Bundesinstitut für Berufsbildung Die freie Verfügbarkeit der Online-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch das Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB), Stabsstelle »Publikationen und wissenschaftliche Informationsdienste«.
BY-NC-ND

Sozialer Fortschritt, 67 (2018), 303 – 325
Duncker & Humblot, 12165 Berlin

Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten

Laura Schoger und *Christiane Gross*

Zusammenfassung

Aufbauend auf theoretischen Ansätzen und empirischer Evidenz zum Zusammenhang von Bildung/Beruf auf der einen Seite und Stress/Gesundheit auf der anderen Seite liefert der Beitrag ein theoretisches Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten. Dabei wird sowohl der Zusammenhang zwischen Bildung/Beruf und Arbeits(un)fähigkeit diskutiert, als auch motivational bedingte Aspekte zur Arbeitswilligkeit (Präsentismus versus Absentismus). Limitationen des Modells werden aufgezeigt und Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung des Modells geliefert.[1]

Abstract: Modell for Explaining Occupational Absences

The contribution introduces a theoretical model to explain absence based on theoretical approaches and empirical evidence on education/job and stress/health. The model accounts for both, the association of education/job and ability to work and motivational aspect of the willingness to work (presentism versus absenteeism). We also discuss limitations of the model that are good starting points for further developments of the model.

JEL-Klassifizierung: I12, I2, J24

[1] Diese Arbeit entstand innerhalb des durch das BMBF geförderten Verbundprojekts „Interaktionen von Bildung, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit (IBiGA)“ im Rahmen des Forschungsvorhabens zum Thema „nicht-monetäre Erträge von Bildung“. Wir danken dem BMBF für die finanzielle Unterstützung. Auch danken wir Andrea Mühlenweg, einem/r anonymen Gutachter/in sowie den Teilnehmenden der ad-hoc Gruppe „nicht-monetäre Bildungserträge im Lebensverlauf“ auf dem 38. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) im September 2016 in Bamberg für wertvolle Anregungen.

1. Einleitung

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2017a) schätzt die volkswirtschaftlichen Kosten von Arbeitsunfähigkeit auf der Basis von durchschnittlich 15,2 Fehltagen pro Arbeitnehmer/in auf 177 Milliarden Euro in Deutschland für das Jahr 2015 bedingt durch die Ausfälle bei Bruttowertschöpfung und volkswirtschaftlicher Produktion (BAuA 2017a).

Trotz der gravierenden gesamtgesellschaftlichen Kosten, die durch berufliche Fehlzeiten anfallen, wird die Thematik in Disziplinen wie etwa der (Gesundheits-)Soziologie, Epidemiologie und *Public Health* Forschung kaum theoretisch und empirisch behandelt. Zwar werden Bezüge zwischen Bildung und Gesundheit oder Beruf und Gesundheit im Rahmen der gesundheitlichen Ungleichheitsforschung vertieft untersucht; wie sich jedoch gesundheitliche Beeinträchtigungen je nach Bildung und Beruf tatsächlich in Fehlzeiten transferieren lassen, bleibt dabei ein blinder Fleck.

Während die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2017a) Arbeitsunfähigkeit mit Fehlzeiten gleichgesetzt, unterscheiden wir im Rahmen dieses Beitrags zwischen Fehlzeiten, die durch Arbeits(un)fähigkeit und Arbeitswilligkeit bedingt werden. Arbeits(un)fähigkeit ist dabei grundlegend gesundheitlich bedingt und ist abhängig von berufsbedingten Rahmenbedingungen und bildungsbedingten kognitiven Ressourcen. Arbeitswilligkeit dagegen berücksichtigt die Phänomene des Präsentismus (keine Fehlzeit trotz prinzipieller Arbeitsunfähigkeit) und des Absentismus (Fehlzeit trotz prinzipieller Arbeitsfähigkeit).

Zunächst wird der Forschungsstand zu Bildung, Beruf (Arbeitsbedingungen) und Gesundheit dargestellt (Abschnitt 2) und anschließend durch Darstellung theoretischer Ansätze ergänzt (Abschnitt 3). Basierend auf diesen Wissensbeständen wird ein theoretisches Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten vorgestellt (Abschnitt 4). Die anschließend aufgeführten Modelllimitationen (Abschnitt 5) liefern sodann Anhaltspunkte für potentielle Weiterentwicklungen des Modells als auch Vorschläge zur empirischen Prüfung des Modells, die in einem Ausblick (Abschnitt 6) dargestellt werden.

2. Forschungsstand

2.1 Zusammenhang von Bildung und Gesundheit

Der empirische Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen und dem gesundheitlichen Status der Menschen wurde bereits mehrfach belegt. Viele Studien konnten zeigen, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status einen schlechten Gesundheitszustand aufweisen, eher gesundheitlich beeinträch-

tigt sind und früher sterben (*Mielck* 2005; *Richter/Hurrelmann* 2009). Dieser Zusammenhang wird mit dem Begriff „gesundheitliche Ungleichheit" umschrieben (*Lampert/Mielck* 2008). Ebenfalls ist das Einkommen der Eltern mit der selbsteingeschätzten Gesundheit bei Jugendlichen assoziiert, was *Heilmann* et al. (2017) mittels Analyse der Daten des Nationalen Bildungspanels zeigen[2]. Dies verweist auf die intergenerationale Wirkung von Lebenschancen in unterschiedlichen Bereichen. In den meisten Studien wird das Einkommen zur Beschreibung des sozioökonomischen Status verwendet (*Mielck* 2012). Für Bildung liegen dagegen weniger Ergebnisse vor (*Kroll/Lampert* 2009), auch wenn auf internationaler Ebene der Zugang zu Bildung als essentiell für die Verbesserung des Gesundheitszustandes im Lebensverlauf gesehen wird (*Viner* et al. 2012).

Morbidität und Mortalität

Lampert et al. (2005) konnten anhand der Daten des Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts einen Zusammenhang zwischen Bildung und Morbidität feststellen: Männer und Frauen mit einem Volks- oder Hauptschulabschluss haben im Vergleich zu Personen mit einer Hochschulzugangsberechtigung ein erhöhtes Risiko[3] eine länger andauernde bzw. wiederkehrende Krankheit oder Gesundheitsstörung zu haben. Bei Betrachtung einzelner Erkrankungen zeigen die Ergebnisse, dass sowohl Herzkreislauf-Erkrankungen, chronischer Rückenschmerz und Arthrose bei Männern sowie Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2 und chronische Bronchitis bei Frauen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen besonders häufig sind (*Lampert* et al. 2005). Es können nur wenige Krankheiten, wie Allergien oder spezielle Krebserkrankungen, identifiziert werden, die unabhängig von der Bildung gleichverteilt auftreten oder eher in besser gestellten Schichten[4] zu finden sind (*Hradil* 2009). Zudem ist ein Anstieg der Krankheitshäufigkeit bei Personen mit einem geringeren Bildungsstand festzustellen (*Goldman/Smith* 2011).

Die Studie von *Goldman* und *Smith* (2011) konnte außerdem Bildungsunterschiede bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes entdecken: Personen mit einem geringeren Bildungsstand beschreiben ihren Gesundheitszustand häufiger als ausreichend oder schlecht und schätzen ihn insgesamt im

[2] Welle 2 der Startkohorte 3 bestehend aus Schülerinnen und Schüler der sechsten Klasse.

[3] Unter Kontrolle des Alterseffekts.

[4] Laut Hradil gehören Gruppierungen zu einer „Schicht", die eine ähnliche Berufsstellung sowie Ausstattung bezüglich Wohlstand und Bildungs(abschlüsse) besitzen (*Hradil* 2009).

Vergleich zu Höhergebildeten schlechter ein (*Goldman/Smith* 2011).[5] Auch die Daten des Gesundheitssurveys bestätigen dies für Frauen aller Altersgruppen sowie für Männer ab dem 30. Lebensjahr (*Lampert/Mielck* 2008).

Ein niedriger Bildungsstand ist darüber hinaus nicht nur positiv assoziiert mit dem Auftreten körperlicher, sondern auch mit dem Auftreten psychischen Erkrankungen (*Lampert* et al. 2005; *Abel* et al. 2007; *Choi* et al. 2011). Männer und Frauen mit einem niedrigen sozialen Status sind deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen als Personen mit einem hohen Sozialstatus (*Lampert/Mielck* 2008). Statusspezifische Unterschiede zeigen sich bei Männern insbesondere bezüglich affektiver und somatoformer sowie Angststörungen. Hier ist die Auftretenswahrscheinlichkeit in der niedrigsten im Vergleich zur höchsten Statusgruppe deutlich erhöht. Frauen der unteren Statusgruppe sind dagegen häufiger von affektiven Störungen betroffen (*Lampert/Mielck* 2008).

Eine Studie, die auf den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) basiert, gibt zudem Aufschluss darüber, dass das häufige Auftreten von Krankheiten in den unteren Statusgruppen mit höherer Mortalität korrespondiert (*Lampert* et al. 2007). Bei Betrachtung der Bildungsgruppen zeigt sich, dass die Lebenserwartung in der unteren im Vergleich zu der oberen Bildungsgruppe sowohl bei Frauen als auch bei Männern deutlich geringer ist (*Mielck* 2012).

Gesundheitswissen und -verhalten

Zu den sozialen Mechanismen, die für den Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit verantwortlich sind, zählt das Gesundheitswissen (health literacy). Es ist das Wissen um gesundheitsförderliches und -schädliches Verhalten (*Grossman/Kaestner* 1997). Es ist notwendig zur Identifikation und Klassifikation eines psychischen und physischen Zustandes als Krankheit (*Gross* et al. 2015). Bildung erhöht das Gesundheitswissen (*Rosenzweig/Schultz* 1981, 1991; *Nutbeam* 2008). Durch die Vermittlung von Bildung und Förderung u. a. von Begabungen im Kindes- und Jugendalter, wird die gesundheitliche Entwicklung gefördert, die bis in das Erwachsenenalter Wirkung zeigt (*Lampert* et al. 2005). Laut *Goldman* und *Smith* (2011) können Höhergebildete Gesundheitswissen effizienter anwenden und zeigen daher ein besseres Gesundheitsverhalten.

Die Entstehung von manchen chronischen Krankheiten und Beschwerden kann nach *Lampert* und *Mielck* (2008) teilweise auf verhaltensbezogene Risiko-

[5] Auch bei Betrachtung des erreichten Ausbildungsabschlusses ist zu erkennen, dass Frauen und Männer mit einer einfachen beruflichen Qualifikation ihre eigene Gesundheit im Vergleich zur hochqualifizierten Gruppe nur halb so oft als sehr gut bezeichnen (*Lampert* et al. 2005).

faktoren wie Rauchen, Bewegungsmangel und Übergewicht zurückgeführt werden. *Rauchen* stellt dabei das größte Risiko in den westlichen Industriestaaten dar und ist ein starker Prädiktor für Arthritis, Herz- und Lungenkrankheiten (*Goldman/Smith* 2011). Es ist erkennbar, dass das Gesundheitsverhalten sozial bedingt ist. Zahlreiche Studien belegen, dass Frauen und Männer mit Hauptschulabschluss deutlich häufiger rauchen, als Personen mit Abitur (u. a. *Helmert* 2003; *Lampert/Mielck* 2008). Zudem rauchen Personen mit akademischen Berufen weniger (*Lampert* et al. 2005). Bildungsbedingte Unterschiede im Rauchstatus können laut einer Studie von *Meyer* und *Künn-Nelen* (2014) teilweise durch ergonomische, psychische und soziale Anforderungen im Job erklärt werden.

Neben Rauchen ist die *körperliche Aktivität* ein wichtiges Handlungsfeld für Prävention und Gesundheitsförderung. Regelmäßige körperliche Aktivität trägt zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und demzufolge zur Krankheitsvermeidung bei (*Mensink* 2003). Bildungsdifferenzen sind in Bezug auf Sportaktivitäten bei den Inaktiven zu erkennen. Männer und Frauen, die einen Volks- oder Hochschulabschluss haben, sind häufiger sportlich inaktiv, als die jeweilige Vergleichsgruppe mit Abitur (*Lampert* et al. 2005).

Für Personen aller Bildungsschichten ist eine Erhöhung von *Fettleibigkeit* zu verzeichnen, wobei ein größerer Anstieg in der niedrigsten Bildungsgruppe erkennbar ist (*Goldman/Smith* 2011). Ein hohes Körpergewicht bzw. Adipositas fördert die Entwicklung von chronischen Krankheiten und Gesundheitsstörungen, die die Lebensqualität einschränken. Besonders Krankheiten wie Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall oder Diabetes mellitus werden begünstigt (*Lampert* et al. 2005). Die Studie von *Cutler* und *Lleras-Muney* (2010) kommt zu dem Ergebnis, dass der Anteil an fettleibigen Personen ab 12 Schuljahren rasant abnimmt.

Bezüglich der Inanspruchnahme von *Vorsorgeuntersuchungen* gibt es divergierende Studienergebnisse. Daten des Gesundheitssurveys zeigen, dass Frauen und Männer der niedrigsten Bildungsgruppe eher einen Gesundheits-Check-up[6] machen lassen, als die mittlere oder obere Bildungsgruppe. Ähnlich sieht es bezüglich der Krebsfrüherkennungsuntersuchung aus. *Lampert et al.* (2005) schließen demzufolge darauf, dass die untere Bildungsgruppe ebenso oder sogar häufiger Versorgungsangebote nutzt (*Lampert* et al. 2005). Die Studie von *Cutler* und *Lleras-Muney* (2010) fand dagegen heraus, dass höher Gebildete eher ein präventives Gesundheitsverhalten zeigen, indem sie häufiger Versorgungsangebote wahrnehmen. Ihren Ergebnissen zufolge lassen Frauen aus der oberen Bildungsgruppe regelmäßiger Mammographien und Pap-Tests[7] ma-

[6] Gesundheits-Check-ups sind für Männer und Frauen ab 35 Jahren und werden alle zwei Jahre von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen.

[7] Ein Abstrich dient zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs.

chen. Zudem gehen höhergebildete Männer und Frauen eher zur Darmkrebsfrüherkennung und lassen sich eher eine Grippeschutzimpfung geben (*Cutler/Lleras-Muney* 2010). Der Grund für diese divergierenden Forschungsergebnisse kann jedoch in den verschiedenen Samples und den damit verbundenen Gesundheitssystemen oder in der jeweiligen Auswahl der Vorsorgeuntersuchungen begründet sein (vgl. *Cutler/Llenas-Muney* (2010) für die USA und UK mit *Lampert* et al. (2005) für Deutschland).

2.2 Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Höhere Bildung ist in der Regel mit mehr Chancen auf dem Arbeitsmarkt und generell höherer Beschäftigungsfähigkeit verknüpft (*Berntson* et al. 2006). Berufe stellen unterschiedliche Anforderungen an die physische, als auch an die psychische Gesundheit, sie sind mit unterschiedlichen Stress-Level assoziiert und beeinflussen den Gesundheitszustand (*Lampert* et al. 2005). Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen der arbeitsweltlichen[8] und der gesundheitlichen Situation. Je nach Beschäftigung unterscheiden sich die Arbeitsbedingungen. Bildungsferne Berufe gehen häufiger mit gesundheitlichen Belastungen und Gefährdungen einher, wie körperlich schwere Arbeit, Nacht-, Schicht- oder Akkordarbeit, Unfallrisiken oder Lärm- und Schadstoffbelastung (*Oppolzer* 1994; *Borg/Kristensen* 2000). Unregelmäßige Arbeitszeiten bzw. Schichtarbeit erhöhen die Unfall- bzw. Krankheitsrate um etwa ein Zehntel (*Lampert* et al. 2005).

Arbeitsbezogene Stressoren

Stress ist eine Hauptdeterminante des Gesundheitsstatus (*Backé* et al. 2012; *Steptoe* 1991). Stressoren sind Bedingungen, die Stress auslösen. Arbeitsbezogene Stressoren sind u. a. die Beschäftigungssituation, wie atypische Beschäftigungsformen (Teilzeit, befristet Arbeitsverträge, Zeitarbeit, geringfügige Beschäftigung). Auch Arbeitsplatzunsicherheit gilt als Stressor. Je höher die wahrgenommene Arbeitsplatzunsicherheit, desto größer ist die berichtete Beanspruchung (*Ferrie* et al. 2005; *Gross* et al. 2017). Ein weiterer Stressor sind Brüche und Wechsel in der beruflichen Laufbahn. Laut *Rigotti* et al. (2014), zählen dazu auch Übergänge, die mit einem Karriereaufstieg verbunden sind. Sie gehen mit einer kurzfristigen höheren psychischen Beanspruchung einher (*Rigotti* et al. 2014). Physische und psychische Belastungen sind eher bei Personen mit geringerem Einkommen und einer statusniedrigen Position zu finden (*Greiner* 2001). Je höher die Belastungen, desto größer die Wahrscheinlichkeit einen

[8] Unter der arbeitsweltlichen Situation ist neben der Stellung im Beruf auch die ausgeübte Tätigkeit zu verstehen inkl. Dauer und Lage der Arbeitszeit (*Lampert* et al. 2005).

schlechten Gesundheitszustand aufzuweisen (*Meyer/Künn-Nelen* 2014). Personen mit einem höheren Bildungsniveau können eher besser mit Stressbelastungen umgehen (Coping-Strategien), da negative Folgen von Stress auf die Gesundheit durch Bildung abgemildert werden können (*Merritt* et al. 2004). Auch soziale Ressourcen haben einen positiven Einfluss auf die Gesundheit (*Nuckolls* et al. 1972). Ein soziales Netzwerk kann z. B. Rückhalt und Unterstützung darstellen, besonders in akuten und chronischen Stresszeiten (*Jungbauer-Gans/Gross* 2009; *Link/Phelan* 2000).

Arbeitsbedingte Morbidität und Krankheitsfolgen

Zu den Erkrankungen, die durch die Berufstätigkeit verursacht werden, zählen Arbeits- und Wegeunfälle sowie Berufskrankheiten[9]. Folgen sind Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitationsmaßnahmen, Frühberentung und Behinderung. Routinedaten der Unfallversicherungen zeigen, dass die Zahl der gemeldeten Arbeitsunfälle seit mehreren Jahren rückläufig ist (BAuA 2017). Auch die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle ist gesunken (*Lampert* et al. 2005; BAuA 2017). Jedoch bestehen zwischen den Branchen noch große Unterschiede: Während die meisten meldepflichtigen Arbeitsunfälle[10] in den Wirtschaftszweigen Baugewerbe, Verkehr und Lagerei sowie Gastgewerbe zu verzeichnen sind, sind die geringsten in den Zweigen Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Information und Kommunikation sowie Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen bekannt (BAuA 2017). Des Weiteren zeigen Mikrozensus-Daten, dass von den Erwerbstätigen, die durch eine Krankheit oder einen Unfall gesundheitlich eingeschränkt sind, circa ein Fünftel der Krankheiten durch die Arbeit verursacht bzw. verschlimmert wurde. Bei Betrachtung der Stellungen im Beruf lassen sich ebenfalls statusspezifische Unterschiede erkennen. Den höchsten Anteil an arbeitsbedingten Erkrankungen haben Selbstständige sowie Arbeiterinnen und Arbeiter, den geringsten Anteil Angestellte (*Lampert* et al. 2005).

Die dadurch verursachten Ausfalltage variieren je nach Krankheit. Während psychische und Herz-Kreislauf-Krankheiten lange Ausfalltage mit sich bringen, verursachen Atemwegserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems zwar häufige, aber gleichzeitig geringere Ausfallzeiten (*Lampert* et al. 2005). Zudem variieren die Fehlzeiten je nach Beruf. Statushöhere Berufe haben insgesamt weniger Ausfallzeiten zu verzeichnen. Die Häufigkeit und die Art der Er-

[9] Um eine Berufskrankheit handelt es sich, wenn es jeweils einen Zusammenhang zwischen der versicherten Tätigkeit und deren schädigender Einwirkung, als auch zwischen der Einwirkung und der Erkrankung gibt. Diese muss zudem in einer Berufskrankheiten-Liste erfasst sein (*Lampert* et al. 2005).

[10] Meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1.000 Vollarbeiter im Jahr 2016.

krankung werden ebenfalls durch den jeweiligen Beruf beeinflusst. Sie sind auf die teilweise extrem divergierenden Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Verletzungen und muskuloskelettale Erkrankungen verursachen beispielsweise über die Hälfte der Erkrankungen im Baugewerbe. Dies ist u. a. auf die Belastungen für das Bewegungssystem zurückzuführen. Dagegen sind diese Erkrankungen eher seltener im Banken- und Versicherungsgewerbe. Die meisten Fehltage sind in den Wirtschaftszweigen Verkehr und Lagerei (23,0 Tage), Öffentliche Verwaltung, Verteidigung und Sozialversicherung (22,4 Tage) und Metallerzeugung (22,3 Tage) zu verzeichnen, die wenigsten in den Bereichen Freiberufliche, wissenschaftliche und technische Dienstleistungen (12,2 Tage), Information und Kommunikation (12,4 Tage) sowie Finanz- und Versicherungsdienstleistungen (13,8 Tage)[11] (BAuA 2017). Mit dem Alter steigen zudem insgesamt die Ausfalltage (*Lampert* et al. 2005; BAuA 2017).

Präsentismus und Absentismus

Präsentismus bezeichnet das Verhalten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. Dies kann u. a. aufgrund von emotionaler Bindung bzw. Pflichtgefühl geschehen, aus Ehrgeiz oder aus vermeintlicher Unentbehrlichkeit (Badura et al. 2013). Mehreren Umfragen zufolge gehen innerhalb eines Jahres zwischen 65 bis 75 Prozent der Befragten in Deutschland trotz gesundheitlicher Beschwerden zur Arbeit[12]. Das entspricht dem europäischen Durchschnitt zwischen 50 und 70 Prozent[13] (Eurofound 2010; *Steinke/Badura* 2011a). Ein Drittel gibt sogar an entgegen der Empfehlung eines Arztes bzw. einer Ärztin die Arbeit aufzusuchen (*Steinke/Badura* 2011a). Bei Führungskräften sind dies im Durchschnitt 8,3 Tage[14] im Jahr, die sie trotz Krankheit anwesend sind (*Pangert* 2013). Beschäftigte mit wenigen Fehltagen müssen daher nicht zwangsläufig seltener krank sein, sondern können auch krank die Arbeitsstelle aufsuchen (*Badura* et al. 2013). In diesem Fall erholen sich kranke Beschäftigte nicht angemessen und nehmen direkt oder verfrüht die Arbeit wieder auf. Erwerbstätige der höchsten Bildungsgruppe haben dabei im Vergleich zu den niedrigeren Bildungsgruppen eine geringere Präsentismus-Häufigkeit *(Preisendörfer* 2010*)*.

---

[11] Arbeitsunfähigkeit basiert auf Krankschreibungen von GKV-Mitgliedern im Jahr 2016 (Tage je GKV-Mitgliedsjahr).

[12] Erhoben über die Frage: „Ist es vorgekommen, dass Sie in den vergangenen 12 Monaten zur Arbeit gegangen sind, obwohl Sie aufgrund von gesundheitlichen Beschwerden hätten zu Hause bleiben sollen?"

[13] Es ist darauf hinzuweisen, dass aufgrund von länderspezifischen Besonderheiten, wie bspw. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall, die einzelnen Studien nicht miteinander vergleichbar sind.

[14] Mit großer Streuung.

Personen, die gesund sind und sich wohlfühlen leisten bessere Arbeit als Beschäftigte, die psychisch oder physisch beeinträchtigt sind (*Badura* et al. 2010). Die daraus entstehenden Folgekrankheiten können in längeren Fehlzeiten resultieren, die dem Arbeitgeber bzw. der Arbeitgeberin letztendlich mehr kosten als die krankheitsbedingte Abwesenheit (*Pangert/Schüpbach* 2011). Zwei Studien bestätigen zudem einen Zusammenhang zwischen Präsentismus und einer späteren krankheitsbedingten Abwesenheit (*Steinke/Badura* 2011b). Absentismus ist dagegen die bezahlte, aber nicht erbrachte Arbeit aufgrund von physischer Abwesenheit (*Badura* et al. 2013). Allerdings ist nicht jede/r Abwesende auch automatisch krank. Personen die trotz guter Gesundheit der Dienststelle fernbleiben, sind „illegitime Kranke" und können beispielsweise eine Konsequenz von Unterengagement (siehe auch *Abbildung*) sein. Wir definieren Absentismus als das Fernbleiben abhängiger ArbeitnehmerInnen von dem Arbeitsplatz ohne rechtlich legitime Gründe (wie etwa eigene Krankheit, die Versorgung schwer kranker Angehöriger oder die Betreuung der eigenen Kinder). Diese Definition von Absentismus setzt sich damit von vielen Definitionen ab, die Fehlzeiten mit Arbeitsunfähigkeit gleichsetzen. Laut Umfrageergebnissen[15] ist unter Berücksichtigung der Tendenz sozial erwünschte Antworten[16] zu geben davon auszugehen, dass Präsentismus ein weitaus häufigeres Phänomen als Absentismus ist (*Preisendörfer* 2010).

Einfluss des Gesundheitszustandes

Der Gesundheitszustand selbst beeinflusst wiederum die Möglichkeiten der Ausübung und die Bedingungen einer Erwerbstätigkeit (*Lampert* et al. 2005; *Waghorn* et al. 2011). Somit besteht ein Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und den Jobchancen und folglich dem sozioökonomischen Status (*Marmot* 1999; *Heinzel-Gutenbrunner* 2000; *Mackenbach* et al. 2002). Das Vorhandensein eines Störungszustandes, insbesondere psychische Erkrankungen, beeinflusst den Erwerb eines höheren Bildungsniveaus und die weiterführende Erwerbstätigkeit negativ (*Brähler* et al. 2012). Personen mit einer gesunden Physis haben dagegen eine höhere Wahrscheinlichkeit eine Vollzeitstelle zu bekommen (*Ross/Mirowsky* 1995). Es gibt allerdings kaum Forschung zu gesundheitlich bedingter Arbeitsfähigkeit im Zusammenhang mit Bildung und Beruf.

[15] Frage: „Wie oft melden Sie sich krank, obwohl Sie nicht krank sind?"

[16] Bei Präsentismus „overreporting" und bei Absentismus „underreporting".

3. Theoretische Ansätze

3.1 Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit

Die Forschung hat verschiedene Ansätze zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit hervorgebracht. Den Ursprung der aktuell diskutierten Erklärungsansätze stellt der, in den 1980er Jahren veröffentlichte, „Black Report“[17] dar. Er beinhaltet vier Ansätze, die bis heute aktuell sind und die internationale Diskussion bestimmen (*Bartley* 2004; *Mackenbach* 2006). Diese Erklärungsansätze sozial bedingter Ungleichheiten in der Gesundheit unterscheiden sich in zwei gegensätzlichen Wirkungsrichtungen: a) Der sozioökonomische Status hat einen Einfluss auf den Gesundheitszustand, b) Der Gesundheitszustand hat einen Einfluss auf den sozioökonomischen Status (*Richter* et al. 2011).

Dem *Selektionsansatz* nach, wirkt sich der Gesundheitszustand auf den sozioökonomischen Status aus (*Dragano*/*Siegrist* 2009). Es wird davon ausgegangen, dass eine gesundheitsbedingte Auswahl stattfindet, die die soziale Mobilität (d. h. Veränderungen in der sozialen Position) bedingt. Soziale Aufstiegsbewegungen der Gesunden und soziale Abstiegsprozesse der Kranken gelten als Ursache für die Ungleichheiten in der Mortalität und Morbidität nach dem Motto „Survival of the fittest“ (*Steinkamp* 1999). Die Forschung konnte zwar zeigen, dass es derartige soziale Mobilitätsprozesse gibt, jedoch ist die Anzahl der Betroffenen zu gering, um ausschließlich über die gesundheitsbedingte Auswahl die beobachteten Unterschiede in der Gesundheit zu erklären (*Mackenbach* 2006).

Der *materielle Erklärungsansatz* geht davon aus, dass Personen mit einem niedrigen sozialen Status über geringe finanzielle Ressourcen verfügen und darüber hinaus in eher gesundheitsschädlichen Umwelten leben als auch arbeiten (*Laaksonen* et al. 2005). Armut zwingt Personen demzufolge dazu, sich auf gesundheitsgefährdende Arbeits- und Wohnbedingungen einzulassen und Krankheit verschärft wiederum die Armut und stellt eine Abwärtsspirale dar (*Behrens* 2009). Infolgedessen ist eine ungleiche Verteilung materieller Lebensbedingungen für die Ungleichheiten in der Gesundheit verantwortlich.

Im Vergleich dazu geht der *kulturell-verhaltensbezogene Erklärungsansatz* davon aus, dass Personen mit niedriger Bildung oder einem niedrigen Berufsstatus eine gemeinsame „Kultur“ haben, die gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum, ungesundes Ernährungsverhalten oder körperliche Inaktivität fördert (*Richter*/*Hurrelmann* 2009). Gesundheitliche Ungleichheiten entstehen folglich vorrangig durch eine ungleiche Verteilung gesundheitsschädigender Verhaltensweisen. Eine ausschließliche Erklärung der

[17] Der „Black Report“ wurde 1977 von der britischen Regierung beauftragt und beinhaltet empirische Angaben zu sozialen Unterschieden in der Mortalität und Morbidität sowie Maßnahmen für deren Reduzierung (*Richter*/*Hurrelmann* 2009).

gesundheitlichen Ungleichheiten kann durch diesen Ansatz allerdings nicht geleistet werden, nur etwa 30 bis 50 Prozent können auf das Gesundheitsverhalten zurückgeführt werden (*Richter* et al. 2011).

Der *psychosoziale Erklärungsansatz* gilt inzwischen als „Klassiker". Ihm zufolge sind die Unterschiede in der Gesundheit in dem divergierenden psychosozialen Stressniveau begründet (*Bartley* 2004). Psychosoziale Belastungen, aber auch die Ressourcen diese zu bewältigen, sind sozial ungleich verteilt. Dementsprechend sind Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status doppelt belastet (*Richter/Hurrelmann* 2009).

3.2 Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Gesundheit

Arbeits- und berufsbezogene Ressourcen und Risiken bestimmen die Gesundheitsrelevanz der Arbeit. Als Ressource gelten u. a. Einkommen, Berufsprestige, Möglichkeiten der Weiterentwicklung, Teilnahme an Entscheidungsprozessen und die Übernahme von Verantwortung. Zu den Risiken dagegen zählen körperliche Belastungen, Unfallrisiken, Einflüsse der Umgebung sowie psychische und psychosoziale Belastungen. Letztere können in schwierigen sozialen Beziehungen zu Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzen begründet sein, als auch in monotonen Arbeitsabläufen, Zeitdruck oder beruflichen Gratifikationskrisen. Je nach Stellung in der Arbeitswelt und beruflicher Position variiert das Verhältnis von Ressourcen und Risiken (*Lampert* et al. 2005). Belastungssituationen insbesondere Stresssituationen können zudem in Abhängigkeit von psychischen Ressourcen unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt werden.

Nach dem *Transaktionalen Stressmodell* von *Lazarus* (1974) liegt der Grund unterschiedlicher Stressreaktionen der Menschen in ihren jeweils individuellen Bewertungsprozessen (*Lazarus* 1974; *Lazarus/Launier* 1981). Psychische Anforderungssituationen im Beruf werden als positiv, irrelevant oder stressend bewertet (*Hobfoll* 2001; *Kauffeld/Hoppe* 2011). Positiver Stress, sogenannter Eustress, kann anregend und motivierend wirken (*Kauffeld/Hoppe* 2011). Wird die Situation jedoch als stressend empfunden, wird geprüft, ob entsprechende Bewältigungsfähigkeiten bzw. -möglichkeiten vorhanden sind. Nur wenn die Situation von der Person als bedrohlich wahrgenommen wird und ihre Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Bewältigung nicht ausreichen, entsteht Stress (*Kauffeld/Hoppe* 2011). Die gleichen Arbeitsbedingungen können demzufolge, abhängig von den Ressourcen einer Person, für manche erträglich sein und für die anderen zu chronischem Distress (negativem Stress) führen.

Das *Anforderungs-Kontroll-Modell* (Job-Demand-Control-Model) von *Karasek* (1979; *Karasek/Theorell* 1990) geht von einer hohen Stressbelastung aus, wenn die Arbeitsanforderungen (demands) hoch (z. B. hoher Produktivitäts- oder Zeitdruck, Unterbesetzung) und der Entscheidungsspielraum bzw. die

Kontrollmöglichkeiten am Arbeitsplatz gering sind *(Karasek* 1979*; Karasek/Theorell* 1990). Die Höhe der Anforderungen und das Ausmaß der Kontrolle können je nach Arbeitsaufgabe unterschiedlich ausgeprägt sein. Die Strain-Hypothese besagt hierbei, dass es zu gesundheitlichen Belastungen bei steigenden Anforderungen und einem geringen Entscheidungsspielraum kommen kann. Ist der Entscheidungsspielraum dagegen groß bei ebenfalls hohen Anforderungen, hat dies eine leistungsförderliche Wirkung (Lern-Hypothese). Die Erhöhung des Entscheidungsspielraumes kann demzufolge eine hohe Anzahl an Stressoren ausgleichen. Hohe Anforderungen müssen somit nicht zwangsläufig zu einer Stressreaktion führen (*Kauffeld/Hoppe* 2011).

Im *Arbeitstätigkeit-Anforderungen-Ressourcen-Modell* (Job Demands-Resources Model) von *Bakker und Demerouti* (2007) werden die möglichen Stressoren und Ressourcen breiter definiert, da je nach Unternehmen spezifische Risikofaktoren und Ressourcen vorliegen.

Das *Modell der Gratifikationskrisen* von *Siegrist* (1996) basiert auf dem Reziprozitätsmodell und postuliert einen gesundheitsschädlichen Effekt des Verhältnisses von hoher Anstrengung (effort) und geringer Belohnung (reward) in Form von Gehalt, sozialer Anerkennung, Arbeitsplatzsicherheit oder Karrieremöglichkeiten (*Siegrist* 1996; *Siegrist* et al. 2004, 2008; *Niedhammer* et al. 2004; *Li* et al. 2010). Es ist auch bekannt als Effort-Reward-Imbalance-Model. Hohe Anstrengung entsteht dabei durch extrinsische Arbeitsanforderungen und intrinsische Motivation, diesen Ansprüchen gerecht zu werden. Diesem Modell zufolge erkrankt eine Person, wenn sie sich stark verausgabt und dafür nicht in angemessener Weise entschädigt wird.

3.3 Gesundheit als Kapital

Im Rahmen von humankapitaltheoretischen Ansätzen wird davon ausgegangen, dass das Wissen und die Fähigkeiten eines Arbeitnehmers/einer Arbeitnehmerin dessen/deren Produktivität und demzufolge seinen/ihren Wert auf dem Arbeitsmarkt bestimmen. Diese Fertigkeiten müssen jedoch erst unter Kosten erworben werden. Unter Kosten werden sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Kosten verstanden, wie die investierte Zeit und die intellektuelle Anstrengung. Allgemeine Bildung und berufliche Qualifikationen werden somit zu Kapital, in das der Arbeitnehmer/die Arbeitnehmerin investieren kann (*Hinz/Abraham* 2008).

Gemäß der *Humankapitaltheorie* nach *Becker* (1964) sind neben Bildung und Ausbildung auch die medizinische Versorgung und die Verbesserung der emotionalen und physischen Gesundheit Investitionen in das Humankapital (*Becker* 1964; 1993). Das Kapitalgut ist anschließend untrennbar mit dem Arbeitnehmer/der Arbeitnehmerin verbunden *(Hinz/Abraham* 2008). Die Gewinne die-

ser Investitionen sind sowohl monetärer als auch psychischer Art. Psychische Gesundheit und Wissen gelten wiederum als eine Determinante für hohes Einkommen (*Becker* 1993).

In dem *Nachfolgemodell* von *Grossman* (1972) wird Gesundheit als dauerhaftes Kapitalgut beschrieben, das „gesunde Zeit" produziert. Individuen besitzen demzufolge eine Art Grundkapital an Gesundheit, das sich entlang des Lebensverlaufs mit zunehmender Rate entwertet, jedoch auch durch Investitionen an Größe gewinnen kann. Investitionen in das Gesundheitskapital stellen u. a. medizinische Versorgung, Ernährung, Bewegung, Erholung und Wohnraum dar. Das sogenannte „Health capital" unterscheidet sich von Humankapital insofern, als der Wissensbestand einer Person die Produktivität (und den damit verbundenen Lohn) bestimmt, während der Gesundheitsbestand vielmehr die Zeitspanne bestimmt, in der die Produktion in Form von Erwerbsarbeit oder auch Haushaltsarbeit möglich ist. Gesundheit bestimmt somit die Tage, an denen eine Tätigkeit möglich ist, wobei Krankheitstage darauf bezogen einen negativen Nutzen darstellen.

In dem Modell *„The Technology of Skill Transformation"* von *Cunha* und *Heckman* (2007) wird Kompetenzbildung als ein lebenslanger Prozess angesehen. Verschiedene Fähigkeiten und Fertigkeiten bedingen sich gegenseitig im Lebenszyklus. Der Prozess beginnt bereits im Mutterleib und besteht den weiteren Lebenslauf fort. Die Familie spielt dabei eine wichtige Rolle. Fähigkeiten, die vererbt oder im Laufe des Lebens erworben werden, bedingen den Erfolg im Erwachsenenalter. Das Erlangen von Fertigkeiten in einer bestimmten Phase des Lebenszyklus fördert das weitere Erlernen in einer späteren Phase (Selbstproduktivität). Frühe Investitionen erleichtern dabei die Produktivität späterer Investitionen (Komplementarität). Frühe Investitionen sind allerdings nicht produktiv, wenn ihnen keine späteren Investitionen folgen (*Cunha/Heckman* 2007). Dieses Modell kann ebenso auf die Akkumulation von Gesundheitskapital angewendet werden. Späte oder inadäquate gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen können zu erheblichen oder sogar irreparablen Schäden führen, die einen Einfluss auf Fehlzeiten haben können.

3.4 Erklärungsansätze zur moderierenden Wirkung motivationaler Aspekte zwischen gesundheitlicher Beeinträchtigung und Arbeitsmarktpartizipation

Tisch (2015) führt die folgenden drei Erklärungsansätze an, die die moderierende Wirkung der Arbeitsmotivation und selbst eingeschätzter Arbeitsfähigkeit zwischen Krankheit und Gesundheit auf der einen Seite und Arbeitsmarktaustritt auf der anderen Seite erklären sollen:

(a) Die Labeling-Theorie u. a. nach *Becker* (1991[1963]) geht davon aus, dass Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigung als Außenseiter angesehen

werden und eine fehlende Erwerbstätigkeit bei ihnen weitgehend akzeptiert, wenn nicht sogar erwartet wird. Der Interaktionsprozess zwischen „konformen Gesellschaftsmitgliedern" und „gelabelten Personen" resultiert theoriegemäß in der Übernahme der devianten Identität durch die gelabelte Person. Entsprechend würde dieser Theorieansatz von einer gesellschaftlich bedingten geringeren Motivation bei gesundheitlich beeinträchtigten Personen ausgehen.

(b) Ähnlich dazu postulieren *Goffmans* (1963) Arbeiten zu Stigma, dass das Stigma einer gesundheitlichen Beeinträchtigung die Identität als Erwerbstätige/r überschatten kann, was mit einer Verschiebung der primären Identität als „Erwerbstätige/r" hin zum/zur „Kranken" einhergeht. Entsprechend wären auch bei Goffmans Arbeiten die gesundheitlichen Beeinträchtigungen ursächlich für eine geringere Arbeitsmotivation.

(c) Als dritten Erklärungsansatz führt *Tisch* (2015) die Arbeit von *Williams* (1984) an. *Williams* (1984) geht davon aus, dass gesundheitlich beeinträchtige Personen die Begründung ihres Gesundheitszustandes in den Arbeitsbedingungen suchen. Die schlechten Arbeitsbedingungen werden dann im Rahmen von narrativen Rekonstruktionen sowohl als Ursache als auch als Entschuldigung für den Arbeitsmarktaustritt angeführt. Dieser Ansatz vermag jedoch in Anbetracht von Berufen, die nachweislich mit dem Einatmen krebserregender Dämpfe oder gesundheitsschädlicher Schichtarbeit (zur Schichtarbeit siehe *Lampert* et al. 2005) einhergehen, etwas zynisch wirken.

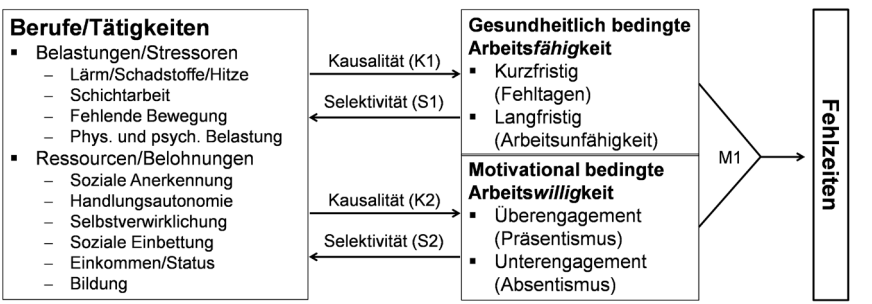
4. Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten

Das Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten (BEFEZE) geht grundsätzlich davon aus, dass Fehlzeiten nicht nur durch gesundheitlich bedingte Arbeits(un)fähigkeit entstehen bzw. synonym verwendet werden können, sondern dass sich Fehlzeiten sowohl durch gesundheitlich bedingte Arbeits(un)fähigkeit als auch motivational bedingte Arbeitswilligkeit bzw. aus dem Wechselspiel der beiden Faktoren ergeben. Die Arbeitsfähigkeit kann entweder kurzfristig durch akute Krankheiten eingeschränkt sein, was zu einzelnen Fehltagen führen kann, als auch langfristig durch oft altersbedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen, was in langfristige Arbeitsunfähigkeit münden kann. Bzgl. der Arbeitswilligkeit kann Person A beispielsweise trotz Krankheit zur Arbeit gehen, weil sie „etwa" (vermeintlich) unersetzbar ist (Präsentismus). Person B kann trotz geringer oder fehlender gesundheitlicher Beschwerden der Arbeit fernbleiben, weil sie beispielsweise keinen Sinn in ihrer Tätigkeit sieht oder völlig unmotiviert ist (Absentismus). Beide Beispiele stellen die Gleichsetzung von Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeiten stark in Frage. Der motivationale Aspekt kann theoretisch sowohl als rationale Entscheidung modelliert werden, wie etwa bei rational-choice basierten Ansätzen (siehe Abschnitt 3.3. zu Gesundheit

als Kapital) oder auch als Folge gesellschaftlicher Labeling-/Stigmatisierungsprozesse bzw. legitimierender Rekonstruktionen, die die schädliche Wirkung von Arbeitsbedingungen in den Vordergrund stellen (siehe Abschnitt 3.4.).

Das BEFEZE-Modell blendet Merkmale horizontaler Differenzierung wie etwa Geschlecht, Ethnizität, Lebensstilmilieu, etc. aus und konzentriert sich auf Merkmale vertikaler Differenzierung wie etwa Bildung, Berufe und Einkommen (wie sie in Abschnitt 3.1. dargestellt werden). Zunächst wird davon ausgegangen, dass Berufe und Tätigkeiten mit unterschiedlichen Belastungen und Stressoren sowie Ressourcen und Belohnungen verbunden sind.

Ungünstige Arbeitsbedingungen können sich etwa bei manuellen Berufen und Tätigkeiten über Lärm, Schadstoffe, erhöhtes Unfallrisiko und einseitige Bewegungen direkt negativ auf den Gesundheitsstatus auswirken, wie der Forschungsstand bereits aufgezeigt hat (siehe u. a. *Oppolzer* 1994; *Borg/Kristensen* 2000). Ebenfalls können so genannte Bürojobs durch die damit verbundene fehlende Bewegung gesundheitsschädlich sein. Ein zentraler Aspekt bei der kausalen Wirkung von Berufen und Tätigkeiten auf die Arbeitsfähigkeit (aber auch -willigkeit) ist das Verhältnis von Belastungen/Stressoren und Ressourcen/Belohnungen und deren subjektive Bewertung wie sie im Rahmen des Abschnitts 3.2. aufgeführt wurden. Demnach können interpersonell unterschiedliche Stressbelastungen entweder durch Unterschiede in der individuellen Bewertung von Situationen entstehen, wie sie etwa vom Transaktionalen Stressmodell von *Lazarus* (1974) angenommen werden; oder ein Ungleichgewicht von Anforderungen und Kontrolle (*Karasek* 1979; *Karasek/Theorell* 1990) bzw. von Anstrengungen und Belohnung (*Siegrist* 1996; *Siegrist* et al. 2004, 2008; *Niedhammer* et al. 2004; *Li* et al. 2010) können als ursächlich angesehen werden (siehe Abschnitt 3.2.). Ein Ungleichheitsverhältnis zu Lasten der Belastungen und Stressoren führt zu gesundheitsgefährdendem Stress woraus wiederum Arbeitsunfähigkeit resultieren kann (kausaler Effekt K1). Ebenfalls können



Quelle: Eigene Darstellung.

Abbildung: Modell zur Erklärung von beruflichen Fehlzeiten

besonders interessante Tätigkeit mit hoher Verantwortung und Handlungsautonomie besonders motivierend bzw. eintönige Tätigkeiten besonders unmotivierend wirken (kausaler Effekt K2).

Gleichwohl gilt es zwei Selektionseffekte (S1 und S2) zu beachten, die konfundiert sein können. Gesundheitliche Einschränkungen können die Berufswahl auf unterschiedliche Weise beeinflussen (Selektionseffekt S1): Gesundheitliche Einschränkungen können ein K.O.-Kriterium für eine Berufswahl darstellen, z. B. kann eine blinde Person (zumindest gegenwärtig) kein/e Pilot/in werden. Längere oder/und wiederholte Phasen der Arbeitsunfähigkeit (z. B. durch wiederkehrende Depressionen) können innerhalb von beruflichen Laufbahnen zu schlechteren Beförderungschancen führen. Umgekehrt gehen jedoch auch körperliche Behinderungen mit der Ausprägung überdurchschnittlicher Fähigkeiten in anderen Bereichen einher. Blinde Menschen verfügen in der Regel über ein überdurchschnittlich gutes Gehör und einen ausgezeichneten Tastsinn, der den betroffenen Personen bei bestimmten Berufen (wie etwa KlavierstimmerIn oder MasseurIn) zu einem Vorteil verhilft.

Je nach persönlichem Ehrgeiz können jedoch auch unterschiedliche Berufe gewählt bzw. berufliche Laufbahnen angestrebt werden (Selektionseffekt S2). So können beispielsweise auch Menschen mit Behinderung, die hochgradig motiviert sind, ihre vermeintlichen Schwächen als Stärken nutzen wie etwa die derzeitige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Menschen mit Behinderung, die selbst sehbehindert ist. Soziale Mechanismen der Selektion lassen sich unserer Meinung nach weder für Selektionseffekt S1 noch für S2 grundsätzlich festmachen, jedoch liegt die Vermutung nahe, dass sich motivationale Aspekte auch moderierend zwischen der Form der gesundheitlichen Beeinträchtigung durch (chronische) Krankheit und/oder Behinderung und der Berufsaspirationen wirken.

Tabelle 1

Vierfeldertafel zur Entstehung von Fehlzeiten

		Arbeitsfähigkeit: ja	Arbeitsfähigkeit: nein	
Arbeitswilligkeit	ja	(a) Gesund, arbeitend	(b) Präsentismus	Arbeitszeit
	nein	(c) Absentismus	(d) Krank, nicht arbeitend	Fehlzeit

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Synthese aus Arbeitsfähigkeit und -willigkeit (siehe M1 in *Abbildung*) lässt sich in einer Vierfeldertafel illustrieren (siehe *Tabelle 1*). Zelle (a) stellt den Idealzustand dar, in dem gesunde Menschen arbeiten. Zelle (d) beinhaltet Fälle, in denen kranke Personen legitimer Weise nicht arbeiten. Die beiden Zellen (a) und (d) beinhalten sicherlich das gros der Fälle, die auch eine synonyme Verwendung von Arbeitsunfähigkeit und Fehlzeit rechtfertigen würde. Bei diesen beiden Szenarien besteht keinerlei motivationale Irritation zwischen der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und der daraus resultierenden Entscheidung zu arbeiten. Zelle (b) beinhaltet Fälle, bei denen Personen trotz Arbeitsunfähigkeit arbeiten (Präsentismus). Ursachen hierfür können im selbst- oder fremdbestimmten Termindruck liegen, der (vermeintlichen) Tatsache unabkömmlich zu sein oder in einem übertriebenen Ehrgeiz. Hohe monetäre Anreize können gerade bei Selbständigen ebenfalls dazu führen, trotz Krankheit zu arbeiten. Das Gegenbild dazu liefert Zelle (c) mit Fällen von Personen, die trotz genereller Arbeitsfähigkeit nicht arbeiten (Absentismus). Absentismus kann verursacht werden durch fehlende Sinnhaftigkeit der Tätigkeit, fehlender sozialer Anerkennung oder fehlenden Anreizen zu arbeiten. *Tisch* (2015) zeigt in ihrer Analyse der LidA-Daten den signifikanten Zusammenhang zwischen Arbeitsmotivation und dem frühzeitigen Arbeitsaustritt auf. Demnach reduziert die Arbeitsmotivation unter Kontrolle der physischen und psychischen Arbeitsfähigkeit sowie der selbsteingeschätzten Gesundheit die Wahrscheinlichkeit des frühzeitigen Arbeitsmarktaustritts.

5. Modelllimitationen

Modelle sind per definitionem komplexitätsreduzierend und skizzieren lediglich – in diesem Fall soziale Mechanismen. Die zentralen Limitationen und blinde Flecken des Modells werden daher im Folgenden dargestellt und diskutiert.

Generell sollten gesundheitliche und berufliche Karrieren im *Lebensverlauf* betrachtet werden (Lebensverlaufsperspektive). Das Modell liefert lediglich eine Betrachtung im Querschnitt und ignoriert sowohl intrapersonelle Variation innerhalb eines Lebenslaufs einer Person wie etwa das Alter(n) und Lebenszyklen bzw. Lebenszyklusschocks, als auch interpersonelle Variation (bzw. Homogenität) zwischen Personen zu unterschiedlichen Zeitpunkten wie etwa Kohorten- und Periodeneffekte.

Zudem erklärt das Modell zwar das Auftreten von Fehlzeiten, liefert jedoch keine Anhaltspunkte zum *Muster von Fehlzeiten*, d. h. es wird nicht unterschieden zwischen Frühverrentung, wenigen langen versus häufigen kurzen Krankheitsepisoden und den entsprechenden Fehlzeiten.

Fehlzeiten werden nur auf Basis eigener Arbeitsfähigkeit und -willigkeit betrachtet jedoch nicht auf Basis der *Krankheit von Pflegebedürftigen* wie etwa

Kindern oder älteren pflegebedürftigen Menschen, die ebenfalls bei den Pflegenden zu Fehlzeiten führen können. Zudem werden schwangerschafts- und elternzeitbedingte Fehlzeiten ausgeblendet.

Der Einfluss soziodemographischer Merkmale auf individueller Ebene (Geschlecht, soziale Herkunft, Migrationshintergrund, etc.) wie auch der Einfluss des sozialen Kontextes auf der Mesoebene (Firmenebene: Unternehmensklima, privates Sozialkapital: Einstellungen von Freunde, Bekannten und Familienangehörigen zu Arbeit, Präsentismus versus Absentismus, etc.) und auf Makroebene (Wohnregion: Arbeitslosigkeitsquote, Wohlstand, soziale Ungleichheit, etc.) werden nicht berücksichtigt.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Der Beitrag präsentiert aufbauend auf theoretischen Ansätzen und bisheriger empirischer Evidenz ein theoretisches Konzept zur Erklärung beruflicher Fehlzeiten. Dabei wird sowohl der Einfluss gesundheitlich bedingter Arbeitsunfähigkeit als auch der Einfluss motivational bedingter Arbeitswilligkeit berücksichtigt. Arbeitswilligkeit beinhaltet dabei nicht nur den Absentismus (Fehlzeiten trotz Arbeitsfähigkeit), sondern insbesondere den Präsentismus (Arbeiten trotz Krankheit), der laut *Preisendörfer* (2010) stärker zur Abweichung von Krankheit und Fehlzeit beiträgt als der Absentismus. Bildung und Berufe wirken sich wiederum auf Arbeitsfähigkeit und -willigkeit aus.

Die Limitationen des Modells wurden im vorangehenden Abschnitt exemplarisch aufgeführt und liefern Ansatzpunkte zur Weiterentwicklung des theoretischen Modells. Für die empirische Prüfung des Modells werden dringend Paneldaten empfohlen, die zumindest eine zeitliche Abfolge von Berufswahl und potentiellen gesundheitlichen Einschränkungen abbilden können und damit einen Beitrag zur Identifizierung von Kausalitäts- versus Selektivitätseffekten leisten können. Die Antizipation von Krankheiten, etwa durch bekannte genetische Dispositionen, lässt sich damit jedoch methodisch nicht in den Griff bekommen. Ein gangbarer Weg wäre, bei der Berufswahl anzusetzen.

Literatur

Abel, T./*Duetz-Schmuck*, M./*Huwiler-Müntener*, K. (2007): Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie, in: Gutzwiller, F./Paccaud, F. (Hrsg.): Sozial- und Präventivmedizin. Public Health, 3. Auflage, Bern, Huber, 23 – 34.

Backé, E./*Seidler*, A./*Latza*, U./*Rossnagel*, K./*Schumann*, B. (2012): The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular diseases: a systematic review, International Archives of Occupational and Environmental Health, 85, 1, 67 – 79.

Badura, B./*Schröder*, H./*Klose*, J./*Macco*, K. (Hg.) (2010): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin, Heidelberg: Springer.

Badura, B./*Greiner*, W./*Rixgens*, P./*Ueberle*, M./*Behr*, M. (2013): Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin, Heidelberg: Springer.

Bakker, A./*Demerouti*, E. (2007): The Job-Demands-Resources Model: state of the art, Journal of Managerial Psychology, 22, 3, 309 – 328.

Bartley, M. (2004): Health inequalities. An introduction to theories, concepts and methods, Cambridge: Polity Press.

Becker, G. S. (1964): Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis, with Special Reference to Education. New York, National Bureau of Economic Research.

– (1993): Human capital. A theoretical and empirical analysis, with special reference to education, Chicago, University of Chicago Press.

Becker, H. S. (1991[1963]): Outsiders. New York, The Free Press of Glencoe.

Behrens, J. (2009): Meso-soziologische Ansätze und die Bedeutung gesundheitlicher Unterschiede für die allgemeine Soziologie sozialer Ungleichheit, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35 – 54.

Berntson, E./*Sverke*, M./*Marklund*, S. (2006): Predicting perceived employability: Human capital or labour market opportunities, Economic and Industrial Democracy, 27, 223 – 244.

Borg, V./*Kristensen* T. S.(2000): Social class and self-rated helath: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? Social Science & Medicine 59 (7), 1019 – 1030.

Brähler, E./*Kiess*, J./*Schubert*, C./*Kiess*, W. (2012): Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 129 – 145.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2017): Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Berichtsjahr 2016, https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Berichte/Suga-2016.html;jsessionid=80267BFC746937D9B3B25E2457C238CC.s1t2 [02.01.2018].

– (2017a): Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2015, https://www.baua.de/DE/Themen/Arbeitswelt-und-Arbeitsschutz-im-Wandel/Arbeitsweltberichterstattung/Kosten-der-AU/pdf/Kosten-2015.pdf;jsessionid=C15BE606F3092B2DF9FE87682AFE325C.s2t2?__blob=publicationFile&v=2 [30.08.2017].

Choi, A. I./*Weekley*, C. C./*Cheng Chen*, S./*Li*, S./*Kurella Tamura*, M./*Norris*, K. C./*Shlipak*, M. G. (2011): Association of educational attainment with chronic disease and mortality: The Kidney Early Evaluation Program (KEEP), American Journal of Kidney Diseases, 58, 228 – 234.

Cunha, F./*Heckman*, J. (2007): The Technology of Skill Formation. NBER Working Paper No. 12840. Online abgerufen am 12.01.2018 unter: http://www.nber.org/papers/w12840.pdf*Cutler*, D. M./*Lleras-Muney*, A. (2010): Understanding Differences in health Behaviors by Education, Journal of Health Economics, 29, 1, 1 – 28.

Dragano, N./*Siegrist*, J. (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse, in: Richter, M/Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181 – 194.

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) (2010): Absence from work. Online abgerufen am 19.01.2018 unter: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_files/docs/ewco/tn0911039s/tn0911039s.pdf.

Ferrie, J. E./*Shipley*, M. J./*Newman*, K./*Stansfeld*, S. A./*Marmot*, M. (2005): Selfreported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship, Social Science & Medicine, 60, 1593 – 1602.

Goffman, E. (1963): Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.

Goldman, D./*Smith*, J. P. (2011): The increasing Value of Education to Health, Social Science Medicine, 72, 10, 1728 – 1737.

Greiner, B. A. (2001): Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz, in: Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.), Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten, Weinheim, 141 – 156.

Gross, C./*Schübel*, T./*Hoffmann*, R. (2015): Picking up the Pieces – Applying the „Disease Filter" to Health Data, Health Policy, 119, 549 – 557.

Gross, C./*Hofmann*, S./*Mühlenweg*, A./*Pikos*, A. K./*Rigotti*, T./*Schoger*, L. (2017): Theoretische und empirische Perspektiven auf Bildung, Gesundheit und Arbeitsfähigkeit – ein interdisziplinärer Überblick, Sozialer Fortschritt, 66, 1, 3 – 30.

Grossman, M. (1972): On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, 80, 2, 223 – 255.

Grossman, M./*Kaestner*, R. (1997): Effects of Education on Health, in: Behrman, J. R./Stacey, N. G. (eds.), The Social Benefits of Education, University of Michigan Press, Ann Arbor, 69 – 123.

Heilmann, K./*Bräsen*, J./*Herke,* M./*Richter,* M./*Rathmann*, K. (2017): Soziale Determinanten der subjektiven Gesundheit, Lebenszufriedenheit und krankheitsbedingten Schulfehltage von Heranwachsenden in Deutschland: Erste Ergebnisse des Nationalen Bildungspanels (NEPS), Das Gesundheitswesen.

Heinzel-Gutenbrunner, M. (2000): Armutslebenslaufe und schlechte Gesundheit. Kausation oder soziale Selektion?, Aachen, Shaker.

Helmert, U. (2003): Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken, Augsburg.

Hinz, T./*Abraham*, M. (2008): Theorien des Arbeitsmarktes: Ein Überblick, in: Abraham, M./Hinz, T. (Hrsg.), Arbeitsmarktsoziologie. Probleme, Theorien, empirische Befunde, 2. Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 17 – 68.

Hobfoll, S. E. (2001): The influence of Culture, Community, and the Nested-Self in the Stress Process: Advancing Conservation of Resources Theory, Applied Psychology: An International Review, 50, 3, 337 – 421.

Hradil, S. (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil?, in: Richter, M/Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35 – 54.

Jungbauer-Gans, M./*Gross*, C. (2009): Erklärungsansätze sozial differenzierter Gesundheitschancen, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 77 – 98.

Karasek, R. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign, Administrative Science Quarterly, 24, 2, 285 – 308.

Karasek, R./*Theorell*, T. (1990): Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life, New York, Basic Books.

Kauffeld, S./*Hoppe*, D. (2011): Arbeit und Gesundheit, in: Kauffeld, S. (Hrsg.), Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor, Berlin, Heidelberg, Springer-Verlag, 223 – 244.

Kroll, L. E./*Lampert*, T. (2009): Soziale Unterschiede in der Lebenserwartung – Datenquellen in Deutschland und Analysemöglichkeiten des SOEP, Methoden – Daten – Analysen, 3, 1, 3 – 30.

Laaksonen, M./*Roos*, E./*Rahkonen*, O./*Martikainen*, P./*Lahelma*, E. (2005): Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health, Journal of Epidemiology and Community Health, 59, 163 – 169.

Lampert, T./*Kroll*, L. E./*Dunkelberg*, A. (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland, Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, 11 – 18.

Lampert, T./*Mielck*, A. (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik, G+G Wissenschaft, 8, 2, 7 – 16.

Lampert, T./*Ziese*, T./*Saß*, A. C./*Häfelinger*, M. (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin, Robert Koch-Institut.

Lazarus, R. (1974): Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness, The International Journal of Psychiatry in Medicine, 5, 4, 321 – 333.

Lazarus, R. S./*Launier*, R. (1981): Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt, in: Nitsch, J. R. (Hrsg.), Stress, Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen, Bern, Huber, 213 – 259.

Li, J./*Li*, S./*Wang*, T./*Siegrist*, J. (2010): Measuring effort–reward imbalance in school settings: A novel approach and its association with self-rated health, Journal of Epidemiology, 20, 111 – 118.

Link, B. G./*Phelan*, J. C. (2000): Evaluating the fundamental cause explanation for social disparities in health, in: Bird, C. E./Conrad, P./Fremont, A. M. (Hrsg.), Handbook of medical sociology, 5, Upper Saddle River.

Mackenbach, J. P. (2006): Health Inequalities: Europe in profile, Rotterdam, European Commission.

Mackenbach, J. P./Bakker, M./Kunst, A. E./Diderichsen, F. (2002): Socioeconomic inequalities in health in Europe, in: Mackenbach J./Bakker, M. (Hrsg.), Reducing inequalities in health: a European perspective, London.

Marmot, M. (1999): Epidemiology of Socioeconomic Status and Health: Are Determinants Within Countries the Same as Between Countries?, Annals of the New York Academy of Sciences, 896, 16 – 29.

Mensink, G. B. M. (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität, Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung, Berlin, Robert Koch-Institut.

Merritt, M. M./*Bennett*, G./*Williams*, R./*Sollers*, J./*Thayer*, J. (2004): Low educational attainment, John Henryism, and cardiovascular reactivity to and recovery from personally relevant stress, Psychosomatic Medicine, 66, 49 – 55.

Meyer, S.-C./*Künn-Nelen*, A. (2014): Do Occupational Demands Explain the Educational Gradien in Health?, Research Memorandum 016, Maastricht University, Graduate School of Business and Economics.

Mielck, A. (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion, Bern, Hans Huber.

– (2012): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung, in: Brähler, E./Kiess, J./Schubert, C./Kiess, W. (Hrsg.), Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 129 – 145.

Niedhammer, I./*Tek*, M./*Starke*, D./*Siegrist*, J. (2004): Effort-reward imbalance model and self-reported health: Cross-sectional and prospective findings from the GAZEL cohort, Social Science & Medicine, 58, 1531 – 1541.

Nuckolls, K. B./*Cassel*, J./*Kaplan*, B. H. (1972): Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy, American Journal of Epidemiology, 95, 431 – 441.

Nutbeam, D. (2008): The evolving concept of health literacy, Social Science & Medicine, 67, 12, 2072 – 2078.

Oppolzer, A. (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit, in: Mielck, A. (Hrsg.), Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland, Opladen, Leske und Budrich, 125 – 166.

Pangert, B./*Schüpbach*, H. (2011): Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Führungskräften auf mittlerer und unterer Hierarchieebene, in: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J./Macco, K. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2011. Führung und Gesundheit. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, Berlin/Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 71 – 80.

Preisendörfer, P. (2010): Präsentismus: Prävalenz und Bestimmungsfaktoren unterlassener Krankmeldungen bei der Arbeit, Zeitschrift für Personalforschung, 24, 4, 401 – 408.

Richter, M./*Ackermann*, S./*Moor*, I. (2011): Determinanten der Gesundheit und ihre relative Bedeutung für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit: Ein systematisches Review, Halle, Institut für Medizinische Soziologie.

Richter, M./*Hurrelmann*, K. (2009): Gesundheitliche Ungleichheit. Ausgangsfragen und Herausforderungen, in: Richter, M./Hurrelmann, K. (Hrsg.), Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13 – 34.

Richter, P./*Nebel*, C./*Wolf*, S. (2009): Jenseits von Kontrolle und Belohnung – Moderne arbeitspsychologische Ansätze zur Bewertung und Gestaltung von Arbeit, Arbeit, 18, 4, 265 – 281.

Rigotti, T./*Holstad*, T./*Mohr*, G./*Stempel*, C./*Hansen*, E./*Loeb*, C./*Isaksson*, K./*Otto*, K./*Kinnunen*, U./*Perko*, K. (2014): Rewarding and sustainable health promoting Leadership (Project F 2199), Dortmund/Berlin/Dresden, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Rosenzweig, M. R./*Schultz*, T. P. (1981): Education and Household Production of Child Health, Washington, American Statistical Association, Social Statistical Section.

– (1991): Who receives Medical Care?: Income, Implicit Prices, and the Distribution of Medical Services among Pregnant Women in the United States, The Journal of Human Resources, 26, 3, 473 – 508.

Ross, C. E./*Mirowsky*, J. (1995): Does employment affect health?, Journal of Health Social Behavior 36, 230 – 243.

Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions, Journal of Occupational Health Psychology, 1, 1, 27 – 41.

Siegrist, J./*Starke*, D./*Chandola*, T./*Godin*, I./*Marmot*, M./*Niedhammer*, I./*Peter*, R. (2004): The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons, Social Science & Medicine, 58, 1483 – 1499.

Siegrist, J./*Wege*, N./*Pulhofer*, F./*Wahrendorf*, M. (2008): A short generic measure of work stress in the era of globalization: Effort–reward imbalance, International Archives of Occupational and Environmental Health, 82, 1005 – 1013.

Steptoe, A. (1991): Invited review: The links between stress and illness, Journal of Psychosomatic Research, 35, 6, 633 – 644.

Steinkamp, G. (1999): Soziale Ungleichheit in Morbidität und Mortalität. Oder: Warum einige Menschen gesünder sind und länger leben als andere, in: Schlicht W./Dickhuth H.-H. (eds.), Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität, Schorndorf, Hofmann, 101 – 154.

Steinke, M./*Badura*, B. (2011a): BKK Gesundheitsreport 2011. Zukunft der Arbeit. Essen.

– (2011b): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. 1. Aufl. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Tisch, A. (2015): Health, work ability and work motivation: determinants of labour market exit among German employees born in 1959 and 1965, Journal of Labour Market Research, 48, 233 – 245.

Viner, R. M./*Ozer*, E. M./*Denny*, S./*Marmot*, M./*Resnick*, M./*Fatusi*, A./*Currie*, C. (2012): Adolescence and the social determinants of health, The lancet, 379, 9826, 1641 – 1652.

Waghorn, G./*Chant*, D./*Lloyd*, C./*Harris*, M. (2011): Earning and Learning among Australian community residents with psychiatric disorders, Psychiatry Research, 186, 1, 109 – 116.

Williams, G. (1984): The genesis of chronic illness: narrative re-construction. Sociology of Health & Illness 6, 2, 175 – 200.