr als 30 Tage	8	2,6
	gesamt	302	
Präsentismusneigung	0 bis 0,2	41	14,1
	0,21 bis 0,4	61	21
	0,41 bis 0,6	38	13,1
	0,61 bis 0,8	42	14,4
	0,81 bis 1	109	37,5
	gesamt	291	

In der Tabelle ist ersichtlich, dass mehr als ein Drittel der Befragten mit *ja* auf die Frage antworteten, ob sie im vergangenen Jahr krank gearbeitet haben. Etwas mehr als 60 Prozent hingegen gaben an, nie krank in die Arbeit gegangen zu sein. Hinsichtlich der Präsentismushäufigkeit lässt sich feststellen, dass annähernd je 17 Prozent ein bis zwei oder drei bis vier Tage krank gearbeitet haben. Der größte Anteil, nämlich knapp ein Viertel der Befragten, ging insgesamt eine ganze Arbeitswoche trotz einer Erkrankung arbeiten. Elf Prozent können ganze zwei Arbeitswochen Präsentismus verzeichnen. Bei weniger als drei Prozent der Befragten und damit dem kleinsten Teil, werden mehr als 30 Präsentismustage angegeben. In der Variable der Präsentismusneigung fällt die Mehrheit der Personen mit fast 40 Prozent in die Kategorie zwischen 0,81 bis 1 und somit in die Kategorie, in der in 80 Prozent bis hin zu 100 Prozent der Krankheitsfälle in die Arbeit gegangen wurde. 21 Prozent gingen zu 21 bis 40 Prozent im Falle eines Krankheitstages trotzdem arbeiten. Nur 14 Prozent gingen zu 80 bis hin zu 100 Prozent der Krankheitsfälle in den Krankenstand. Insgesamt fallen die meisten Personen in eine Kategorie mit einer Präsentismusneigung über 0,6 und damit in die Richtung, in der im Krankheitsfall öfter in die Arbeit als in den Krankenstand gegangen wurde.

6.2 Prävalenz von Präsentismus im Zeitvergleich

Die erste Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigt sich mit dem Vergleich der Präsentismusprävalenz in Österreich zwischen den Jahren 2010 und 2015. Es wird angenommen, dass in Zeiten der Krise vermehrt krank in die Arbeit gegangen wurde. Für das Jahr 2010, zeitlich näher an der Krise als 2015, würde man somit eine höhere Prävalenz erwarten. Die Vermutung liegt nahe, dass je weiter die Krise und alles was mit ihr in Verbindung steht zurückliegt, sich die Wirtschaft und der Arbeitsmarkt wieder stabilisiert und sich die Wahrnehmung der Erwerbstätigen und ihre Ängste und Vorbehalte hinsichtlich ihrer Arbeit entschärft haben.

Tabelle 7: Verteilung Präsentismus 2010 und 2015

Merkmal	Ausprägungen	n	p
Präsentismus 2010	ja	304	33,3
	nein	609	66,7
	gesamt	913	
Präsentismus 2015	ja	336	37,5
	nein	561	62,5
	gesamt	897	
Merkmal		n	Ø
Präsentismustage 2010		269	7,85
Präsentismustage 2015		302	10,44
Präsentismusneigung 2010		266	0,6498
Präsentismusneigung 2015		291	0,6177

In der Auswertung der EWCS-Daten 2010 haben 913 der 1.003 Befragten auf die Frage eine Auskunft gegeben, ob sie im vergangenen Jahr krank arbeiten waren. Ein Drittel antwortete mit *ja*, umgekehrt zwei Drittel mit *nein*. Somit gaben 2010 33,3 Prozent der Erwerbstätigen an, trotz einer Erkrankung in den vergangenen zwölf Monaten gearbeitet zu haben. 2015 taten dies 37,5 Prozent der befragten Personen.

Die Hypothese, dass die Präsentismusprävalenz 2015 gegenüber 2010 gesunken ist, kann somit widerlegt werden. Die Erhöhung um vier Prozentpunkte steht auch im Widerspruch zu den Erhebungen des Arbeitsklimaindex und Arbeitsgesundheitsmonitors für die betreffenden Jahre. Die Werte für 2015 liegen zwar im Falle des EWCS und der AKI/AGM-Daten knapp aneinander, jedoch spiegeln die Daten des EWCS eine Erhöhung und keine Abnahme von 2010 auf 2015 wider.

Anhand der Daten des EWCS kann ebenfalls eine Erhöhung der Anzahl der Tage, an denen krank gearbeitet wurde, festgestellt werden. Waren es 2010 noch durchschnittlich 7,85 Tage, so stiegen diese 2015 um zirka 2,6 Tage auf 10,44 Tage an. Es wurde 2015 daher nicht nur öfter, sondern auch an mehreren Tagen als zuvor trotz Erkrankung gearbeitet. Hinsichtlich der Präsentismusneigung lässt sich eine schwache Abnahme feststellen. Während 2010 in beinahe 65 Prozent der Krankheitsfälle gearbeitet wurde, waren es 2015 dahingegen rund 62 Prozent. Die Abnahme könnte auf den Rückgang der Anzahl der Krankenstandstage zurückzuführen sein, denn 2015 wurde gegenüber 2010 um zirka 0,9 Tage weniger oft ein Krankenstand in Anspruch genommen.

6.3 Einflussfaktoren von Präsentismus

Auf der multivariaten Ebene wurden die Zusammenhänge der möglichen Einflussfaktoren zu Präsentismus in Form von drei verschiedenen abhängigen Variablen mit den jeweiligen passenden Regressionsverfahren getestet. Die erste abhängige und dichotome Präsentismusvariable besteht aus der Frage, ob in dem vergangenen Jahr krank gearbeitet wurde und den Antwortmöglichkeiten *ja* und *nein*. Aus diesem Grund wurde die binär-logistische Regressionsanalyse herangezogen. Die Präsentismusvariable wurde so umkodiert, dass die Antwortmöglichkeit *nein* zur Referenzkategorie wird (*nein*=0, daher trifft nicht zu; *ja*=1, daher trifft zu). Die unabhängigen Variablen wurden je nach der Anzahl der Merkmalsausprägungen in ebensolche dichotome Variablen umkodiert, oder in Dummyvariablen umgewandelt. Die metrischen Variablen können als solche in die Analyse miteinbezogen werden, einige wurden aus Gründen der Vereinfachung für die Interpretation umgepolt (Beispiel: *sehr gute* Gesundheit hatte vor der Umpolung den Wert 1 und *sehr schlechte* Gesundheit den Wert 5). Bei jenen Einflussfaktoren, bei denen mehrere Variablen als Operationalisierung in Frage kommen, wurden auch alle Möglichen in das Modell aufgenommen. Aus diesen wurden ebenfalls Indizes berechnet. Jene Indizes, deren Cronbach Alpha zumindest 0,7 betrug, wurden in die Analyse miteinbezogen. Als Methode wurde *Einschluss* gewählt, da sämtliche einbezogene unabhängige Variablen anhand der theoretischen Ausarbeitungen und dem Forschungsstand theoretisch fundiert ausgewählt wurden. Jene unabhängigen Variablen, die nicht signifikant waren, wurden systematisch anhand der geringsten Signifikanz aus dem Modell ausgeschlossen.

Tabelle 8: Klassifizierungstabelle binär-logistische Regressionsanalyse; n=680

beobachtet		vorhergesagt			
		Präsentismus Dummy		Prozentsatz der Richtigen	
		0	1		
Schritt 0	Präsentismus Dummy	0	417	0	100
		1	263	0	0
Gesamtprozentsatz					61,3
Schritt 1	Präsentismus Dummy	0	359	58	86,1
		1	138	125	47,5
Gesamtprozentsatz					71,2

Der Vergleich der Klassifikationstabellen zeigt, dass in dem Nullmodell für sämtliche Beobachtungen die Zugehörigkeit zur häufigeren Kategorie, kein Präsentismus im vergangenen Jahr, prognostiziert wird. Ohne der Hinzugabe von weiteren Variablen im Modell ist dies die *bestmögliche* Schätzung. Der Gesamtprozentsatz der richtigen Schätzung und damit der

Prozentanteil der Fälle, die korrekt klassifiziert werden, beträgt etwas mehr als 60 Prozent. Das Modell, welches die unabhängigen Variablen miteinbezieht, kann über 85 Prozent der Personen, die nicht krank in der Arbeit waren und über 45 Prozent der Personen, die krank gearbeitet haben, korrekt klassifizieren. Somit klassifiziert das Prädikatorenmodell die Fälle um zehn Prozent mehr korrekt als das Nullmodell.

Tabelle 9: Modellzusammenfassung der binären logistischen Regression; n=680

Anfänglicher -2-Log-Likelihood	-2-Log-Likelihood	Chi-Quadrat	df	Sig.	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
907,499	782,963	124,536	7	0,000	0,167	0,227

Der anfängliche Wert des -2-Log-Likelihoods des Nullmodells, welches nur die Konstante enthält, beträgt 907,499. Der Wert wurde in dem Prädikatorenmodell auf 782,963 reduziert. Die Differenz der beiden Werte beträgt 124,536 und liegt über dem kritischen Wert der χ^2 -Verteilung bei sieben Freiheitsgraden und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 0,05. Dies ist der Beweis dafür, dass die Anpassung des Prädikatorenmodells statistisch signifikant besser ist als jenes des Nullmodells. Nagelkerkes Pseudo-R-Quadrat beträgt 0,227 und gibt an, dass sich die Modellgüte durch den Einbezug der unabhängigen Variablen um knapp 23 Prozent verbessert hat.

Tabelle 10: Binär-logistische Regression; n=680

	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	Sig.	Exp(B)
Geschlecht	-0,507	0,179	8,063	0,005	0,602
selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	-0,501	0,112	20,114	0,000	0,606
Betreuungspflichten (Pflege)	-0,665	0,315	4,451	0,035	0,514
Stress	0,352	0,081	18,948	0,000	1,421
Index Handlungsspielraum	0,116	0,037	9,650	0,002	1,123
home-office-work	0,904	0,247	13,401	0,000	2,469
faire Konfliktlösung	-0,384	0,86	20,009	0,000	0,681
Konstante	2,011	0,695	8,387	0,004	7,473

Die obige Tabelle zeigt auf, dass insgesamt sieben unabhängige Variablen in das Modell, aufgrund einer Signifikanz von kleinergleich 0,05, aufgenommen wurden. Unter Konstanthaltung der jeweils anderen Prädikatoren zeigt sich für den Einflussfaktor des Geschlechts, aufgrund des negativen Werts des Regressionskoeffizienten, dass der geschätzte Logit für Männer Präsentismus zu betreiben um den Wert 0,507 unter jenem der Frauen liegt. Frauen haben gegenüber Männern eine 0,602-mal so große Chance, trotz einer Erkrankung arbeiten zu gehen. Somit geht hier hervor,

dass Frauen eher krank in die Arbeit gehen als Männer. Die selbsteingeschätzte Gesundheit hat einen negativen Effekt auf den Logit und somit auf die Wahrscheinlichkeit krank arbeiten zu gehen. Mit jeder Einheit in Richtung eines sehr guten Gesundheitszustands kommt es zu einer Verringerung der Odds für Präsentismus. Der geschätzte Logit für Betreuungsverpflichtungen, im Sinne von, dass Verwandte gepflegt werden, ist um 0,665 unter jenem des Nichtvorliegens von Betreuungsverpflichtungen. Das heißt, dass Personen die Verwandte pflegen im Vergleich zu jenen, die dies nicht tun, weniger oft trotz einer Erkrankung in die Arbeit gehen. Stress in der Arbeit hat einen positiven Effekt auf die Wahrscheinlichkeit von Präsentismus. Mit jeder zusätzlichen Einheit verändern sich die Odds um den Faktor 1,421, steigen also um 42 Prozent. Der Index Handlungsspielraum besteht aus mehreren Variablen (die freie Wahl der Aufgabenreihenfolge, der Methodenwahl, des Arbeitstempos und der Arbeitszeiteinteilung, sowie der Konsultation bei der Festlegung der Ziele in der Arbeit, das Mitspracherecht bei der Auswahl von Kolleginnen und Kollegen, die freie Wahl des Zeitpunkts von Pausen, die Möglichkeit der Umsetzung von eigenen Ideen und die Möglichkeit der Beeinflussung von Entscheidungen die für die Arbeit relevant sind) und führt pro jedem zusätzlichen Punkt in dem Index zu einer Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Präsentismus um zirka zwölf Prozent. Personen, die von zu Hause aus arbeiten, haben ein 2,469-mal so großes Risiko, im Vergleich zu Personen die dies nicht tun, krank zu arbeiten. Mit jeder Stufe in Richtung der vollkommenen Zustimmung, dass Konflikte am Arbeitsplatz fair gelöst werden, kommt es zu einer Verringerung der Odds krank in die Arbeit zu gehen.

Als nächstes wird mit der abhängigen Variable der Anzahl der Präsentismustage eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Auch wie schon bei der binär-logistischen Regression wird in dieser Auswertung mit den unabhängigen Variablen gleich umgegangen. Ebenso wird die Methode *Einschluss* gewählt und nicht signifikante Variablen nacheinander aus dem Modell ausgeschlossen. Da die Frage nach der Anzahl der Präsentismustage im vergangenen Jahr nur jenen Befragten gestellt wurde, die in erster Linie angaben, überhaupt in den letzten zwölf Monaten krank in die Arbeit gegangen zu sein und es auch fehlende Werte bei den einzelnen unabhängigen Variablen gibt, verringert sich hier die Anzahl der Fälle für die Regressionsanalyse stark. Geht man von der Gültigkeit der gängigen Formeln zur Berechnung von Stichprobengrößen bei multiplen linearen Regressionen ($N \geq 50 + 8m$ oder $N \geq 104 + m$) (vgl. Green 1991, S.508) aus, so sind die hier erreichten 210 Fälle bei einer Anzahl an sieben unabhängigen Variablen ausreichend.

Tabelle 11: Modellzusammenfassung multiple lineare Regression; n=210

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderungen in R-Quadrat	Änderungen in F	df 1	df 2	Sig. Änderungen in F
0,621	0,386	0,345	21,409	0,386	9,485	13	196	0,000

Tabelle 12: ANOVA; n=210

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	56520,124	13	4347,702	9,485	0,000
Nicht-standardisierte Residuen	89838,657	196	458,360		
gesamt	146358,781	209			

Das R-Quadrat beträgt 0,386 und gibt an, dass 38,6 Prozent der Varianz der abhängigen Variable durch das Modell erklärt werden kann. Da dieses jedoch mit einer größeren Anzahl an unabhängigen Variablen steigt, wird auf das Bestimmtheitsmaß des korrigierten R-Quadrats zurückgegriffen. Dieses beträgt 34,5 Prozent. Um festzustellen, ob das Modell auch außerhalb dieser Stichprobe Erklärungsgehalt besitzt, wird die durch das Modell erklärte Streuung zu der nicht erklärten Streuung ins Verhältnis gesetzt. Die Signifikanz von 0,000 der F-Statistik bestätigt, dass die Regressionsbeziehung statistisch signifikant ist.

Tabelle 13: Multiple lineare Regression; n=210

	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	40,377	10,794		3,741	0,000
selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	-5,895	2,041	-0,185	-2,888	0,004
Krankenstandstage	0,464	0,092	0,313	5,013	0,000
Arbeitsplatzunsicherheit	-3,487	1,414	-0,147	-2,466	0,015
Unterstützung durch Kollegenschaft	-3,062	1,455	-0,123	-2,105	0,037
Art des Arbeitsvertrags	32,098	7,116	0,259	4,510	0,000
Bildung Dummy 1	-14,372	13,907	-0,065	-1,033	0,303
Bildung Dummy 3	10,030	4,088	0,187	2,454	0,015
Bildung Dummy 4	8,711	5,574	0,107	1,563	0,120
Bildung Dummy 5	7,174	4,758	0,118	1,508	0,133
Arbeit in Freizeit Dummy 1	52,790	13,660	0,237	3,865	0,000
Arbeit in Freizeit Dummy 2	-6,440	6,042	-0,067	-1,066	0,288
Arbeit in Freizeit Dummy 3	-4,180	4,247	-0,063	-0,984	0,326
Arbeit in Freizeit Dummy 4	-3,049	3,732	-0,050	-0,817	0,415

Wie in der Tabelle zu erkennen wurden sieben signifikante unabhängige Variablen in das Modell aufgenommen. Unter Konstanthaltung der anderen unabhängigen Variablen kann anhand des Regressionskoeffizienten des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands gesagt werden, dass jede zusätzliche Stufe in Richtung einer sehr guten Gesundheit zu der Abnahme an Präsentismustagen um 5,895 Tagen führt. Umgekehrt spricht somit ein schlechter Gesundheitszustand für eine höhere Anzahl an Präsentismustagen. Mit jedem zusätzlichen Krankenstandstag kommt es zu einer Zunahme um 0,464 Präsentismustage. Die Arbeitsplatzunsicherheit hat einen negativen Einfluss auf Präsentismus. Jede Stufe in Richtung der vollkommenen Zustimmung, dass man seine Arbeit in den nächsten sechs Monaten verlieren könnte, führt zu einer Abnahme der Tage, an denen krank gearbeitet wird um 3,487 Tage. Dieses Ergebnis ist überraschend und widerspricht auch dem bisherigen Stand der Forschung. Bei genauerer Betrachtung konnte festgestellt werden, dass nur 40 Personen denken, dass sie ihren Arbeitsplatz verlieren könnten und Präsentismus angeben. Die kleine Fallzahl könnte das Ergebnis womöglich verzerren.

Ein ebenfalls negativer Einfluss ist bei der Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen gegeben. Personen die Unterstützung erhalten, verzeichnen 3,062 weniger Präsentismustage, als jene, die keine Unterstützung erhalten. Arbeitskräfte mit befristeten Arbeitsverhältnissen weisen um 32,098 mehr Präsentismustage auf, als Beschäftigte mit unbefristeten Anstellungen. Diese Zahl ist auf Grund ihrer Höhe infragezustellen. Nur 47 Personen in der Stichprobe sind in einem befristeten Arbeitsverhältnis, das sind 2,6 Prozent. Die Anzahl der Präsentismustage liegt von 302 Befragten vor. Man könnte also mutmaßen, dass die Fallzahl für befristet Beschäftigte zu gering ist, um zuverlässige Werte zur Interpretation des Regressionskoeffizienten zu gewinnen. Jedoch erscheint die Richtung des Zusammenhangs plausibel, denn diese steht in Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen.

Der einzige Dummy des Bildungsstands, der signifikant ist und daher zur Interpretation herangezogen wird, ist die Kategorie Lehre. Personen mit einem Lehrabschluss haben gegenüber Arbeitskräften mit Pflichtschulabschluss 10,03 mehr Präsentismustage. Bei den Dummies der Variable, ob in dem vergangenen Jahr in der Freizeit gearbeitet wurde, um Arbeitsanforderungen zu erfüllen, ist ebenfalls nur eine signifikant. Der Dummy eins gibt an, dass wenn täglich in der Freizeit gearbeitet wurde, im Vergleich dazu, dass nie in der Freizeit gearbeitet wurde, die Personen um 52,79 Tage mehr krank in die Arbeit gegangen sind. Auch hier wird von der Interpretation des Regressionskoeffizienten abgesehen. Die Ursache des hohen Wertes könnte auch in diesem Fall an der kleinen Fallzahl liegen. Lediglich 26 Personen gaben an, täglich in der

Freizeit gearbeitet zu haben. Aber auch hier entspricht die Richtung des Effekts bisherigen Ergebnissen.

Zuletzt soll ein weiteres multiples lineares Regressionsmodell mit der abhängigen Variable der Präsentismusneigung gerechnet werden. Das Verfahren gleicht dabei jenem des Modells mit der abhängigen Variable der Anzahl der Präsentismustage. Spannend ist von dem her auch der Vergleich zum obigen Modell, denn die Präsentismusneigung ist im Vergleich zu der Präsentismushäufigkeit von dem allgemeinen Gesundheitszustand weniger abhängig.

Tabelle 14: Modellzusammenfassung multiple lineare Regression; n=281

R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderungen in R-Quadrat	Änderungen in F	df 1	df 2	Sig. Änderungen in F
0,629	0,395	0,375	0,26030	0,395	19,684	9	271	0,000

Tabelle 15: ANOVA; n=281

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Regression	12,004	9	1,334	19,684	0,000
Nicht-standardisierte Residuen	18,362	271	0,68		
gesamt	30,366	280			

Das R-Quadrat des berechneten Modells beträgt 0,395. Somit erklärt es 39,5 Prozent der Varianz der Präsentismusneigung. Das korrigierte R-Quadrat, welches den Einfluss einer größeren Anzahl an unabhängigen Variablen bereinigt, ist mit einem Wert von 0,375 ähnlich hoch. Auch hier bestätigt der Signifikanzwert von 0,000 der F-Statistik, dass die Regressionsbeziehung statistisch signifikant ist.

Tabelle 16: Multiple lineare Regression; n=281

	Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T	Sig.
(Konstante)	0,983	0,095		10,394	0,000
selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	-0,069	0,020	-0,177	-3,432	0,001
Krankenstandstage	-0,011	0,001	-0,551	-10,729	0,000
Arbeitsplatzunsicherheit	-0,027	0,013	-0,100	-2,069	0,040
Übereinstimmung tatsächliche/gewünschte Arbeitsstunden	-0,102	0,033	-0,148	-3,095	0,002
Home-office-work	0,099	0,037	0,139	2,687	0,008
Bildung Dummy 1	-0,030	0,112	-0,013	-0,267	0,790
Bildung Dummy 3	0,081	0,042	0,122	1,928	0,055
Bildung Dummy 4	0,133	0,058	0,130	2,304	0,022
Bildung Dummy 5	0,085	0,048	0,110	1,751	0,081

In diesem Modell wurden sechs unabhängige Variablen miteinbezogen. Unter Konstanthaltung der anderen Prädiktoren zeigt der Regressionskoeffizient der selbsteingeschätzten Gesundheit, dass jeder Schritt in Richtung einer sehr guten Gesundheit zu einer Abnahme der Präsentismusneigung um 0,069 Einheiten führt. Die Variable der Krankenstandstage hat ebenfalls einen negativen Einfluss. Jeder Tag führt zu einer Abnahme von 0,011 Einheiten der Präsentismusneigung. Mit jeder Stufe in Richtung der gänzlichen Zustimmung, dass man den Arbeitsplatz in den nächsten sechs Monaten verlieren könnte, sinkt die Präsentismusneigung um 0,027. Auch hier werden Verzerrungen aufgrund einer kleinen Anzahl an Fällen, um genau zu sein 39, die sowohl einen Arbeitsplatzverlust als wahrscheinlich betrachten und für die die Präsentismusneigung errechenbar ist vermutet.

Bei einer fehlenden Übereinstimmung zwischen den gewünschten und tatsächlichen Arbeitsstunden, die wöchentlich erbracht werden, verringert sich die Präsentismusneigung um 0,102, im Vergleich zu jenen Personen, bei denen Übereinstimmung herrscht. Im Vergleich zu Personen, die nicht von zu Hause aus arbeiten, haben Erwerbstätige, die von zu Hause aus arbeiten eine um 0,099 Einheiten höhere Präsentismusneigung. Bei den Dummyvariablen des allgemeinen Bildungsstands ist lediglich der Dummy vier signifikant. Arbeitskräfte mit Matura haben eine um 0,133 höhere Präsentismusneigung, als jene mit einem Pflichtschulabschluss.

Folgende Darstellung bietet eine Übersicht der Ergebnisse der drei Regressionsmodelle. Sie stellt einen vereinheitlichten Überblick über die jeweiligen positiven Einflüsse der signifikanten unabhängigen Einflussfaktoren auf Präsentismus dar.

Tabelle 17: Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Regressionsanalysen

	binär-logistische Regression (Präsentismus ja/nein)	lineare Regression 1 (Präsentismustage)	Lineare Regression 2 (Präsentismusneigung)
Frauen	+		
höherer Abschluss als Pflichtschule		+	+
		(Lehre)	(Matura)
schlechter selbsteingeschätzter Gesundheitszustand	+	+	+
viele Krankenstandstage		+	-
keine Betreuungsverpflichtungen (Pflege)	+		
viel Handlungspielraum	+		
befristetes Arbeitsverhältnis		+	
keine Arbeitsplatzunsicherheit		+	+
Übereinstimmung gewünschte/tatsächliche Arbeitsstunden			+
Stress in der Arbeit	+		
von zu Hause aus arbeiten	+		+
in der Freizeit arbeiten		+	
keine faire Konfliktlösung	+		
fehlende Unterstützung durch Kollegenschaft		+	

Zum Schluss sollen die unabhängigen Variablen, die in zumindest zwei der drei berechneten Modelle einbezogen wurden, miteinander verglichen werden. Die selbsteingeschätzte Gesundheit hat sowohl in der binär-logistischen, als auch in den beiden multiplen linearen Regressionsanalysen, einen negativen Einfluss auf die jeweils abhängige Variable des Präsentismus. Jeder Schritt in Richtung einer sehr guten Gesundheit führt zu einer Abnahme der Wahrscheinlichkeit, der Anzahl der Tage und der Neigung krank in die Arbeit zu gehen. Das binär-logistische und das zweite multiple lineare Modell beinhalten jeweils den Prädiktor von zu Hause aus zu arbeiten. Wenn dies gegeben ist, kann in beiden Modellen gezeigt werden, dass dies zu einer Zunahme der Wahrscheinlichkeit und der Neigung von Präsentismus führt. Die beiden multiplen linearen Regressionen beinhalten außerdem jeweils die unabhängigen Variablen der Arbeitsplatzunsicherheit, des allgemeinen Bildungsstands und die Anzahl der Krankenstandstage.

Jeder Schritt in Richtung der vollkommenen Zustimmung, dass man den Arbeitsplatz in absehbarer Zeit verlieren könnte, führt jeweils zu der Abnahme der Präsentismustage, als auch der Präsentismusneigung. In der ersten linearen Regression haben Personen mit einem Lehrabschluss, im Vergleich zu jenen mit einem Pflichtschulabschluss, zirka zehn Präsentismustage mehr. In dem zweiten linearen Modell haben Erwerbstätige mit Matura eine um 0,133 erhöhte Präsentismuswahrscheinlichkeit gegenüber Pflichtschulabsolventinnen und -absolventen. In beiden Regressionsanalysen haben somit Bildungsabschlüsse, die über der Pflichtschule liegen, einen positiven Effekt auf Präsentismus. Hinsichtlich der Anzahl der Krankenstandstage differieren die Ergebnisse. Während das erste Modell mit jedem weiteren Krankenstandstag eine Zunahme der Präsentismustage postuliert, berechnet das zweite Modell eine Abnahme der Präsentismusneigung.

7. Diskussion und Ausblick

In der Auswertung zu der ersten Forschungsfrage, der Überlegung, dass die Präsentismusprävalenz im Vergleich von 2010 zu 2015 gesunken ist, hat sich gezeigt, dass die Hypothese nicht bestätigt werden konnte. Gegenteilig zu der eben genannten Annahme hat sich die Häufigkeit, trotz einer Erkrankung arbeiten zu gehen, in Österreich von 2010 auf 2015 um knapp über vier Prozentpunkte auf 37,5 Prozent erhöht. Eine Erklärung dazu könnte sein, dass die Finanzkrise in erster Linie nicht den gedachten Einfluss auf Präsentismus hatte wie angenommen. Da keine österreichischen Zahlen vor dem Jahr 2008 vorliegen, kann keine gesicherte Aussage dazu getätigt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass die Krise 2015 noch nicht abgeflaut war und die mit ihr verbundene Unsicherheit noch immer unter den Erwerbstätigen herrschte. Eine alternative Erklärung liegt in eventuellen zeitnäheren Einflüssen seit 2007, welche die Präsentismusprävalenz in die Höhe treiben. Unter diese könnten beispielsweise die Folgen der Deregulierung und Flexibilisierung des Arbeitsmarkts fallen. Kritiker sehen hierin die Möglichkeit, die Schutzrechte von Erwerbstätigen zu beschneiden und so Risiken der Unternehmen auf die Arbeitskräfte zu verlagern (vgl. Schmeißer et al. 2012, S.9). Prozesse und Praktiken, wie jene des unternehmerischen Selbst, aber auch die Subjektivierung und Entgrenzung der Arbeit, können hier eine negative Rolle spielen. Eine andere Möglichkeit ist, dass bei der Thematik des Präsentismus soziale Erwünschtheit eine Rolle spielt. Womöglich antworteten die Befragten 2015 ehrlicher auf die Frage, ob sie krank gearbeitet haben.

Hinsichtlich der weiteren Hypothesen dieser Arbeit, die sich mit den Einflussfaktoren von Präsentismus beschäftigen, konnte bei vielen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Zwar konnten mehr Signifikanzen bei anfänglich berechneten Teilmodellen der jeweiligen Regressionsanalysen der drei abhängigen Präsentismusvariablen festgestellt werden. Diese bestanden jeweils nur aus den personenbezogenen, den tätigkeitsbezogenen und den organisationsbezogenen unabhängigen Variablen. Bei der Berechnung der Gesamtmodelle, die in dem Auswertungskapitel ersichtlich sind, fielen jedoch einige Variablen, die zuvor Signifikanzen aufwiesen, aus dem Modell. Dies ist auf die Kontrolle der einbezogenen Variablen auf den jeweiligen Einfluss der zuvor signifikanten unabhängigen Einflussfaktoren zurückzuführen. Bei den personenbezogenen Variablen konnte für die Hypothesen zu dem Alter, dem Einkommen und der Family-Work-Balance kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden. Bei den tätigkeitsbezogenen Einflussfaktoren wurde ein fehlender signifikanter Zusammenhang zu Präsentismus bei der Vollzeittätigkeit, der Schichtarbeit, der Selbstständigkeit, der Führungskraft, der wöchentlichen Arbeitszeit über 45 Stunden, dem Zeitdruck, der Arbeitszufriedenheit und der Teamarbeit festgestellt. Bezüglich der organisationsbezogenen Prädikatoren konnte keine

Signifikanz bei der Unternehmensgröße und den personenbezogenen Berufssparten gefunden werden. Eine mögliche Ursache hierfür können die teilweise vorliegenden Unterschiede in den Operationalisierungen der bisherigen Forschungen und des EWCS sein. Einerseits gibt es Inkonsistenzen in der Präsentismuskonzeption, sowohl in der Formulierung und dem Bezugszeitraum, andererseits wurden die unabhängigen Variablen ebenso nicht immer gleich gemessen. Außerdem bauen die Hypothesen auf einem überwiegend internationalen Forschungsstand auf. Die Umstände und Verhältnisse, die in diesen Ländern herrschen und auf die bisherigen Ergebnisse einwirken, sind für Österreich womöglich andere. Zuvor erwiesene Zusammenhänge können womöglich dadurch nicht (erneut) für Österreich festgestellt werden.

Im Folgenden soll nun auf jene unabhängigen Variablen eingegangen werden, die auf Grund eines signifikanten Zusammenhangs zu Präsentismus in die jeweiligen Regressionsanalysen aufgenommen wurden. Die Hypothese, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger trotz einer Erkrankung in die Arbeit gehen, konnte anhand der binär-logistischen Analyse bestätigt werden. Ein weiteres Ergebnis, das mit bisherigen Untersuchungen im Einklang steht, ist der Einfluss des selbsteingeschätzten Gesundheitszustands. Je besser dieser angegeben wird, umso weniger wird krank gearbeitet. Dieser Effekt konnte in allen drei Regressionen nachgewiesen werden und somit die Hypothese, dass ein schlecht eingeschätzter Gesundheitszustand Präsentismus fördert, bestätigt werden. Die Vermutung, dass viele Krankenstandstage auch zu mehr Präsentismus führen, konnte in der linearen Regression mit der abhängigen Variable der Anzahl der Präsentismustage validiert werden. Jedoch zeigt die zweite lineare Regression, dass mit jedem zusätzlichen Krankenstandstag die Präsentismusneigung abnimmt. Dieser Widerspruch könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Präsentismusneigung das Phänomen anders misst und weniger abhängig von dem allgemeinen Gesundheitszustand einer Person ist.

Hinsichtlich des allgemeinen Bildungsstands hat sich in beiden linearen Regressionen herauskristallisiert, dass ein Bildungsniveau über dem des Pflichtschulabschlusses Präsentismus verstärkt. In dem Modell mit der Anzahl der Präsentismustage war dies die Kategorie der Lehre und im Falle des Modells der Präsentismusneigung der Abschluss einer Matura. Beide Ergebnisse bestätigen die Hypothese, dass ein höherer Bildungsgrad als der Abschluss der Pflichtschule einen bestärkenden Effekt auf Präsentismus hat. Spannend ist hierbei, dass dieser Zusammenhang für Personen mit tertiären Abschlüssen nicht aufgezeigt werden konnte. Die letzte personenbezogene Variable, zu der ein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte, ist die Betreuungsverpflichtung von Arbeitskräften. Untersuchungen haben sich primär auf Pflichten der Betreuung von Kindern fokussiert. Diese ergaben in der Auswertung dieser Arbeit keine Beziehung zu Präsentismus, anders jedoch Betreuungsverpflichtungen im Sinne davon, dass Verwandte

gepflegt werden. Obwohl ein signifikanter Zusammenhang dazu aufgezeigt werden kann, muss die aufgestellte Hypothese verworfen werden. Aus der Überprüfung geht hervor, dass Erwerbstätige, die Verwandte pflegen, weniger oft krank in die Arbeit gehen, als jene die dies nicht tun. Der Richtungszusammenhang zwischen der Betreuung von Kindern und Präsentismus kann diesen Ergebnissen nach somit nicht auf die Pflege von Verwandten übertragen werden.

Bei den tätigkeitsbezogenen Einflussfaktoren kann die Hypothese, dass befristete Arbeitsverträge Präsentismus fördern, bestätigt werden, auch wenn von der Interpretation der Stärke des Effekts, abzulesen an dem Regressionskoeffizienten, aufgrund der unrealistischen Größe abgesehen wird. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die kleine Fallzahl in der Untergruppe zu Verzerrungen geführt hat. Dieser Zusammenhang erhält jedoch nur in dem Modell der Präsentismustage Signifikanz, in der Regressionsanalyse der Präsentismusneigung wurde die Variable aufgrund eines p-Werts über 0,05 aus dem Modell ausgeschlossen. Des Weiteren wird aufbauend auf der Regression mit der abhängigen Variable der Präsentismusneigung die Hypothese, dass die fehlende Übereinstimmung zwischen den gewünschten und tatsächlich geleisteten Arbeitsstunden zu mehr Präsentismus führt, abgelehnt. In der Auswertung zeigt sich ein gegenteiliger Effekt. Im binär-logistischen Modell konnte die Hypothese, dass Stress am Arbeitsplatz dazu führt, dass vermehrt krank gearbeitet wird, bestätigt werden. Dieselbe Regression kommt bei dem Einflussfaktor des Handlungsspielraums, im Vergleich zu bisherigen Forschungen, zu gegenteiligen Ergebnissen. Die Hypothese, dass wenig Handlungsspielraum am Arbeitsplatz zu mehr Präsentismus führt, konnte von daher mit den Daten des EWCS nicht validiert werden. Dass ein ausgeprägter Handlungsspielraum bei Arbeitskräften dazu führt, dass öfters krank in die Arbeit gegangen wird, ist jedoch kein abwegiges Ergebnis. Es ist durchaus denkbar, dass dies die Möglichkeit eröffnet, Erkrankungen und möglichen Einschränkungen in den Berufsalltag besser einzugliedern. Mehr Autonomie im Arbeitsschaffen ermöglicht ebenfalls eine unternehmerische Arbeitsweise. In Verknüpfung mit einer hohen Identifikation mit den Unternehmenszielen kann so Präsentismus gefördert werden.

Ein weiteres Ergebnis zu den tätigkeitsbezogenen Faktoren konnte zu dem Einflussfaktor der Arbeitsplatzunsicherheit gefunden werden. In beiden linearen Regressionsanalysen wurde im Vergleich zu bisherigen Untersuchungen ein widersprüchlicher Effekt der Arbeitsplatzunsicherheit auf Präsentismus gefunden. Aus diesem Grund kann die Hypothese, dass die Arbeitsplatzunsicherheit Präsentismus fördert, nicht bestätigt werden. Auch hier könnte man die mögliche Ursache des unstimmgigen Ergebnisses in den kleinen Fallzahlen der Untergruppen der Stichprobe vermuten. Hinsichtlich der Hypothesen, die sich aus den Überlegungen zu der Entgrenzung der Arbeit speisen, konnte jeweils ein signifikanter Zusammenhang festgestellt

werden. Das Regressionsmodell, das die Einflussfaktoren auf die Anzahl der Präsentismustage überprüft, konnte die Hypothese bestätigen, dass Personen, die in ihrer Freizeit arbeiten, auch mehr Präsentismus aufweisen. Beide linearen Regressionsmodelle konnten darüber hinaus die Hypothese bejahen, dass Personen, die von zu Hause aus arbeiten, auch öfters trotz einer Erkrankung arbeiten. Dieses Ergebnis ist insbesondere plausibel, wenn man bedenkt, dass das Arbeiten trotz einer Erkrankung von zu Hause aus einfacher zu gestalten ist, als beispielsweise im Büro. Die postulierte Folge der Entgrenzung der Arbeit, die Auflösung der klaren Trennung zwischen Arbeits- und Privatleben (vgl. Ruiner und Wilkesmann 2016, S.116), wird damit in dieser Arbeit bekräftigt.

Bei den organisationsbezogenen Einflussfaktoren konnten nur Ergebnisse zu der Unternehmenskultur erzielt werden. In der binär-logistischen Analyse wurde aufgezeigt, dass das faire Lösen von Konflikten am Arbeitsplatz die Wahrscheinlichkeit von Präsentismus verringert. In dem Regressionsmodell mit der abhängigen Variable der Präsentismushäufigkeit führt die Unterstützung am Arbeitsplatz seitens der Kollegenschaft zu weniger Tagen, an denen krank in die Arbeit gegangen wird. Somit zeigt sich, dass eine fehlende faire Konfliktlösung und die fehlende Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen Präsentismus fördern. Als Elemente, die man zu den Bestandteilen der Unternehmenskultur zählen kann, wird folglich die Hypothese, dass eine schlechte Unternehmenskultur zu der Verstärkung von Präsentismus beitragen kann, bestätigt.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse der Auswertung der Daten des European Working Conditions Survey 2015, wurde folgende Gruppe an Erwerbstätigen identifiziert, die insbesondere gefährdet ist, trotz einer Erkrankung zu arbeiten: Frauen, die eine Lehre oder Matura abgeschlossen haben, ihren Gesundheitszustand als schlecht einschätzen, die keine Verwandten pflegen, sich in einem befristeten Arbeitsverhältnis befinden, deren gewünschte und tatsächlich geleistete wöchentliche Arbeitsstunden übereinstimmen, die Stress in der Arbeit erleben, die viel Handlungsspielraum in ihrem Arbeitsschaffen haben, die keine Angst vor einem Arbeitsplatzverlust haben, die auch in ihrer Freizeit und von zu Hause aus arbeiten, bei denen Konflikte am Arbeitsplatz nicht fair gelöst werden und die keine Unterstützung durch die Kollegenschaft erfahren. Zu Bedenken ist dabei, dass zu der Anzahl der Krankenstandstage zwei gegenteilige Ergebnisse vorliegen und diese daher nicht in diese gefährdete Gruppe einbezogen werden. Außerdem wirken einige Ergebnisse im Hinblick auf bisherige Analysen unstimmtig. Dies lässt sich möglicherweise auf die teilweise sehr kleine Stichprobenanzahl in den Untergruppen zurückführen, aber auch auf unterschiedliche Operationalisierungen der Variablen und dem Umstand, dass Ergebnisse aus anderen Ländern mit anderen wirtschaftlichen, arbeitsmarktbezogenen und wohlfahrtsstaatlichen Situationen, als jene in Österreich, verbunden sind.

Anknüpfend an die Ergebnisse sind die Limitationen dieser Arbeit anzumerken, die vor allem in der methodischen Umsetzung verankert sind. Eine sekundäre Datenanalyse beinhaltet immer die Schwierigkeit, dass die Daten ursprünglich für einen anderen Zweck erhoben wurden. Dadurch kommt es zu dem Erfordernis, dass sich die Analyse den vorhandenen Daten anpassen muss. Konkret konnten daher in dieser Arbeit nicht alle vorliegenden Hypothesen überprüft werden, da nicht alle unabhängigen Variablen im Datensatz zu Verfügung stehen. Darüber hinaus konnte nur mit jenen Operationalisierungen gearbeitet werden, die die Befragung des EWCS anbietet. So war nicht nur die Quantifizierung von Präsentismus als abhängige Variable vorgegeben, sondern auch, wie die unabhängigen Variablen gemessen wurden. Diese Problematik kann ebenfalls als möglicher Grund herangezogen werden, warum einige Ergebnisse nicht mit dem Forschungsstand übereinstimmen, beziehungsweise warum in erster Linie für viele Variablen kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte. Neben den unterschiedlichen Operationalisierungen ist auch zu bedenken, dass bisherige Ergebnisse aus internationalen Untersuchungen stammen und nicht auszuschließen ist, dass manche Einflussfaktoren in Österreich keine oder andere Effekte zeigen. Eine weitere Herausforderung liegt in der Stichprobengröße. Von den 1.000 Befragten gaben nur knapp über 300 Personen an, Präsentismus in den letzten zwölf Monaten betrieben zu haben. Zusätzlich zu dieser Reduktion bilden die unabhängigen Variablen Untergruppen, die zu einer weiteren Verkleinerung der Fallzahl beitragen. Waren bei der binär-logistischen Regression noch 680 Fälle in die Analyse miteinbezogen, fiel diese Zahl auf 210 beziehungsweise 281 Personen in den linearen Modellen. Für die Regressionsanalyse allgemein ist diese Stichprobengröße ausreichend, jedoch kommt es in ausgewählten Fällen, wie beispielsweise die kleine Anzahl an Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen, zu sehr kleinen Untergruppengrößen, die die Ergebnisse verzerren könnten.

In Zeiten post-tayloristischer Arbeitsformen, die einen vollen Zugriff auf das Arbeitskraftpotenzial von Erwerbstätigen verlangen, kommt der Thematik des Präsentismus immer mehr Bedeutung zu. Ziel dieser Arbeit war es, einen Überblick über die bisherigen Erkenntnisse des Phänomens des Präsentismus zu geben und konkret zu beantworten, ob sich die Häufigkeit des Auftretens von 2010 zu 2015 geändert hat und welche Einflussfaktoren auf Präsentismus einwirken, insbesondere, welche als förderlich anzusehen sind.

Für weitere Untersuchungen könnte es von Interesse sein, jene Überlegungen zu prüfen, die sich aus der soziologisch-theoretischen Auseinandersetzung mit Präsentismus in dieser Arbeit ergeben haben und die nicht anhand der vorliegenden Daten getestet werden konnten. Dazu zählen der Einfluss von einem hohen Leistungsdruck am Arbeitsplatz, Teamkulturen, die Abwesenheit als Störfaktor betrachten, Personen, die der Erreichung von Unternehmenszielen einen hohen

Stellenwert geben, Personen, die ihren beruflichen Erfolg als wichtiger als ihre Gesundheit erachten und Personen, die ihr berufliches Selbst- und Fremdbild nicht schwächen wollen. Weitere Punkte sind der Einfluss von Krankheitswahrnehmungen und dem Wissen über Krankheitsbilder, sowie die betriebliche Ebene der Krankheitsverleugnung, wie mögliche Disziplinierungsmaßnahmen und Sanktionen im Abwesenheitsfall und Funktionsprobleme des Betriebs bei krankheitsbedingtem Personalausfall auf Präsentismus.

Analysen aufbauend auf der abhängigen Variable der Präsentismusneigung stellen zur Zeit nur einen kleinen Teil der Forschungslandschaft dar. Da diese von dem allgemeinen Gesundheitszustand von Personen weniger abhängig ist, könnten zukünftige Untersuchungen diese Zielgröße öfter miteinbeziehen. Neben Modellen, die extra für Präsentismusforschungszwecke erhobene Daten sämtliche bekannte Einflussgrößen inkludieren, wäre es ebenfalls spannend, länderübergreifende Ergebnisse anzustreben, um so neben einem größeren Bild zu Präsentismus auch jene Elemente identifizieren zu können, die auf der Ebene des Arbeitsmarkts und der Absicherung der Arbeitskräfte zu Verringerung des Phänomens beitragen können. Gleichmaßen von Interesse sollte die Fokussierung auf die soziale Ebene von Präsentismus sein. Der Einfluss von Unternehmens- und Führungskulturen könnte hier eine große Rolle spielen.

Die Betrachtung der bisherigen Untersuchungen zu Präsentismus haben deutlich gezeigt, dass sich zwar eine gemeinsame Richtung erkennen lässt, aber trotzdem noch keine Einigung über eine allgemein gültige Definition des Phänomens vorliegt. Dementsprechend variieren auch die eingesetzten Messinstrumente, einerseits in ihrer Formulierung, aber auch in ihrem Bezugszeitraum. Dies könnte eine mögliche Erklärung dafür sein, warum bislang Forschungen, wie in Kapitel 4.1 dargestellt, zu teilweise widersprüchlichen Ergebnissen gelangen. Eine weitere Problematik liegt in der fehlenden theoretischen Auseinandersetzung mit Präsentismus. Untersuchungen gehen bislang nicht theoriegeleitet vor, sondern bauen auf empirisch geprüften Erkenntnissen auf.

Obwohl das Präsentismuskonzept sehr breit aufgestellt ist, bezieht es bisweilen noch nicht alle relevanten Faktoren mit ein. Hinsichtlich der theoretischen Konzeption von Präsentismus und seiner Definition wird, auch in Verbindung mit dem demographischen Wandel, die Miteinbeziehung von chronischen Erkrankungen und damit die Lebensrealität vieler Erwerbstätiger, krank zu arbeiten, unumgänglich, um das Phänomen gänzlich in seiner Realität abzubilden. Bisherige Betrachtungen greifen hier, bis auf die Erwähnung der Problematik, zu kurz.

Die weit verbreitete Anschauung von Präsentismus als problematischer, gesundheitsgefährdender Zustand bietet ebenfalls den Raum, sich auf den bisher wenig untersuchten salutogenetischen Faktor von Präsentismus vermehrt zu fokussieren. Erste Untersuchungen konnten hier einen ebensolchen Effekt bei ausgewählten Krankheitsbildern, wie psychischen Erkrankungen oder chronischen Schmerzen (vgl. Steinke und Badura 2011, S.77f) aufzeigen.

Literaturverzeichnis

- Agudelo-Suarez**, Andres, Fernando Benavides, Emily Felt, Elena Ronda-Perez, Carmen Vives-Cases und Ana Garcia. 2010. Sickness Presenteeism in Spanish-born and Immigrant Workers in Spain. In *BMC Public Health* 10, 791-798.
- APA**. 2016. Arbeiterkammer warnt: 35 Prozent gehen krank zur Arbeit. <https://www.derstandard.at/story/2000042760657/arbeiterkammer-warnt-35-prozent-gehen-krank-zur-arbeit> (Zugegriffen: 17.07.2019).
- Aronsson**, Gunnar, Klas Gustafsson und Margareta Dallner. 2000. Sick but Yet at Work. An Empirical Study of Sickness Presenteeism. In *Journal of Epidemiol Community Health* 54, 502-509.
- Aronsson**, Gunnar und Klas Gustafsson. 2005. Sickness Preseteeism: Prevalence, Attendance-Pressure Factors, and a Outline of a Model for Research. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 47, 958-966.
- Ashby**, Katherine, und Michelle Mahdon. 2010. Why Do Employeed Come to Work When Ill? An Investigation into Sickness Presence in the Workplace. London: The Work Foundation.
- Bauch**, Jost. 2000. *Medizin-soziologie*. München: Oldenbourg Verlag.
- Backhaus**, Klaus, Bernd Erichson, Wulff Plinke und Rolf Weiber. 2016. *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 14., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin: Springer.
- Badura**, Bernhard. 2017. *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert. Mitarbeiterbindung durch Kulturentwicklung*. Berlin: Springer.
- Becker**, Gary. 1976. *The Economic Approach to Human Behavior*. Chicago: The University of Chicago.
- Bergström**, Gunnar; Lennart Bodin, Jan Hagberg, Gunnar Aronsson und Malin Josephson. 2009a. Sickness Presenteeism Today, Sickness Absenteeism Tomorrow? A Prospective Study on Sickness Presenteeism and Future Sickness Absenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* Jg. 51 Heft 6, 629-638.
- Bergström**, Gunnar, Lennart Bodin, Jan Hagenberg, Tomas Lindh, Gunnar Aronsson und Malin Josephson. 2009b. Does Sickness Presenteeism have an Impact on Future General Health? *International Journal of Occupational and Environmental Health* Jg. 82 Heft 10, 1179-1190.
- Biron**, Caroline, Jean-Pierre Brun, Hans Ivers und Cary Cooper. 2006. At Work but Ill: Psychosocial Work Environment and Well-Being Determinants of Presenteeism Propensity. *Journal of Public Mental Health* Jg. 5 Heft 4, 26-37.
- Borgetto**, Bernhard. 2016. Soziologie des kranken Menschen: Krankenrollen und Krankenkarrerien. In *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Hrsg. Matthias Richter und Klaus Hurrelmann, 369-381. Wiesbaden: Springer VS.
- Böckerman**, Petri, und Erkki Laukkanen. 2009. What Makes You Work While You Are Sick? Evidence From a Survey of Workers. *European Journal of Public Health* Jg. 20 Heft 1, 43-46.

- Böckerman**, Petri, und Erkki Laukkanen. 2010. Predictors of Sickness Absence and Presenteeism: Does the Pattern Differ by a Respondent's Health? *Journal of Occupational and Environmental Medicine* Jg. 52 Heft 3, 332-335.
- Bröckling**, Ulrich. 2002. Jeder könnte, aber nicht alle können. Konturen des unternehmerischen Selbst. *Mittelweg* 36 Jg. 11 Heft 4, 6-26.
- Bröckling**, Ulrich. 2007. Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. 6. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Burger**, Sonja. 2014. Wer in die Arbeit geht, ist nicht zwingend gesund. <https://diepresse.com/home/panorama/gesundheit/1578667/Wer-in-die-Arbeit-geht-ist-nicht-zwingend-gesund?from=suche.intern.portal> (Zugegriffen: 17.07.2019).
- Bührmann**, Andrea. 2012. Das unternehmerische Selbst: Subjektivierungsform oder Subjektivierungsweise? In *Diskurs - Macht - Subjekt. Theorie und Empirie von Subjektivierung in der Diskursforschung*. Hrsg. Reiner Keller, Werner Schneider und Willy Viehöver, 145-164. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Caverley**, Natasha, Barton Cunningham und James MacGregor. 2007. Sickness Presenteeism, Sickness Absenteeism, and Health Following Restructuring in a Public Service Organization. *Journal of Management Studies* Jg. 44 Heft 2, 304-319.
- Cho**, Yun-Sik, Jae Bum Park, Kyung-Jong Lee, Keyoung-Bok Min und Chul-In Baek. 2016. The association between Korean workers' presenteeism and psychosocial factors within workplaces. *Annals of Occupational and Environmental Medicine* 28, 41-51.
- Deery**, Stephen, Janet Walsh und Christopher Zatzick. 2014. A moderated mediation analysis of job demands, presenteeism, and absenteeism. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 87, 352-369.
- Demerouti**, Evangelia, Pascale Le Blanc, Arnold Bakker, Wilmar Schaufeli und Joop Hox. 2009. Present but sick: a three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International* Jg.14 Heft 1, 50-68.
- DGB**. 2009. DGB-Indes Gute Arbeit – Der Report 2009. Wie die Beschäftigten die Arbeitswelt in Deutschland beurteilen. Berlin.
- Eichmann**, Hubert, Jörg Flecker, Alfons Bauernfeind, Bernhard Saupe und Marion Vogt. 2010. Überblick über Arbeitsbedingungen in Österreich. Sozialpolitische Studienreihe, 4. Wien: ÖGB-Verlag.
- Elstad**, Jon, und Mia Vabo. 2008. Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care. *Scandinavian Journal of Public Health* Jg. 36, 467-474.
- Eurofound**. 2006. De Vroome, Ernest. Prevalence of Sickness Absence and 'Presenteeism'. <https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2006/prevalence-of-sickness-absence-and-presenteeism> (Zugegriffen: 05.04.2019).
- Eurofound**, und Gallup Europe. 5th European Working Conditions Survey, 2010. Technical Report. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/surveys/ewcs/2010/documents/technical.pdf (Zugegriffen: 19.06.2019).
- Eurofound**. 2015a. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen (EWCS) <https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/european-working-conditions-surveys> (Zugegriffen: 19.06.2019).

- Eurofound.** 2015b. EWCS 2015 – Methodik.
<https://www.eurofound.europa.eu/de/surveys/european-working-conditions-surveys/sixth-european-working-conditions-survey-2015/ewcs-2015-methodology>
 (Zugegriffen: 19.06.2019).
- Eurofound,** und Ipsos. 2015. 6th European Working Conditions Survey. Technical Report.
https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_survey/field_ef_documents/6th_ewcs_-_technical_report.pdf (Zugegriffen: 19.06.2019).
- Faltermaier,** Toni. 2015. Gesundheitsverhalten, Krankheitsverhalten, Gesundheitshandeln. In BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung.
https://www.leitbegriffe.bzga.de/bot_angebote_idx-135.html (Zugegriffen: 25.03.2019).
- Faltermaier,** Toni. 2015. Subjektive Gesundheit: Alltagskonzepte von Gesundheit.
<https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/subjektive-gesundheit-alltagskonzepte-von-gesundheit/> (Zugegriffen: 14.06.2019).
- Flecker,** Jörg. 2017. Arbeit und Beschäftigung. Eine soziologische Einführung. Wien: Facultas.
- Foucault,** Michel. 1978. Ein Spiel um die Psychoanalyse. Gespräch mit Angehörigen des Departement de Psychanalyse der Universität Paris/Vincennes. In *Dispositive der Macht. Über Sexualität, Wissen und Wahrheit*, 118-175. Berlin: Merve Verlag.
- Foucault,** Michel. 1984. Von der Freundschaft als Lebensweise: Michel Foucault im Gespräch. Berlin: Merve-Verlag.
- Foucault,** Michel. 1993. About the Beginning of the Hermeneutics of the Self. Two Lectures at Dartmouth. *Political Theory* Jg.21 Heft 2, 198-227.
- Foucault,** Michel. 1994. Das Subjekt und die Macht. In *Michel Foucault: Jenseits von Strukturfunktionalismus und Hermeneutik*. Hrsg. Hubert Dreyfus und Paul Rabinow, 241-261. Weinheim: Beltz.
- Foucault,** Michel. 2000. Die Gouvernementalität. In *Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Hrsg. Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke, 41-67. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault,** Michel. 2004. Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität ||. Vorlesungen am Collège de France 1978-1979. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franzkowiak,** Peter. 2018. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. In BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. https://www.leitbegriffe.bzga.de/?id=sysverz_liste_1&idx=137
 (Zugegriffen: 06.06.2019).
- Franzkowiak,** Peter, und Klaus Hurrelmann. 2018. Gesundheit. In BZgA Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/allgemeine-grundbegriffe/gesundheits/> (Zugegriffen: 12.06.2019).
- Gerich,** Joachim. 2014a. Präsentismus – krank und doch in der Arbeit? *WISO* Jg. 37 Heft 2, 31-49.
- Gerich,** Joachim. 2014b. Sickness Presence, Sick Leave and Adjustment Latitude. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* Jg. 27 Heft 5, 736-746.
- Gerich,** Joachim. 2015a. Krankenstand und Präsentismus als betriebliche Gesundheitsindikatoren. *Zeitschrift für Personalforschung* Jg. 29 Heft 1, 31-48.

- Gerich**, Joachim. 2015b. Sick at Work: Methodological Problems with Research on Workplace Presenteeism. *Health Services and Outcomes Research Methodology* Jg. 15 Heft 1, 37-53.
- Gosselin**, Eric, Louise Lemyre und Wayne Corneil. 2013. Presenteeism and Absenteeism: Differentiated Understanding of Related Phenomena. *Journal of Occupational Health Psychology* Jg. 18 Heft 1, 75-86.
- Gustafsson**, Klas, und Staffan Marklund. 2011. Consequences of Sickness Presence and Sickness Absence on Health and Work Ability: A Swedish Prospective Cohort Study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* Jg. 24 Heft 2, 153-165.
- Green**, Samuel. 1991. How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis? *Multivariate Behavioral Research* Jg. 26 Heft 3, 499-510.
- Hansen**, Claus, und Johan Andersen. 2008. Going Ill to Work – What Personal Circumstances, Attitudes and Work-Related Factors are Associated with Sickness Presenteeism? In *Social Science & Medicine* 67, 956-964.
- Hansen**, Claus, und Johan Andersen. 2009. Sick at Work – A Risk Factor for Long-Term Sickness Absence at a Later Date? *Journal of Epidemiology and Community Health* Jg. 63 Heft 5, 397-402.
- Hägerbäumer**, Miriam. 2017. Risikofaktor Präsentismus. Hintergründe und Auswirkungen des Arbeitens trotz Krankheit. Wiesbaden: Springer.
- Heponiemi**, Tarja, Marko Elovainio, Jaana Pentti, Marianna Virtanen, Hugo Westerlund, Pekka Virtanen, Tuula Oksanen, Mika Kivimäki und Jussi Vahtera. 2010. Association of Contractual and Subjective Job Insecurity With Sickness Presenteeism Among Public Sector Employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* Jg. 52 Heft 8, 830-835.
- Hurrelmann**, Klaus. 2006. Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Johansen**, Vegard, Gunnar Aronsson und Staffan Marklund. 2014. Positive and Negative Reasons for Sickness Presenteeism in Norway and Sweden: a Cross-Sectional Survey. *BMJ Open* Jg. 4 Heft 2, 1-6.
- Johns**, Gary. 2010. Presenteeism in the Workplace: A Review and Research Agenda. *Journal of Organizational Behavior* 31, 519-542.
- Johns**, Gary. 2011. Attendance Dynamics at Work: The Antecedents and Correlates of Presenteeism, Absenteeism, and Productivity Loss. *Journal of Occupational Health Psychology* Jg. 16 Heft 4, 483-500.
- Jylhä**, Marja. 2009. What is Self-Rated Health and Why Does it Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science & Medicine* 69, 307-316.
- Karanika-Murray**, Maria, Halley Pontes, Mark Griffiths und Caroline Biron. 2015. Sickness presenteeism determines job satisfaction via affective- motivational states. *Social Sciences & Medicine* 139, 100-106.
- Kirchgässner**, Gebhard. 1991. Homo Oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendungen in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften. Tübingen: J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).

- Kivimäki**, Mika, Jenny Head, Jane Ferrie, Harry Hemingway, Martin Shipley, Jussi Vahtera und Michael Marmot. 2005. Working While Ill as a Risk Factor for Serious Coronary Events: The Whitehall II Study. *American Journal of Public Health* Jg. 95 Heft 1, 98-102.
- Kleemann**, Frank, Ingo Matuschek und Günter Voß. 1999. Zur Subjektivierung von Arbeit. (Papers/Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Querschnittsgruppe Arbeit und Ökologie, 99-512). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH.
- Kocyba**, Hermann, und Stephan Voswinkel. 2007. Krankheitsverleugnung: Betriebliche Gesundheitskulturen und neue Arbeitsformen. Arbeitspapier 150. Frankfurt am Main: Hans Böckler Stiftung.
- Krause**, Andreas, Cosima Dorsemagen und Klaus Peters. 2010. Interessierte Selbstgefährdung: Was ist das und wie geht man damit um? *HR Today* 4, 43-45.
- Krause**, Andreas, Cosima Dorsemagen, Jörg Stadlinger und Sophie Baeriswyl. 2012. Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung: Ergebnisse aus Befragungen und Fallstudien. Konsequenzen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Hrsg. Bernhard Badura, Antje Ducki, Helmut Schröder, Joachim Klose und Markus Meyer, 191-202. Berlin: Springer Verlag.
- Krause**, Andreas, Cosima Dorsemagen und Klaus Peters. 2013. Interessierte Selbstgefährdung. Die unerwünschten Nebenwirkungen moderner Steuerungsformen. *Hernsteiner* 2, 14-15.
- Lemke**, Thomas; Susanne Krasmann und Ulrich Bröckling. 2000. Gouvernamentalität, Neoliberalismus und Selbsttechnologien. Eine Einleitung. In *Gouvernamentalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen*. Hrsg.: Ulrich Bröckling, Susanne Krasmann und Thomas Lemke, 7-40. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Leoni**, Thomas. 2011. Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Wien.
- Leoni**, Thomas. 2015. Wirkmodell Krankenstand. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Wien.
- Leoni**, Thomas, und Alfred Uhl. 2016. Fehlzeitenreport 2016. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Wien.
- Leoni**, Thomas, und René Böheim. 2018. Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung: Wien.
- Lohaus**, Daniela, und Wolfgang Habermann. 2018. Präsentismus. Krank zur Arbeit – Ursachen, Folgen, Kosten und Maßnahmen. Springer: Berlin.
- Mahringer**, Helmut. 2009. Der Arbeitsmarkt in der Finanzmarkt- und Wirtschaftskrise. *WIFO Monatsberichte* 12, 967-978.
- McKevitt**, Christopher, Myfanwy Morgan, Ruth Dundas und Holland. 1997. Sickness Absence and 'Working Through' Illness: a Comparison of Two Professional Groups. In *Journal of Public Health Medicine* Jg. 19 Heft 3, 295-300.
- Mechanic**, David. 1986. Illness Behavior: An Overview. In *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*, Hrsg. Sean McHugh und Michael Vallis, 101-110. New York: Plenum Press.

- Miraglia**, Mariella, und Gary Johns. 2016. Going to Work III: A Meta-Analysis of the Correlates of Presenteeism and a Dual-Path Model. *Journal of Occupational Health Psychology* Jg. 21 Heft 3, 261-283.
- Naidoo**, Jennie, und Jane Wills. 2010. Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Nettleton**, Sarah. 2006. The Sociology of Health and Illness. Second Edition. Cambridge: Polity Press.
- Parsons**, Talcott. 1951. The Social System. London: Routledge.
- Pelikan**, Jürgen. 2007. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Ein systemtheoretischer Lösungsansatz. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2, 74-81.
- Pelikan**, Jürgen. 2009. Ausdifferenzierung von spezifischen Funktionssystemen für Krankenbehandlung und Gesundheitsförderung oder: Leben wir in der „Gesundheitsgesellschaft“? *Österreichische Zeitschrift für Soziologie* Jg. 34 Heft 2, 28-47.
- Perkin**, Michael, A. Higton und M. Witcomb. 2003. Do Junior Doctors Take Sick Leave. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 60, 699-700.
- Pilowsky**, Issy. 1993. Aspects of Abnormal Illness Behavior. *Indian Journal of Psychiatry*. Jg. 35, Heft 3, 145-150.
- Preisendörfer**, Peter. 2010. Präsentismus. Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit. *Zeitschrift für Personalforschung* Jg. 24 Heft 4, 401-408.
- Rantanen**, Iina, und Risto Tuominen. 2011. Relative Magnitude of Presenteeism and Absenteeism and Work-Related Factors Affecting them Among Health Care Professionals. *Journal of Occupational and Environmental Health* 84, 225-230.
- Richter**, Matthias, und Klaus Hurrelmann. 2016. Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Robertson**, Ivan, Desmond Leach, Nadin Doerner und Matthew Smeed. 2012. Poor Health but Not Absent. Prevalence, Predictors, and Outcomes of Presenteeism. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* Jg. 54 Heft 11, 1344-1349.
- Rosvold**, Elin, und Espen Bjertness. 2001. Physicians Who Do Not Take Sick Leave: Hazardous Heroes? In *Scandinavian Journal of Public Health* 29, 71-75.
- Ruiner**, Caroline, und Maximilian Wilkesmann. 2016. Arbeits- und Industriesoziologie. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Schmeißer**, Claudia, Stefan Stuth, Clara Behrend, Robert Budras, Lena Hipp, Kathrin Leuze und Johannes Giesecke. 2012. Atypische Beschäftigung in Europa 1996-2009. Discussion Paper. Berlin: WZB.
- Schmidt**, Jana, und Helmut Schröder. 2009. Präsentismus – Krank zur Arbeit aus Angst vor Arbeitsplatzverlust. In Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Hrsg.: Bernhard Badura, Helmut Schröder, Joachim Klose und Katrin Macco. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Steinke**, Mika, und Bernhard, Badura. 2011. Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

- Von Troschke**, Jürgen. 2006. Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In *Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4., vollständig überarbeitete Auflage*. Hrsg. Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Oliver Razum, 529-560. Weinheim: Juventa.
- Vogt**, Joachim, Bernhard Badura und Detlef Hollmann. 2009. Krank bei der Arbeit: Präsentismusphänomene. In *Gesundheitsmonitor 2009. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Hrsg. Jan Böcken, Bernhard Badura und Juliane Landmann, 179-202. Gütersloh: BertelmannsStiftung.
- Voß**, Günter. 1998. Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. Eine subjektorientierte Interpretation des Wandels der Arbeit. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung* Jg. 31, Heft 3: 473-487.
- Voß**, Günter, und Hans Pongratz. 1998. Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft? Vortrag in der Sitzung der Sektion Industrie- und Betriebssoziologie auf dem Kongreß für Soziologie, Freiburg 1998 – Textfassung, 1-10.
- Voß**, Günter. 2007. Subjektivierung von Arbeit und Arbeitskraft. Die Zukunft der Beruflichkeit und die Dimension Gender als Beispiel. In *Arbeit und Geschlecht im Umbruch der modernen Gesellschaft*, Hrsg.: Brigitte Aulenbacher, Maria Funder, Heike Jacobsen und Susanne Völker, 97-113. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- WHO**. 1946. Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Deutsche Übersetzung. <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (Zugegriffen: 05.06.2019).
- WIFO**. 2011. Presseinformation: Arbeitsmarkt widerstand der Krise überraschend gut. Spitzenpositionen für Deutschland, Österreich und die Niederlande – Ergebnis einer Tagung der führenden Wirtschaftsforschungsinstitute bei der OECD. https://www.wifo.ac.at/jart/prj3/wifo/resources/person_dokument/person_dokument.jart?publikationsid=42054&mime_type=application/pdf (Zugegriffen: 31.05.2019)
- WKO**. 2019. Kündigung im Krankenstand. Zulässigkeit – Zugang – Entgeltfortzahlung. https://www.wko.at/service/arbeitsrecht-sozialrecht/Kuendigung_im_Krankenstand.html (Zugegriffen: 19.06.2019).
- Zok**, Klaus. 2008a. Gesundheitsprobleme von Arbeitnehmern und ihr Verhalten im Krankheitsfall. Ergebnisse aus zwei Repräsentativumfragen unter GKV-Mitgliedern. *WIdO-monitor* Jg. 5 Heft 1, 1-7.
- Zok**, Klaus. 2008b. Krank zur Arbeit: Einstellungen und Verhalten von Frauen und Männern beim Umgang mit Krankheit am Arbeitsplatz In *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit*. Hrsg. Bernhard Badura, Helmut Schröder und Christian Vetter, 121-144. Heidelberg: Springer.
- §106 GSVG**. 2018. <https://www.ris.bka.gv.at/NormDokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008422&Artikel=&Paragraf=106&Anlage=&Uebergangsrecht=> (Zugegriffen: 17.06.2019).

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Acht konsensfähige Maximen für Gesundheit und Krankheit	8
Tabelle 2: Ausgewählte Definitionen von Präsentismus	13
Tabelle 3: Messinstrumente von Präsentismus	14
Tabelle 4: Auswahl der Variablen des EWCS	65
Tabelle 5: Verteilung der soziodemographischen und präsentismusrelevanten Variablen.....	68
Tabelle 6: Verteilung der Präsentismusvariablen.....	70
Tabelle 7: Verteilung Präsentismus 2010 und 2015	72
Tabelle 8: Klassifizierungstabelle binär-logistische Regressionsanalyse; n=680	73
Tabelle 9: Modellzusammenfassung der binären logistischen Regression; n=680	74
Tabelle 10: Binär-logistische Regression; n=680	74
Tabelle 11: Modellzusammenfassung multiple lineare Regression; n=210	76
Tabelle 12: ANOVA; n=210	76
Tabelle 13: Multiple lineare Regression; n=210	76
Tabelle 14: Modellzusammenfassung multiple lineare Regression; n=281	78
Tabelle 15: ANOVA; n=281	78
Tabelle 16: Multiple lineare Regression; n=281	79
Tabelle 17: Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Regressionsanalysen.....	80
Abbildung 1: Präsentismusprävalenz in den vergangenen sechs Monaten 2008 bis 2017	37

Anhang

DATASET ACTIVATE DataSet1.

USE ALL.

COMPUTE filter_\$(Country=1).

VARIABLE LABELS filter_\$(Country=1 (FILTER)).

VALUE LABELS filter_\$(0 'Not Selected' 1 'Selected').

FORMATS filter_\$(f1.0).

FILTER BY filter_\$(.

EXECUTE.

RECODE Q54a (1=1) (2=0) (8 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q54a_rek.

EXECUTE.

RECODE Q54b (1=1) (2=0) (8 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q54b_rek.

EXECUTE.

RECODE Q54c (1=1) (2=0) (8 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q54c_rek.

EXECUTE.

RECODE Q42 (3 thru 4=1) (1 thru 2=0) (8 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q42_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61c (1 thru 3=1) (4 thru 5=0) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q61c_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61e (1 thru 3=1) (4 thru 5=0) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q61e_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61f (1 thru 3=1) (4 thru 5=0) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q61f_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61i (1 thru 3=1) (4 thru 5=0) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q61i_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61n (1 thru 3=1) (4 thru 5=0) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO q61n_rek.

EXECUTE.

RELIABILITY

 /VARIABLES=q54a_rek q54b_rek q54c_rek q42_rekq61c_rek q61e_rek q61f_rek q61i_rek

 Q61n_rek

 /SCALE('ALL VARIABLES') ALL

 /MODEL=ALPHA

 /SUMMARY=TOTAL.

COMPUTE Index_Handlungsspielraum=q54a_rek + q54b_rek + q54c_rek + q42_rek +q61c_rek + q61e_rek + q61f_rek
+ q61i_rek + q61n_rek.

EXECUTE.

RECODE Q75 (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (8 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO gesundheit_rek.

EXECUTE.

RECODE Q61m (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO stress_rek.

EXECUTE.

RECODE Q70c (1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1) (7 thru 9=SYSMIS) (ELSE=SYSMIS) INTO konfliktlösung_rek.

EXECUTE.

LOGISTIC REGRESSION VARIABLES präsentismus_dummy

/METHOD=ENTER geschlecht_dummy gesundheit_rek betreuung_pflege_dummy stress_rek

Index_handlungsspielraum_komplett entgrenzung_raum_dummy konfliktlösung_rek

/CLASSPLOT

/PRINT=GOODFIT CORR ITER(1) CI(95)

/CRITERIA=PIN(0.05) POUT(0.10) ITERATE(20) CUT(0.5).

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Ungewichtete Fälle ^a		N	Prozent
Ausgewählte Fälle	Einbezogen in Analyse	680	66,1
	Fehlende Fälle	348	33,9
	Gesamt	1028	100,0
Nicht ausgewählte Fälle		0	,0
Gesamt		1028	100,0

a. Wenn die Gewichtung wirksam ist, finden Sie die Gesamtzahl der Fälle in der Klassifizierungstabelle.

Iterationsprotokoll^{a,b,c}

Iteration		-2 Log-Likelihood	Koeffizienten Konstante
Schritt 0	1	907,510	-,453
	2	907,499	-,461
	3	907,499	-,461

- Konstante in das Modell einbezogen.
- Anfängliche -2 Log-Likelihood: 907,499
- Schätzung beendet bei Iteration Nummer 3, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Klassifizierungstabelle^{a,b}

Beobachtet		Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
		präsentismus_dummy ,00	1,00	
Schritt 0	präsentismus_dummy ,00	417	0	100,0
	1,00	263	0	,0
Gesamtprozentsatz				61,3

- Konstante in das Modell einbezogen.
- Der Trennwert lautet ,500

Iterationsprotokoll^{a,b,c,d}

Iteration		-2 Log-Likelihood	Konstante	Koeffizienten						
				geschlecht_dummy	gesundheit_rek	betreuung_pflege_dummy	stress_rek	Index_handlungsspielraum_komplett	entgrenzung_raum_dummy	konfliktlösung_rek
Schritt 1	1	787,167	1,669	-,396	-,400	-,578	,280	,088	,756	-,315
	2	782,989	1,984	-,498	-,493	-,658	,346	,113	,893	-,378
	3	782,963	2,011	-,507	-,501	-,665	,352	,116	,904	-,384
	4	782,963	2,011	-,507	-,501	-,665	,352	,116	,904	-,384

a. Methode: Einschluß

b. Konstante in das Modell einbezogen.

c. Anfängliche -2 Log-Likelihood: 907,499

d. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Omnibus-Tests der Modellkoeffizienten

Schritt 1		Chi-Quadrat	df	Sig.
Schritt 1	Schritt	124,536	7	,000
	Block	124,536	7	,000
	Modell	124,536	7	,000

Modellzusammenfassung

Schritt	-2 Log-Likelihood	Cox & Snell R-Quadrat	Nagelkerkes R-Quadrat
1	782,963 ^a	,167	,227

a. Schätzung beendet bei Iteration Nummer 4, weil die Parameterschätzer sich um weniger als ,001 änderten.

Hosmer-Lemeshow-Test

Schritt	Chi-Quadrat	df	Sig.
1	10,671	8	,221

Klassifizierungstabelle^a

	Beobachtet	Vorhergesagt		Prozentsatz der Richtigen
		präsentismus_dummy ,00	1,00	
Schritt 1	präsentismus_dummy ,00	359	58	86,1
	1,00	138	125	47,5
Gesamtprozentsatz				71,2

a. Der Trennwert lautet ,500

Variablen in der Gleichung

Schritt 1 ^a		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Konfidenzintervall für EXP(B)	
								Unterer Wert	Oberer Wert
Schritt 1 ^a	geschlecht_dummy	-,507	,179	8,063	1	,005	,602	,424	,855
	gesundheit_rek	-,501	,112	20,114	1	,000	,606	,487	,754
	betreuung_pflege_dummy	-,665	,315	4,451	1	,035	,514	,277	,954
	stress_rek	,352	,081	18,948	1	,000	1,421	1,213	1,665
	Index_handlungsspielraum_komplett	,116	,037	9,650	1	,002	1,123	1,044	1,208
	entgrenzung_raum_dummy	,904	,247	13,401	1	,000	2,469	1,522	4,007
	konfliktlösung_rek	-,384	,086	20,009	1	,000	,681	,576	,806
	Konstante	2,011	,695	8,387	1	,004	7,473		

a. In Schritt 1 eingegebene Variablen: geschlecht_dummy, gesundheit_rek, betreuung_pflege_dummy, stress_rek, Index_handlungsspielraum_komplett, entgrenzung_raum_dummy, konfliktlösung_rek.

REGRESSION

/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N

/MISSING LISTWISE

```

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL CHANGE
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT Q84b
/METHOD=ENTER gesundheit_rek Q82 q89g_rek q61a_rek bildung_dummy1 bildung_dummy3 bildung_dummy4
bildung_dummy5 Q11_rek arbeitsfreizeit_dummy1 arbeitsfreizeit_dummy2
arbeitsfreizeit_dummy3 arbeitsfreizeit_dummy4
/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).

```

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Änderung in R-Quadrat	Statistikwerte ändern			Sig. Änderung in F
						Änderung in F	df1	df2	
1	,621 ^a	,386	,345	21,409	,386	9,485	13	196	,000

a. Einflußvariablen : (Konstante), bildung_dummy5, arbeitsfreizeit_dummy1, Q61a – Your colleagues help and support you?, arbeitsfreizeit_dummy4, Arbeitsvertrag_dummy, Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?, bildung_dummy4, arbeitsfreizeit_dummy2, Q89g – I might lose my job in the next 6 months [Agree, about your job?], bildung_dummy1, arbeitsfreizeit_dummy3, Q75 – How is your health in general? Would you say it is..., bildung_dummy3

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	56520,124	13	4347,702	9,485	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	89838,657	196	458,360		
	Gesamt	146358,781	209			

a. Abhängige Variable: Q84b – How many working days? [...did you work when you were sick?]

b. Einflußvariablen : (Konstante), bildung_dummy5, arbeitsfreizeit_dummy1, Q61a – Your colleagues help and support you?, arbeitsfreizeit_dummy4, Arbeitsvertrag_dummy, Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?, bildung_dummy4, arbeitsfreizeit_dummy2, Q89g – I might lose my job in the next 6 months [Agree, about your job?], bildung_dummy1, arbeitsfreizeit_dummy3, Q75 – How is your health in general? Would you say it is..., bildung_dummy3

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B		Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient	Std.-Fehler				Untergrenze	Obergrenze	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	40,377	10,794		3,741	,000	19,091	61,663		
	gesundheit_rek	-5,895	2,041	-,185	-2,888	,004	-9,920	-1,870	,764	1,309
	Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?	,464	,092	,313	5,013	,000	,281	,646	,803	1,245
	q89g_rek	-3,487	1,414	-,147	-2,466	,015	-6,275	-,698	,885	1,130
	q61a_rek	-3,062	1,455	-,123	-2,105	,037	-5,932	-,193	,911	1,098
	bildung_dummy1	-14,372	13,907	-,065	-1,033	,303	-41,799	13,056	,801	1,248
	bildung_dummy3	10,030	4,088	,187	2,454	,015	1,969	18,091	,538	1,857
	bildung_dummy4	8,711	5,574	,107	1,563	,120	-2,281	19,704	,670	1,493
	bildung_dummy5	7,174	4,758	,118	1,508	,133	-2,209	16,558	,511	1,957
	q11_rek	32,098	7,116	,259	4,510	,000	18,064	46,133	,950	1,052
	arbeitsfreizeit_dummy1	52,790	13,660	,237	3,865	,000	25,851	79,728	,831	1,204
	arbeitsfreizeit_dummy2	-6,440	6,042	-,067	-1,066	,288	-18,356	5,475	,804	1,244
	arbeitsfreizeit_dummy3	-4,180	4,247	-,063	-,984	,326	-12,554	4,195	,770	1,298
arbeitsfreizeit_dummy4	-3,049	3,732	-,050	-,817	,415	-10,408	4,311	,821	1,219	

a. Abhängige Variable: Q84b – How many working days? [...did you work when you were sick?]

REGRESSION

```

/DESCRIPTIVES MEAN STDDEV CORR SIG N
/MISSING LISTWISE

```

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA COLLIN TOL CHANGE

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Präsentismusneigung

/METHOD=ENTER gesundheit_rek Q82 q89g_rek übereinstimmung_dummy entgrenzung_raum_dummy

bildung_dummy1 bildung_dummy3 bildung_dummy4 bildung_dummy5

/RESIDUALS DURBIN NORMPROB(ZRESID).

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	Statistikwerte ändern				Sig. Änderung in F
					Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	
1	,629 ^a	,395	,375	,26030	,395	19,684	9	271	,000

a. Einflußvariablen : (Konstante), bildung_dummy5, übereinstimmung_dummy, Q89g – I might lose my job in the next 6 months [Agree, about your job?], bildung_dummy1, Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?, bildung_dummy4, Q75 – How is your health in general? Would you say it is..., entgrenzung_raum_dummy, bildung_dummy3

b. Abhängige Variable: Präsentismusneigung

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	12,004	9	1,334	19,684	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	18,362	271	,068		
	Gesamt	30,366	280			

a. Abhängige Variable: Präsentismusneigung

b. Einflußvariablen : (Konstante), bildung_dummy5, übereinstimmung_dummy, Q89g – I might lose my job in the next 6 months [Agree, about your job?], bildung_dummy1, Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?, bildung_dummy4, Q75 – How is your health in general? Would you say it is..., entgrenzung_raum_dummy, bildung_dummy3

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten		Sig.	95,0% Konfidenzintervalle für B		Kollinearitätsstatistik	
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta	T		Untergrenze	Obergrenze	Toleranz	VIF
1	(Konstante)	,983	,095		10,394	,000	,797	1,169		
	gesundheit_rek	-,069	,020	-,177	-3,432	,001	-,109	-,030	,843	1,187
	Q82 – Over the past 12 months how many days in total were you absent from work due to sick leave or health-related leave?	-,011	,001	-,551	-10,729	,000	-,013	-,009	,845	1,184
	q89g_rek	-,027	,013	-,100	-2,069	,040	-,053	-,001	,958	1,044
	übereinstimmung_dummy	-,102	,033	-,148	-3,095	,002	-,166	-,037	,973	1,028
	entgrenzung_raum_dummy	,099	,037	,139	2,687	,008	,027	,172	,830	1,206
	bildung_dummy1	-,030	,112	-,013	-,267	,790	-,251	,191	,915	1,093
	bildung_dummy3	,081	,042	,122	1,928	,055	-,002	,164	,560	1,787
	bildung_dummy4	,133	,058	,130	2,304	,022	,019	,246	,701	1,426
	bildung_dummy5	,085	,048	,110	1,751	,081	-,011	,180	,562	1,778

a. Abhängige Variable: Präsentismusneigung