

Absentismus, Präsentismus und Produktivität

Ernst Rudolf Fissler & Regina Krause

HDP Health Development Partners
Postfach 12 26
61452 Königstein

Überblick

Produktivitätsverluste in Unternehmen entstehen durch Absentismus, aber auch dadurch, dass Menschen anwesend sind, aufgrund von Gesundheitsproblemen aber nicht voll einsatzfähig sind (Präsentismus). Die verlorene Produktivität durch Präsentismus ist etwa doppelt so hoch wie durch Absentismus. Das macht Präsentismus zu einem dringenden Problem. Produktivitätsverluste können inzwischen verlässlich erfasst werden. Es wird ein Interventionsansatz auf drei Ebenen vorgeschlagen.

Absentismus und Präsentismus

Unternehmen bemühen sich schon lange, Bedingungen zu schaffen, die die Gesundheit der Mitarbeiter fördern oder wenigstens nicht beeinträchtigen. Maßnahmen des Arbeitsschutzes, ergonomische und organisatorische Verbesserungen, Trainings sowie Aktivitäten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zählen dazu. Ziel ist es, Gesundheit zu fördern, die Krankenquote zu senken und Produktivität zu verbessern.

Eine wesentliche Ursache von Produktivitätsverlusten drängt zunehmend in den Fokus der Diskussion um die Gesundheit am Arbeitsplatz: Präsentismus. Badura merkte dazu schon im Fehlzeiten-Report 2006 an, dass Präsentismus sogar größere Bedeutung zukommt als Absentismus, wenn er sagt: „An die Stelle des Absentismus tritt der Präsentismus als Haupt-Problemstellung, die neue Antworten erfordert.“ (Badura 2007).

Und tatsächlich übersteigen die Produktivitätsverluste durch Präsentismus diejenigen durch Absentismus erheblich.

Was ist Präsentismus?

Für Präsentismus hat sich nach Hemp in seinem richtungsweisenden Artikel im Harvard Business Review 2005 (Hemp 2005) die folgende Definition eingebürgert: Produktivitätsverluste aufgrund tatsächlicher Gesundheitsprobleme. Der Produktivitätsverlust entsteht, weil Betroffene aufgrund ihrer Gesund-

heitsprobleme bei der Arbeit mehr Fehler machen, langsamer arbeiten, Produktivitätsstandards nicht erreichen, mehr Unfälle erleiden usw. Die Leistung wird qualitativ und quantitativ beeinträchtigt (Bunn et al 2003, Burton et al 1999).

Ursachen können z.B. Allergien, Rückenschmerzen oder Grippe sein, aber auch psychische Krankheiten wie Depression und Schlafstörungen. Produktivitätsverluste entstehen dann sowohl durch Absentismus als auch durch Präsentismus. Im Folgenden werden wir uns überwiegend mit dem „neuen“ Phänomen Präsentismus beschäftigen.

Wie eine Betroffene ihren Präsentismus durch Migräne erlebt, zeigt die Aussage einer 31-jährigen Ingenieurin: „Manchmal ist es so schlimm, dass man gar nichts dagegen hätte, wenn einem der Kopf abfiel. Und letztlich schleppt man sich nur irgendwie durch den Tag.“ (Hemp 2005). Welche Erleichterung wäre es für die Betroffene, wenn die Migräneanfälle seltener wären, gar nicht aufträten oder wenigstens leichter ausfielen. Lebensqualität, Lebensfreude, Leistungsfähigkeit sowie Produktivität wären besser.

Entwicklung der Forschung zum Präsentismus

In den 1990er Jahren wurden in den USA die ersten Arbeiten zu Produktivitätsverlusten bei Anwesenheit am Arbeitsplatz veröffentlicht. Schon 1999 untersuchten Burton et al (1999) die Auswirkungen von Risikofaktoren und Krankheiten auf die Produktivität im Call Center einer US-amerikanischen Kreditkarten-Gesellschaft. Berücksichtigt wurden Produktivitätsverluste durch Absentismus und dadurch, dass Produktivitätsstandards nicht erreicht werden.

- Mitarbeiter mit hohem Risiko (≥ 3 Risikofaktoren) waren 6,5 Tage pro Jahr krank, Mitarbeiter mit geringem Risiko (0–1 Faktor) nur 3,2 Tage. Der Produktivitätsverlust war am höchsten bei Menschen mit Diabetes (11,4 Std./Woche). Bei generellem Stress waren es 5,4, bei Übergewicht oder Fettleibigkeit 5,7 Stunden.
- Der Worker Productivity Index (WPI) zeigte bei Magen-Darm-Erkrankungen 40 % und bei psychischen Erkrankungen 33 % Produktivitätsverlust.

In den Jahren 2001/2002 führten Stewart et al. 2003 das American Productivity Audit durch, eine für die USA repräsentative Telefonstudie mit 28.902 Arbeitnehmern. Darin wurde auch die Wirkung von Gesundheitsproblemen auf Produktivität (Absentismus + reduzierte Leistungsfähigkeit) erfasst. Im Erfassungszeitraum von zwei Wochen vor dem Telefoninterview berichteten 38 % der Mitarbeiter über unproduktive Arbeitszeiten durch Gesundheitsprobleme an mindestens einem Tag. Diese Präsentismuszeiten waren für 71 % des gesamten Produktivitätsverlustes verantwortlich. Die Kosten für alle US-Unternehmen inklusive Krankheitskosten schätzen die Autoren auf \$ 225,8 Milliarden pro Jahr, \$ 1.685 pro Mitarbeiter.

Bei starken Rauchern (ein Päckchen oder mehr) war die verlorene Arbeitszeit fast doppelt so hoch wie bei Nichtrauchern und Exrauchern. Alkohol: Menschen, die ein bis sechs Drinks pro Woche konsumierten, hatten die geringste verlorene Zeit. Signifikant höher war diese bei starken Trinkern (> 7 Drinks) und Nichttrinkern.

Über eine Untersuchung zu zehn chronischen Erkrankungen berichtet Baase. Die Studie wurde im Jahre 2002 mit 7.797 der 12.397 Beschäftigten an fünf Standorten von Dow Chemical durchgeführt (Baase 2007). Das Unternehmen führt seit 1997 ein umfangreiches integriertes Gesundheitsmanagement durch. Für die Online-Befragung wurde die Stanford Presenteeism Scale (SPS) genutzt. Die Ergebnisse:

- 65 % der Befragten litten an mindestens einer der zehn erfragten Erkrankungen. Die häufigsten Gesundheitsprobleme waren Allergien, Arthritis sowie Gelenk-, Rücken- und Nackenschmerzen.
- Die höchsten Produktivitätseinbußen entstanden jedoch durch Depressionen, Angstzustände, emotionalen Stress sowie Atemwegserkrankungen.
- Je nach Erkrankung sank die Produktivität durch Absentismus und Präsentismus um 18 % bis 35 %. Das sind 0,9 bis 5,9 verlorene Stunden in vier Wochen, gemessen mit dem Work Impairment Score.
- Die Kosten der Produktivitätsverluste lagen bei 10,7 % der gesamten Personalkosten. Der größere Teil, nämlich 6,5 %, kamen durch Präsentismus zustande.

Stewart et al. ermittelten 2003, dass Schmerzen durch Arthritis, Kopfschmerzen und Rückenprobleme die US-Wirtschaft durch verringerte Arbeitsleistungen jährlich 47 Milliarden Dollar kosteten. Depressionen 35 Milliarden. Eine schwedische Telefonbefragung von Aronsson et al (2000) mit 3.801 Beschäftigten stellte 2000 fest, dass 37 % der Beschäftigten im letzten Jahr arbeiteten, als sie eigentlich krank waren. Es konnte kein Unterschied zwischen Managern und anderen Beschäftigten festgestellt werden.

Gründe für Präsentismus und Absentismus

Viele berufliche und private Faktoren können Gesundheitsprobleme verursachen bzw. dazu beitragen. Auf der Arbeitsseite z.B. ungünstiges Führungsverhalten, eine Misstrauenskultur, fehlende Unfallverhütung, viel Verantwortung mit gleichzeitig geringen Entscheidungsspielräumen, wenig/keine Anerkennung, Stress, Gratifikationsprobleme, Arbeitsplatzunsicherheit, Hilflosigkeit usw. Persönliche Ursachen können Krankheitsanfälligkeit, Lebensstil, privater Stress sein, aber auch die Betreuung kranker Kinder oder älterer Menschen.

Badura (2006) weist auf jüngere Entwicklungen in Unternehmen hin, die sich auf Gesundheit auswirken: Verlust an Vertrauen in und Identifikation mit der Organisation, wenig Transparenz, Verschlechterung des Betriebsklimas, soziale Ungleichheit sowie Individualisierung statt Teamarbeit.

Hollmann & Heyer (2008) zitieren aus der INQA-Befragung „Was ist gute Arbeit?“, wie die Beschäftigten, die im vergangenen Jahr mindestens einmal arbeiteten, obwohl sie sich richtig krank fühlten (71 %), dies begründen:

- stärkere Ergebnisorientierung in den Unternehmen, höhere Anforderungen an Selbstverantwortung
- „Stellvertreter-Sterben“: dünner werdende Personaldecke. Beim Zurückkommen liegt die vielfache Menge an Arbeit auf dem Tisch. Außerdem will man die Kollegen nicht im Stich lassen.
- Gefahr beruflicher Nachteile wie Nicht-Beförderung, Entlassung usw.

Untersuchungsinstrumente

Zu den anerkannten Selbsteinschätzungsinstrumenten für Präsentismus und Absentismus zählen (Collins et al 2005):

- WPAI: Work Productivity and Activity Short Inventory (Lynch et al 2001)
- WLQ: Work Limitation Questionnaire (Lerner & Amick 2001)
- WPSI: Work Productivity Short Inventory (Goetzel et al 2001)
- SPS: Stanford Productivity Scale (Koopmann et al 2004)

Die Beschäftigten werden gefragt, ob sie Gesundheitsprobleme hatten und wie stark ihre Produktivität beeinträchtigt wurde. Unterschiedlich ist die Zahl der einbezogenen Gesundheitsprobleme wie auch die erfragte Zeitperspektive, z.B. eine Woche bis ein Monat.

Es stellt sich die Frage, wie zuverlässig Fragebogendaten sind. Dazu wurden Kontrolluntersuchungen durchgeführt. Burton et al. (1999) verglichen die Selbsteinschätzung mit Produktivitätsdaten in einem Call-Center der Bank One, z.B. Dauer und Ergebnis der Anrufe, Qualität der Gespräche (Supervisoren-Rating). Es ergab sich eine sehr hohe Übereinstimmung der objektiven Daten mit den Selbsteinschätzungen.

Welche Gesundheitsprobleme verursachen Absentismus und Präsentismus?

In der Literatur wurden über 40 Gesundheitsprobleme und Risikofaktoren mit Präsentismus in Verbindung gebracht. Jeder Mitarbeiter ist statistisch nicht nur von einem Gesundheitsproblem betroffen, sondern von zwei bis drei Problemen. Burton et al. (2006) fanden in ihrer Stichprobe von mehr als 7.000 Beschäftigten mit einem mittleren Alter von 40 Jahren pro Person 2,1 Risikofaktoren. Mills et al. (2007) in einer etwas jüngeren Gruppe (34,5 J.) sogar 2,9. Die Wirkungen einzelner Gesundheitsprobleme zeigen die folgenden Untersuchungen:

- Lampl et al. (2003) fanden in Österreich eine 1-Jahres-Prävalenz für Migräne bei Menschen über 15 Jahren von 44,9 % für mindestens einen Anfall pro Monat. Mindestens einmal pro Woche erlebten 20 % einen Migränean-

fall. Verbunden waren die Migräneattacken mit einer um 19,8 % verringerten Arbeitsfähigkeit. Im Mittel verloren die Beschäftigten 23,2 Arbeitstage pro Jahr. Nur 12,8 % der Betroffenen konsultierten einen Arzt (n = 997, Interviews).

- Arthritis wurde als eines der ersten Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit verlorener Produktivität untersucht. 2006 fassten Burton et al. (2006) 38 Studien in einer Meta-Analyse zusammen. Sie fanden, dass 54 % der Menschen mit rheumatischer Arthritis sich in den vergangenen sechs Monaten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt fühlten. Sie verloren im letzten Jahr 39 Arbeitstage (Median).
- In einer repräsentativen französischen Studie (Leger et al 2000) (n = 12.778, > 18 Jahre) berichteten 29 % über Schlafprobleme, die mindestens dreimal pro Woche auftraten und mindestens einen Monat dauerten. Glazer et al. (2006) stellten ebenfalls massive Auswirkungen von Schlafproblemen fest. Die Betroffenen fehlten 15,8 Tage im Jahr, verglichen mit 1,6 Tagen bei Menschen ohne Schlafschwierigkeiten.

Mit der Frage, ob sich die Produktivität ändert, wenn sich das Gesundheitsrisiko ändert, beschäftigten sich Burton et al. (2006). 7.026 Mitarbeiter eines großen Finanzdienstleisters beteiligten sich an der Untersuchung mit dem Work Limitation Questionnaire und einem Health Risk Appraisal.

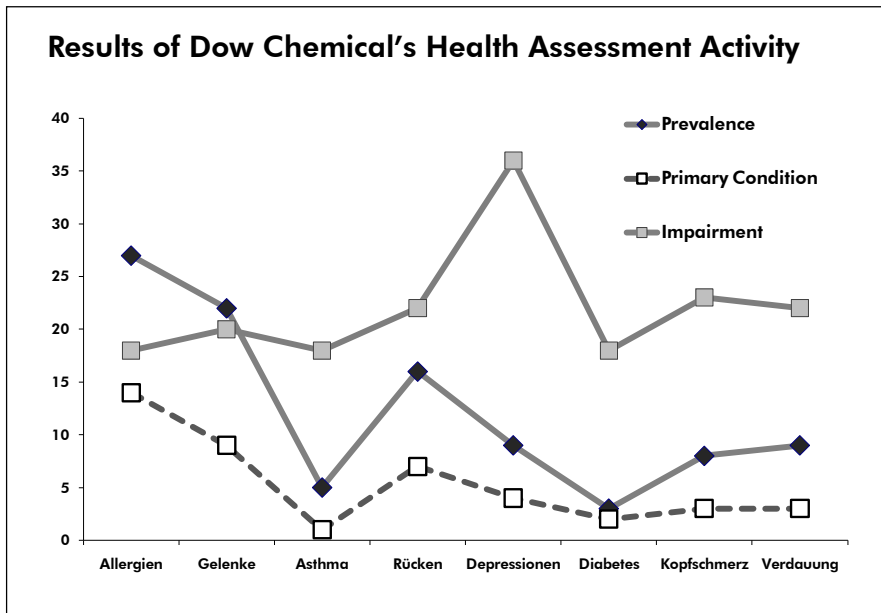


Abbildung 1 Prävalenz von Gesundheitsproblemen; Auswirkungen auf Produktivität insgesamt (Impairment) sowie durch das Gesundheitsproblem, das die Produktivität am meisten beeinflusst hat (Primary Condition) bei Dow Chemical (nach Collins et al. 2005)

Bei Menschen, die ihre Gesundheitsrisiken wie Bewegung, Gewicht, Bluthochdruck, Job-Unzufriedenheit usw. von 2002 bis 2004 verringerten, stieg die Produktivität pro Risikofaktor um 1,9 % und \$ 950 im Jahr. Die Produktivität sinkt, wenn die Zahl der Gesundheitsrisiken größer wird – aber auch, wenn sie gleich bleibt.

Die Abbildung 1 zeigt beispielhaft, welche Gesundheitsprobleme in der Studie bei Dow Chemical einbezogen waren. Die Prävalenz der Gesundheitsprobleme variiert in verschiedenen Unternehmen und Branchen. Mit zunehmendem Alter nimmt die Zahl der Gesundheitsprobleme pro Person zu, besonders die Zahl chronischer Krankheiten. Um relevante Zahlen für Deutschland zu erhalten, hat HDP (Health Development Partners), die sich seit Jahren mit Präsentismus beschäftigen, eine Meta-Analyse verlässlicher Studien sowie darauf aufbauend ein Berechnungsmodell in Auftrag gegeben. Die Gesundheitswissenschaftler Prof. Donald C. Iverson und Dr. Wendy Lynch entwickelten das Modell auf der Basis von internationalen Forschungsdaten und bundesdeutschen Beschäftigten- und Prävalenzdaten. Ziel des Modells ist eine vorsichtige Schätzung, die hohe Sicherheitsmargen berücksichtigt. Dazu reduziert das Modell z.B. die Selbsteinschätzung der Befragten zu Präsentismus-Verlusten um 50 %: erstens, weil bestimmte Gesundheitsprobleme gemeinsame Anteile haben, z.B. Stress und Schlafprobleme, zweitens, weil es für die Befragten schwierig ist, die Produktivitätsverluste mehrerer gleichzeitiger Probleme zu trennen. – Das Modell zeigt, dass 13 Gesundheitsprobleme hauptsächlich zu Produktivitätsverlusten führen.

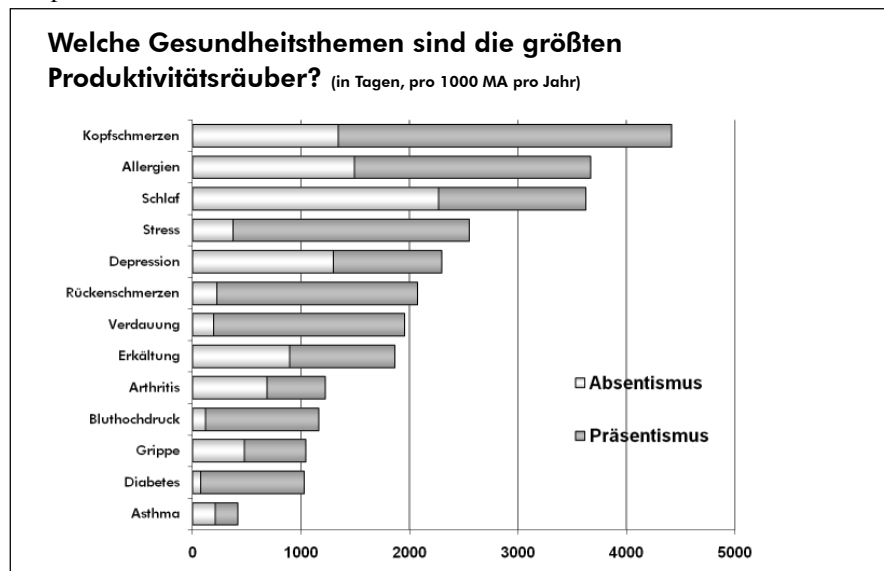


Abbildung 2 Gesundheitsprobleme, Absentismus und Präsentismus sowie ihre Auswirkungen auf die Produktivität in Tagen pro 1.000 Beschäftigte nach dem Modell von Iverson & Lynch (2007)

Gesundheitsprobleme verursachen unterschiedliche Anteile von Präsentismus und Absentismus. Interessant erscheint, dass Schlafprobleme an dritter Stelle stehen. Ihre Auswirkungen auf die Produktivität werden im Allgemeinen stark unterschätzt, auch von den Betroffenen selbst.

Risikofaktoren wie Übergewicht, Rauchen, Bewegungsmangel usw. wurden in dem Modell von Iverson und Lynch aus zwei Gründen nicht als direkte Verursacher berücksichtigt, weil

1. derselbe Risikofaktor bei mehreren Gesundheitsproblemen eine Rolle spielt. Er würde also mehrfach gezählt
2. Betroffene die Wirkung der Faktoren nicht einzeln abschätzen können. Es stehen keine Daten für die Wirkung einzelner Risikofaktoren zur Verfügung.

Bei Interventionen (s.u.) dagegen werden die Risiko-Faktoren auf jeden Fall berücksichtigt, da sie häufig Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Gesundheitsprobleme darstellen. Beispiel Diabetes: Abbau von Übergewicht, Aufnahme von Bewegungsaktivitäten, gesundes Essen; Schlafprobleme: Stressreduktion, regelmäßige Bewegung, Entspannungstechniken usw.

Wie groß sind die Produktivitätsverluste?

Die Produktivitätsverluste durch Präsentismus und Absentismus zusammen sind in den verschiedenen Untersuchungen sehr unterschiedlich. Sie liegen zwischen 3 % und 31,7 %. Die Daten stammen mehrheitlich aus US-Studien sowie einigen wenigen europäischen Arbeiten. – Inzwischen liegen auch die ersten deutschen Untersuchungen vor.

- Eine Diplomarbeit (Wallat 2007), die bei der Henkel KG a.A. in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst erstellt wurde, ermittelte einen Produktivitätsverlust von 14 %. Davon entfielen auf Präsentismus rund 11 %.
- Der IGA-Report 12 (Bödeker & Hüsing 2008) berichtet, dass die Beschäftigten die Produktivitätsverluste durch Absentismus und Präsentismus auf 20 % schätzen. Die Meta-Analyse und das Modell von Iverson & Lynch (2007) kommt zum Ausmaß von Präsentismus und Absentismus in Deutschland – inklusive der eingesetzten Sicherheitsmargen – zu folgenden Ergebnissen:
- 12 % der Gesamtproduktivität von Unternehmen gehen aufgrund von Gesundheitsproblemen verloren. Davon entfällt doppelt so viel auf Präsentismus wie auf Absentismus.
- Pro Mitarbeiter verlieren Unternehmen 27 Tage im Jahr.

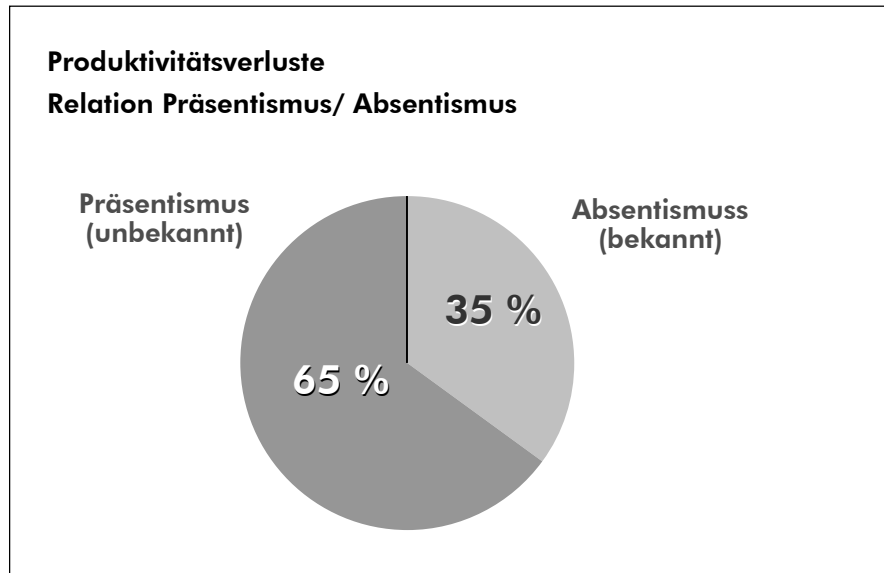


Abbildung 3 Verhältnis von Präsentismus und Absentismus: Produktivitätsverluste durch Präsentismus sind etwa doppelt so hoch (nach Iverson & Lynch 2007)

Schlussfolgerung: Betrachtet man die Produktivitätsverluste der Unternehmen und die Gesundheitseinbußen der Mitarbeiter, so lohnt es sich für alle Beteiligten, etwas zu unternehmen. Mitarbeiter würden von „mehr Gesundheit“ und Unternehmen von höherer Produktivität profitieren. Ein besonderer Fokus sollte dabei auf Präsentismus liegen, weil 2/3 der Verluste dadurch verursacht werden und die Interventionen automatisch auch Absentismus senken.

Dass Präsentismus längst nicht mehr nur ein Feld für Forscher ist, zeigt, dass das World Economic Forum 2008 einen Bericht mit dem Titel „Working Towards Wellness: The Business Rationale“ (World Economic Forum 2008) in Auftrag gegeben hat. Dieser stellt fest, dass die größten Produktivitätsverluste (Absentismus + Präsentismus) durch Erschöpfung, Depression, Rücken- und Nackenschmerzen, Schlafprobleme sowie chronische Schmerzen verursacht werden. Für diesen Bericht wurden außerdem prominente Experten interviewt. Die Schlussfolgerung: „Businesses will have to invest in wellness. There is no choice. It’s not philanthropy. It’s enlightened self-interest.“

Was kann man gegen Absentismus und Präsentismus tun und was gewinnen Unternehmen?

Ein Problem zu erkennen ist der wichtige erste Schritt. Er reicht aber nicht aus. Zuerst müssen durch eine Befragung Struktur und Größe des Problems in einem Unternehmen festgestellt werden. Darauf aufbauend werden Interventionsschwerpunkte festgelegt.

Ansatzpunkte gegen Absentismus und Präsentismus

Die Möglichkeiten, Absentismus und Präsentismus in Unternehmen zu verringern, sind vielfältig. Individuelle und organisationsbezogene, verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen sollten ein Gesamtpaket bilden. So greifen die Maßnahmen der verschiedenen Ansätze ineinander, ergänzen und unterstützen sich gegenseitig. Effekte werden maximiert.

Organisationsbezogene und verhältnisorientierte Maßnahmen können sein: eine gesundheitsunterstützende Unternehmenskultur entwickeln und umsetzen, stressreduzierende Organisations- und Kommunikationsstrukturen einrichten, Führungskräfte für teamorientierte Führung trainieren, Gesundheitszirkel implementieren usw. Auch Aktivitäten der Arbeitssicherheit und ergonomische Gestaltung der Arbeitsplätze gehören dazu. Auf der anderen Seite ermöglichen verhaltensorientierte Maßnahmen Mitarbeitern, selbst etwas gegen ihre Gesundheitsprobleme zu unternehmen. Das Unternehmen sollte Betroffene im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Angeboten unterstützen und Gesunden präventive Möglichkeiten bieten. – Dieser Beitrag konzentriert sich auf den individuellen, verhaltensorientierten Ansatz, Präsentismus und Absentismus zu reduzieren. Zu organisationsbezogenen Maßnahmen siehe den Beitrag von Badura in diesem Buch.

Wissenschaftliche Basis

Bisher gibt es nur wenige Interventionen, die evaluiert wurden. So erweiterte nach Mills et al. (2007) Unilever GB sein umfangreiches Gesundheitsangebot z.B. um Aktivitäten zum Schmerzmanagement, zur Schlafverbesserung und verstärkte die Stressbewältigungsangebote. Jeder Befragungsteilnehmer erhielt eine individuelle Auswertung seiner Angaben sowie Hinweise auf Angebote für seine Gesundheitsprobleme. Im Intranet wurde ein Gesundheitsportal eingerichtet mit Informationen und Online-Selbstmanagement-Programmen. Per E-Mail kamen sowohl individualisierte Unterstützung als auch ein regelmäßiger Newsletter. Es konnte eine außerordentlich hohe Steigerung der Produktivität um 8,5 % erzielt werden. Der return-on-invest (ROI) lag bei 1 : 6,19 Pounds.

Eine schwedische Studie (Aronsson et al 2000) stellte fest, dass 64 % der Teilnehmenden über Kopfschmerzen in den letzten drei Monaten berichteten, verbunden mit einer 25%-igen Leistungsminderung. Bei Migräne waren es

sogar 41 %. Da bekannt ist, dass die meisten Betroffenen nicht in ärztlicher Behandlung sind oder keine adäquate Medikation bekommen, erhielten die Betroffenen Informationen über den aktuellen Stand der Kopfschmerz-Medikation. Dadurch konnten die verlorenen Tage um 40 % reduziert werden. Ergänzend stellte auch die niederländische Studie von Pop u.a. (Pop et al 2002) fest, dass nur 10 % der Beschäftigten mit Migräne migränespezifische Medikamente, z.B. Triptan, nahmen. Die anderen behandelten sich selbst mit OTC-Präparaten. Speziell die Belastung von Mitarbeitern und Unternehmen durch Allergien untersuchten Bunn et al (2003) in der Allergie-Saison 2001. Je stärker die Allergie ausgeprägt war, desto geringer war die Gesamteffektivität bei der Arbeit (-29 %). Nutzten die Betroffenen nichtmüdemachende Antihistamine, so reduzierten sich die Verluste auf 15 % in der am stärksten betroffenen Gruppe.

Eine Systematik verhaltensorientierter Absentismus-Präsentismus-Interventionen

Es bietet sich an, Interventionen nach Intensität der Betreuung und damit nach Personaleinsatz und Kosten zu differenzieren. Die Autoren schlagen drei aufeinander aufbauende Interventionsebenen vor.

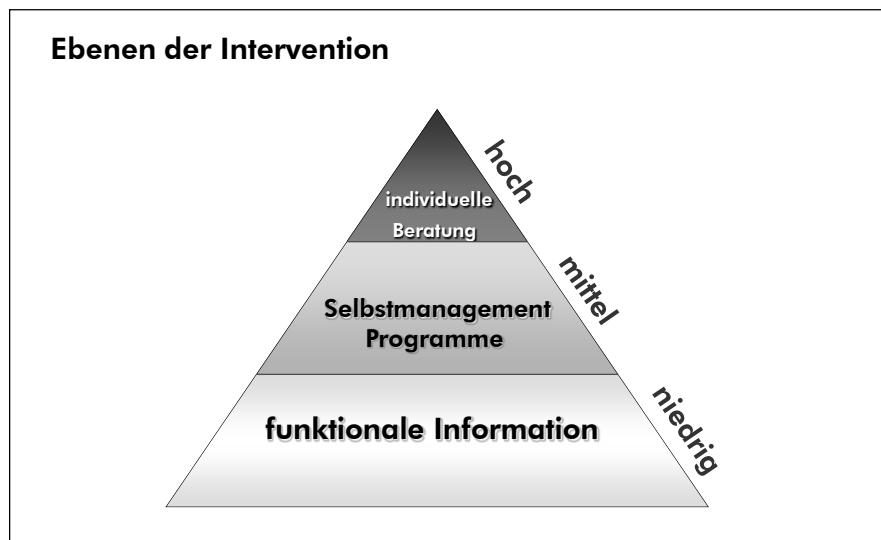


Abbildung 4 Hierarchisch aufgebaute Interventionsebenen für Präsentismus-Absentismus-Programme

Ebene 1: Funktionale Information

Schriftliche Unterlagen zu jedem der ausgewählten Gesundheitsprobleme. Die Papiere enthalten aktionsorientierte Informationen, was der Betroffene selbst

gegen seine Beschwerden tun kann, z.B. Lebensstilveränderungen, schulmedizinische Möglichkeiten, wissenschaftlich anerkannte alternative Methoden. Aus diesen wählt der Einzelne aus. Ein Beispiel ist die schwedische Studie, in der Migränebetroffene Informationen über neue wirksamere Medikamente erhielten. – Empfehlenswert ist ein Projektstart auf dieser niedrigsten Interventionsebene, die allen Mitarbeitern angeboten werden sollte.

Ebene 2: Selbstmanagement-Strategien

Selbstmanagement-Programme – schriftlich oder online – bieten neben Informationen zusätzlich konkrete Anleitungen für die Umsetzung, die die individuellen Möglichkeiten und Vorlieben berücksichtigen. Beispiel dafür ist das Programm von Lorig et al. (2004) für Menschen mit Arthritis.

Ebene 3: Persönliche Beratung

Diese höchste Interventionsstufe kann z.B. Mitarbeitern angeboten werden, die sehr stark von einem Gesundheitsproblem oder durch mehrere Probleme gleichzeitig betroffen sind. Es handelt sich um Angebote mit persönlicher Beratung, in der auf die Arbeits- und Lebenssituation des oder der Betroffenen individuell eingegangen werden kann, z.B. in Kursen, Einzelberatungen. Beispiele sind die Studien zu Schlafproblemen mit kognitiver Verhaltenstherapie, Entspannungstechniken und Ausdauertraining.

Auf allen Ebenen sollten die Angebote des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, des Betriebsärztlichen Dienstes, der Krankenkassen und ggf. von EAP-Programmen einbezogen werden, z.B. durch Hinweise in den Informationsbroschüren, Selbstmanagement-Programmen sowie individuellen Beratungen und Kursen. Auf diese Weise erhalten die bestehenden Angebote des Gesundheitsmanagements zusätzliche Teilnehmer. Es werden außerdem Zielgruppen gewonnen, die bisher nicht zur typischen (schon gesundheitsorientierten) Klientel gehörten. – Darüber hinaus können Gesundheitsangebote gezielt für die Problemschwerpunkte ausgebaut werden.

Gewinn für Mitarbeiter und Unternehmen

Die Philosophie von Absentismus-Präsentismus-Programmen zielt auf eine Win-Win-Situation. Die betroffenen Mitarbeiter erreichen mehr Gesundheit und Wohlbefinden, ein Gewinn für das berufliche und das private Leben. Für Unternehmen liegt der Gewinn vor allem in gesteigerter Produktivität. Zusätzlich sind weiterer attraktiver Nutzen auf beiden Seiten zu erwarten.

Derzeit liegen nur wenige Untersuchungen von Präsentismus-Interventionen vor, die erlauben, Effekte abzuschätzen. Deshalb nutzte das Modell von Iverson und Lynch (2007) für die Vorhersage von Interventionseffekten die empirisch belegte Wirksamkeit von Behandlungsmethoden für die 13 Gesundheitsprobleme. Beispiele: kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen, Gewichtsreduktion bei Diabetes im Rahmen des Betrieblichen Ge-

sundheitsmanagements und in anderen Settings. Es wurden Methoden einbezogen, die das anerkannte Cochrane-Institut als wissenschaftlich gesichert ansieht.

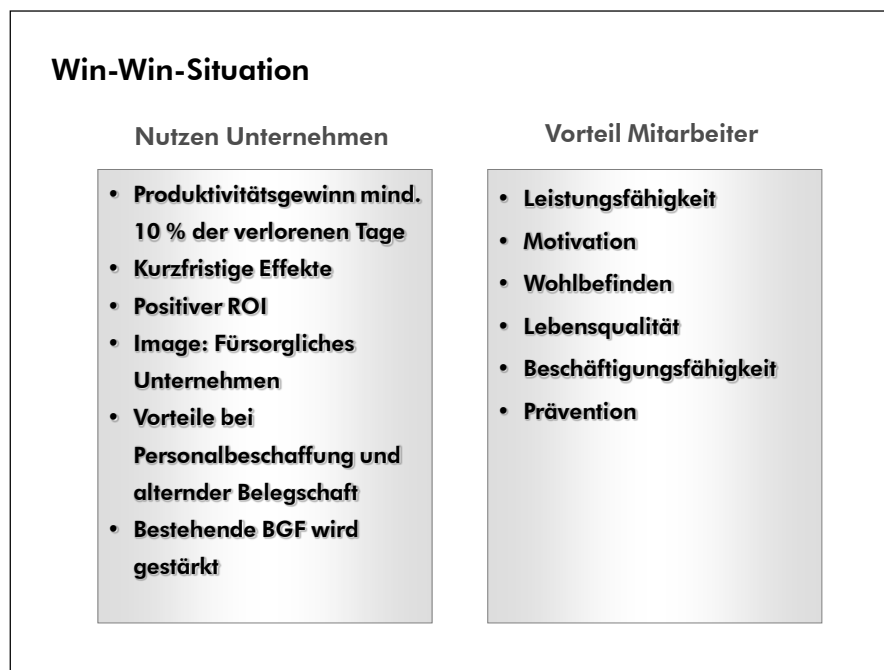


Abbildung 5 Vorteile für Mitarbeiter und Unternehmen

Auch die Schätzung der Interventionseffekte im Modell erfolgte konservativ. Sie zeigt, dass allein durch die Basisintervention (Ebene 1, funktionale Information) 10 % der Absentismus-Präsentismus-Verluste zurückgewonnen werden können. Der kalkulierte prospektive return-on-invest (ROI) wird zwischen 1 : 2 und 1 : 4 liegen.

Erkenntnisse aus einem aktuellen Praxisprojekt

In der Analysephase eines Präsentismus-Interventions-Projekts bei einem großen deutschen Markenartikelhersteller (Herbst 2008) ergab sich ein Produktivitätsverlust durch Absentismus und Präsentismus von 21 Tagen pro Jahr und Mitarbeiter. Davon 16 Tage – also mehr als 70 % – durch Präsentismus.

Die größten Produktivitätsräuber waren Stress, Schlafstörungen und Depressionen mit Präsentismus-Verlusten, die 4- bis 10-mal höher ausfielen als die durch Absentismus. Kopfschmerzen, die beim Modell von Iverson und Lynch an erster Stelle stehen, folgen bei diesem Unternehmen erst auf Platz 7.

Um treffgenau Interventionen auszuwählen, ist also zuvor eine unternehmensspezifische Analyse unbedingt erforderlich. In die Vorbereitung wurden alle wichtigen Akteure (Geschäftsführung, Betriebsrat, Datenschutz, Betriebsarzt, Kommunikation) einbezogen. Ein bedeutender Erfolgsfaktor für Gesundheitsprojekte ist eine möglichst hohe Beteiligung. Von den über 1.000 Mitarbeitern füllten 52 % den Fragebogen aus. Das Vertrauen in einen funktionierenden Datenschutz, das diese hohe Beteiligung widerspiegelt, wurde im Vorfeld durch systematische, mehrstufige Kommunikation aufgebaut.

- Im Intranet wurde zuerst allgemein über Präsentismus berichtet. Es folgte die Ankündigung der Befragung, die durch externe Partner durchgeführt wurde. Daten werden nur im aggregierten Zustand an das Unternehmen weitergeleitet. Außerdem sicherte das Unternehmen zu, tatsächlich Gesundheitsmaßnahmen zu installieren, wenn die Ergebnisse das zeigen.
- Damit die Teilnehmenden unmittelbaren Nutzen hatten, konnten sie am Ende der Befragung Informationspapiere zu den jeweils relevanten Gesundheitsproblemen herunterladen (Interventionsebene 1). Es erfolgten ca. 1.400 Downloads. Die gewählten Themen spiegelten die Gesundheitsprobleme wider.

Aufgrund einer detaillierten Auswertung werden nun Interventionen erarbeitet, mit denen das Unternehmen die vorrangigen Gesundheitsprobleme verringern kann.

Ein Blick in die gesundheitliche Zukunft

Alternde Belegschaften, längere Lebensarbeitszeiten sowie die Zunahme chronischer Erkrankungen machen erfolgreiches Gesundheitsmanagement immer wichtiger. Die Hochrechnung des World Economic Forums (2008) geht davon aus, dass es in zehn Jahren insgesamt 17 % mehr chronische Erkrankungen geben wird. Menschen werden immer früher an chronischen Erkrankungen leiden. Jetzt schon haben Beschäftigte mit Ende 30 bis Anfang 40 zwei oder mehr Risikofaktoren und mindestens eine chronische Krankheit. Beispiel Diabetes: Hier wird in den nächsten Jahren eine enorme Zunahme erwartet. Die jüngsten Menschen mit „Alters-Diabetes“ (Typ II) sind heute schon unter 10 Jahren alt.

In der INQUA-Befragung zur Qualität der Arbeit wird nach Hollman & Heyer (2008) festgestellt, dass Beschäftigte über 55 Jahre zwar seltener krank sind, dann aber doppelt so lange ausfallen wie jüngere Beschäftigte. Ohne Gesundheitsinterventionen muss befürchtet werden, dass Absentismus und Präsentismus erheblich zunehmen. Es lohnt sich also auch aufgrund dieser Perspektive, in die Gesundheit von Mitarbeitern zu investieren, damit diese so lange wie möglich so gesund wie möglich bleiben.

Diese Perspektiven unterstreichen die Schlussfolgerung des World Economic Forums zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement: "There is no choice. It's not philanthropy. It's enlightened self-interest." (World Economic Forum 2008).

Literatur

- Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M (2000) Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. *J of Epidemiology & Community Health* 54:502–509
- Badura B (2006) Vortrag: Die gesunde Organisation und die gesunden Mitarbeiter. 5. BGF-Symposium „Status und Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung“. AOK-Bildungszentrum, Grevenbroich
- Baase CM (2007) Auswirkungen chronischer Krankheiten auf Arbeitsproduktivität und Absentismus und daraus resultierende Kosten für die Betriebe. In: Badura B (Hrsg) Fehlzeiten-Report 2006. Springer, Heidelberg, S 45–59
- Badura B (2007) Fehlzeiten-Report 2006. Springer, Heidelberg
- Bödeker W, Hüsing T (2008) IGA-Report 12 – IGA Barometer 2. Welle: Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und betrieblicher Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit – 2007. Essen
- Bunn WB, Pikelny DB, Paralkar S et al (2003) The burden of allergies and the capacity of medication to reduce this burden. *JOEM* 45 (9):941–955
- Burton WN, Conti DJ, Chen C et al (1999) The role of health risk factors and disease on worker productivity. *JOEM* 41:863–877
- Burton WN, Chen C, Conti DJ et al (2006) The association between health risk change and presenteeism change. *JOEM* 48:252–263
- Burton M, Morrison A, Ross M et al (2006) Systematic review of studies of productivity loss due to rheumatoid arthritis. *Occupational Medicine* 56:18–27
- Collins JJ, Baase CM, Sharda CE et al (2005) The assessment of chronic health conditions on work performance, absence and total economic impact for employers. *JOEM* 47:547–557
- Glazer W, Erman MK, Becker P (2006) Poor Sleep: The Impact on the Health of our Patients. Medscape. www.medscape.com/viewprogram/3095_pnt.
- Goetzel RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ (2001) Health and productivity management – establishing key performance measures, benchmark and best practices. *JOEM* 43:10–17
- Hemp P (2005) Krank am Arbeitsplatz. *Harvard Business manager* 1:47–60
- Hollmann D, Heyer A (2008) Gesund arbeiten – eine Bilanz. *Personal* 03:14–16
- Koopmann C, Pelletier KR, Murray JF et al (2004) Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *JOEM* 44:14–20
- Lampl C, Buzath A, Baumhackl U et al (2003) One-year prevalence of migraine in Austria: a nation-wide survey. *Cephalalgia* 23:280–286
- Leger D, Guilleminault C, Dreyfus M et al (2000) Prevalence of insomnia in a survey of 12 778 adults in France. *Journal of Sleep Research* 9:35–42

- Lerner D, Amick B (2001) WLQ – Work limitation questionnaire. In: Lynch W, Mercer WM, Riedel JE (2001) Measuring employee productivity – a guide to self-assessment tools. Institute for Health & Productivity Management
- Lorig KR, Ritter PL, Laurent DD et al (2004) Long-term randomized controlled trials of tailored-print and small-group arthritis self-management interventions. *Medical Care* 42, 4:346–354
- Lynch W, Mercer WM, Riedel JE (2001) WPAI – Work productivity and activity short inventory. In: Lynch W, Mercer WM, Riedel JE Measuring employee productivity – a guide to self-assessment tools. Institute for Health & Productivity Management:28–31
- Lynch W, Mercer WM, Riedel JE (2001) Measuring employee productivity – a guide to self-assessment tools. Institute for Health & Productivity Management
- Mills PR, Kessler RC, Cooper J (2007) Impact of a health risk promotion program on employee health risk and work productivity. *American Journal of Health Promotion* 22, 1:45–53
- Pop PH, Gierveld CM, Karis HA et al (2002) Epidemiological aspects of headache in a workplace setting and the impact on the economic loss. *Eur J Neurol* 9 (2):171–174
- Stewart WF, Ricci JA, Chee E et al (2003) Lost productivity time costs from health conditions in den United States: Results from the american productivity audit. *JOEM* 45:1234–1246
- Turpin RS, Ozminkowski RJ, Sharda CE et al (2004) Reliability and validity of the stanford presenteeism scale. *JOEM* 46:1123–1133
- Wallat FG (2007) Gesundheit und Produktivität im Unternehmen – Eine empirische Analyse am Beispiel der Henkel KGaA. Hochschule Niederrhein
- World Economic Forum (2008) Working towards wellness: The business rationale. Ref. 150 108 in Kooperation mit PriceWaterhouseCooper

