



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch interne
Kommunikation angesichts der COVID-19 Pandemie“

verfasst von / submitted by

Susanne Haberl, BA

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

Wien, 2023 / Vienna, 2023

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

UA 066 841

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

Masterstudium Publizistik- und
Kommunikationswissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Ing. Mag. Dr. Klaus Lojka

Mitbetreut von / Co-Supervisor:

Danksagung

In erster Linie möchte ich ganz herzlich meiner Mutter Lucia und meinen Töchtern Jana und Nora für ihre Unterstützung und ihr Verständnis danken! Sie mussten viel aushalten und es war für uns alle eine sehr intensive Zeit. Trotzdem waren sie immer verständnisvoll und haben stets an mich geglaubt.

Zusätzlich möchte ich meinen Freunden danken, die immer ein offenes Ohr und gute Ratschläge für mich hatten. Ganz besonders danke ich an dieser Stelle meiner Freundin Lena, die mit viel Empathie und Verständnis stets an meiner Seite war, sodass ich die Hoffnung nie verloren habe. Außerdem meiner Freundin Marcelline die mir in einer der wohl schwierigsten Wendepunkte im Laufe meiner Masterarbeit tatkräftig geholfen und mich richtungsweisend unterstützt hat. Christina, Heike, Kathi und Lisa bin ich fürs Korrekturlesen sehr dankbar.

Zum Schluss gilt mein Dank noch Dr. Lojka, der mich in der Mitte meiner Masterarbeit als Betreuer übernommen und mich bis zu seiner wohlverdienten Pension sowie meinem Masterabschluss gut begleitet hat.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Relevanz	1
1.2 Problemstellung	2
1.3 Forschungslücke und Zielsetzung der Arbeit	2
1.4 Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretische Grundlagen	5
2.1 Chronische Erkrankungen	5
2.1.1 Definitionen des Begriffs chronische Erkrankung	5
2.1.2 Chronische Erkrankungen in der Charta der Vielfalt	6
2.1.3 Chronische Erkrankungen und COVID-19	8
2.1.4 Rechtliche Rahmenbedingungen von chronischen Erkrankungen und Behinderung	9
2.1.5 Problematik der Offenlegung chronischer Erkrankungen	11
2.2 Psychologische Grundlagen chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz	12
2.2.1 Konzept der sozialen Identität	12
2.2.2 Theorie der optimalen Distinktheit	13
2.2.3 Employee-Organization Relationship	13
2.3 Intersektionalitätsforschung im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen	14
2.3.1 Grundlagen des Intersektionalitätsansatzes	14
2.3.2 Chronische Erkrankungen und Behinderung als Ungleichheitskategorie	16
2.4 Interne Kommunikation	18
2.4.1 Grundlegende Definitionen interner Kommunikation	18
2.4.2 Symmetrische interne Kommunikation	19
2.4.3 Transparente interne Kommunikation	21
2.5 Inklusion	22
2.5.1 Integration vs. Inklusion	22
2.5.2 Arbeitsplatzvielfalt und Inklusion	23
2.5.3 Unconscious Bias als Hürde für Inklusion	26
2.5.4 Woke-Washing als Hürde für Inklusion	27

3 Empirischer Teil.....	29
3.1 Forschungsfragen und Hypothesen	29
3.2 Forschungsdesign	31
3.2.1 Forschungsinstrument und Messgrößen	32
3.2.2 Stichprobenbeschreibung.....	34
3.2.3 Datenerhebung.....	36
3.2.4 Vorbereitung der Analysen.....	36
4 Ergebnisse	37
4.1 Allgemeine sozio-demografische, Erwerbstätigkeits- und Erkrankungsdaten.....	37
4.1.1 Sozio-demografische Daten	37
4.1.2 Status der Erwerbstätigkeit	39
4.1.3 Vorliegende chronische Erkrankungen und Behinderungen	41
4.2 Offenlegung der Erkrankung und damit verbundene wahrgenommene Risiken und Vorteile.....	45
4.2.1 Offener Umfang mit der chronischen Erkrankung oder Behinderung innerhalb der Stichprobe	45
4.2.2 Risiken und Vorteile im Zusammenhang mit der Erkrankungsoffenlegung.....	48
4.3 Employee-Organization Relationship (EOR) Faktor innerhalb der Stichprobe.....	49
4.4 Arten der Mitarbeiterkommunikation mit Bezug auf die COVID-19 Pandemie	50
4.5 Grad der Inklusion innerhalb der Stichprobe	52
4.6 Überprüfung der Hypothesen	52
4.6.1 Erkennen der Vorteile einer Offenlegung am Arbeitsplatz durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation.....	52
4.6.2 Offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz durch Erkennen der Vorteile einer Offenlegung	55
4.6.3 Beziehungsqualität (EOR) durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation	57
4.6.4 Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz durch gute Beziehungsqualität (EOR).....	60
4.6.5 Inklusion durch offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz	61
4.7 Zusätzlich entwickelte Hypothesen im Zuge der Auswertung	63
4.7.1 Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation	63

4.7.2 Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation	65
4.7.3 Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch gute Beziehungsqualität (EOR)	68
5 Diskussion und Ausblick	70
6 Limitation dieser Arbeit	76
Literaturverzeichnis	77
Abbildungsverzeichnis	87
Tabellenverzeichnis	88
Anhang	89

1 Einleitung

Die COVID-19 Pandemie hat Österreich seit Ende Februar 2020, als die ersten Virusinfektionen hierzulande registriert wurden, stark geprägt. Sie übte großen Druck auf die österreichische Erwerbsgesellschaft aus. Von Beginn an waren chronisch Kranke sowie Menschen mit Behinderungen als Risikogruppe mit erhöhten Schutzbedürfnissen im Fokus. Die Unternehmen standen in der Verantwortung durch interne Kommunikation, verstärkt auf betroffene Mitarbeitende heranzutreten. Für diese Krisensituation mussten umgehend Strategien entwickelt, Maßnahmen erarbeitet und schließlich auch umgesetzt werden.

1.1 Relevanz

Eine strategische interne Kommunikation im Hinblick auf chronisch kranke Mitarbeitende ist nicht erst seit Pandemiebeginn erforderlich. Bereits seit Anfang der 2000er ist Vielfalt am Arbeitsplatz in Österreich durch Begriffe wie Diversität und Inklusion ein Thema für Unternehmen. Diversität beschreibt dabei die Vielfalt, die aus demografischen Unterschieden zwischen Personen mittels beobachtbaren Merkmalen, wie Alter oder Geschlecht, und nicht beobachtbaren Eigenschaften, wie sexuelle Orientierung oder physische sowie psychische Beeinträchtigungen, entsteht (Mor Barak, 2015, S.85).

Chronische Erkrankungen als Teilbereich der Vielfalt gehören aufgrund der steigenden Lebenserwartung in Kombination mit verbesserter medizinischer Diagnostik zunehmend zum Morbiditätsspektrum. Bereits ein Drittel der europäischen Erwerbsbevölkerung leidet zumindest unter einer chronischen Erkrankung (Nazarov, 2019, S.1-2). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stuft beispielsweise Diabetes als globale Epidemie ein, da 8,8 % der Weltbevölkerung bereits daran erkrankt sind (World Health Organization, 2022). Eine Datenerhebung in 27 EU-Ländern ergab, dass 23,5 % der Erwerbsbevölkerung an einer chronischen Erkrankung leiden, davon berichten 19 %, dass sie schon seit langem gesundheitliche Probleme haben (Leonardi & Scaratti, 2018, S.1674). In der österreichischen Gesundheitsbefragung ATHIS – Austrian Health Interview Survey von 2019 wurde erhoben, dass 38,3 % der Bevölkerung, nämlich 2,8 Millionen Menschen in Privathaushalten im Alter ab 15 Jahren, von einer chronischen Erkrankung betroffen sind. Die Lebensqualität sowie das Wohlbefinden der Befragten mit chronischen Krankheiten waren viel geringer, wenn sich die gesundheitlichen Einschränkungen auf Alltagsaktivitäten auswirkten (Klimont & Ihle, 2020, S.19-23).

Das vermehrte Auftreten von chronischen Erkrankungen in der Erwerbsbevölkerung in Verbindung mit der COVID-19 Pandemie hat die Auseinandersetzung mit dem Thema Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch interne Kommunikation akut notwendig gemacht.

1.2 Problemstellung

Im Unterschied zu anderen Teilbereichen der Vielfalt, wie Geschlecht oder Alter, sind chronische Erkrankungen meist nicht sichtbar und können die Betroffenen darüber hinaus im alltäglichen Leben stark einschränken. Daher bedarf es größtenteils den Schritt der Offenlegung als Grundlage, um Inklusion stattfinden lassen zu können. Die Offenlegung ist jedoch aus diversen Gründen, wie beispielsweise die Angst vor Diskriminierung oder Stigmatisierung, eine große Hürde für Betroffene. Laut Wilton (2006, S.24) ist die Entscheidung über die Offenlegung einer chronischen Erkrankung oder Behinderung eine der größten Herausforderung für Betroffene. Erkrankte befürchten, diskriminiert oder gar entlassen zu werden. In einer Untersuchung fand er heraus, dass 40 % der Arbeitnehmenden ihre Erkrankung nicht offenlegen, aus Angst nicht eingestellt oder weiterbeschäftigt zu werden. Unternehmen stehen daher in der Verantwortung, eine Unternehmenskultur mittels interner Kommunikation zu schaffen, die es chronisch Kranken erleichtert, ihre Erkrankung offen zu kommunizieren. Im Zuge der COVID-19 Pandemie mussten Unternehmen vermehrt kommunikativ auf die Risikogruppe der chronisch Erkrankten eingehen. Nun ist es natürlich von Interesse, wie diese Form der Kommunikation aussah, ob sie Auswirkung auf die Offenlegungsrate hatte und damit die Basis für Inklusion schafft.

Die Dimension der Diversität betreffend körperliche und geistige Fähigkeiten findet als Teilbereich der Vielfalt in vielen wichtigen Bereichen keine oder nur geringe Beachtung, obwohl dadurch ein enormer Druck auf den Beschäftigungssektor ausgeübt wird (Leonardi & Scaratti, 2018, S.1677). Für Kirk-Brown und Van Dijk (2016, S.1627-1628) gilt Diversität als Grundlage, um Talente der Belegschaft besser zu nutzen. Jedoch betonen sie auch, dass chronisch Kranke als Teildimension der Vielfalt oftmals übersehen werden. Außerdem stellen sie eine komplexe Herausforderung für das Human Resource Management dar, weil sie innerlich als Gruppe heterogen sind und oft keine sichtbaren Symptome aufweisen.

1.3 Forschungslücke und Zielsetzung der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist es, die internen Kommunikationsmaßnahmen angesichts COVID-19 in Beziehung mit der Offenlegung chronischer Erkrankungen unter Berücksichtigung der

Beziehungsqualität zwischen Arbeitnehmenden und Organisation zu setzen. Es soll der aktuelle Stand der Offenlegung chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz von österreichischen Erwerbstätigen erhoben werden. Darüber hinaus soll die aktuelle Offenlegungsrate mit dem Grad der Inklusion von chronisch kranken Mitarbeitenden verglichen werden. Daher stellt sich die forschungsleitende Fragestellung wie folgt:

Wie haben sich die internen Kommunikationsmaßnahmen im Hinblick auf chronisch kranke Mitarbeitende anlässlich der COVID-19 Pandemie auf die Beziehungsqualität zwischen Mitarbeitenden und Organisation und somit auf die Offenlegungsrate ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz ausgewirkt, sowie folglich einen Einfluss auf die Inklusion der Betroffenen?

1.4 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn werden die theoretischen Grundlagen zur Forschungsarbeit näher erläutert. Im Zuge dessen erfolgt als Basis die Definition chronischer Erkrankungen inklusive deren Einordnung in die Charta der Vielfalt. Danach werden chronische Krankheiten angesichts der COVID-19 Pandemie näher betrachtet mit anschließender Verknüpfung mit den rechtlichen Rahmenbedingungen bezüglich chronische Erkrankungen und Behinderungen. Danach wird die Problematik der Offenlegung von Gesundheitsinformationen am Arbeitsplatz näher erklärt. Im nächsten Schritt werden psychologische Grundlagen durch das Konzept der sozialen Identität, die Theorie der optimalen Distinktheit und der Employee-Organization Relationship miteinbezogen. Es folgt die Einbindung der Perspektive der Intersektionalität mit der Begriffsgrundlage und der Bedeutung von chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen als Ungleichheitskategorie. Danach wird auf die Definition der internen Kommunikation, mit anschließender Beschreibung von symmetrischer und transparenter Kommunikation, eingegangen. Im Anschluss wird der Begriff Inklusion grundlegend definiert, vom Ausdruck Integration abgegrenzt, in Zusammenhang mit der Arbeitsplatzvielfalt gebracht und der Unconscious Bias sowie Woke-Washing als Hürden für Inklusion aufgezeigt.

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Dokumentation des empirischen Vorgehens der Forschungsarbeit, beginnend mit den Forschungsfragen und den dazugehörigen Hypothesen. Danach wird das Forschungsdesign detailliert erklärt inklusive dem verwendeten Forschungsinstrument und den ausgewählten Messgrößen. Im Anschluss kommt die Stichprobenbeschreibung und die Erläuterung, wie bei der Datenerhebung vorgegangen und anschließend die Analyse sowie die Auswertung der Daten vorbereitet wurden. Der nachfolgende Schritt ist die umfangreiche Darstellung der Ergebnisse. Zu Beginn gibt es

eine Auflistung der allgemeinen Daten, bestehend aus sozio-demografischen Daten, Erwerbstätigkeit und Angaben zur chronischen Erkrankung und/oder Behinderung. Dann der Status zur Offenlegung der Gesundheitsinformationen sowohl allgemein als auch explizit den Arbeitsplatz betreffend inklusive Vorteile und Risiken eines offenen Umgangs mit der Krankheit. Danach werden die Ergebnisse zur Beziehung zwischen Arbeitnehmenden und Organisation, gemessen durch den Employee-Organization Relationship (EOR) Faktor bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitiger Kontrolle, angeführt. Es folgen die Daten zur transparenten und symmetrischen Mitarbeiterkommunikation und danach zum Grad der Inklusion der Stichprobe. Im nächsten Abschnitt findet die Überprüfung der Hypothesen mit Hilfe von Korrelationen und einfachen sowie multiplen linearen Regressionen statt.

Zum Ende hin befindet sich die Diskussion des aktuellen Forschungsstandes mit den Ergebnissen der empirischen Daten dieser Studie als auch ein Ausblick auf mögliche folgende Forschungsarbeiten zum Thema. Anschließend wird noch die Limitation erläutert, um die Grenzen dieser Arbeit aufzuzeigen. Abschließend sind die Verzeichnisse, bestehend aus Literatur-, Abbildungs- sowie Tabellenverzeichnis und der Anhang mit dem Abstract zur Masterarbeit sowie der Fragebogen der Online-Umfrage, zu finden.

2 Theoretische Grundlagen

Zu Beginn gilt es den Begriff chronische Erkrankung zu definieren. Das Modell der sozialen Identität wird zur Erklärung der Entstehung des Zugehörigkeitsgefühls zur Gruppe der chronisch Kranken herangezogen. Das wird anschließend durch die Theorie der optimalen Distinktheit noch näher erklärt. Für ein vertrauensvolles Unternehmensumfeld, um Offenlegung zu ermöglichen, wird das Konzept der Employee-Organization Relationship (EOR) herangezogen. Dieses steht im Zusammenhang mit symmetrischer und transparenter interner Kommunikation. Am Ende dieses Kapitels werden aktuelle Forschungsdefizite aufgezeigt.

2.1 Chronische Erkrankungen

2.1.1 Definitionen des Begriffs chronische Erkrankung

In den letzten Jahrzehnten haben die chronischen Krankheiten stetig zugenommen und bilden somit eine große gesellschaftliche Herausforderung. Im Unterschied zu Akuterkrankungen, sind chronische Erkrankungen nicht heilbar und beeinflussen somit das gesamte weitere Leben der Betroffenen und ihre Identität (Schaeffer & Haslbeck, 2016, S.244).

Das Centers for Disease Control and Prevention (2013) spricht im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten von „non-communicable diseases“, also nicht übertragbaren Erkrankungen. Definiert werden die nicht übertragbaren Erkrankungen als körperliche oder psychische Krankheiten, die nicht von Mensch zu Mensch übertragbar sind, mindestens ein Jahr oder länger bestehen, sich schleichend entwickeln, langsam voranschreiten, vorzeitige Morbidität und Funktionsstörungen verursachen, die Lebensqualität vermindern, nicht vollständig ausheilen und somit ständige medizinische Betreuung erfordern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert nicht übertragbare Erkrankungen als Krankheiten, die über einen längeren Zeitraum andauern und die Folge von kombinierten genetischen, physiologischen, umwelt- und verhaltensbedingten Faktoren darstellen. Zu den häufigsten Krankheiten zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes. Als die vier Hauptrisikofaktoren für den Anstieg von chronischen Erkrankungen sowie die steigende Mortalitätsrate aufgrund dieser Krankheiten sieht die WHO den Tabakkonsum, schädlichen Alkoholkonsum, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel. Globale Phänomene wie rasche und ungeplante Urbanisierung, eine alternde Bevölkerung sowie die Globalisierung ungesunder Lebens-

weisen treiben die Zahlen von Menschen mit chronischen Erkrankungen in die Höhe (World Health Organization, 2022).

2.1.2 Chronische Erkrankungen in der Charta der Vielfalt

Die Charta der Vielfalt ist seit 2010 Teil der Initiative EU Diversity Charters Platform und dient der Förderung von Inklusion am Arbeitsplatz. Dabei gehen die Unterzeichner:innen eine freiwillige Selbstverpflichtung zur Einführung von fördernden Rahmenbedingungen zur Steigerung der Arbeitsplatzvielfalt ein (Wirtschaftskammer Österreich, o.J.).

Die Basis für die Charta der Vielfalt ist im Modell der vier Schichten von Diversität nach Gardenswartz und Rowe (2003, S.31-57, Abbildung 1) zu finden. Den Kern des Modells bildet die Persönlichkeit, gefolgt von den inneren Dimensionen, den äußeren Dimensionen und schließlich den organisatorischen Dimensionen. Die Charta der Vielfalt konzentriert sich auf die inneren Dimensionen. Diese setzen sich aus Merkmalen zusammen, die sich grundsätzlich nicht verändern oder beeinflussen lassen, nämlich Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, körperliche Fähigkeiten, Ethnizität und Herkunft. Chronisch kranke Mitarbeitende fallen in dieser Einteilung in die Dimension der körperlichen Fähigkeiten (Gardenswartz & Rowe, 2003, S.43-44).

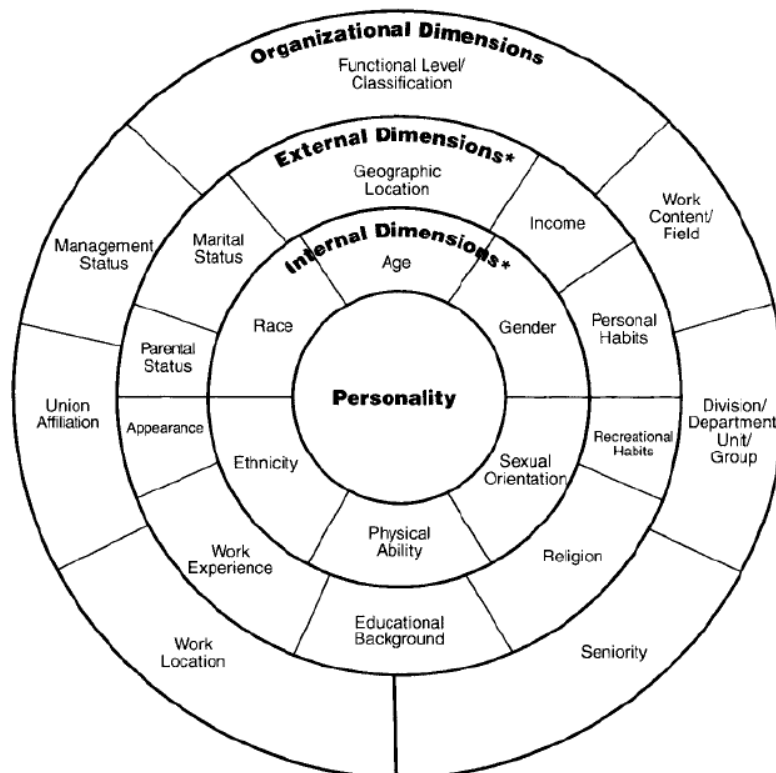


Abbildung 1: The four layers of diversity (Gardenswartz & Rowe, 2003, S.33)

Ein Teilbereich der Charta der Vielfalt beschäftigt sich mit den körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Mitarbeitende mit chronischen Erkrankungen fallen genau in diesen Abschnitt. Unternehmen nutzen diese Initiative als öffentliches Bekenntnis für mehr Vielfalt am Arbeitsplatz und einen respektvollen und vor allem wertschätzenden Umgang damit. Somit wird die Vielfalt zum Business Case und äußert sich in einem Wettbewerbsvorteil am Markt. Doch nicht nur für die Unternehmen ist die Teilnahme von Vorteil, auch für Arbeitnehmende kann sie hilfreich sein. Sie dient zur Orientierungshilfe, da die Liste der teilnehmenden Unternehmen öffentlich zugänglich ist (Wirtschaftskammer Österreich, o.J.).

Auch Deutschland ist Teil dieser europaweiten Initiative. Der gemeinnützige Verein Charta der Vielfalt e.V. gab eine detaillierte Darstellung der Vielfalt am Arbeitsplatz heraus. Im Zusammenhang mit dem Bereich der körperlichen und geistigen Fähigkeiten geht es um die Etablierung von barrierefreien Rahmenbedingungen, um die Betroffenen individuell in den Arbeitsprozess einbinden zu können. Es dreht sich somit um Inklusion und Barrierefreiheit, damit Arbeitnehmende ihr volles Potenzial ausschöpfen können (Charta der Vielfalt e.V., o.J., Abbildung 2).



Abbildung 2: Die sieben Dimensionen von Vielfalt (Charta der Vielfalt e.V., o.J.)

2.1.3 Chronische Erkrankungen und COVID-19

Im Rahmen der COVID-19 Pandemie zählen Personen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen zu den vulnerablen Personengruppen. Vulnerabel bedeutet laut Duden (Dudenredaktion, o.J.a) verwundbar. Der Begriff kommt im Zusammenhang mit besonders schwierigen Lebenslagen zum Einsatz, in denen Personen erhöhten Risiken wie Ausbeutung, Ausgrenzung oder Bevormundung ausgesetzt sind (Morawa, 2003, S.140-143). Vulnerabilität umfasst Bedingungen, die durch physische, soziale, wirtschaftliche oder ökologische Faktoren oder Prozesse bestimmt werden. Dadurch sind Personen oder Gemeinschaften, Vermögenswerte oder Systeme anfälliger für Auswirkungen von Gefahren (UNDRR, o.J.). Diese Vulnerabilität beziehungsweise Verwundbarkeit kann sich aus diversen Merkmalen ergeben wie Alter, gesundheitlichen Problemen (Stamm et al., 2020, S.4), Behinderung, Geschlecht, ethnischer Herkunft, sozioökonomischem Status oder Bildung (Anson et al., 2021, S.51). Individuen oder Gruppen werden unverhältnismäßig stark von Katastrophen getroffen (Howard et al., 2017, S.140, Anson et al., 2021, S.50) und das führt zu einer verminderten Widerstandsfähigkeit gegenüber Krisen wie COVID-19. Im Zuge der Coronakrise gelten neben älteren Menschen oder Personen mit psychischen Erkrankungen auch chronisch Erkrankte zu den vulnerablen Gruppen (Stamm et al., 2020, S.4-7). Dabei entsteht Vulnerabilität aus genetisch und/oder biographisch erworbener Verletzlichkeit und hängt mit Resilienz beziehungsweise Widerstandskraft von Menschen zusammen (Lueger-Schuster, S.111-114). Howard et al. (2017, S.140) nehmen an, dass vulnerable Gruppen vermutlich weniger gut auf Krisen vorbereitet sind, eine höhere Sterblichkeitsrate haben und sich danach auch schlechter davon erholen. Im Zuge der Pandemie wird von einem vorübergehenden Mangel an physischer Sicherheit gesprochen und das Erholungspotential hängt vom Zugang zu sozialem und wirtschaftlichem Kapital ab (Anson et al., 2021, S.50).

Vulnerable Gruppen haben unterschiedliche Bedürfnisse, Erwartungen und Zugangsmöglichkeiten zu Informationen und Technologien. Das erfordert viele verschiedene Methoden der Informationsvermittlung (Howard et al., 2017, S.140, Anson et al., 2021, S.50). Als Folgen von Vulnerabilität gelten die Fähigkeit, Informationen zu erhalten oder darin empfohlene Ratschläge umzusetzen (Anson et al., 2021, S.53). In Krisenzeiten ist neben der Bereitstellung von ausreichenden und passenden Informationen auch die Möglichkeit in Dialog zu treten für Betroffene erheblich (Stamm et al., 2020, S.8-9). Laut Clark-Ginsberg und Petrun Sayers (2020, S.482-483) waren vulnerable Gruppen während der COVID-19 Pandemie am stärksten von unzureichender Information und Fehlinformationen betroffen. Das zeigt das Erfordernis zweiseitiger Kommunikation mit Partizipationsmöglichkeit durch Dialogform auf (Anson et al., 2021, S.51). Darüber hinaus zeigt

sich nicht nur die Vulnerabilität bestimmter Gruppen, sondern auch deren Resilienz. Vorausgesetzt, sie nehmen aktive Partizipationsmöglichkeiten im Umgang mit der Krise in Anspruch (Stamm et al., 2020, S.8-9). Die Kommunikation bildet eine entscheidende Rolle bei der Katastrophenbewältigung. Um den Informationsbedarf verschiedener Gruppen zu ermitteln, gilt es die Bedürfnisse der Kommunikationszielgruppen und deren Vulnerabilität zu verstehen, um den Zugang zu relevanten Informationen für verschiedene Gruppen sicherzustellen. Daraus ergibt sich eine effektive, effiziente und inklusive Risikokommunikation mit maßgeschneiderten Kommunikationsmaßnahmen. Denn die COVID-19 Auswirkungen sind je nach Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand und sozioökonomischen Status aufgrund struktureller Bedingungen, kombiniert mit bestehenden Ungleichheiten, einem höheren Ansteckungsrisiko und Auswirkungen gesetzter Maßnahmen sehr unterschiedlich (Anson et al., 2021, S.49-55). Ein Mangel an Verständnis von Vulnerabilität und an zweiseitiger Kommunikation in Dialogform führt dazu, dass Bedürfnisse und Anliegen vulnerabler Personen nicht erfasst werden. Das führt wiederum zur Exklusion und erhöht die Gefährdung von vulnerablen Gruppen (Owen, 2020, Anson et al., 2021, S.53). Durch Verständnis dieser Problematik und Wahrnehmung von Risiken, bestehenden Barrieren, vorliegenden Wissenslücken, Verhaltensweisen und spezifischen Bedürfnissen kann es zu inklusiven Kommunikationsstrategien kommen (Anson et al., 2021, S.55).

Neben der Kommunikation bieten laut Bielefeldt (2018, S.21) die Menschenrechte in Situationen mit erhöhter Vulnerabilität Lösungsansätze zum Schutz von Betroffenen. Durch politisch-rechtliche Unterstützung sollen strukturelle Risiken eingedämmt werden.

2.1.4 Rechtliche Rahmenbedingungen von chronischen Erkrankungen und Behinderung

Chronische Erkrankungen können auch zu einem Grad der Behinderung führen. Der Grad der Behinderung gibt die Auswirkungen der Funktionsbeeinträchtigungen an. Die Beurteilung erfolgt mittels klar definierten Kriterien gemäß der Einschätzungsverordnung des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz BGBl. II Nr. 251/2012. Laut dieser Verordnung gilt eine Person ab einem Grad der Behinderung von mindestens 25 % als behindert. Eine Behinderung wird als Auswirkung einer nicht nur vorübergehenden, mehr als sechs Monate andauernde, körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionsbeeinträchtigung sowie einer Beeinträchtigung der Sinnesfunktionen, welche die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und insbesondere am allgemeinen Erwerbsleben, erschweren kann, definiert (BGBl, 2010, §14, Abs. 3).

Das Diskriminierungsverbot in der Arbeitswelt im Sinne des Behinderteneinstellungsgesetzes (BEinstG) betrifft ein aufrechtes Arbeitsverhältnis sowie die Anbahnung, Begründung und Beendigung. Darüber hinaus sind auch die Berufsausbildung, Beratung, Interessensorganisationen und selbstständige Erwerbstätige davon betroffen. Unmittelbare oder mittelbare Diskriminierung ist ausdrücklich in folgenden Bereichen verboten: Bewerbung, Einstellung, Entlohnung, Gewährung freiwilliger Sozialleistungen, Aus- und Weiterbildung, Umschulung, Aufstiegschancen, sonstige Arbeitsbedingungen, Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, Mitgliedschaft und Leistungsbezug von Interessenvertretungen sowie bei der Ausübung selbstständiger Erwerbstätigkeit. Zusätzlich sind nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch deren Angehörige durch das Diskriminierungsverbot geschützt. Der Tatbestand einer Belästigung aufgrund einer Behinderung wird ebenfalls als Diskriminierung angesehen (Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, o.J.).

Gemäß des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) besteht außerdem ein Diskriminierungsverbot im täglichen Leben. Das betrifft sowohl unmittelbare oder mittelbare Diskriminierung als auch aufgrund eines Naheverhältnisses. Ebenso zählt die Belästigung zur Diskriminierung durch Verletzung der Würde, einer unerwünschten, unangebrachten oder anstößigen Verhaltensweise, die sich einschüchternd, feindselig, entwürdigend, beleidigend oder demütigend auf betroffene Person auswirkt. Auch Anweisung zur Belästigung oder Diskriminierung wird in diesem Gesetz als strafbare Handlung erfasst (BGBl, 2018, §4-5).

Im Rahmen der Pandemie kamen neben den bereits etablierten gesetzlichen Bestimmungen zum Schutz von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen auch COVID-19 spezifische Verordnungen dazu. Zur COVID-19-Risikogruppe zählen erwerbstätige Personen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Daraus entsteht ein erhöhter Anspruch auf Homeoffice, veränderte Arbeitsbedingungen oder gar befristete Dienstfreistellung. Die COVID-19-Risikogruppe-Verordnung umfasst folgende medizinische Gründe zur Einstufung als Risikogruppe: fortgeschrittene, chronische Lungenerkrankung inklusive dauerhafter dualer Medikation, chronische Herzerkrankung mit Endorganschaden, aktive Krebserkrankung, Patient:innen mit dauerhafter Immunsuppression, fortgeschrittene chronische Nieren- sowie Lebererkrankung mit Organabbau und dekompensierter Leberzirrhose, ausgeprägte Adipositas ab Grad III, Diabetes mellitus sowie arterielle Hypertonie mit bestehenden Endorganschäden (Bundesministerium für Arbeit, 2021, S.11-12). Eine genaue Auflistung der medizinischen Indikatoren befindet sich in der COVID-19-Risikogruppe-Verordnung des Bundesministers für

Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Zusätzlich sind auch Personen mit anderen schweren Erkrankungen mit funktionellen oder körperlichen Einschränkungen, die aufgrund der Annahme eines schweren Krankheitsverlaufs durch ein COVID-19-Risiko-Attest bescheinigt werden, von der Verordnung betroffen (BGBl, 2020, §2). Mit 30. April 2023 läuft die COVID-19-Freistellungsregelung für Beschäftigte, die von der COVID-19-Risikogruppe-Verordnung erfasst werden, aus. Ist es Betroffenen mit COVID-19-Risikoattest nicht möglich, im Homeoffice oder an einem besonders geschützten Arbeitsplatz zu arbeiten, werden sie vom Dienst bezahlt freigestellt. Auch der öffentliche Dienst wird von dieser Verordnung erfasst (Presseabteilung - Arbeit, 2022).

2.1.5 Problematik der Offenlegung chronischer Erkrankungen

Der Schutz von COVID-19 Risikogruppen durch gesetzliche Bestimmungen und Verordnungen am Arbeitsplatz ist jedoch nur vollständig umsetzbar, wenn ein offener Umgang mit der Erkrankung oder Behinderung gepflegt wird. Doch die Offenlegung einer chronischen Erkrankung oder Behinderung birgt für Betroffene eine große Hürde. Bei der Offenlegung von Gesundheitsinformationen spielen positiv und negativ wahrgenommene Konsequenzen eine entscheidende Rolle. Zu den negativen Konsequenzen zählen die Furcht vor Diskriminierung, begrenzte Aufstiegschancen, mangelnder Respekt oder sogar Ausgrenzung beziehungsweise Isolation von Kolleg:innen. Betroffene verspüren oft arbeitsbezogene Risiken, wie dem Gefühl, sich anpassen zu müssen, vermindertes Vertrauen bis hin zur Angst, die Anstellung zu verlieren. Als Vorteile gelten psychisches und emotionales Wohlbefinden durch Ehrlichkeit und Offenheit, Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, erleichterter Zugang zu förderlichen Arbeitsplatzangeboten, gegenseitiges Verständnis, emotionale Unterstützung sowie Stressreduktion, da das Verschweigen wegfällt. Individuell werden prozesshaft die Kosten und Nutzen abgewogen, um die Entscheidung der Offenlegung von chronischen Erkrankungen zu treffen. Abhängig ist das auch von der Art des Arbeitsumfeldes und dem Vertrauen in die unternehmerische Fähigkeit, mit den Gesundheitsinformationen effektiv umgehen zu können (Lee & Li, 2020, S.101874).

Das EU-Projekt PATHWAYS (Neurological Institute Carlo Besta IRCCS Foundation, o.J.) untersuchte die Beschäftigungsbedürfnisse von Arbeitnehmenden mit chronischen Erkrankungen im Zeitraum von 2015 bis 2018 auf europäischer Ebene. Die Ergebnisse der Studie zeigen die Wichtigkeit der Anpassung des Arbeitsumfeldes an die Bedürfnisse von chronisch Erkrankten, damit sie wieder am Berufsleben teilhaben und ihren Arbeitsplatz langfristig behalten können. Sehr positiv ist für Teilnehmende eine flexible Arbeitszeit, um Arzttermine wahrnehmen zu können. Im Gegensatz dazu, wurde die Tatsa-

che, entlassen zu werden, wenn ihre Produktivität aufgrund der Erkrankung sinkt, als sehr ungünstig bewertet. Darüber hinaus nannten die Befragten mangelndes Verständnis von Arbeitgebenden und Kolleg:innen als häufiges Problem. Am hilfreichsten nehmen Betroffene laut Studienergebnisse die Maßnahmen zur Sensibilisierung für chronische Erkrankungen am Arbeitsplatz wahr. Die Sensibilisierung könnte Stigmatisierung und Diskriminierung von Mitarbeitenden mit chronischen Erkrankungen vorbeugen (Leonardi & Scaratti, 2018, S.1674-1679). Die Mehrheit der Befragten sprach über arbeitsbezogene Aspekte wie Stress am Arbeitsplatz, Karriereentwicklungschancen, Unterstützung sowie die Einstellung der anderen als ausschlaggebende Faktoren für ein positiv oder negativ wahrgenommenes Arbeitsleben. Neben den arbeitsbezogenen Aspekten spielen auch die gesundheitsbezogenen sowie die personenbezogenen Perspektiven eine wesentliche Rolle. Die Studienergebnisse werfen das Licht auf die enorme Bedeutung der Einstellung von Vorgesetzten und Mitarbeitenden, um der Stigmatisierung durch eine chronische Erkrankung entgegenzuwirken (Foitzek et al., 2018, S.595-596).

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung führt jedoch nicht automatisch dazu, dass sich Betroffene als Risikogruppe im Zuge der Pandemie angesprochen fühlen. Hierzu wird das Zugehörigkeitsgefühl zur Gruppe der chronisch Kranken benötigt. Wie dieses Gefühl entsteht, wird im nächsten Abschnitt anhand des Konzeptes der sozialen Identität nach Tajfel und Turner erklärt.

2.2 Psychologische Grundlagen chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz

2.2.1 Konzept der sozialen Identität

Turner (1982, S.17-18) spricht von sozialer Identifikation als Prozess sozialer Kategorisierung und der damit verbundenen Wahrnehmung von sich selbst und den anderen. Individuen nehmen sich selbst je nach Lebenssituation unterschiedlich wahr. Sie vergleichen sich damit mit anderen und kreieren ein Selbstkonzept mit Hilfe sozialer Kategorien und Schemata. Dadurch entstehen prozesshaft soziale Identifikationen. Dabei bildet die Summe dieser sozialen Identifikationen zur Selbstdefinition einer Person die sogenannte soziale Identität. Personen definieren systematisch sowohl was sie sind, als auch was sie nicht sind.

Tajfel (1982, S.2) sieht die soziale Identität als Teil des Selbstkonzepts des Einzelnen. Dieser Teil entsteht durch das Zugehörigkeitsgefühl zu einer sozialen Gruppe, wie beispielsweise chronisch Erkrankte. Das Selbstbild wird demnach zum Teil durch die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe geprägt. Die Bedeutung dieser Zugehörigkeit kann

sich im Laufe der Zeit auch je nach Lebenssituation verändern. Wird die eigene Gruppe als risikohaft und somit negativ wahrgenommen, wird automatisch die soziale Identität negativ bewertet. Die Bewertung der eigenen Gruppe findet dabei stets über den sozialen Vergleich mit anderen Gruppen statt. Ist ein Individuum einer solchen Situation ausgesetzt, wird entweder versucht, sich einer neuen positiveren Gruppe anzuschließen oder die bestehende Gruppe positiv zu verändern (Tajfel & Turner, 2004, S.59-60). Neben dem Zugehörigkeitsgefühl spielt auch das Bedürfnis nach Einzigartigkeit für Individuen eine Rolle, welches in der Theorie der optimalen Distinktheit miteinbezogen wird.

2.2.2 Theorie der optimalen Distinktheit

Brewer (1991) hat im Zusammenhang mit der sozialen Identität eine eigene Theorie entwickelt, die sogenannte Theorie der optimalen Distinktheit. Zentral für diese Theorie sind zwei grundlegende menschliche Bedürfnisse – Assimilation und Differenzierung. Unter Assimilation wird die Eingliederung in eine Gruppe inklusive Zugehörigkeitsgefühl verstanden. Die Differenzierung beschreibt die Abgrenzung von anderen durch die eigene Einzigartigkeit (Pickett & Brewer, 2001, S.342). Das Spannungsfeld der sozialen Identität bewegt sich zwischen dem menschlichen Bedürfnis nach Ähnlichkeit zu anderen, inklusive Bestätigung der Zugehörigkeit, und dem entgegengesetzten Bedürfnis nach Einzigartigkeit. Soziale Identität stellt dabei einen Kompromiss zwischen Anpassung und Abgrenzung dar. Die Entdifferenzierung findet innerhalb der eigenen Gruppe statt und die Unterscheidbarkeit ergibt sich durch Vergleich zwischen den Gruppen (Brewer, 1991, S.477).

Innerhalb einer optimal differenzierten exklusiven Gruppe, werden beide Bedürfnisse gleichzeitig befriedigt. Bedeutend ist diese Theorie, um herauszufinden, welche strukturellen Merkmale notwendig sind, damit eine kooperative Gruppe effektiv arbeitet. Durch die optimale Unterscheidbarkeit von Gruppen werden soziale Motive der Mitglieder unterstützt, die zu einer starken Gruppenidentität, Loyalität der Teilnehmenden und effizienter Zusammenarbeit führen (Brewer, 2016, S.360-364). Diese Aspekte sind auch Teil der Beziehungsqualität zwischen Arbeitnehmenden und Organisation, definiert durch die Theorie der Employee-Organization Relationship.

2.2.3 Employee-Organization Relationship

Für Shore et al. (2004, S.292) ist Employee-Organization Relationship ein übergreifender Begriff zur Definition der Beziehung zwischen den Arbeitnehmenden und der Organisation. Der EOR wird von verschiedenen Konzepten beeinflusst, unter anderem von der psychologischen, individuellen Position als auch von der wahrgenommenen organi-

satorischen Unterstützung sowie der allgemeinen Beschäftigungsbeziehung. Grundle-
gend für die Festlegung des EOR sind die Parameter der Austauschbeziehung, wie die
beteiligten Personen, die Norm der Gegenseitigkeit und der Wert der ausgetauschten
Ressourcen (Coyle-Shapiro & Shore, 2007, S.167). Die sozialen Austauschprozesse
beziehen die Ansichten der Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden über das Arbeitsver-
hältnis mit ein (Shore & Coyle-Shapiro, 2003, S.445).

Laut Men und Stacks (2014, S.307) setzt sich der EOR aus gegenseitigem Vertrauen,
Einigkeit über Einflussnahme, gemeinsamer Zufriedenheit und dem füreinander Einset-
zen zusammen. Diese Einflussgrößen werden auch von Hon und Grunig (1999, S.3) im
Zusammenhang mit dem internen Beziehungsmanagement in der Public Relations ver-
wendet. Sie sprechen von den Beziehungskomponenten Vertrauen, gegenseitige Kon-
trolle, Zufriedenheit und Engagement. Vertrauen basiert auf der Bereitschaft, sich einan-
der zu öffnen, unterstützt durch Integrität, Verlässlichkeit und Kompetenz. Bei der ge-
genseitigen Kontrolle sind sich die Parteien darüber einig, wer das Recht auf Beeinflus-
sung hat. Die Zufriedenheit bezieht sich auf das Wohlbefinden miteinander, durch Erfül-
lung positiver Erwartungen, wobei die Vorteile den Kosten überwiegen. Beim Engage-
ment handelt es sich um gegenseitiges Pflichtgefühl, die Parteien empfinden die Bezie-
hung als wertvoll, um Energie dafür aufzuwenden.

Der EOR spielte gerade während der Pandemie eine wesentliche Rolle, da aufgrund der
Schutzmaßnahmen vulnerabler Mitarbeitender ein hohes Maß an gegenseitigem Ver-
trauen erforderlich war. Dabei ist es wichtig, vulnerable Personengruppen im Hinblick auf
ihre Identität unter der Perspektive der Intersektionalität zu betrachten. Risikogruppen
während der Pandemie waren meist mehreren Beeinträchtigungen ausgesetzt, wie bei-
spielsweise der Betreuung von Kindern oder Angehörigen, eigener Vorerkrankungen und
dem Risiko einer Ansteckung oder Verbreitung. Daher folgt anschließend die Erläute-
rung des Intersektionalitätsansatzes hinsichtlich chronischer Erkrankungen und Behinde-
rungen.

2.3 Intersektionalitätsforschung im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen

2.3.1 Grundlagen des Intersektionalitätsansatzes

Dieser Ansatz geht auf die Juristin und Menschenrechtsaktivistin Kimberlé Crenshaw
(1989) und die Kritik Schwarzer Frauen am weißen Mittelschicht-Feminismus in den
USA zurück (Gouma & Dorer, 2021, S.7). Crenshaw (1989, S.149) beschreibt Intersekti-
onalität als wechselseitige Verflechtung von unterschiedlichen Herrschaftsverhältnissen,

die sich durch die Kategorien Geschlecht, „Rasse“ und Klasse bilden. Dabei entsteht eine Mehrfachdiskriminierung mit unterschiedlichen Macht- und Herrschaftsstrukturen durch Kreuzung sowie Überschneidung der unterschiedlichen Ungleichheitskategorien, die einander auf gesellschaftlicher und individueller Ebene durchdringen (Gouma & Dorer, 2019, S.2, Gouma & Dorer, 2021, S.7). Die Überschneidung der Kategorien in Kombination mit der Dynamik von Macht und Ungleichheit zeigt sich als intersektionale Perspektive in der Gesellschaft, anstatt die Gemeinschaft als homogen zu betrachten (Anson et al., 2021, S.51). Unter Ungleichheitskategorien werden binäre, asymmetrische Strukturen verstanden, die natürlich gegeben sind, wie beispielsweise Mann und Frau (Meyer, 2017, S.94-99, Gouma & Dorer, 2019, S.6). Für Gouma und Dorer (2019, S.1) dient Intersektionalität zur Erforschung der gegenseitigen Durchdringung sozialer Ungleichheitskategorien in Verbindung mit den Ebenen der gesellschaftlichen Diskurse, Institutionen und Subjektpositionierungen. Es geht um die prozesshafte Herstellung von Differenz, die Diskriminierung am Beispiel von Sexismus, Rassismus, Klassismus oder Heteronormativität sichtbar macht. Der Intersektionalitätsansatz dient als Ergänzung zum Diversity-Konzept, da hier auch Macht- und Herrschaftsverhältnisse berücksichtigt werden. Es geht um die Dekonstruktion von beziehungsweise Kritik an strukturellen Ungleichheiten. Untersucht wird, wie diese hegemoniale Macht- und Herrschaftsverhältnisse, basierend auf Ineinander- beziehungsweise Wechselwirkung von Ungleichheitskategorien, Inklusions- und Exklusionsprozesse vorantreiben (Gouma & Dorer, 2021, S.6-8).

Neben der Intersektionalität spielt auch die soziale Ungleichheit eine Rolle, dabei stellen sie verwandte sozialwissenschaftliche Konzepte dar (von Alemann, 2022, S.22). Solga et al. (2009, S.15) definieren Ungleichheit als ungleichen Zustand zu sozialen Positionen, systematisch verbunden mit vorteilhaften oder nachteiligen Handlungs- und Lebensbedingungen. Die Ungleichheitsforschung untersucht materielle Ungleichheiten zwischen Individuen und Gruppen, sowie die daraus resultierenden Folgen für den Zugang zu Bildung und Gesundheit oder die Möglichkeit der politischen Teilhabe. Zusätzlich zu diesen ungleichen gesellschaftlichen Positionierungen durch Kategorien wie Geschlecht, Klasse und Gesundheit untersucht die Intersektionalitätsforschung auch die daraus entstehenden Machtverhältnisse und Diskriminierungen (von Alemann, 2022, S.22). Die Analyse von Intersektionalität erfolgt auf individueller Ebene durch Diskriminierungserfahrungen (Gouma & Dorer, 2021, S.8). Bowleg (2020, S.917) weist darauf hin, dass COVID-19 bereits bestehende Ungleichheiten und Schwachstellen in der Gesellschaft verschärft. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer intersektionalen Betrachtung struktureller Bedingungen und Ungleichheiten, zur Entwicklung von Reaktionsmaßnahmen und die prioritäre Einsetzung dieser (Anson et al., 2021, S.52).

Dabei entwickeln die einzelnen Ungleichheitskategorien erst in Kombinationen, wie Geschlecht plus Klasse, innerhalb diverser sozialer Kontexte mit verschiedenen Akteuren und Interessenkonstellationen ihre spezielle Ungleichheitswirkung (Diewald & Faist, 2011, S.108, von Alemann, 2022, S.23).

2.3.2 Chronische Erkrankungen und Behinderung als Ungleichheitskategorie

Neben den bereits erwähnten grundlegenden Kategorien Geschlecht, Klasse und Ethnizität definieren Solga et al. (2009, S.16-17) auch Alter, körperliche Merkmale und Gesundheit als Ungleichheitskategorien. Ebenso sehen Degele und Winker (2011, S.76) den menschlichen Körper als wichtige Differenzkategorie inklusive Alter und gesundheitlicher Verfassung. Lenz (2022, S.273) weist auch auf das Vorhandensein von empirisch belegter Ungleichheit im Bereich der Kategorie Behinderung hin. Dabei werden Ungleichheiten nicht einfach additiv verwendet, sondern sie beeinflussen einander im sozialen Raum.

Intersektionalität konzentriert sich neben den Ungleichheitskategorien auch auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse als Grundlage sowie Resultat von sozialen Differenzen, die Ungleichheiten erst konstituieren. Darüber hinaus dienen sie als Legitimationsgrundlage für Exklusion und Diskriminierung sowie für Inklusion und Privilegierung (Gouma & Dorer, 2019, S.3). Der Mechanismus der Exklusion und Inklusion wird auch von Diewald und Faist (2011, S.102) als einer von vier Mechanismen zur Erklärung der Entstehung von Ungleichheiten sowie Diskriminierung und Stigmatisierung, als Folge der Trennung in Insider und Outsider, verwendet. In diesem Zusammenhang benutzen sie den Begriff „Boundary Making“ als Konzept zur Entstehungserklärung von Ungleichheit mittels symbolischer oder sozialer Abgrenzung von Individuen und Gruppen als Mitglieder sozialer Kategorien. Kategorien, die dazu führen, dass Betroffene benachteiligt, ausgebeutet, abgewertet, stereotypisiert oder gar vollkommen ausgeschlossen werden. Daraus ergibt sich die ungleichheitsrelevante Bedeutung der einzelnen Kategorien (Diewald & Faist, 2011, S.105).

In der Forschungsarbeit von Jungwirth und Bakhshizadeh (2022, S.119) findet mittels Intersektionalität eine Analyse von Ungleichheiten in Bildung und Beruf von Frauen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen statt. Die Erwerbsbeteiligung von Männern mit Behinderung ist unterdurchschnittlich, doch die der Frauen mit Behinderung unterschreitet selbst diese und ist daher erschreckend gering. Die Intersektionalitätsforschung untersucht in diesem Zusammenhang die Mehrdimensionalität sozialer Ungleichheit beim Zugang zum Arbeitsmarkt als Kombination aus Behinderung oder chronischer Er-

krankung und alter- oder geschlechtsspezifische Differenzierungen. Die Autorinnen definieren dabei einen neuen Begriff für Arbeit, bestehend aus bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter Arbeit, wie alltagsbezogener Tätigkeiten, Sorgearbeit und krankheitsbezogener Aufgaben. Die Erwerbsarbeit umfasst den sogenannten Arbeitszyklus, der den beruflichen Verlauf in Bezug zur gesamten Bildungs- und Arbeitsbiografie beschreibt (Jungwirth & Bakshizadeh, 2022, S.119-121). Alltagsbezogene Tätigkeiten, wie beispielsweise Haushaltsaufgaben, können für Personen mit einer Behinderung oder chronischen Erkrankung herausfordernd sein, wobei sie für Menschen ohne Beeinträchtigung als selbstverständlich wahrgenommen werden (Barnes, 2012, S.480). Eine Unterbrechung des Arbeitszyklus von Frauen findet häufig aufgrund der Obsorge für Kinder und Familie, dem Familienzyklus, statt. Hier findet sich auch die Begründung für Geschlechterungleichheit aufgrund der geschlechterspezifischen Arbeitsaufteilung zwischen bezahlter Erwerbsarbeit und unbezahlter familienbezogener Sorgearbeit. Daraus ergeben sich unterschiedliche berufliche Laufbahnen und infolge ungleiche Einkommenslagen. Langfristig bedeutet das Einbüßen von Einkommen und den beruflichen Status von Frauen. Als weiterer Einschnitt in den Arbeitszyklus wird die Unterbrechung aus gesundheitlichen Gründen, inklusive der erforderlichen Arbeitsaufgaben aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, angesehen (Barnes, 2012, S.480). Diese werden im Behinderungszyklus zusammengefasst, der als Folge eine berufliche Neuorientierung als Wendepunkt im Berufsverlauf haben kann. Intersektionale Untersuchungen finden durch die Erforschung des Zusammenwirkens der drei genannten Zyklen, bestehend aus Arbeitszyklus, Familienzyklus und Behinderungszyklus, statt. Frauen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen erfahren Benachteiligung beim Zugang zum Arbeitsmarkt und am Arbeitsplatz selbst. Durch zusätzliche Belastungen, wie beispielsweise Überforderungsgefühl, Sorge um das Behalten des Arbeitsplatzes, Bemühung um Kompensation einer Beeinträchtigung, ergeben sich zusätzliche Arbeitsbelastungen, die im Zusammenhang mit dem Behinderungszyklus Auswirkungen auf den Arbeitszyklus haben. Daraus ergibt sich häufig eine strukturelle Benachteiligung aufgrund von Stigmatisierung. Das hat zur Folge, dass chronische Erkrankungen und nicht sichtbare Behinderungen oft weder in der Beratung noch bei der Bewerbung oder am Arbeitsplatz direkt angesprochen werden. Es werden meist Nachteile bei der Einstellung oder am Arbeitsplatz befürchtet und zusätzliche Ansprüche, wie zum Beispiel besserer Kündigungsschutz oder ein Mehr an Urlaubstagen aufgrund von Unkenntnis, nicht geltend gemacht. Vor allem Frauen fehlt oft das Vertrauen zur Kollegschaft und sie wollen so lange wie möglich „funktionieren“. Die Diskriminierung beginnt bei Personen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen schon beim Zugang zum Arbeitsmarkt, durch längere Krankheitsphasen und daraus entstehenden Lücken im Lebenslauf. Bei Beförderungen wer-

den Betroffene oft trotz besserer Qualifikationen nicht berücksichtigt. Bei Frauen kommt es hierbei zur doppelten Diskriminierung, wenn sie als nicht adäquat leistungsfähig für eine Position eingestuft werden (Jungwirth & Bakhshizadeh, 2022, S.119-127).

Gouma und Dorer (2021, S.8) treffen die Annahme, dass Gerechtigkeit und Anerkennung inklusive sozialer Veränderung, nur durch gemeinsame Anstrengung erzielt werden können. Jungwirth und Bakhshizadeh (2022, S.127-128) empfehlen einen umfassenden gesellschaftlichen sowie kulturellen Wandel bezüglich Behinderung und Geschlechtergleichstellung. Die häufig hohe Motivation von Frauen mit Behinderung soll besser erkannt und gefördert werden, um damit eine adäquate Arbeitssituation für alle zu schaffen. Darüber hinaus soll für Sensibilisierung der Belange von Frauen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen gesorgt und der Umgang mit möglichen Stigmatisierungen verbessert werden, um die Teilhabe für Betroffene zu verbessern (Jungwirth & Bakhshizadeh, 2022, S.128).

Die intersektionale Sichtweise leistet diesbezüglich einen Beitrag, indem eine nuancierte und detaillierte Einschätzung der Betroffenheit verschiedener Personen und Gruppen, inklusive deren Vulnerabilität sowie den vorherrschenden strukturellen Dynamiken, stattfindet. Daraus kann sich eine Kalibrierung von bedürfnisorientierten Kommunikationsstrategien ergeben. Zusätzlich sollen inklusive Kommunikationsstrategien, bestehend aus zweiseitiger Kommunikation mit kontinuierlicher Interaktion der Kommunikationsteilnehmenden, erarbeitet werden (Anson et al., 2021, S.49-52), um die interne Kommunikation situativ an die Bedürfnisse der Teilnehmenden anzupassen.

2.4 Interne Kommunikation

2.4.1 Grundlegende Definitionen interner Kommunikation

Mast (2014, S.1123) definiert interne Unternehmenskommunikation als sämtliche kommunikative Prozesse, die zwischen Mitarbeitenden aller Abteilungen und Hierarchiestufen im Unternehmen ablaufen. Sie umfasst die Vermittlung von Wissen, Werten und Unternehmenszielen, sowohl in Alltags- als auch in Krisensituationen.

Szyszka (2006, S.94) spricht von interner Organisationskommunikation mit allen formellen, informellen und instrumentellen Kommunikationsprozessen innerhalb einer Organisation. Dieser Begriff wird von Schneider et al. (2014, S.451) noch genauer definiert, nämlich als Gesamtheit der Prozesse zwischen zwei oder mehreren Organisationsmitgliedern, die direkt oder mittels Medien formell oder informell miteinander in Beziehung treten.

Einwiller et al. (2008, S.223) verwenden in Bezug auf interne Unternehmenskommunikation den Begriff Mitarbeiterkommunikation, da hier die Involvierung der Mitarbeitenden und das Prinzip der Wechselseitigkeit enthalten sind. Für sie geht Mitarbeiterkommunikation über reines Informieren hinaus und beinhaltet auch die wechselseitige Einflussausübung sowie die aktive Teilnahme sämtlicher Kommunikationsbeteiligter. Somit umfasst diese Form der Kommunikation alle informativen und kommunikativen Vorgänge zwischen den Unternehmensmitgliedern. Für diese Arbeit wird daher der Begriff Mitarbeiterkommunikation verwendet, da die Wechselseitigkeit in Bezug auf den Rollentausch als Sender und Empfänger von Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden grundlegend ist.

Im Modell der umfassenden integrierten Unternehmenskommunikation von Van Riel (1995, S.26) reiht sich die interne Kommunikation neben Public Relations und Public Affairs als Unterkategorie der Organisationskommunikation beziehungsweise der strategischen Public Relations ein. Nach diesem Modell ist daher die Kommunikation mit Mitarbeitenden als Teil der internen Kommunikation im Bereich der Organisationskommunikation angesiedelt. Innerhalb der internen Kommunikation wird zusätzlich zwischen drei Ebenen unterschieden, dem alltäglichen Management, dem strategischen Management und dem Projektmanagement. Die tägliche Mitarbeiterkommunikation gehört zur Ebene des alltäglichen Managements und dient zur Regelung der Mitarbeiterbeziehung. Das schließt die Kommunikation als strategisches Managementinstrument zur Regulierung der Interaktionen und Beziehungen zwischen allen unternehmensinternen Stakeholdern ein. Ziel ist es, ein hohes Maß an Mitarbeiterengagement zu erreichen und die Bindung zwischen dem Unternehmen und den Mitarbeitenden zu stärken. Wichtig ist dabei abermals das Schaffen von Zugehörigkeitsgefühl sowie Bewusstsein und Verständnis der unternehmerischen Ziele (Welch & Jackson, 2007, S.181-191). Wechselseitigkeit und Interaktion von Kommunikationsteilnehmenden spielt auch im Modell der symmetrischen internen Kommunikation eine Rolle.

2.4.2 Symmetrische interne Kommunikation

Grunig und Hunt (1984, S.21-46) erstellten vier Modelle der Öffentlichkeitsarbeit, wobei eines davon das zweiseitige symmetrische Modell ist. Beim Modell der symmetrischen Kommunikation handelt es sich um ein normatives Modell der Öffentlichkeitsarbeit. Dieses beinhaltet den Dialog zwischen den Teilnehmenden, inklusive Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Offenheit, Transparenz, Beziehung, Gegenseitigkeit, Netzwerksymmetrie, horizontale Kommunikation, Feedback, Angemessenheit der Information, mitarbeiterzentrierter Stil, aktives Zuhören, Toleranz für Meinungsverschiedenheit sowie Verhandlungen (Grunig, 1992, S.558). Grundlegend für das Modell sind die kommunikative Gleichbe-

rechti gung, die Wechselseitigkeit, inklusive gegenseitigem Verständnis, die Zweiwege-Kommunikation mittels Dialog (Grunig & Hunt, 1984, S.22) sowie das Gleichgewicht von Macht und Interessen zwischen Mitarbeitenden und Organisation (Grunig & Grunig, 2011, S.9).

Das zweiseitige symmetrische Modell geht davon aus, dass die Mitglieder der Organisation die Kommunikation nutzen, um eine gegenseitig vorteilhafte Beziehung herzustellen. Diese Beziehung ist geprägt von gegenseitigem Verständnis, Zusammenarbeit, gegenseitiger Anpassung, Reaktionsfähigkeit sowie Gleichgewicht von Macht und Interessen. Das wirkt sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit, Identifikation, Loyalität sowie das Kommunikationsverhalten der Organisationsmitglieder aus (Grunig et al., 2002, S.548). Symmetrische Unternehmenskommunikation ist mitarbeiterorientiert und schafft eine positive emotionale sowie partizipative Kultur, die Gegenseitigkeit, Offenheit, Vertrauen und Feedback ermöglicht (Men & Yue, 2019, S.101771). Bezogen auf den Dialogcharakter symmetrischer Kommunikation, hat die Face-to-Face Kommunikation positive Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit (Men, 2014, S.278). Zusätzlich haben Mitarbeitenden dadurch die Möglichkeit am Entscheidungsprozess teilzunehmen, das wirkt sich folglich positiv auf ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz aus (Men, 2014, S.268). Bezugnehmend auf krisenbedingte Veränderungskommunikation, beeinflusst symmetrische interne Kommunikation die von Mitarbeitenden wahrgenommene Qualität dieser veränderten Kommunikation positiv. Das fördert die wahrgenommene organisatorische Unterstützung und führt zu positiven Emotionen der Mitarbeitenden sowie einer stärkeren Identifikation mit dem Unternehmen (Sun et al., 2021, S.19-20). Authentische Führung spielt eine entscheidende Rolle bei der Förderung symmetrischer Kommunikation (Men & Stacks, 2014, S.301). Diese beinhaltet positive, psychologische und organisatorische Fähigkeiten, die zu selbstregulierten, positiven Verhaltensweisen, wie Wertvorstellungen, Überzeugungen, Emotionen sowie Selbstidentitäten führen (Luthans & Avolio, 2003, S.243).

Symmetrische Kommunikation trägt zur Anpassung der Denk- und Verhaltensweisen von Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden bei, wodurch eine vorteilhafte Beziehung zwischen beiden Parteien entsteht (Men & Yue, 2019, S. 101766). Men und Stacks (2014, S.306) sehen symmetrische interne Kommunikation als Weltanschauung, fokussiert auf wechselseitigen Informationsfluss, Verständnis, Eingehen auf die Bedürfnisse und Anliegen der Mitarbeitenden sowie Toleranz gegenüber anderen Meinungen. Das fördert transparente Kommunikation, inklusive kommunikative Beteiligung und umfangreiche Information. Demnach führt symmetrische interne Kommunikation mittels Wah-

rung der Meinungen und Interessen der Mitarbeitenden, Förderung unterschiedlicher Meinungen, Gleichberechtigung der Beteiligten, gegenseitigem Verständnis und Zusammenarbeit zur transparenten Kommunikation, wodurch den Mitarbeitenden die benötigten Informationen vollständig, rechtzeitig, genau, ausgewogen, mitarbeiterorientiert und eindeutig zur Verfügung gestellt werden. Das führt zu einer positiven Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Organisation, inklusive Vertrauen und Zufriedenheit. Zusammenfassend hat demnach symmetrische, zweiseitige, mitarbeiterorientierte sowie partizipative Kommunikation einen indirekten positiven Einfluss auf den EOR durch Transparenz der Kommunikation (Men & Stacks, 2014, S.316).

Im Zusammenhang mit der Pandemie hat die WHO eine zweiseitige Kommunikation in Dialogform in Kombination mit einer kontinuierlichen Interaktion empfohlen. Durch die Vernachlässigung dieser Empfehlung wurde die Bevölkerung von der COVID-19 Kommunikation und Politik ausgeschlossen. Das erhöhte wiederum die Gefährdung vulnerabler Gruppen und führte zur sozialen Stigmatisierung. Die zweiseitige Kommunikation dient jedoch zum Aufbau von Beziehungen zwischen Organisation und Vertreter:innen verschiedener Zielgruppen. Durch direkte Botschaften und das Einholen von Feedback und Meinungen können Zielgruppen betreffende Gedanken, Sorgen, Gerüchte, Fehlinformationen und Erfahrungen erfasst sowie verarbeitet werden. Daraus entsteht gezielte Hilfestellung mittels maßgeschneiderter Ratschläge und Beratung. Dabei ist es wichtig, die Risikowahrnehmung, Verhaltensweisen, bestehende Hindernisse, spezifische Bedürfnisse und Wissenslücke zu erkennen und zu verstehen (IFRC, UNICEF & WHO, 2020, UNHCR, 2020, Anson et al., 2021, S.54). Neben der Zweiseitigkeit der COVID-19 Kommunikation spielt auch die Transparenz eine entscheidende Rolle, um funktionierende Mitarbeiterkommunikation zu etablieren und auf vulnerable Personengruppen besser eingehen zu können.

2.4.3 Transparente interne Kommunikation

In der Arbeit von Lee und Li (2020, S.101873) wird der EOR vor allem mit transparenter Kommunikation in Verbindung gebracht. Darunter wird die bewusste Bereitstellung aller relevanten, wahrheitsgemäßen, vollständigen und substanziellen Informationen über die unternehmerischen Handlungen und Entscheidungen verstanden. Darüber hinaus sollen sich die Mitarbeitenden an der Ermittlung und Verteilung von Informationen aktiv beteiligen. Sie zeichnet sich durch einen hohen Informationsgehalt, Verantwortlichkeit und die Beteiligung der Mitarbeitenden aus (Men & Stacks, 2014, S.301). Transparenz umfasst drei wesentliche Aspekte, nämlich umfassende Information, Beteiligung und Verantwortlichkeit. Die Vollständigkeit der Information bezieht sich dabei auf die Bedürfnisse des

Empfängers. Daher gilt es herauszufinden, was die Empfänger wissen müssen und dementsprechend Kommunikationsmaßnahmen zusetzen (Rawlins, 2009, S.74). Men und Stacks (2014, S.306) definieren transparente Organisationskommunikation als Vermittlung aller rechtlich zulässigen positiven und negativen Informationen an Mitarbeitenden und das genau, rechtzeitig, ausgewogen und eindeutig. In der Krise ist es vor allem wichtig, Informationen und Maßnahmen möglichst rechtzeitig zu kommunizieren, also am besten noch vor ihrer Umsetzung. Im Zusammenhang mit vulnerablen Personengruppen empfiehlt es sich mit Vertretenden der Gruppen in Dialog zu treten, sie somit in den Prozess miteinzubeziehen und Vertrauen in die Maßnahmen zu erzeugen. Gerade in Krisenzeiten und im Zusammenhang mit Krisenkommunikation sind Transparenz und Partizipation essenziell zur Erreichung einer hohen Akzeptanz der gesetzten Maßnahmen durch Identifikation und Vertrauen (Stamm et al., 2020, S.10).

Eine transparente interne Kommunikation steht im positiven Zusammenhang mit dem Vertrauen, Engagement und einem aktiven Kommunikationsverhalten der Arbeitnehmer:innen. Diese Form der Kommunikation führt zu einer guten Beziehungsqualität zwischen Mitarbeitenden und der Organisation, die einen entscheidenden Faktor bei der Offenlegung beziehungsweise Mitteilungsabsicht von gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz bildet (Lee & Li, 2020, S.101873). Die Kommunikation von Führungskräften soll gerade in Krisenzeiten von Vollständigkeit, Wahrheitstreue und Transparenz geprägt sein. Mitarbeitende wünschen sich während einer Krise eine häufige und schnelle Informationsweitergabe. Das schafft Vertrauen und ein Gefühl von Sicherheit (Hebertshuber, 2021, S.65-66). Die kommunikative Transparenz beeinflusst positiv die Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Organisation und sorgt für eine effektive Bewältigung mitarbeiterbezogener Gesundheitsprobleme, beugt Problemen vor und hilft dabei Vertrauen aufzubauen sowie zu erhalten (Lee & Li, 2020, S.101877-101879). Transparente interne Kommunikation fungiert als ausführendes Instrument symmetrischer interner Kommunikation und hat einen positiven Einfluss auf den EOR (Men & Stacks, 2014, S.301). Dadurch kann eine Grundlage geschaffen werden, um Inklusion stattfinden lassen zu können.

2.5 Inklusion

2.5.1 Integration vs. Inklusion

Unter Integration wird der Prozess der bloßen Einbindung von Individuen in ein normatives Gefüge wie beispielsweise eine Organisation mit vorherrschenden Normen und Werten verstanden (Rahnfeld, 2019, S.15). Die Inklusion geht einen Schritt weiter und steht

für einen geteilten Gerechtigkeitsimperativ mit einem barrierefreien und gleichberechtigten Zielzustand (Budde, 2016, S.107). Shore et al. (2011, S.1265-1267) setzen im Rahmenwerk zur Inklusion ebenso auf die beiden Bedürfnisse Zugehörigkeit und Einzigartigkeit wie auch schon Tajfel und Turner sowie Brewer. Bei einem geringen Maß an Zugehörigkeit und Einzigartigkeit wird vom Zustand der Exklusion gesprochen. Dabei werden Betroffene nicht als organisatorische Insider mit einzigartigem Wert in der Arbeitsgruppe behandelt. Im Gegensatz dazu wird bei einem hohen Maß an Zugehörigkeit und Einzigartigkeit der Zustand von Inklusion erreicht. Betroffene werden als Insider behandelt und dürfen auch ihre Einzigartigkeit in der Arbeitsgruppe bewahren. Bei hoher Zugehörigkeit und gleichzeitig geringer Einzigartigkeit wird von Assimilation gesprochen. Dabei sind Gruppenmitglieder Insider, wenn sie sich den vorherrschenden Normen der Unternehmenskultur anpassen und ihre Einzigartigkeit indessen vernachlässigen. Ist das Niveau der Zugehörigkeit niedrig und dafür der Grad der Einzigartigkeit hoch, so besteht der Zustand der Differenzierung. Hierbei werden die einzigartigen Eigenschaften von Betroffenen als wertvoll für den Unternehmens- oder Gruppenerfolg angesehen, sie werden jedoch nicht wie Insider der Arbeitsgruppe behandelt. In welchem Zusammenhang der Unternehmenserfolg mit der Arbeitsplatzvielfalt steht, wird im nächsten Abschnitt näher besprochen (Abbildung 3).

	Low Belongingness	High Belongingness
Low Value in Uniqueness	Exclusion Individual is not treated as an organizational insider with unique value in the work group but there are other employees or groups who are insiders.	Assimilation Individual is treated as an insider in the work group when they conform to organizational/dominant culture norms and downplay uniqueness.
High Value in Uniqueness	Differentiation Individual is not treated as an organizational insider in the work group but their unique characteristics are seen as valuable and required for group/ organization success.	Inclusion Individual is treated as an insider and also allowed/encouraged to retain uniqueness within the work group.

Abbildung 3: Inclusion Framework (Shore et al., 2011, S.1266)

2.5.2 Arbeitsplatzvielfalt und Inklusion

Die Vielfalt am Arbeitsplatz ist eine normative Haltung der grundsätzlichen Bejahung und Würdigung von Diversität und Unterschiedlichkeit in der Belegschaft (Mercheril & Plößer, 2011, S.279, Nauerth, 2012, S.57). Dabei spielt diversitätssensibles Verstehen eine wesentliche Rolle. Es kommt zur Gerechtigkeitsförderung, illegitime Ungleichheit wird

überwunden und legitime Differenz gefördert (Nauerth, 2012, S.57-58). Adorno (1951, S.130-131) sprach von der Versöhnung der Differenz, um ohne Angst verschieden sein zu können. Zusätzlich zum Prozess des Verstehens kommt die diversifizierte Realität des Handelnden, wobei verschiedene Forderungen nach Umverteilung und Versorgung, Anerkennung und Akzeptanz sowie Wahrnehmung und Wertschätzung entstehen (Nauerth, 2012, S.64). Der Begriff der Diversität hat in den letzten Jahren neue Aufmerksamkeit und eine Bedeutungserweiterung erhalten. Ethnische Minderheiten und soziale Interessengruppen streben neben sozialer Gerechtigkeit durch Umverteilung auch nach Identitätsanerkennung durch Inklusion. Dadurch erfolgt eine Anerkennung von Verschiedenheit und Überwindung illegitimer Angleichungsbestrebungen (Fraser, 2003, S.15, Nauerth, 2012, S.56-57).

Bezogen auf den Arbeitsplatz bedeutet Inklusion das Gefühl des Einzelnen, Teil des Organisationssystems zu sein, sowohl bei formellen Prozessen wie dem Zugang zu Informationen als auch bei informellen Prozessen wie gemeinsamen Mittagessen. Dabei sind zwei Bedürfnisse entscheidend, nämlich die Zugehörigkeit und die Einzigartigkeit. Die Mitarbeitenden sollen die Wertschätzung ihres einzigartigen Beitrags zur Organisation wahrnehmen und ihre volle Beteiligung gefördert werden. Die Förderung der Repräsentativität von Diversität und die damit verbundene Eingliederung, also Inklusion der vielfältigen Arbeitnehmenden, basieren auf einem zirkulären zweistufigen Prozess. Die erste Stufe ist die einfache, demografisch vielfältige Vertretung unter der Belegschaft. In Stufe zwei geht es proaktiv darum, Diversity Management zu betreiben und sich um die erfolgreiche Eingliederung dieser Vielfalt zu bemühen. Beide Stufen beeinflussen einander zirkulär (Mor Barak, 2015, S.85-86). Gerpott (2021, S.2-3) sieht Inklusion nicht nur als Vorhandensein struktureller Maßnahmen zur Erhöhung der Vielfalt beziehungsweise zur Förderung eines konstruktiven Umgangs mit einer vielfältigen Belegschaft. Sie spricht von gelebter Integration und Involvierung von diversen Mitarbeitenden in den Unternehmensalltag. Dieser Prozess kann durch interne Kommunikationsmaßnahmen unterstützt und umsetzbar gemacht werden.

Mor Barak (2017, S.129) versteht unter der Vielfalt der Belegschaft eine wahrgenommene Gemeinsamkeit, wie eine chronische Erkrankung, die sich möglicherweise negativ oder auch positiv auf die Beschäftigung auswirken kann. Konsequenzen dieser Vielfaltsmerkmale beziehen sich auf Arbeitsmöglichkeiten, Behandlung am Arbeitsplatz und Aufstiegschancen, unabhängig von arbeitsplatzbezogenen Fähigkeiten und Qualifikationen. Inklusion dieser Arbeitsplatzvielfalt funktioniert über die Akzeptanz der demografischen Unterschiede, Anerkennung der Einzigartigkeit der Mitarbeitenden, Vermittlung

eines Zugehörigkeitsgefühls sowie die Beteiligung an der Unternehmenskommunikation und Entscheidungsprozessen (Mor Barak, 2017, S.302).

Für ein inklusives Arbeitsumfeld ist formelle zwischenmenschliche Kommunikation wichtiger als informelle zwischenmenschliche Kommunikation (Wolfgruber et al., 2022, S.1841). Zwischenmenschliche Kommunikation meint dabei die Vermittlung von Informationen in Situationen gegenseitiger Beeinflussung. Formell werden ausschließlich arbeitsbezogene offizielle Informationen ausgetauscht und informell entspricht den inoffiziellen Gesprächen wie beispielsweise Small Talk (Price, 1997, S.349). Der Mangel an formeller zwischenmenschlicher Kommunikation bezüglich Diversität und Inklusion trägt zum geringen Grad an Inklusion bei. Dabei wird formelle Kommunikation benötigt, um Mitarbeitenden über Inklusionsinitiativen zu informieren. Entsprechende informelle Kommunikation sorgt für den Beziehungsaufbau und ein vertrauensvolles Arbeitsklima (Wolfgruber et al., 2022, S.1854). Laut Wolfgruber et al. (2022, S.1855-1856) hat formale zwischenmenschliche Kommunikation den größten Einfluss auf das Gefühl der Mitarbeitenden, einbezogen zu werden. Hierzu benötigt es die Einführung eines aufgeschlossenen, inklusiven und hierarchieübergreifenden Führungsstils. Dieser beinhaltet kontinuierliche Verhaltensweise der Führungskräfte, damit sich die Mitarbeitenden als Teil des Teams fühlen und gleichzeitig ihre Einzigartigkeit wahren können. Dieser Führungsstil schätzt unterschiedliche Meinungen und Standpunkte, delegiert Kompetenzen, motiviert und vermittelt in Konfliktfällen. Entsprechende interne Kommunikationsmaßnahmen und aufmerksames Zuhören führen zu einem inklusiven Arbeitsumfeld. Zusätzlich wurde ein positives Zusammenspiel zwischen dem inklusiven Führungsstil mit inklusivem Arbeitsklima, psychologischer Sicherheit, innovativer Arbeitsweise inklusive Kreativität sowie Engagement beobachtet. Dabei stehen Diversität und Inklusion im positiven Zusammenhang mit einer höheren betrieblichen Leistung (Mor Barak, 2015, S.86), positiven zwischenmenschlichen und organisatorischen Ergebnissen wie beispielsweise weniger Vorurteilen, ein höheres Maß an Innovation, Produktivität und wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit (Konrad et al., 2005, S.60). Darüber hinaus verbessert sich die Geschäftskompetenz durch das Übernehmen sozialer Verantwortung (Pellecchia, 2019, S.18). Doch neben den positiven organisatorischen Effekten ist auch der Zweck der Förderung von Arbeitsplatzvielfalt für die Belegschaft durch die Steigerung des menschlichen Wohlbefindens, individueller Erfüllung und Zufriedenheit als inklusive Sinnsteigerung anzusehen (Konrad et al., 2005, S.87-88, Kafka, 2023, S.96).

Im Managementkontext bildet das Diversity-Konzept ein Managementinstrument beziehungsweise politisches Instrument, wobei der neoliberale Nutzen von Vielfalt hervorge-

hoben wird. Die Inklusion von bestimmten Formen der Verschiedenheit soll zur Individualisierung führen. Leider werden in diesem Zusammenhang Machtfaktoren und -strukturen meist nicht berücksichtigt, daher ist die intersektionale Perspektive notwendig (Degele, 2019, S.346, Meyer, 2017, S.143, Gouma & Dorer, 2021, S.7-8). Die Vorteile von Diversität und Inklusion sind theoretisch also nicht von der Hand zu weisen, jedoch birgt die Praxis immer noch Hürden bei der erfolgreichen Umsetzung, wie beispielsweise Unconscious Bias und Woke-Washing.

2.5.3 Unconscious Bias als Hürde für Inklusion

Mit Unconscious Bias sind Assoziationen oder Stereotypen, die wir unbewusst Personengruppen zuschreiben, also unbewusste Vorurteile und Einschätzungen zu Personen aufgrund ihrer Gruppenzugehörigkeit, gemeint. Sie dienen als Überlebenshelfer sowie Wegweiser der Entwirrung und dem Zurechtfinden in einer komplexen Umwelt. Dabei verwandeln sich vorurteilsbasierte und stark vereinfachte Wahrnehmung unbewusst in Vorschriften. Eine Auseinandersetzung damit ist wichtig für eine gelingende Förderung der Inklusionskultur. Das ist jedoch schwierig, da die Prozesse, wie schon erwähnt, unbewusst ablaufen (Sander, 2021, S.10). Gerade weil diese Abläufe alltäglich unbewusst stattfinden, spielen sie auch eine wesentliche Rolle am Arbeitsplatz. Die Assoziationen beeinflussen nämlich unser Urteilsvermögen und damit auch unser Verhalten. Entwickelt haben sich die tief verwurzelten Vorurteile und Stereotypen über einen längeren Zeitraum und wurden durch das gesellschaftliche Umfeld sowie persönliche Erfahrungen geprägt. Vorurteile haben einen Einfluss auf die Vielfalt am Arbeitsplatz als Resultat der Unternehmenspolitik und -kultur. Meist beeinträchtigen sie den Zusammenhalt und die Inklusion am Arbeitsplatz, stören damit die Zusammenarbeit und verringern schließlich die Produktivität eines Unternehmens (Oberai & Anand, 2018, S.14-17).

Das vereinfachte Schubladendenken orientiert sich an diversen Merkmalen, wie Geschlecht, Alter oder eben dem Vorliegen einer chronischen Erkrankung und zieht automatisch Schlüsse daraus. Nun gilt es herauszufinden, wie es möglich ist, die Voreingenommenheit gegenüber Mitarbeitenden mit chronischen Erkrankungen abzubauen. Denn diese Vorurteile stellen für den Offenlegungsprozess eine große Herausforderung dar. Ohne Offenlegung von Erkrankungen kann es auch keine Inklusion im Sinne der Arbeitsplatzvielfalt geben. Doch nicht nur Vorurteile wirken sich negativ auf gelebte Diversität und Inklusion in Unternehmen aus. Oft kommt es beim Versuch, soziale Verantwortung zu kommunizieren, zum Woke-Washing. Das führt wiederum zur Voreingenommenheit von Mitarbeitenden und Verbraucher:innen gegenüber den Unternehmen.

2.5.4 Woke-Washing als Hürde für Inklusion

Der relativ neue Begriff des Woke-Washings kann als Erweiterung zum bereits etablierten Greenwashings angesehen werden. Beide Begrifflichkeiten stehen im engen Zusammenhang mit CSR – Corporate Social Responsibility. Das bezeichnet die gesellschaftliche Verantwortung im Sinne der Unternehmensethik, um positive Effekte für die Gesellschaft zu maximieren und gleichzeitig negative Effekte zu minimieren. Dabei spielt Nachhaltigkeit eine wesentliche Rolle, die sich positiv auf ökologischer, ökonomischer und sozialer Ebene auswirkt. Ziel von CSR sind optimale Arbeits-, Sozial- und Umweltstandards in der gesamten Lieferkette eines Unternehmens (Lin-Hi, 2021). Durch die Etablierung von CSR in den Unternehmenswerten soll ein grünes Image erzeugt werden. Oft wird dieses jedoch nur durch Marketing und Kommunikation gelebt, ohne tatsächlich förderliche Maßnahmen im operativen Geschäft im Zusammenhang mit Umweltschutz und Unternehmensverantwortung umzusetzen. Dann ist von Greenwashing die Rede (Lin-Hi, 2021).

Die voranschreitende Wichtigkeit und gesellschaftliche sowie unternehmerische Etablierung von Diversität und Inklusion haben den Fokus noch stärker auf den sozialen Bereich von CSR gelenkt. Von Unternehmen wird erwartet und vorausgesetzt, dass sie zu gesellschaftspolitischen Themen wie Vielfalt und Gleichstellung Position nach außen beziehen (Sobande, 2020, 2740). Das Einsetzen für Diversität im Sinne des Vorhandenseins multikultureller Werte und Wertschätzung unterschiedlicher kultureller Identitäten (Kafka, 2023, S.94) ist nur eines dieser aktuell gesellschaftlich relevanten Themen. In diesem Zusammenhang kommt der Begriff „woke“ ins Spiel. Das Wort kommt ursprünglich aus dem Englischen und heißt übersetzt „aufgeweckt, aufgewacht“ beziehungsweise mittlerweile hat sich auch hier die Bedeutung von „*wachsam sein für Ungerechtigkeiten und Rassismus*“ etabliert (PONS Langenscheidt, o.J.). 2017 wurde „woke“ mit dieser Bedeutung im Oxford English Dictionary aufgenommen (Sobande, 2020, S.2729). Laut Duden (Dudenredaktion, o.J.) bedeutet „woke“, „*in hohem Maß politisch wach und engagiert gegen (insbesondere rassistische, sexistische und soziale) Diskriminierung*“. „Wokeness“ bezeichnet die Verwendung von Sprache und/oder visueller Symbole wie beispielsweise der Regenbogenflagge, die mit Bewegungen für soziale Gerechtigkeit assoziiert werden, ohne diese ausdrücklich zu benennen oder aktiv zu unterstützen (Sobande, 2020, S.2729).

Das Konzept Woke-Washing bezieht sich somit auf die reine Darstellung des Einsetzens für Gerechtigkeit, Vielfalt und sozialer Verantwortung gegen Diskriminierung mittels Marketing und Kommunikation, ohne operative Umsetzung in der Unternehmenskultur –

ähnlich wie beim Greenwashing. Das Eintreten und Engagement für bestimmte gesellschaftspolitisch relevante Werte im Zusammenhang mit sozialer Gerechtigkeit wird signalisiert, ohne tatsächlich Maßnahmen zu ergreifen (Vredenburg et al., 2020, S.444). Das führt Verbraucher:innen mittels leerer Versprechen in die Irre und schadet damit gleichzeitig vulnerable Gruppen und Minderheiten (Kafka, 2023, S.94-95). Es handelt sich dabei um eine kommerzialisierte Vorstellung von Feminismus, Gleichberechtigung, Diversität und Inklusion. Das Einstehen für soziale Gerechtigkeit wird als Marketingstrategie mit neoliberaler Idee genutzt. Dabei verstärkt Woke-Washing den Konsum- und Profitgedanken und nutzt Bestrebungen sozialer Gerechtigkeit, ohne sich explizit wichtigen gesellschaftspolitischen Fragen zuzuwenden (Sobande, 2020, S.2740).

Doch die Gesellschaft will, dass Unternehmen heutzutage Stellung zu gesellschaftspolitischen Themen beziehen und auch operativ leben, damit ein sozialer Wandel daraus entstehen kann (Vredenburg et al., 2020, S.444). Sobande (2020, S.2724) untersucht in ihrer Arbeit, wie kommerzielle Vorstellungen von schwarzem Aktivismus für soziale Gerechtigkeit und intersektionalem Verständnis von Unterdrückung, Feminismus und Gleichberechtigung als Marketinginstrument benutzt werden. Dabei wird aufgezeigt, dass dadurch die neoliberale Sichtweise gestützt wird, bei der sozialer Wandel und die Überwindung von Ungleichheit durch individuellen Ehrgeiz und Konsum passiert, anstatt durch strukturelle Veränderung und Widerstand. Das Konzept der „Wokeness“ meint den Widerstand und die Solidarität als Reaktion auf systemischen Rassismus, Kapitalismus sowie strukturelle Unterdrückung und wird mit Courage in Verbindung gebracht (Sobande, 2020, S.2724, Gray, 2019). Wichtig wäre dabei die Authentizität bei der Umsetzung einer woken Strategie zur Übernahme sozialer Verantwortung. Nämlich ein authentisches Einstehen für soziale Gerechtigkeit und nachhaltiges Engagement zur Bewältigung sozialer Ungerechtigkeiten mit konkreten Handlungen, statt nur ein oberflächliches Image zu gestalten (Sobande, 2020, S.2740-2741). Doch laut Sobande (2020, S.2738) kann „Wokeness“ am Ende nur angestrebt, projiziert oder getan werden. Unternehmen können nie ganz woke sein. Um herauszufinden, ob sich Unternehmen im Zuge der COVID-19 Pandemie ihrer sozialen Verantwortung zum Schutz vulnerabler Personengruppen gestellt haben, folgt im Anschluss der empirische Teil der Forschungsarbeit.

3 Empirischer Teil

3.1 Forschungsfragen und Hypothesen

Bereits ein Drittel der europäischen Erwerbsbevölkerung leidet zumindest unter einer chronischen Erkrankung (Nazarov, 2019, S.1-2) und Diabetes wurde von der WHO sogar zur globalen Epidemie erklärt (World Health Organization, 2022). In Österreich leiden laut Österreichischer Gesundheitsbefragung von 2019 38,3 % der Bevölkerung (ab 15 Jahren) an einer chronischen Erkrankung (Klimont & Ihle, 2020, S.19-23). Die Tendenz dieser Zahlen ist steigend und der Ruf nach Inklusion wird lauter. Diversität und Inklusion im Erwerbssektor sind schon lange ein Thema. Dann kam die COVID-19 Pandemie und warf das Licht zusätzlich auf die Thematik der Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender.

Chronische Erkrankung als meist nicht sichtbares Diversitätsmerkmal bedingt einer Offenlegung, die allerdings eine große Herausforderung für Erkrankte darstellt. Betroffene befürchten beim offenen Umgang mit ihrer Erkrankung negative Konsequenzen wie Diskriminierung, begrenzte Aufstiegschancen, mangelnden Respekt, Ausgrenzung (Lee & Li, 2020, S.101874) oder erst gar nicht eingestellt oder weiterbeschäftigt zu werden (Wilton, 2006, S.24). Allerdings kann die Offenlegung auch positive Konsequenzen mit sich bringen wie psychisches und emotionales Wohlbefinden sowie Stressreduktion durch Ehrlichkeit und Offenheit, Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen, erleichterter Zugang zu förderlichen Arbeitsplatzangeboten, gegenseitiges Verständnis und emotionale Unterstützung (Lee & Li, 2020, S.101874).

F1: Inwieweit hat eine symmetrische transparente Mitarbeiterkommunikation angesichts der Pandemie Auswirkung auf die wahrgenommenen Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz?

H1: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto eher werden die Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz wahrgenommen.

F2: Inwieweit hat die Wahrnehmung der Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen Auswirkungen auf die Offenlegung der Krankheit am Arbeitsplatz?

H2: Wenn die Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen wahrgenommen werden, dann führt das zur Offenlegung der Krankheit am Arbeitsplatz.

Wichtig als Voraussetzung für Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender ist die Offenlegung der Erkrankung. Um den Betroffenen die Hürde zu nehmen, braucht es ein Be-

triebsklima, das es ihnen ermöglicht, die Vorteile einer Offenlegung wahrzunehmen und negative Konsequenzen außer Acht zu lassen. Der EOR bestehend aus gegenseitigem Vertrauen, Einigkeit über Einflussnahme, gemeinsamer Zufriedenheit und dem füreinander Einsetzen kann ein solches positives Beschäftigungsklima schaffen (Men & Stacks, 2014, S.307). Um eine gute Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Organisation zu schaffen, wird interne Mitarbeiterkommunikation benötigt. Transparente interne Kommunikation mit einem hohen Informationsgehalt, Verantwortlichkeit, Beteiligung der Mitarbeitenden, die genau, rechtzeitig, ausgewogen und eindeutig ist (Men & Stacks, 2014, S.301-306) wird positiv mit Vertrauen, Engagement, einem aktiven Kommunikationsverhalten der Arbeitnehmenden und daher mit einer guten Beziehungsqualität zwischen Mitarbeiter:innen und Organisation in Verbindung gebracht (Lee & Li, 2020, S.101873). Sie gilt als ausführendes Instrument symmetrischer interner Kommunikation und hat einen positiven Einfluss auf den EOR (Men & Stacks, 2014, S.301). Symmetrische interne Kommunikation als Zweiwege-Kommunikation mittels Dialog bestehend aus kommunikativer Gleichberechtigung, Wechselseitigkeit (Grunig & Hunt, 1984, S.22), Gleichgewicht von Macht und Interessen zwischen Mitarbeitenden und Organisation (Grunig & Grunig, 2011, S.9) schafft Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Offenheit, Beziehung, Gegenseitigkeit (Grunig, 1992, S.558) sowie gegenseitiges Verständnis (Grunig & Hunt, 1984, S.22).

F3: Inwieweit hat eine transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation angesichts der Pandemie Auswirkung auf die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation?

H3: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto besser ist die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation.

F4: Inwieweit wirkt sich die gute Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation auf die Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz aus?

H4: Wenn die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation gut ist, dann führt das zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Nun stellt sich die Frage, ob eine transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation angesichts der COVID-19 Pandemie positive Auswirkungen auf den EOR, also die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation hat, wodurch die Betroffenen die positiven Konsequenzen einer Offenlegung eher wahrnehmen. Dies führt in weiterer Folge zur Offenlegung ihrer Erkrankung, wodurch sie sich in der Organisation inkludierter fühlen. Es gilt die Zusammenhänge zwischen interner Kommunikation angesichts COVID, dem EOR, der Offenlegungsrate und dem Grad der

Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender zu klären. Erhoben werden der Status quo, die aktuelle Offenlegungsrate sowie der aktuelle Grad der Inklusion.

F5: Inwieweit hat die Offenlegung einer chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz Auswirkung auf den Grad der Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender?

H5: Je offener der Umgang mit der chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz ist, desto mehr fühlen sich chronisch kranke Mitarbeitende inkludiert.

Nach der Aufstellung der Forschungsfragen und den dazugehörigen Hypothesen folgt nun eine detaillierte Beschreibung des Methodendesigns der quantitativen Studie.

3.2 Forschungsdesign

Im Zuge dieser Arbeit wird eine quantitative empirische Forschung mittels Online-Befragung durch einen geschlossenen Fragebogen mit Single- und Multiple-Choice-Fragen durchgeführt. Die Wahl dieser Forschungsmethode wurde aufgrund der Niederschwelligkeit, der Möglichkeit zur Anonymisierung sowie der einfachen Erreichbarkeit der Zielgruppe getroffen. Da eine chronische Erkrankung am Arbeitsplatz mit vielen Befürchtungen wie beispielsweise Angst vor Diskriminierung und Stigmatisierung einhergeht, gilt es immer noch als Tabu-Thema, über das viele Betroffene nicht einfach sprechen können oder wollen. Gerade Personen, die ihre Erkrankung am Arbeitsplatz noch nicht offengelegt haben, sind für diese Arbeit relevant und können durch eine anonyme Online-Befragung besser erreicht werden. Darüber hinaus ist geplant, die Befragung bundesweit unter der Erwerbsbevölkerung mit chronischen Erkrankungen durchzuführen, was die Erhebung mittels Online-Tool erfordert. Es ist eine größere, facettenreiche Stichprobe geplant, um den Grad der Offenlegung chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz umfangreicher erheben und damit auch Rückschlüsse auf das Inklusionspotenzial treffen zu können. Die Stichprobe soll möglichst facettenreich sein, durch Erreichung diverser Geschlechter, Altersgruppen, Krankheitsbilder, Wohnorte, Bildungsgrade, Branchen, etc., um hier mögliche Unterschiede bei verschiedenen Krankheiten oder eine Branchenabhängigkeit feststellen zu können. Die Online-Befragung macht ortsunabhängig und verhindert den direkten Kontakt zu den Teilnehmenden, dadurch soll die Chance auf eine wahrheitsgemäße Beantwortung steigen und Beantwortung gemäß sozialer Erwünschtheit vermieden werden. Geschlossene Fragen wurden gewählt, da diese bei komplexen Themen einfacher zu beantworten sind und einige Inhalte schon länger zurückliegen wie beispielsweise die Kommunikationsmaßnahmen angesichts COVID-19. Die Erinnerung ist durch eine gestützte Befragung mittels Antwortmöglichkeiten einfacher.

3.2.1 Forschungsinstrument und Messgrößen

Zu Beginn des Fragebogens werden die demografischen Daten, bestehend aus Alter, Geschlecht, Bildungsgrad und Wohnort, erhoben. Danach erfolgt die Erhebung der aktuellen Erwerbstätigkeit inklusive Branche und Betriebsgröße. Im Anschluss werden nähere Informationen zur chronischen Erkrankung erfragt wie Krankheitsart, Erkrankungsdauer und aktueller Aktivitätsstatus. Dann wird der Status der Offenlegung am Arbeitsplatz und allgemein erhoben. Die wahrgenommenen Risiken und Vorteile einer Offenlegung werden anhand der von Schrader et al. (2014, S.237-255) Skala abgefragt, die bereits in der Arbeit von Lee und Li (2020, S.101876) verwendet wurde. Die Erhebung des EOR erfolgt auf Basis der Skalen von Einwiller (2016, S.563-567) sowie Hon und Grunig (1999, S.4), die schon in den Arbeiten von Lee und Li (2020, S.101876), Lee et al. (2022, S.271-272) sowie Men und Stacks (2014, S.324) zur Verwendung kamen. Die Messung der symmetrischen internen Kommunikation basiert auf den Skalen von Einwiller (2016, S.567) sowie Dozier et al. (1995, S.45-53), die auch in den Arbeiten von Sun et al. (2021, S.14), Lee und Kim (2021, S.102003) sowie Men und Stacks (2014, S.323) Verwendung fanden. Die transparente interne Kommunikation wird anhand der Skalen von Rawlins (2008, S.9, 2009, S.89-90) und Joseph et al. (1992, S.1249-1251) untersucht, diese wurden ebenfalls für die Arbeiten von Lee und Li (2020, S.101876), Men und Stacks (2014, S.323-324) sowie Sun et al. (2021, S.14) herangezogen. Der Grad der Inklusion wird auf Basis der Skala von Mor Barak (2017, S.304-305) erhoben.

Die Beantwortung der Fragen zu den Risiken und Vorteilen einer Offenlegung, dem EOR, die symmetrische und transparente interne Kommunikation sowie den Grad der Inklusion erfolgt nach einer 5-stufigen Likert Skala von 1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu inklusive der Ausweichmöglichkeit mit dem Feld „keine Angabe“. Die Fragestellungen aus der Online-Umfrage sind in Tabelle 1 zu finden.

Tabelle 1: Variablen und Messgrößen im Fragebogen

Variablen	Messgrößen im Fragebogen
Risiken	Ich befürchte, dass ich am Arbeitsplatz anders behandelt werde, wenn ich mit meiner chronischen Erkrankung offen umgehe. Ich befürchte, dass meine Beförderungschancen eingeschränkt wären, wenn ich mit meiner chronischen Erkrankung offen umgehe. Ich befürchte, dass sich mein Arbeitgebender mehr auf meine chronische Erkrankung als auf meine eigentliche Arbeitsleistung konzentrieren würde, wenn ich offen damit umgehe. Ich befürchte, dass mein Arbeitgebender glauben würde, dass sich meine chronische Erkrankung auf meine Fähigkeiten, die Arbeit auszuführen, auswirkt.

Vorteile	Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, würde das meine Selbstbehauptung und meine Anpassung am Arbeitsplatz unterstützen. Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, wäre das ein wichtiger und ermutigender Schritt in meiner Genesung. Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, würde das den Stress als Auswirkung des Verschweigens verringern. Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, könnte ich andere aufklären und damit für Sensibilisierung sorgen. Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, kann ich Unterstützung am Arbeitsplatz erhalten.
Vertrauen (EOR)	Ich vertraue meinen Kolleg:innen. Ich vertraue meinen direkten Vorgesetzten. Mein Unternehmen behandelt mich fair und gerecht. Meine Vorgesetzten sind mir gegenüber offen und ehrlich. Ich kann mich darauf verlassen, dass mein Unternehmen Versprechen einhält.
Zufriedenheit (EOR)	Meine Bedürfnisse und Wünsche sind meinem Unternehmen sehr wichtig. Mein Unternehmen ist sehr um mein Wohlergehen besorgt. Ich erhalte von anderen Mitarbeitenden viel Aufmerksamkeit für das, was ich in diesem Unternehmen zu sagen habe. Ich bin mit meinem Unternehmen zufrieden.
Engagement (EOR)	Ich sehe, dass mein Unternehmen eine Beziehung aufrechterhalten möchte. Es gibt eine langfristige Bindung zwischen meinem Unternehmen und mir. Ich empfinde ein Gefühl von Loyalität gegenüber meinem Unternehmen.
Gegenseitige Kontrolle (EOR)	Mein Unternehmen hört sich wirklich an, was ich zu sagen habe. Ich habe genügend Mitspracherecht im Entscheidungsprozess meines Unternehmens. Mein Unternehmen und ich achten darauf, was der jeweils andere zu sagen hat.
Symmetrische Kommunikation	Die meiste Kommunikation mit meinem Unternehmen kann man als zweiseitige, wechselseitige Kommunikation (Dialogform) bezeichnen. In meinem Unternehmen sind unterschiedliche Meinungen und Standpunkte willkommen. Ich werde über wichtige Änderungen im Unternehmen informiert, bevor sie in Kraft treten. In meinem Unternehmen habe ich reichlich Möglichkeit, mich einzubringen. Mein Unternehmen bittet um Feedback zu gesetzten Maßnahmen bezüglich COVID.
Transparente	Mein Unternehmen nahm sich während COVID die Zeit, um zu verstehen,

Kommunikation	was chronisch kranke Mitarbeitende brauchen. Mein Unternehmen hatte stets ein offenes Ohr für chronisch kranke Mitarbeitende während COVID. Ich konnte während COVID immer mit einem Ansprechpartner des Unternehmens über meine Gedanken, Gefühle und Ängste sprechen. Während COVID war mein Unternehmen chronisch kranken Mitarbeitenden gegenüber verständnisvoll und hilfsbereit. Ich war mit der Unterstützung seitens meines Unternehmens während COVID sehr zufrieden. Die von meinem Unternehmen zur Verfügung gestellten Informationen während COVID waren... relevant hilfreich vollständig detailliert leicht auffindbar verständlich zuverlässig rechtzeitig
Inklusion	Informationen zur Arbeit teilen meine Kolleg:innen offen mit mir. Ich bin normalerweise involviert und eingeladen, aktiv an arbeitsbezogenen Aktivitäten in meiner Arbeitsgruppe/Abteilung teilzunehmen. Ich werde oft gebeten, mich an der Planung von sozialen Aktivitäten, die nicht direkt mit meiner beruflichen Funktion zusammenhängen, zu beteiligen. Ich erhalte oft Mitteilungen vom Management bezüglich aktuellen Informationen (zB Memos, Infomails, interne News). Über informelle soziale Aktivitäten und Veranstaltungen in meinem Unternehmen bin ich immer informiert.

3.2.2 Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe bezieht sich auf österreichische Erwerbstätige mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderung, die Mitglied einer der folgenden Patientenorganisation sind: Rheumalis, Verein für Morbus Bechterew, Österreichische Rheumaliga, Jung und Rheuma, Bundesverband für Menschen mit Behinderung, Allianz chronischer Schmerz Österreich, Österreichische Morbus Crohn-Colitis ulcerosa Vereinigung, wird sind diabetes – Dachorganisation der Diabetes Selbsthilfe Österreich und pso austria – Psoriasis und Psoriasis-Arthritis Hilfe. Der Personenkreis für die Stichprobe wurde im Laufe der Datenerhebung auf Betroffene mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderung, die keine Mitglieder in Patientenorganisationen oder Vereinen sind und sich in Selbsthilfe-

gruppen in sozialen Netzwerken wie Facebook und Instagram austauschen, erweitert. Die Grundgesamtheit für die Errechnung der Stichprobengröße ergibt sich wie folgt.

Die Stichprobengröße wurde mittels Online-Tool auf [questionstar.de](https://www.questionstar.de) errechnet. Die Grundgesamtheit der Personen im erwerbsfähigen Alter von 15 bis 64 Jahre betrug im Jahr 2019 laut Statistik Austria 4.174.570 Österreicher:innen inklusive Arbeitslose, Schüler:innen und Studierende ab 15 Jahren. Die Zahl der Erwerbstätigen betrug 3.701.005 Österreicher:innen (Auinger et al., 2021, S.44). Statistik Austria führte 2019 eine Gesundheitsbefragung namens Austrian Health Interview Survey (ATHIS) in Österreich durch. Darin wurde auch die Prävalenz von selbst wahrgenommenen chronischen Erkrankungen, die sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden, erfasst. Die Frage dazu lautete wie folgt:

„Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem?“

Diese Frage wurde von 2,8 Millionen Personen ab 15 Jahren mit „Ja“ beantwortet. In der für diese Arbeit zutreffenden Altersgruppe von 15 bis 64 Jahren waren das 1.144.700 Befragte (Klimont, 2020, S.19). Das entspricht 27,42 % der Grundgesamtheit erwerbsfähiger Personen im Jahr 2019. Unter der Berücksichtigung einer Fehlerspanne von 6 % und einem Konvidenzniveau von 95 % ergibt das die Stichprobengröße von 211 Menschen mit chronischen Erkrankungen oder Behinderung im Alter von 15 bis 64 Jahren (questionstar). Die übergeordnete Grundgesamtheit beträgt 4,17 Millionen erwerbsfähige Österreicher:innen (Stand 2019) und der Umfang der Grundgesamtheit gemäß Gesamtanzahl mit der Merkmalsausprägung chronische Erkrankung 1,14 Millionen.

Die Aufstellung der Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe befindet sich in Tabelle 2.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
aktuell erwerbstätig	pensioniert, unbeschäftigt
Vorliegen einer chronische Erkrankung oder Behinderung	kein Vorliegen einer chronischen Erkrankung oder Behinderung
in Österreich beschäftigt	im Ausland beschäftigt
Arbeitnehmender	Arbeitgebender

3.2.3 Datenerhebung

Vor der offiziellen Streuung des Fragebogens wurde ein Pretest mittels geführter Befragung mit drei Betroffenen aus der Zielgruppe durchgeführt. Überprüft wurde auf Verständlichkeit und Vollständigkeit. Nach dem Pretest wurden Anpassungen am Fragebogen gemäß Feedback der Testpersonen vorgenommen. Die Erstellung des Online-Fragebogens erfolgte mit Hilfe des Tools Sosci Survey. Dieses wurde bereits in der Vergangenheit im Zuge der Bakkalaureatsarbeiten verwendet und hat sich durch Verständlichkeit, einfache Handhabung, Sicherheit und Kompatibilität mit SPSS bewährt. Die Aussendung des Links zum Fragebogen erfolgte über die Datenbanken der ausgewählten Patientenorganisationen. Die Ansprechpartner in den Patientenorganisationen verteilten den Link in internen Netzwerken, E-Mail-Verteilern und sozialen Netzwerken. Die geplante Rücklaufquote gemäß notwendiger Stichprobengröße betrug 211 vollständig beantwortete Fragebögen mit Erfüllung aller Einschlusskriterien. Die Auswertung erfolgte mit Hilfe des Programms SPSS. Am Ende konnten 212 Probanden akquiriert und in die Analyse einbezogen werden.

3.2.4 Vorbereitung der Analysen

Der Link zum Fragebogen hatte 957 Klicks, wobei hier auch mehrmalige Zugriffe als eigener Klick gezählt wurden. Der Fragebogen wurde 337-mal begonnen, jedoch nur von 231 Personen abgeschlossen. Von den 231 vollständig ausgefüllten Fragebögen konnten laut Einschlusskriterien nur 212 in die Analyse aufgenommen werden, die restlichen wurden beim Vorbereiten des Datensatzes in SPSS aussortiert. Im nächsten Schritt erfolgte eine Reinigung der Datensätze. Hierbei wurden vor allem Informationen von den freien Schriftfeldern bei Sonstiges, wenn möglich, zu den Multiple-Choice-Antworten hinzugefügt. Danach wurden die einzelnen Variablen auf das richtige Skalenniveau gebracht und einzelne Variablen gebündelt zu einer neuen Variablen transformiert. Ebenso fand auch zu Beginn der Analyse eine Gruppierung des Alters statt. Im Anschluss erfolgte die Auswertung der einzelnen Variablen (siehe Übersicht und Erfassung durch Fragestellungen aus dem Online-Fragebogen in Tabelle 1) und danach die Überprüfung der im Vorfeld aufgestellten Hypothesen. Durch die Auswertung der Hypothesen ergaben sich drei weitere Hypothesen, die für diese Forschungsarbeit relevant sind. Die detaillierten Ergebnisse dazu befinden sich im nächsten Kapitel dieser Arbeit.

4 Ergebnisse

Im ersten Teil der Ergebnisse erfolgt eine detaillierte Beschreibung der Stichprobe. Eingeteilt wird die Aufstellung in sozio-demografische Daten, Erwerbstätigkeit, chronische Erkrankung und Behinderung, offener Umfang mit der Erkrankung oder Behinderung sowie Arten der Kommunikation. Im anschließenden Teil erfolgt die Überprüfung der Hypothesen mit Hilfe der erhobenen Daten.

4.1 Allgemeine sozio-demografische, Erwerbstätigkeits- und Erkrankungsdaten

4.1.1 Sozio-demografische Daten

Die vorliegende Studie richtete sich an Berufstätige mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung zwischen 15 und 64 Jahren in Österreich. Die Stichprobe umfasst 212 Teilnehmende im Alter von 19 bis 64 Jahren. Dabei haben 158 Frauen (74,5 %) und 54 Männer (25,5 %) teilgenommen. Die Geschlechterausprägung „divers“ wurde von keinem der Teilnehmenden gewählt. Das durchschnittliche Alter der Befragten beträgt 43,45 Jahre ($SD=10,90$). Es wurde für die weiteren Berechnungen in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe eins bilden die „Jugendlichen und jungen Erwachsenen“ von 15 bis 29 Jahren, dazu zählen 25 Teilnehmende (11,8%). *„Als Jugendliche werden gemäß Bundes-Jugendvertretungsgesetz und Bundes-Jugendförderungsgesetz (Vollzug Bundeskanzleramt) alle jungen Menschen bis zur Vollendung ihres 30. Lebensjahres verstanden. Für sie hat sich auch der Begriff „junge Erwachsene“ durchgesetzt“* (Bundeskanzleramt Österreich, 2019). Die nächste Gruppe sind die „mittleren Erwachsenen“ von 30 bis 44 Jahren, darin fallen 83 Teilnehmende (39,2 %). Die dritte Gruppe namens „ältere Erwachsene“ umfasst alle von 45 bis 64 Jahren, wobei 104 Personen (49,1 %) dieser Gruppe entsprechen. Orientiert wurde sich bei der Einteilung am Gesundheitsbericht von 2019. Hier wurden die Gruppen von 15 bis 29, 30 bis 44, 45 bis 59 und 60 bis 74 Jahren gebildet. Laut Autorin ergibt eine gröbere Einteilung der Altersgruppen mit 15-jährigem Intervall stabilere Daten (Klimont, 2019, S.26). Da für diese Studie nur Personen bis 64 Jahren befragt wurden, werden die dritte und vierte Gruppe zu einer zusammengefügt.

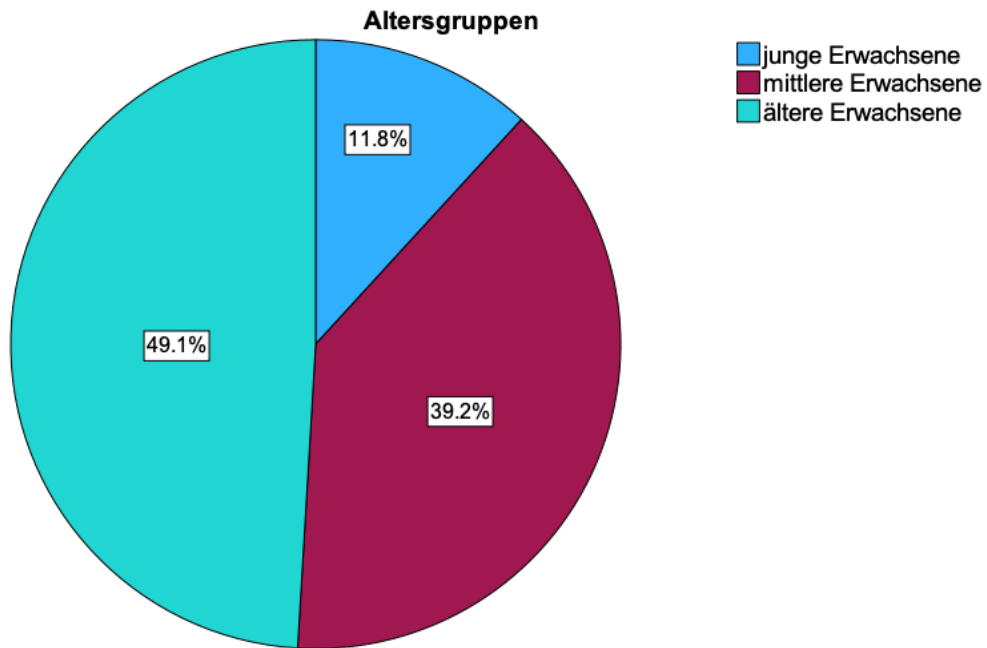


Abbildung 4: Altersgruppen in %

Es kam eine bundesweite Studie zustande, da Personen aus allen neun Bundesländern teilgenommen haben. Dabei stammen 46 Befragte (21,7 %) aus Wien, 43 (20,3 %) aus Niederösterreich, 40 (18,9 %) aus der Steiermark, 24 (11,3 %) aus Oberösterreich, 21 (9,9 %) aus Salzburg, 14 (6,6 %) aus Tirol, 11 (5,2 %) aus Vorarlberg, sieben (3,3 %) aus dem Burgenland und sechs Teilnehmende (2,8 %) aus Kärnten.

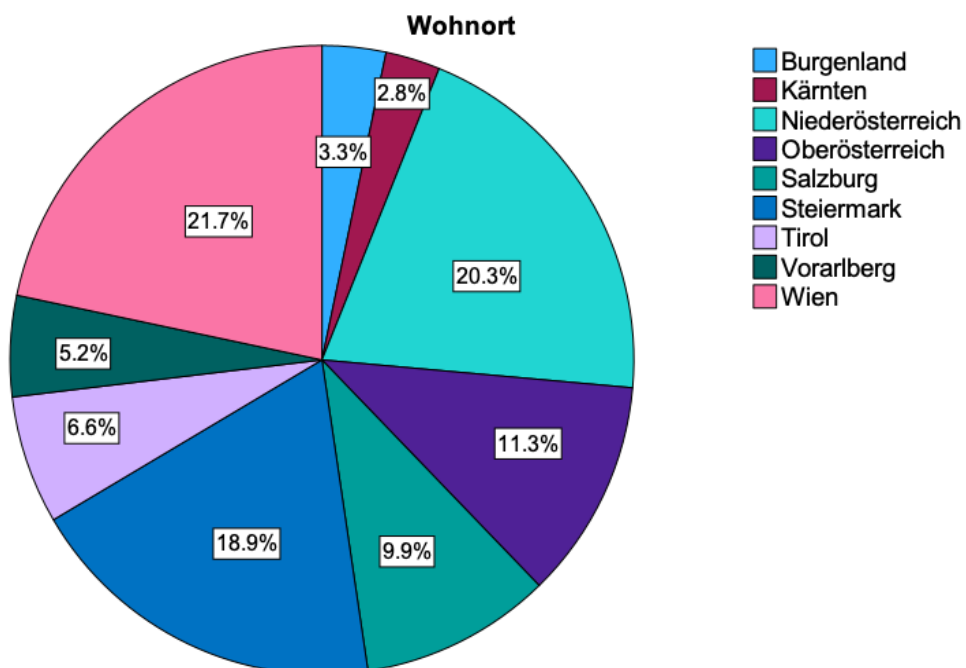


Abbildung 5: Wohnort in %

Bezüglich Bildung gaben sieben Personen (3,3 %) einen Pflichtschulabschluss an und 57 Teilnehmende (26,9 %) haben eine Lehre absolviert. Einen Abschluss mit Matura in einer AHS oder BHS haben 60 Befragte (28,3 %). Eine akademische Ausbildung mit Bachelorabschluss genossen 22 Personen (10,4 %), mit Master- oder Diplomabschluss 47 Teilnehmer:innen (22,2 %) und im Rahmen eines Doktoratsstudiums vier Befragte (1,9 %). 15 Befragungsteilnehmende (7,1 %) gaben eine sonstige Ausbildung an, dabei wurden folgende Varianten angeführt: Berufsbildende mittlere Schule ohne Matura, EDV Ausbildung des BFI, Fachhochschule, Kolleg, Fachschule, Gastgewerbefachschule, Handelsschule, Kinderkrankenpflegediplom, Krankenpflege, Krankenpflegediplom, Lehre inkl. Meisterprüfung, PA sowie Schule für Gesundheits- und Krankenpflege.

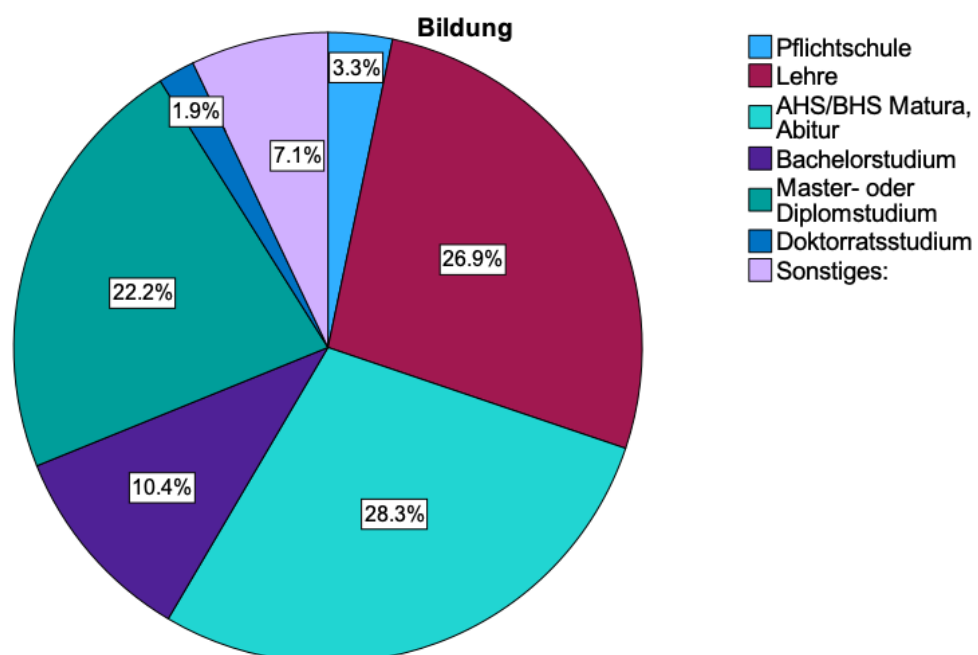


Abbildung 6: Bildung in %

4.1.2 Status der Erwerbstätigkeit

Erheblich für die Studie ist auch die Erwerbstätigkeit, hierbei sind mehr als die Hälfte der Befragten mit 112 Personen (52,8 %) in Vollzeit beschäftigt. Ein Drittel der Teilnehmenden, nämlich 71 Personen (33,5 %), gaben an in Teilzeit zu arbeiten. 15 Befragte (7,1 %) befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung im Krankenstand, sechs Teilnehmende (2,8 %) waren karenziert, sechs Personen (2,8 %) geringfügig beschäftigt und zwei Teilnehmer:innen (0,9 %) gaben an, sich in Wiedereingliederungsteilzeit zu befinden.

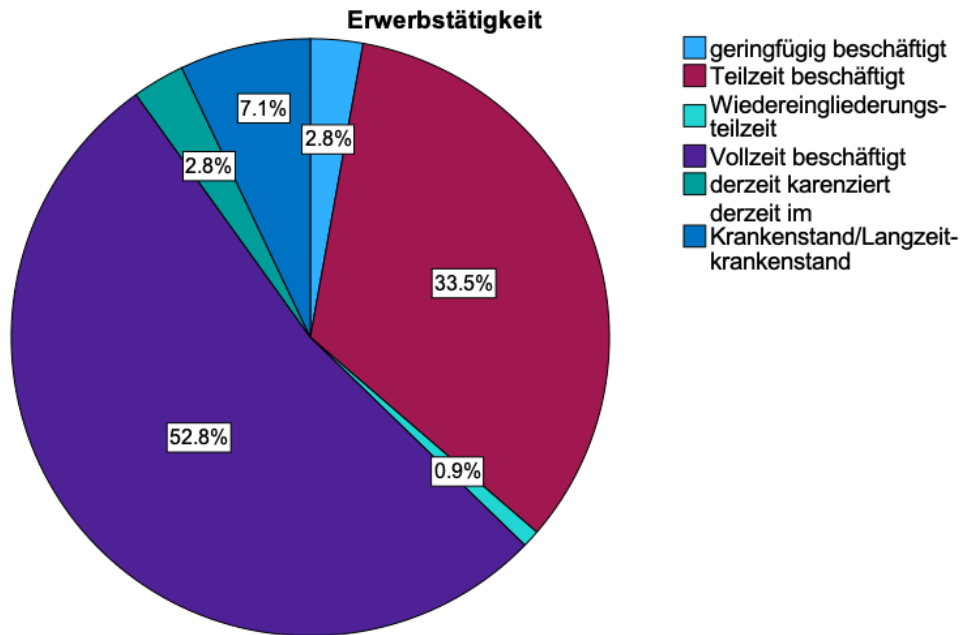


Abbildung 7: Erwerbstätigkeit in %

Ebenso wie bei den Bundesländern konnte auch bei den Branchen eine Vielfalt und gute Durchmischung erzielt werden. Die größte Gruppe bildet dabei mit 57 Teilnehmenden (26,9 %) das Gesundheits- und Sozialwesen. 29 Personen (13,7 %) gaben an, im öffentlichen Dienst beschäftigt zu sein. Im Handel arbeiten 23 Befragte (10,8 %), ähnlich wie in der Industrie mit 22 Personen (10,4 %). Auf Bildung und Erziehung entfallen 14 Teilnehmende (6,6 %), auf Bank und Versicherung 11 Personen (5,2 %) und Tourismus- und Freizeitwirtschaft zehn Befragte (4,7 %). Im Gewerbe und Handwerk sowie Information und Consulting sind jeweils neun Befragungsteilnehmer:innen (4,2 %) beschäftigt. Transport und Verkehr sind mit fünf Befragten (2,4 %) und Bauwesen sowie Land- und Forstwirtschaft mit jeweils vier Personen (1,9 %) vertreten. 15 Teilnehmende (7,1 %) gaben an in sonstigen Branchen tätig zu sein wie Autovermietung B2B, Büro, Dienstleistungsbereich, Energieversorgung, Forschung, Haustechnik im Internat, Immobilien, Interessensvertretung für Menschen mit Behinderungen, Kunst und Kultur, Privatwirtschaft, Recht sowie Steuerung und Automatisierung.

Neben der Branche wurden auch die Betriebsgrößen erhoben. Über ein Drittel der Befragten mit 75 Personen (35,4 %) arbeiten in einer Firma mit 500 oder mehr Beschäftigten. In Unternehmen mit weniger als 10 Mitarbeitenden sind 25 Teilnehmende (11,8%) beschäftigt. 14 Befragte (6,6 %) arbeiten in einer Organisation mit 11 bis 19 Bediensteten, 31 Personen (14,6 %) mit 20 bis 49 Beschäftigten und 23 Teilnehmer:innen (10,8 %) mit 50 bis 99 Mitarbeiter:innen. In Unternehmen mit 100 bis 199 sowie 200 bis 499 An-

gestellten arbeiten jeweils 20 (9,4 %) und 18 Personen (8,5 %). Sechs Teilnehmende (2,8 %) haben keine Angabe zur Betriebsgröße gemacht.

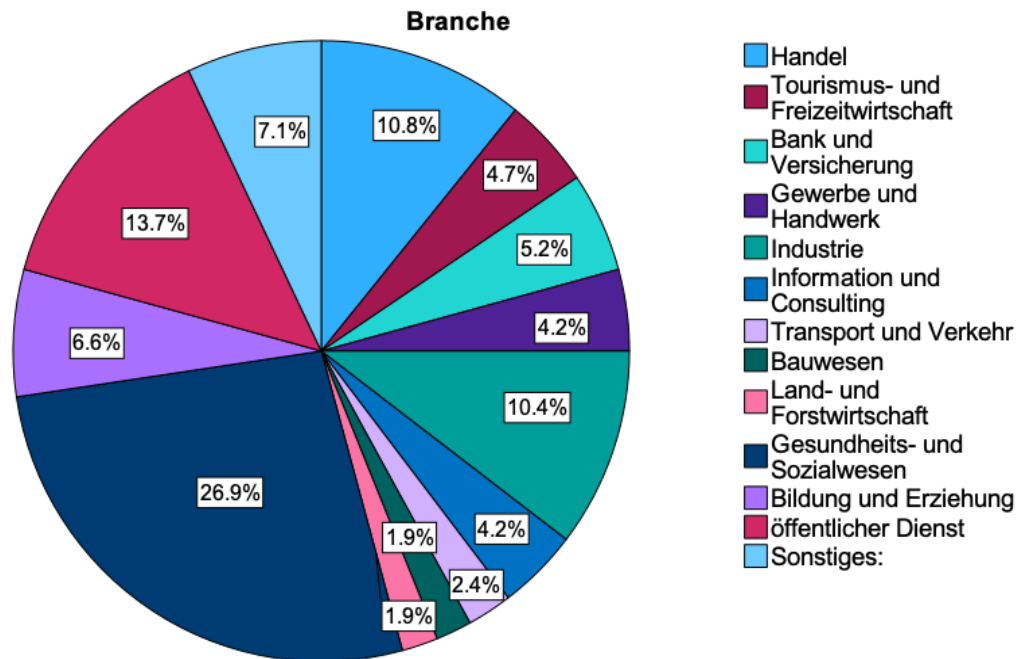


Abbildung 8: Branchen in %

4.1.3 Vorliegende chronische Erkrankungen und Behinderungen

Neben der Erkrankungsart wurden auch die Erkrankungsdauer und der aktuelle Status der Krankheitsaktivität erhoben. Bei der Erhebung der Krankheitsart handelte es sich um eine Frage mit mehrfacher Antwortmöglichkeit, da es bei chronisch Erkrankten auch zum Auftreten von mehreren Erkrankungen, sowie zu einem Grad der Behinderung kommen kann. Des Weiteren leiden auch Menschen mit Behinderungen öfters zusätzlich unter chronischen Erkrankungen. Zu den häufigsten Beeinträchtigungen unter den Befragten zählen ein Grad der Behinderung von mindestens 25 %, von dem 77 Personen (36,5 %) betroffen sind, Morbus Bechterew beziehungsweise axiale Spondyloarthritis mit 74 Betroffenen (35,1 %) und chronische Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis Ulcerosa mit 52 betroffenen Teilnehmenden (24,6 %). 35 Befragungsteilnehmer:innen (16,6 %) gaben an, unter chronischen Schmerzen zu leiden und jeweils 26 Personen (12,3 %) sind an Rheumatoider Arthritis und Psoriasis beziehungsweise Psoriasis-Arthritis erkrankt. Jeweils 17 Befragte (8,1 %) entfallen auf chronische Atemwegs- beziehungsweise Lungenerkrankungen inklusive COPD und Arthrose. Unter den chronisch Erkrankten haben jeweils 14 Personen (6,6 %) Diabetes, Multiple Sklerose oder Osteoporose. 13 Teilnehmende (6,2 %) leiden an Fibromyalgie, 12 Personen (5,7 %) an Lupus und acht Befragte (3,8 %) haben eine Herz-Kreislaufferkrankung. Nur eine Person (0,5 %) ist an einem Myelom oder Lymphom erkrankt und 30 Teilnehmende (14,2 %) gaben

an eine sonstige Erkrankung zu haben. Die Liste der sonstigen Erkrankungen lautet wie folgt: Allergie, Antiphospholipid-Syndrom, atopische Dermatitis, Autoimmunthrombozytopenie, chronische Müdigkeit, CIDP, CRPS II, Cystische Fibrose, Depression, ADHS, Hashimoto, Parese, Long COVID, Lebertransplantation, Mamma Karzinom, Migräne, Morbus Grover, Morbus Still, Myastenie, Polyneuropathie, Schilddrüsenkarzinom, Schilddrüsenunterfunktion, Schlaganfall, Sjögren, Takayasu ateritis, Tethered Cord, Spina Bifida, Urtikaria und Zöliakie.

Viele Teilnehmende weisen nicht nur eine Erkrankung auf, sondern gleich mehrere oder haben zusätzlich einen Grad der Behinderung von mindestens 25 %. 91 Proband:innen (43,1 %) haben nur eine Erkrankung, 58 Befragte (27,5 %) sind von zwei Erkrankungen betroffen, 35 Personen (16,6 %) von drei Einschränkungen, 22 Befragungsteilnehmer:innen (10,4 %) haben vier Krankheiten, jeweils zwei Teilnehmende leiden an fünf beziehungsweise sechs Erkrankungen und eine Person gab an, sogar neun Beeinträchtigungen zu haben. Ein Befragter hat diese Frage nicht beantwortet.

Werden die Erkrankungsarten nach dem Geschlecht betrachtet, sind Frauen durch einen markanten Unterschied eher von chronischen Atemwegs- beziehungsweise Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauferkrankungen, Rheumatoider Arthritis, Arthrose, Fibromyalgie und chronischen Schmerzen betroffen. Wohingegen Männer mit deutlichen Differenzen eher an chronischen Darmerkrankungen, Morbus Bechterew und einem Grad der Behinderung von mindestens 25 % leiden (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Erkrankungen und Behinderung nach Geschlecht

	weiblich	männlich
chronische Atemwegs- bzw. Lungenerkrankung	9,5%	5,6 %
Diabetes	7,4 %	5,6 %
Herz-Kreislauferkrankungen	4,7 %	1,9 %
Multiple Sklerose	7,4 %	5,6 %
chronische Darmerkrankungen	23 %	33,3 %
Rheumatoide Arthritis	15,5 %	5,6 %
Psoriasis, Psoriasis-Arthritis	12,8 %	13 %
Morbus Bechterew	33,1 %	50 %

Lupus	6,8 %	3,7 %
Arthrose	10,1 %	3,7 %
Fibromyalgie	8,1 %	1,9 %
Myelom, Lymphom		1,9 %
Osteoporose	6,8 %	7,4 %
chronische Schmerzen	20,9 %	9,3 %
Behinderung von mindestens 25 %	36,5 %	44,4 %

In Tabelle 4 befindet sich die Einteilung der Erkrankungsarten nach den drei Altersgruppen. Die Gruppe der jungen Erwachsenen von 15 bis 29 Jahren war weder von chronischen Atemwegs- beziehungsweise Lungenerkrankungen, Herz-Kreislaufkrankungen, Arthrose, Fibromyalgie noch von einem Lymphom oder Myelom betroffen. Das Auftreten eines Grades der Behinderung von mindestens 25 % steigt mit dem Alter deutlich an. Bei den jungen Erwachsenen haben 17,4 %, bei den mittleren Erwachsenen zwischen 30 und 44 Jahren 31,6 % und bei den älteren Erwachsenen ab 45 Jahren 48,5 % eine Behinderung. Ebenso nehmen chronische Schmerzen mit dem Alter zu, denn bei jungen Erwachsenen sind es 4,3 %, bei mittlere Erwachsenen 14,5 % und bei den älteren Erwachsenen 23,3 %. Von einem Myelom oder Lymphom ist nur ein Teilnehmender in der Gruppe der älteren Erwachsenen betroffen. An Lupus und Rheumatoider Arthritis sind in der Stichprobe wiederum eher die jungen Erwachsenen erkrankt.

Tabelle 4: Erkrankungen und Behinderung nach Altersgruppen

	junge Erwachsene 15-29 Jahre	mittlere Erwachsene 30-44 Jahre	ältere Erwachsene 45-64 Jahre
chronische Atemwegs- bzw. Lungenerkrankung		9,2 %	9,7 %
Diabetes	4,3 %	6,6 %	7,8 %
Herz- Kreislaufkrankungen		6,6 %	2,9 %
Multiple Sklerose	8,7 %	11,8 %	2,9 %

chronische Darmerkrankungen	26,1 %	26,3 %	25,2 %
Rheumatoide Arthritis	21,7 %	15,8 %	8,7 %
Psoriasis, Psoriasis-Arthritis	13 %	14,5 %	11,7 %
Morbus Bechterew	30,4 %	36,8 %	39,8 %
Lupus	8,7 %	5,3 %	5,8 %
Arthrose		7,9 %	10,7 %
Fibromyalgie		5,3 %	8,7 %
Myelom, Lymphom			1 %
Osteoporose	8,7 %	5,3 %	7,8 %
chronische Schmerzen	4,3 %	14,5 %	23,3 %
Behinderung von mindestens 25 %	17,4 %	31,6 %	48,5 %

Mehr als die Hälfte der Befragten mit 123 Personen (58 %) sind bereits seit zehn oder mehr Jahren erkrankt. 43 Betroffene (20,3 %) wissen seit fünf bis zehn Jahren von ihrer Erkrankung oder Behinderung und 40 Teilnehmende (18,9 %) seit einem bis fünf Jahren. Nur sechs Befragungsteilnehmer:innen (2,8 %) haben erst seit weniger als einem Jahr ihre Diagnose.

Der Status der Krankheitsaktivität wurde mittels Skala von 0 bis 10 ermittelt. Wobei 0 für keine Krankheitsaktivität beziehungsweise Beschwerdefreiheit steht und 10 für sehr starke Krankheitsaktivität. Der Mittelwert des Aktivitätsstatus beträgt 5,58 (SE=0.19, SD=2.72). Ein Befragter gab keine Angabe zur aktuellen Krankheitsaktivität. Die Antwortübersicht der Teilnehmenden befindet sich in Abbildung 4.

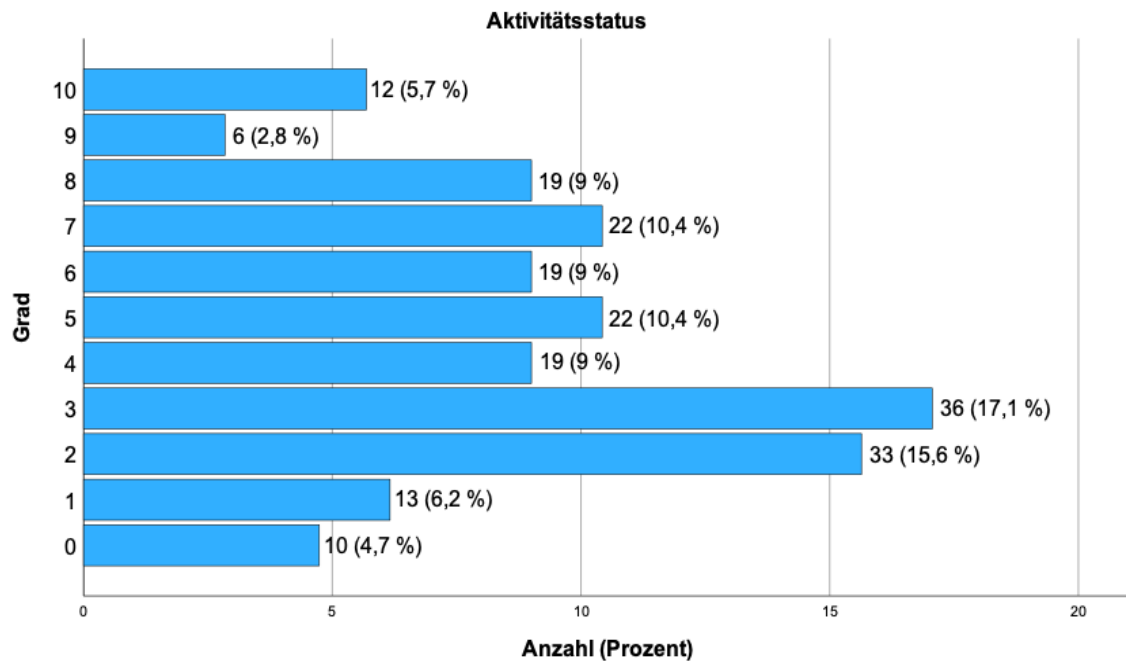


Abbildung 9: Aktivitätsstatus der Erkrankung in %

4.2 Offenlegung der Erkrankung und damit verbundene wahrgenommene Risiken und Vorteile

4.2.1 Offener Umfang mit der chronischen Erkrankung oder Behinderung innerhalb der Stichprobe

Hierzu wurden drei Fragen gestellt. Die beiden ersten Fragen beziehen sich rein auf die Offenlegung der Erkrankung oder Behinderung am Arbeitsplatz zu verschiedenen Zeitpunkten und die dritte Frage geht auf den offenen Umgang allgemein mit mehreren Auswahlmöglichkeiten in einem Mehrfachantwortset ein. Die Fragestellungen im Fragebogen lauteten wie folgt:

Wann haben Sie Ihrem Arbeitgebenden von Ihrer Erkrankung erzählt?

Wann haben Sie Ihren Kolleg:innen von Ihrer Erkrankung erzählt?

Wer weiß von Ihrer Erkrankung? (Mehrfachantwort)

Bezogen auf den Arbeitgebenden haben 178 Befragte (84 %) bereits ihre Erkrankung und/oder Behinderung mitgeteilt, bei 27 Teilnehmende (12,7 %) weiß der Arbeitgebende noch nicht Bescheid. Bei den Kolleg:innen beträgt dieser Anteil 183 (86,3 %). Der Großteil mit 52 Personen (24,5 %) haben dem Arbeitgebenden im Zuge eines Krankenstands bedingt durch ihre Erkrankung von der chronischen Krankheit oder Behinderung erzählt. Auch bei den Kolleg:innen war dieser Zeitpunkt für den größten Teil der Befragten mit 63

(29,7 %) zutreffend. Der zweithäufigste Zeitpunkt der Offenlegung beim Arbeitgebenden war für 46 Befragungsteilnehmende (21,7 %) direkt beim Bewerbungsgespräch. Bei Kolleg:innen erfolgte die Offenlegung der Erkrankung bei 49 Betroffenen (23,1 %) kurz nach der Einstellung, was bei Arbeitgebenden nur für 10 Personen (4,7 %) in Frage kam. 22 Befragte (10,4 %) gaben dem Arbeitgebenden ihre Erkrankung bekannt, als sie schon länger (mindestens ein Jahr) im Unternehmen waren, das war bei Kolleg:innen nur bei 12 (5,7 %) der Fall. Zu einem anderen Zeitpunkt haben 21 Personen (9,9 %) ihrem Arbeitgebenden die Erkrankung oder Behinderung offengelegt und 31 Mitarbeitenden (14,6 %) ihren Arbeitskolleg:innen. Im Zuge eines Reha/Kuraufenthalts war für 17 Befragungsteilnehmende (8 %) bei Arbeitgebende und 13 Personen (6,1 %) der richtige Zeitpunkt für die Offenlegung der Erkrankung oder Behinderung. Im Zuge der COVID-19 Pandemie haben sich nur sieben Mitarbeitende (3,3 %) den Arbeitgebenden und acht Betroffene (3,8 %) den Kolleg:innen anvertraut. Für drei Befragte (1,4 %) kam es beim Arbeitgebenden nach Ablauf der Probezeit zur Offenlegung der Erkrankung oder Behinderung, in der Kollegschaft war das bei sieben Personen (3,3 %) der Fall. 27 Befragungsteilnehmer:innen (12,7 %) haben ihrem Arbeitgebenden und 24 Befragte (11,3 %) ihren Kolleg:innen die Erkrankung oder Behinderung noch nicht mitgeteilt. Sieben (3,3 %) beziehungsweise fünf Personen (2,4 %) haben keine Angabe zu den beiden Fragen gemacht.

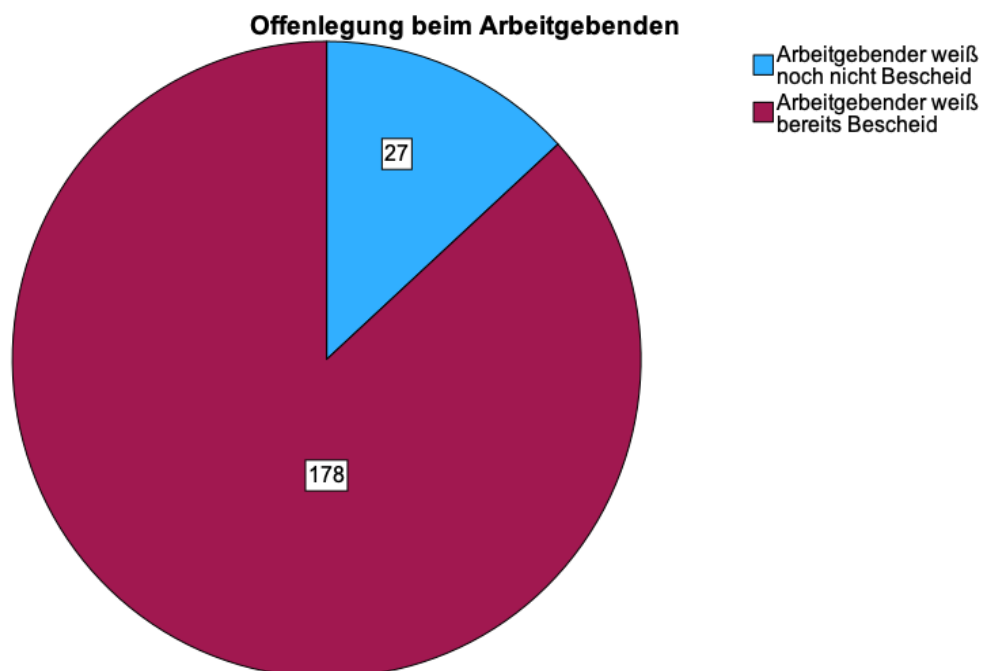


Abbildung 10: Offenlegung beim Arbeitgebenden

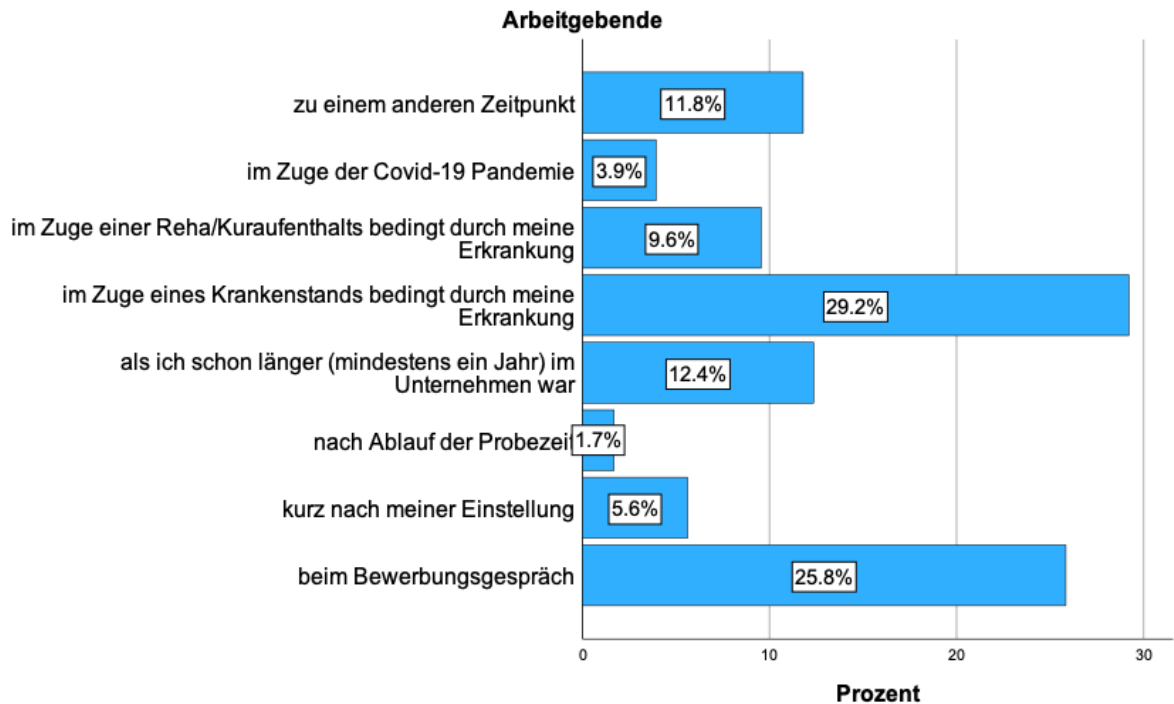


Abbildung 11: Zeitpunkt der Offenlegung beim Arbeitgebenden in %

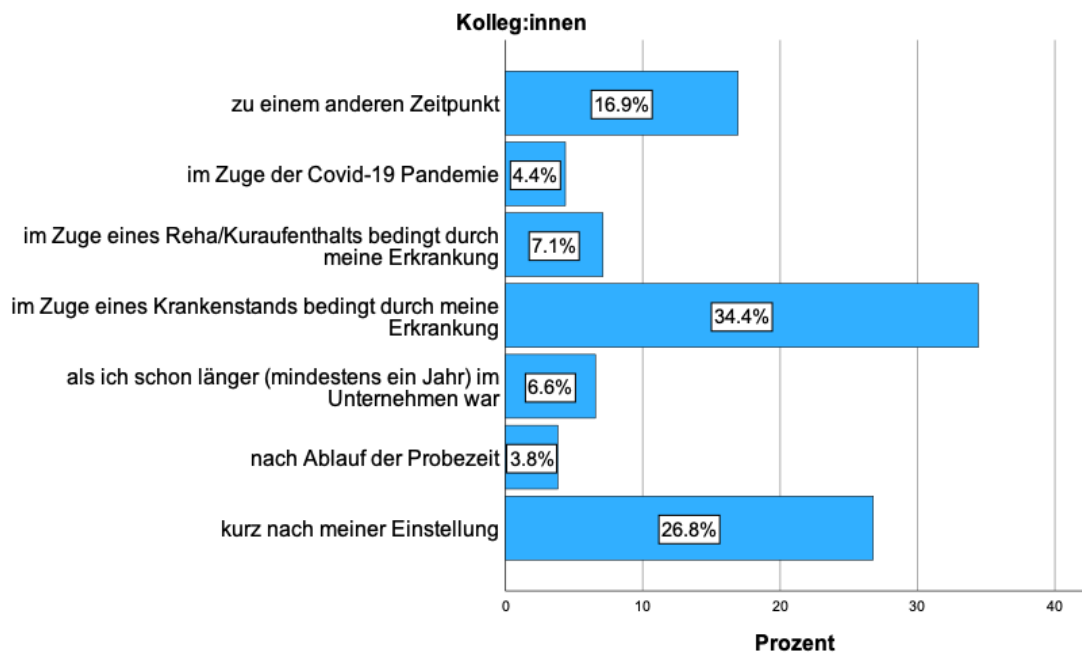


Abbildung 12: Zeitpunkt der Offenlegung bei Kolleg:innen in %

Allgemein gesehen ist die Offenlegungsrate der Teilnehmenden in der Stichprobe sehr hoch, fast alle Befragten, nämlich 210 (99,1 %), haben ihrer Familie von ihrer Erkrankung oder Behinderung erzählt. Auch (ausgewählte) Freund:innen von 199 Personen (93,9 %) wissen über deren Gesundheitszustand Bescheid. Den (ausgewählten) Bekanntenkreis informierten bereits 137 Betroffene (64,6%) über ihre Erkrankung oder Be-

hinderung. 170 Befragungsteilnehmende (80,2 %) haben ihre Erkrankung oder Behinderung (ausgewählten) Kolleg:innen und 165 Personen (77,8 %) sogar den Vorgesetzten mitgeteilt. Die Personalabteilung wurde von 98 Proband:innen (46,2 %) und die Unternehmensleitung von 78 Teilnehmenden (36,8 %) in Kenntnis gesetzt. Zwei Befragte gaben unter dem Feld Sonstiges an, den Arbeitsmediziner beziehungsweise den Betriebsarzt und Behindertenvertrauensperson über ihre Erkrankung oder Behinderung informiert zu haben.

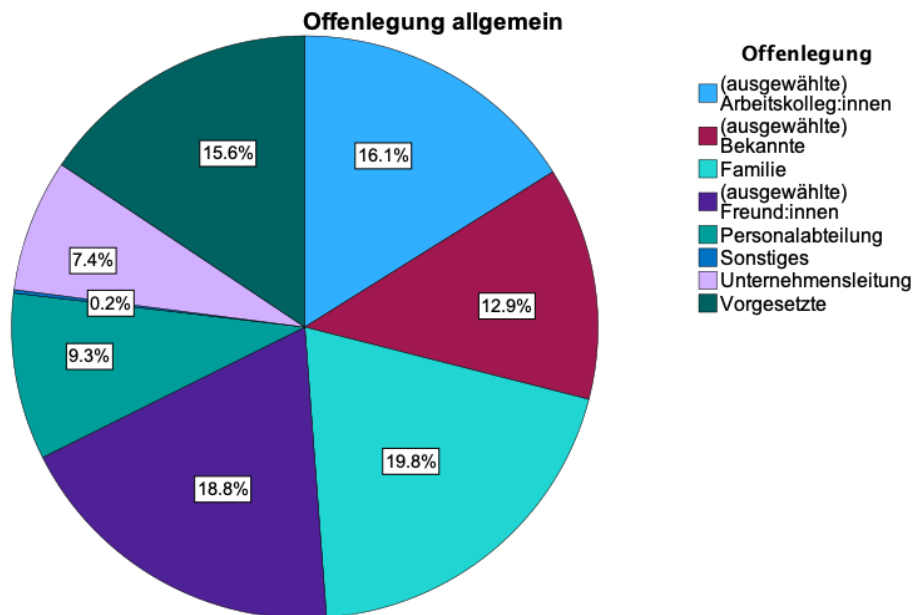


Abbildung 13: Offenlegung allgemein in %

4.2.2 Risiken und Vorteile im Zusammenhang mit der Erkrankungs-offenlegung

Die Risiken und Vorteile der Offenlegung einer chronischen Erkrankung wurde mit Hilfe einer 5-stufigen Likert Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu) abgefragt. Zusätzlich gab es für die Befragten die Möglichkeit keine Angabe zu den Fragen zu machen als Ausweichoption zu machen. Diese Möglichkeit nahmen bei den Risiken 5 (2,4 %) und bei den Vorteilen 15 Personen (7,1 %) in Anspruch. Zu den Risiken wurden vier Fragen gestellt und zu den Vorteilen fünf Fragen. Danach wurden in SPSS jeweils eine eigene Skala für die Wahrnehmung von Risiken und Vorteilen gebildet. Der Mittelwert bei den Risiken beträgt 2,72 (SD=1,27) und liegt damit im Bereich zwischen stimme nicht zu und weder noch. Bei den Vorteilen ergibt sich ein Mittelwert von 3,61 (SD=0,91) und befindet sich damit zwischen weder noch und stimme zu. Der Vergleich der beiden Mittelwerte lässt darauf schließen, dass die Vorteile der Offenlegung einer Erkrankung oder Behinderung am Arbeitsplatz eher wahrgenommen werden als die Risiken. Wird der Faktor der Offenlegung beim Arbeitgebenden miteinbezogen, so lassen sich deutliche Unterschiede in der Wahrnehmung von Vorteilen und Risiken

einer Offenlegung der Erkrankung erkennen. Bei Personen, die ihre Erkrankung dem Arbeitgebenden bereits mitgeteilt haben, werden die Vorteile eher und die Risiken weniger wahrgenommen im Vergleich zu den Teilnehmenden, die ihrem Arbeitgebenden noch nicht Bescheid gegeben haben. Eine detaillierte Übersicht befindet sich in Tabelle 5.

Tabelle 5: Vorteile und Risiken nach Status der Offenlegung gruppiert

Vorteile und Risiken gruppiert nach Offenlegung beim Arbeitgebenden		
Status der Offenlegung	Mean Vorteile (SD)	Mean Risiken (SD)
Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	3,76 (SD=0,85)	2,55 (SD=1,20)
Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid	2,87 (SD=0,76)	3,92 (SD=1,00)
keine Angabe	2,23 (SD=0,96)	2,50 (SD=1,53)

4.3 Employee-Organization Relationship (EOR) Faktor innerhalb der Stichprobe

Der Employee-Organization Relationship (EOR) setzt sich aus den Variablen Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitige Kontrolle zusammen. Diese wurden jeweils mit drei bis fünf Fragen auf einer 5-stufigen Likert Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu und 5 = stimme voll und ganz zu) erfasst. Die Ausweichoption „keine Angabe“ haben beim EOR 11 Befragungsteilnehmende (5,2 %) verwendet. Der Mittelwert des EOR liegt bei 3,53 (SD=0,85) und liegt somit genau zwischen weder noch und stimme zu. Daraus kann man erkennen, dass die Beziehungsqualität zwischen Unternehmen und den befragten Mitarbeitenden im Mittelfeld liegt mit einer leicht positiven Tendenz. Vergleicht man die einzelnen Mittelwerte der vier Variablen so ist das Engagement mit einem Wert von 3,79 (SD=0,87) am positivsten. Danach folgt das Vertrauen der Mitarbeitenden in das Unternehmen mit 3,67 (SD=0,96), dann die Mitarbeiterzufriedenheit in Höhe von 3,41 (SD=0,93) und zum Schluss die gegenseitige Kontrolle mit einem Mittelwert von 3,23 (SD=1,03). Bei der Gruppierung nach dem Status der Offenlegung der Erkrankung beim Arbeitgebenden zeigt sich ein dezent höherer Wert des EOR (Mean=3,59, SD=0,84) bei Arbeitnehmenden, die ihrem Arbeitgebenden von ihrer Erkrankung bereits erzählt haben (Tabelle 6).

Tabelle 6: EOR nach Status der Offenlegung gruppiert

EOR gruppiert nach Offenlegung beim Arbeitgebenden	
Status der Offenlegung	Mean (SD)
Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	3,59 (SD=0,84)
Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid	3,14 (SD=0,84)
keine Angabe	3,60 (SD=0,93)

4.4 Arten der Mitarbeiterkommunikation mit Bezug auf die COVID-19 Pandemie

Die symmetrische Kommunikation im Unternehmen wurde mit Hilfe von fünf Fragen auf einer 5-stufigen Likert Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu) gemessen. Zu dieser Variable haben 11 Personen keine Angabe gemacht. Der Mittelwert liegt bei 3,21 (SD=0,98) und damit ganz dicht am Wert weder noch mit dezent positiver Tendenz. Somit empfindet der Durchschnitt der Befragten die Kommunikation im Unternehmen geringfügig eher symmetrisch.

Die Transparenz der Kommunikation wurde ebenfalls mittels 5-stufiger Likert Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu) erfasst und basiert auf sechs Fragestellungen. Zur transparenten Kommunikation haben 23 Befragte (10,8 %) keine Auskunft gegeben. Eine Frage bezog sich auf die Eigenschaften der zur Verfügung gestellten Informationen seitens der Unternehmen während der Pandemie. Hier mussten die folgenden Attribute beurteilt werden: relevant, hilfreich, vollständig, detailliert, leicht auffindbar, verständlich, zuverlässig und rechtzeitig. Der Mittelwert beträgt 3,36 (SD=0,99) und zeigt somit eine leicht positive Tendenz zur Transparenz der Unternehmenskommunikation. Das lässt darauf schließen, dass die Befragungsteilnehmer:innen die Kommunikation in ihren Unternehmen als eher transparent wahrnehmen.

Wird der Status der Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz miteinbezogen, so lässt sich erkennen, dass Befragte, die ihre Krankheit dem Arbeitgebenden bereits mitgeteilt haben, die Mitarbeiterkommunikation als eher symmetrisch und transparent wahrnehmen, als Teilnehmende, die dem Unternehmen noch nicht Bescheid gegeben haben (Tabelle 7).

Tabelle 7: Kommunikation nach Status der Offenlegung gruppiert

Kommunikation gruppiert nach Offenlegung beim Arbeitgebenden		
Status der Offenlegung	Mean symmetrische Kommunikation(SD)	Mean transparente Kommunikation (SD)
Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	3,26 (SD=0,98)	3,44 (SD=0,99)
Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid	2,82 (SD=0,97)	2,85 (SD=0,71)
keine Angabe	3,56 (SD=1,02)	3,08 (SD=1,39)

Die von Unternehmensseite verwendeten Kommunikationskanäle zur Vermittlung der Information hinsichtlich der COVID-19 Pandemie wurde in einer separaten Frage erfasst. Hierbei konnte mittels Multiple-Choice-Auswahl aus einer Liste an Kommunikationsmöglichkeiten gewählt werden. Bei der Auswertung der Ergebnisse fand eine Unterteilung in zwei Gruppen statt. Der medial vermittelten und der persönlichen Face-to-Face Kommunikation. Unter medial vermittelt fallen folgende Kanäle: Mail, Aushang, Intranet, Mitarbeiter-App, Rundschreiben, Mitarbeiterzeitung, Unternehmensblog, soziale Netzwerke sowie aus dem Feld Sonstige Telefonat, SMS und WhatsApp. Zu den persönlichen Kommunikationsmöglichkeiten zählen Mitarbeiterversammlungen, persönliches Gespräch, Sprechstunden, COVID-19 Beauftragte, direkte Ansprache und vom Feld „Sonstige“ der Betriebsarzt sowie Behindertenvertrauensperson.

Diese Frage wurde von 40 Befragten (18,9 %) nicht beantwortet. Bei den medial vermittelten Kommunikationskanälen dominiert die Vermittlung der COVID-Informationen per Mail beziehungsweise Newsletter mit 67,4 % (116 Personen) der Fälle. Gefolgt von der Informationsverteilung im Intranet in Höhe von 39,5 % (68 Personen) und dem Aushang digital oder analog mit 27,9 % (48 Personen). Ein Rundschreiben beziehungsweise Mitarbeiterbriefe gab es in 19,2 % (33 Personen), über die Mitarbeiter-App in 11,6 % (20 Personen) und in der Mitarbeiterzeitung in 6,4 % (11 Personen) der Fälle. Schlusslicht bilden die Postings in sozialen Netzwerken und in Form von Unternehmensblogs mit lediglich zusammengerechneten sechs Personen (3,5 %). In Bezug auf die persönliche Face-to-Face Kommunikation wurden die meisten Informationen bezüglich COVID-19 Pandemie im persönlichen Gespräch mit 34,3 % (59 Personen) vermittelt. Mitarbeiterversammlungen, spezielle Sitzungen oder Meetings virtuell oder in Präsenz gab es in 24,4 % (42 Personen) der Fälle. Bei 31 Befragten (18 %) gab es sogar COVID-19 Beauftragte als Anlaufstelle in den Unternehmen. 16 Teilnehmende (9,3 %) gaben an, direkt als Risikogruppe angesprochen worden zu sein. Nur zwei Personen (1,2 %) hatte COVID-19 Sprechstunden im Unternehmen. Vier Proband:innen (2,3 %) wählten das Feld

Sonstige und meinten, keine Informationen bekommen zu haben beziehungsweise eine Person führte BVP als Informationsquelle an, die nicht zu den oben angeführten Kanälen zugeordnet werden konnte.

4.5 Grad der Inklusion innerhalb der Stichprobe

Der Inklusionsgrad innerhalb der Stichprobe wurde mit Hilfe von fünf Fragen auf jeweils einer 5-stufigen Likert Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu bis 5 = stimme voll und ganz zu) gemessen. 16 Befragte (7,5 %) haben die Möglichkeit genutzt, keine Angabe zu dem Thema Inklusion zu machen. Der Mittelwert für diese Variable beträgt 3,69 (SD=0,83) und weist auf einen leicht positiven Grad der Inklusion hin. Somit fühlen sich die Befragten, gesamt betrachtet, eher inkludiert am Arbeitsplatz. Werden die Mittelwerte nach Status der Offenlegung verglichen, so zeigt sich ein leicht höherer Grad der Inklusion (Mean=3,71, SD=0,85) bei Befragten, die ihre Erkrankung dem Arbeitgebenden bereits mitgeteilt haben (Tabelle 8).

Tabelle 8: Inklusionsgrad nach Status der Offenlegung gruppiert

Inklusionsgrad gruppiert nach Offenlegung beim Arbeitgebenden	
Status der Offenlegung	Mean (SD)
Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	3,71 (SD=0,85)
Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid	3,49 (SD=0,74)
keine Angabe	3,96 (SD=0,62)

4.6 Überprüfung der Hypothesen

Grundsätzlich sind die verwendeten Variablen zur Überprüfung der Hypothesen normal verteilt, außer Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung und Inklusionsgrad, die eine leicht rechts schiefe Kurve aufweisen. Aufgrund der Wirkungsvermutungen wurden die gesamten Korrelationen nach Pearson einseitig auf Signifikanz getestet.

4.6.1 Erkennen der Vorteile einer Offenlegung am Arbeitsplatz durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation

Hypothese 1: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto eher werden die Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz wahrgenommen.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit den unabhängigen Variablen transparente und symmetrische Kommunikation sowie der abhängigen Variablen Vorteile einer Offenlegung.

Die Betrachtung der Korrelationskoeffizienten zeigt einen leicht signifikant messbaren positiven Zusammenhang zwischen transparenter ($r=0,245^{**}$) beziehungsweise symmetrischer ($r=0,214^{**}$) Kommunikation und dem Erkennen von Vorteilen einer Offenlegung der Erkrankung. Die symmetrische Kommunikation steht nur bei den weiblichen Teilnehmenden ($r=0,254^{**}$) im leicht signifikant positiven Zusammenhang, bei den Männern konnte kein Zusammenhang festgestellt werden. Zusätzlich konnte ein mittel signifikant positiver Zusammenhang nur bei der Gruppe der älteren Erwachsenen ab 45 Jahren mit der transparenten Kommunikation ($r=0,311^{**}$) beobachtet werden. Ein leicht signifikant positiver Zusammenhang konnte nur bei der transparenten Kommunikation ($r=0,193^{**}$) für Teilnehmende, die ihrem Arbeitgebenden die Erkrankung bereits mitgeteilt haben, gemessen werden (Tabelle 9).

Bei den einfachen linearen Regressionen ergibt sich für das Zusammenspiel von Vorteilen einer Offenlegung sowohl mit der transparenten Kommunikation ($r^2=0,060$, Sig.<0,001) als auch der symmetrischen Kommunikation ($r^2=0,046$, Sig.=0,03) ein geringer, aber signifikanter positiver Zusammenhang. Daher kann das Erkennen von Vorteilen einer Offenlegung der Erkrankung nur zu 6 % durch transparente Kommunikation und zu 4,6 % durch symmetrische Kommunikation erklärt werden (Abbildung 14 und 15). Die multiple lineare Regression von Vorteilen mit transparenter und symmetrischer Kommunikation ergab ebenfalls lediglich einen gering signifikanten positiven Zusammenhang ($r^2=0,047$, Sig.=0,006). Nur 4,7 % der Vorteile konnten durch transparente symmetrische Kommunikation erklärt werden. Aufgrund der signifikanten Zusammenhänge kann die Nullhypothese verworfen werden (Tabelle 9).

Tabelle 9: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit transparenter und symmetrischer Kommunikation

Zusammenhang von Vorteilen einer Offenlegung mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
transparente Kommunikation	r	.245**	.209**	.353*	.346	.100	.311**
	Sig.	<.001	.007	.010	.074	.207	.001
	r ²	.060	.044	.124	.120	.010	.096
	Sig.	<.001	.015	.020	.147	.413	.003
symmetrische Kommunikation	r	.214**	.254**	.092	.423*	.092	.265**
	Sig.	.001	<.001	.273	.025	.211	.005
	r ²	.046	.065	.008	.179	.008	.070
	Sig.	.003	.002	.545	.050	.422	.011
multiple lineare Regression	r	.241	.243	.377	.341	.094	.330
	r ²	.047	.044	.099	-.001	-.022	.088
	Sig.	.006	.020	.047	.395	.754	.007
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							

Zusammenhang von Vorteilen einer Offenlegung mit				
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
transparente Kommunikation	r	.245**	.193**	.153
	Sig.	<.001	.008	.260
	r ²	.060	.038	.023
	Sig.	<.001	.015	.519
symmetrische Kommunikation	r	.214**	.168*	.367*
	Sig.	.001	.016	.036
	r ²	.046	.028	.135
	Sig.	.003	.032	.071
multiple lineare Regression	r	.241	.191	.477
	r ²	.047	.023	.136
	Sig.	.006	.067	.112
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.				
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.				

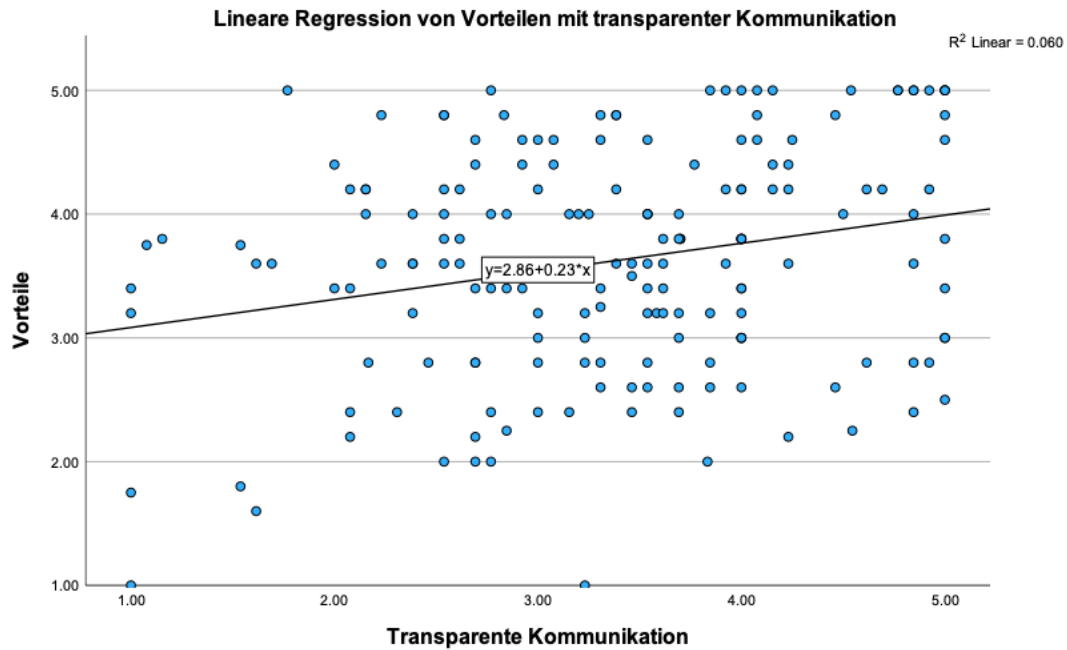


Abbildung 14: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit transparenter Kommunikation

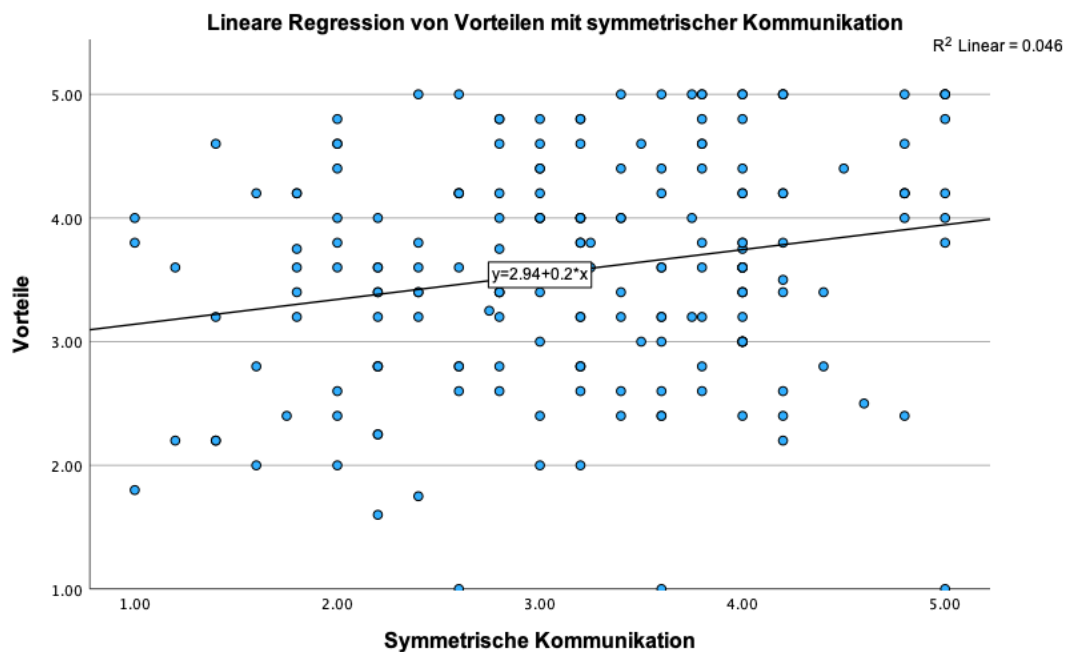


Abbildung 15: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit symmetrischer Kommunikation

4.6.2 Offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz durch Erkennen der Vorteile einer Offenlegung

Hypothese 2: Wenn die Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen wahrgenommen werden, dann führt das zur Offenlegung der Krankheit am Arbeitsplatz.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit der unabhängigen Variablen Vorteile einer Offenlegung und der abhängigen Variablen offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Der Korrelationskoeffizient zwischen dem Erkennen der Vorteile einer Offenlegung und dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz zeigt einen leicht signifikant messbaren positiven Zusammenhang ($r=0,190^{**}$). Dieser konnte jedoch nur unter den Frauen ($r=0,238^{**}$) beobachtet werden (Tabelle 10).

Die einfache lineare Regressionsanalyse von dem Erkennen von Vorteilen einer Offenlegung und dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz ergab einen grenzwertig gering signifikanten positiven Zusammenhang ($r^2=0,036$, Sig.=0,013). Demnach können nur 3,6 % der Offenlegung durch das Erkennen der Vorteile erklärt werden. Dennoch kann die Nullhypothese verworfen werden (Tabelle 10, Abbildung 16).

Tabelle 10: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit Vorteilen einer Offenlegung

Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
Vorteile einer Offenlegung	r	.190**	.238**	.045	.253	.261*	.178
	Sig.	.006	.003	.397	.163	.015	.053
	r ²	.036	.056	.002	.064	.068	.032
	Sig.	.013	.006	.794	.327	.029	.105
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							

Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit				
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
Vorteile einer Offenlegung	r	.190**	.118	.628*
	Sig.	.006	.068	.048
	r ²	.036	.014	.395
	Sig.	.013	.137	.095
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.				
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.				

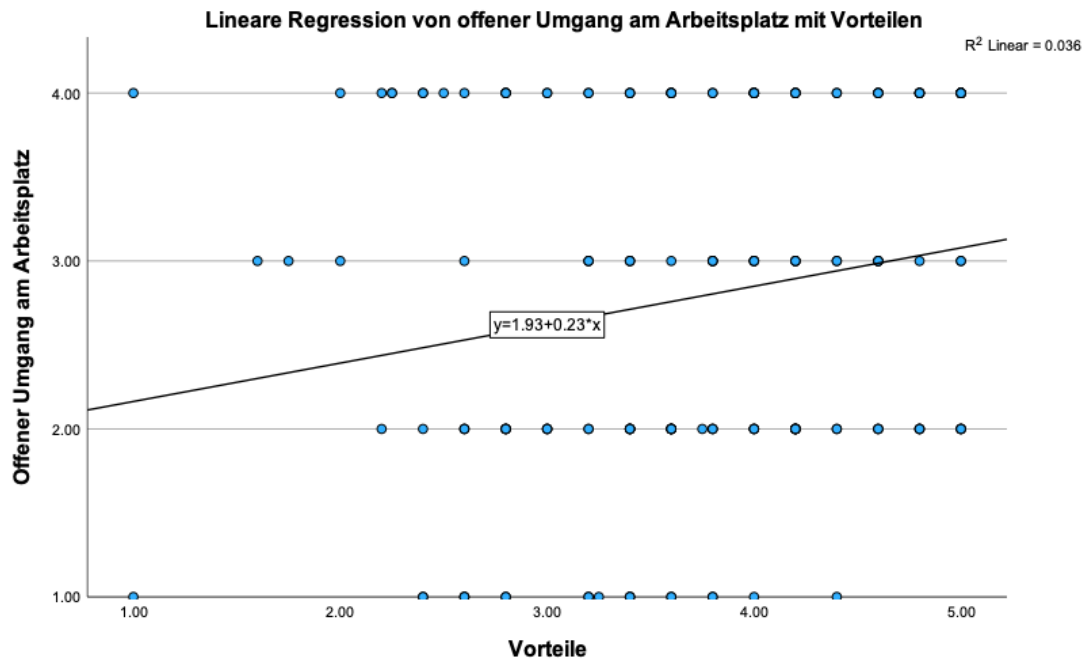


Abbildung 16: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit Vorteilen einer Offenlegung

4.6.3 Beziehungsqualität (EOR) durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation

Hypothese 3: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto besser ist die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit den unabhängigen Variablen transparente sowie symmetrische Kommunikation und der abhängigen Variablen EOR, bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitiger Kontrolle (Employee-Organisation Relationship).

Gemäß der Korrelationen besteht ein hoch signifikant messbarer positiver Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität (EOR) und der transparenten ($r=0,649^{**}$) beziehungsweise der symmetrischen ($r=0,841^{**}$) Kommunikation. Dieser stark positive Zusammenhang konnte sowohl bei beiden Geschlechtern wie auch den drei Altersgruppen beobachtet werden. Ein hoch signifikant positiver Zusammenhang zwischen dem EOR und der transparenten Kommunikation ($r=0,657^{**}$) besteht nur bei Teilnehmenden, die ihre Erkrankung dem Arbeitgebenden bereits mitgeteilt haben. Zwischen der symmetrischen Kommunikation und dem EOR ist ein hoch signifikant messbarer positiver Zusammenhang, unabhängig davon, ob die Personen ihre Krankheit bereits mitgeteilt haben oder nicht, beobachtbar (Tabelle 11).

Tabelle 11: Lineare Regression von EOR mit transparenter und symmetrischer Kommunikation

Zusammenhang von EOR mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
transparente Kommunikation	r	.649**	.685**	.573**	.881**	.484**	.699**
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	r ²	.422	.470	.329	.776	.234	.488
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
symmetrische Kommunikation	r	.841**	.832**	.863**	.849**	.821**	.862**
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	r ²	.707	.692	.745	.720	.675	.743
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
multiple lineare Regression	r	.854	.851	.866	.904	.827	.885
	r ²	.726	.720	.739	.793	.675	.778
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							

Zusammenhang von EOR mit				
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
transparente Kommunikation	r	.649**	.657**	.405*
	Sig.	<.001	<.001	.031
	r ²	.422	.432	.164
	Sig.	<.001	<.001	.062
symmetrische Kommunikation	r	.841**	.848**	.730**
	Sig.	<.001	<.001	<.001
	r ²	.707	.719	.533
	Sig.	<.001	<.001	<.001
multiple lineare Regression	r	.854	.867	.676
	r ²	.726	.748	.397
	Sig.	<.001	<.001	.004
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.				
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.				

Die einfachen linearen Regressionen ergaben für das Zusammenspiel von EOR mit transparenter ($r^2=0,422$, Sig.<0,001) sowie symmetrischer ($r^2=0,707$, Sig.<0,001) Kommunikation ebenfalls einen signifikant messbaren positiven Zusammenhang. Daher kann die Beziehungsqualität (EOR), bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitiger Kontrolle, zu 42,2 % durch transparente Kommunikation und zu 70,7 % durch symmetrische Kommunikation erklärt werden (Abbildung 17 und 18). Bezieht man den Faktor der Offenlegung der Erkrankung beim Arbeitgebenden mit ein, ergibt sich nur zwischen dem EOR und der transparenten Kommunikation ein signifikanter Zusammenhang ($r^2=0,432$, Sig.<0,001), wenn die Krankheit bereits mitgeteilt wurde. Die multiple lineare Regression zeigte, dass transparente symmetrische Kommunikation den EOR zu 72,6 % ($r^2=0,726$, Sig.<0,001) erklärt. Daher kann die Nullhypothese für diese Annahme verworfen werden (Tabelle 11).

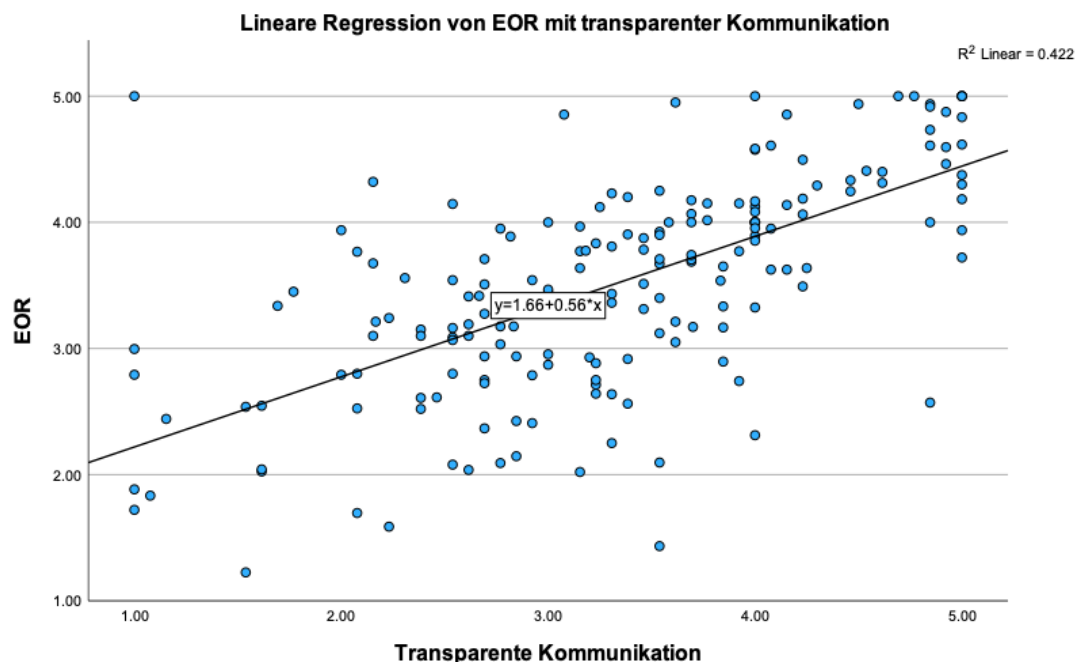


Abbildung 17: Lineare Regression von EOR mit transparenter Kommunikation

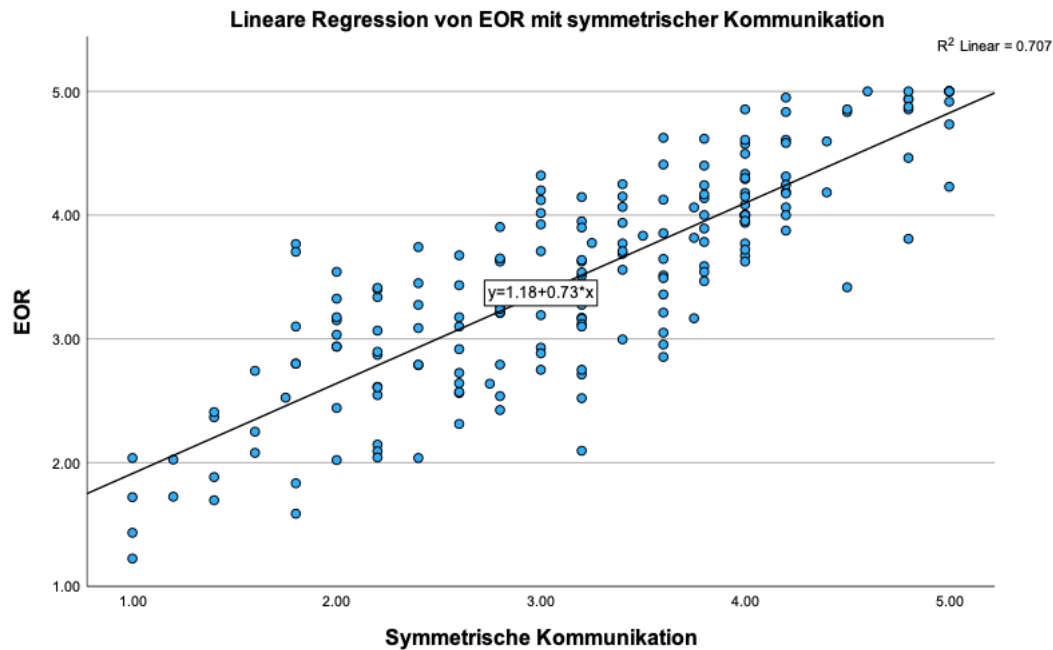


Abbildung 18: Lineare Regression von EOR mit symmetrischer Kommunikation

4.6.4 Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz durch gute Beziehungsqualität (EOR)

Hypothese 4: Wenn die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation gut ist, dann führt das zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit der unabhängigen Variablen EOR und der abhängigen Variablen offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Die Korrelation zeigt einen sehr geringen positiven Zusammenhang ($r=0,149^*$) zwischen dem EOR und dem offenen Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz, allerdings nur auf dem Niveau von 0,05. Die Beobachtung zeigte sich auch bei den jungen Erwachsenen zwischen 15 und 29 Jahren ($r=0,401^*$). Betrachtet man nur die Teilnehmerinnen so steigt der Zusammenhang gegenüber dem Gesamtwert leicht positiv an ($r=0,238^{**}$) und das auf dem Niveau von 0,01 (Tabelle 12).

Bei der linearen Regressionsanalyse konnte jedoch kein signifikant messbarer Zusammenhang ($r^2=0,022$, Sig.=0,048) zwischen dem EOR, bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement sowie gegenseitiger Kontrolle, und dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz beobachtet werden. Daher kann in diesem Fall die Nullhypothese nicht verworfen werden (Tabelle 12, Abbildung 19).

Tabelle 12: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit EOR

Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
EOR	r	.149*	.238**	.045	.401*	.138	.102
	Sig.	.024	.003	.397	.050	.131	.168
	r ²	.022	.004	.134	.160	.019	.010
	Sig.	.048	.493	.017	.100	.263	.337
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							
Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit							
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid			
EOR	r	.149*	.105	.383			
	Sig.	.024	.090	.174			
	r ²	.022	.011	.147			
	Sig.	.048	.179	.348			
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							

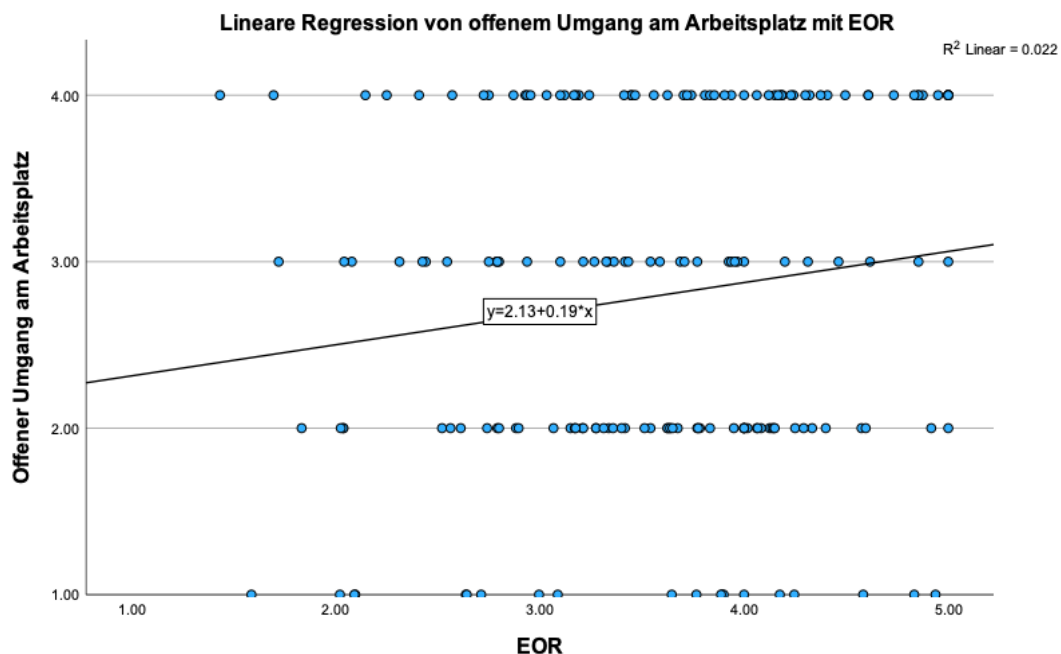


Abbildung 19: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz und EOR

4.6.5 Inklusion durch offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz

H5: Je offener der Umgang mit der chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz ist, desto mehr fühlen sich chronisch kranke Mitarbeitende inkludiert.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit der unabhängigen Variablen offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz und der abhängigen Variablen Inklusionsgrad.

Gesamt betrachtet, zeigt die Korrelation nur einen leicht signifikant messbaren positiven Zusammenhang ($r=0,162^*$) zwischen dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz und dem Grad der Inklusion, und das nur auf dem Niveau von 0,05. Das konnte auch in der Gruppe der älteren Erwachsenen ab 45 Jahren ($r=0,242^*$) gemessen werden. Ein hoch signifikant positiver Zusammenhang ($r=0,510^{**}$) war lediglich bei den Männern zu beobachten (Tabelle 13).

Ebenso ergab die lineare Regressionsanalyse nur bei den männlichen Teilnehmenden einen signifikant messbaren positiven Zusammenhang ($r^2=0,260$, $\text{Sig.}<0,001$) zwischen dem offenen Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz und dem Inklusionsgrad. Demnach erklärt bei den Männern der offene Umgang mit der Erkrankung zu 26 % das Gefühl der Inklusion am Arbeitsplatz. In der Gesamtheit kann die Regression keinen signifikant messbaren Zusammenhang ($r^2=0,026$, $\text{Sig.}=0,035$) hervorbringen. Aufgrund dessen kann die Nullhypothese hierfür nicht verworfen werden (Tabelle 13, Abbildung 20).

Tabelle 13: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit offenem Umgang am Arbeitsplatz

Zusammenhang von Inklusionsgrad mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
offener Umgang am Arbeitsplatz	r	.162*	.045	.510**	.402	-.037	.242*
	Sig.	.017	.307	<.001	.069	.378	.013
	r ²	.026	.002	.260	.162	.001	.058
	Sig.	.035	.613	<.001	.137	.757	.026
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							
Zusammenhang von Inklusionsgrad mit							
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid		Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid		
offener Umgang am Arbeitsplatz	r	.162*	.125		.397		
	Sig.	.017	.058		.145		
	r ²	.026	.016		.158		
	Sig.	.035	.115		.290		
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							

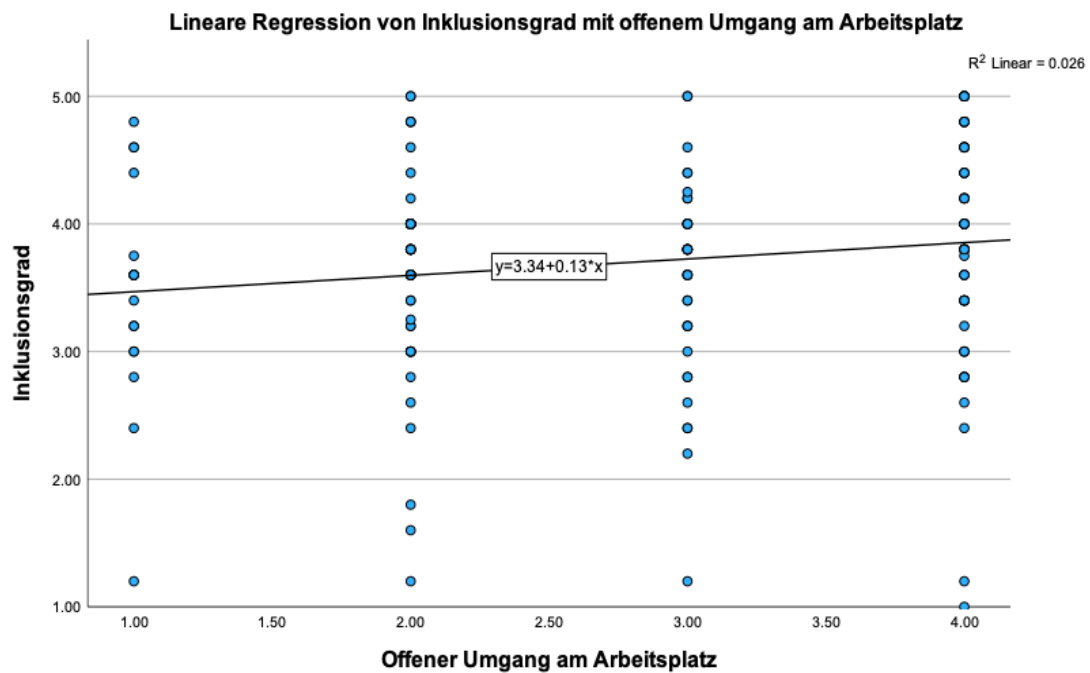


Abbildung 20: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit offenem Umgang am Arbeitsplatz

4.7 Zusätzlich entwickelte Hypothesen im Zuge der Auswertung

4.7.1 Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation

H6: Wenn die symmetrische Mitarbeiterkommunikation transparent ist, dann führt das zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit den unabhängigen Variablen transparente sowie symmetrische Kommunikation und der abhängigen Variablen offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Im Hinblick auf die Korrelationen der Variablen zeigt sich grundsätzlich kein signifikant messbarer Zusammenhang. Lediglich bei den Männern gab es einen mittelmäßig signifikant positiven Zusammenhang ($r=0,412^{**}$) zwischen dem offenen Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz und der symmetrischen Kommunikation (Tabelle 14).

Sowohl die einfache als auch die multiple Regressionsanalyse deuten auf keinen signifikanten Zusammenhang zwischen transparenter und/oder symmetrischer Kommunikation und dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz hin. Daher kann die Nullhypothese nicht verworfen werden (Tabelle 14, Abbildung 21 und 22).

Tabelle 14: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit transparenter und symmetrischer Kommunikation

Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
transparente Kommunikation	r	.113	.109	.099	.387	.149	.046
	Sig.	.073	.110	.272	.069	.122	.335
	r ²	.013	.012	.010	.150	.022	.002
	Sig.	.146	.220	.544	.138	.243	.671
symmetrische Kommunikation	r	.106	-.005	.412**	.512*	.126	.041
	Sig.	.081	.477	.004	.018	.150	.351
	r ²	.011	.000	.170	.262	.016	.002
	Sig.	.162	.955	.008	.036	.301	.702
multiple lineare Regression	r	.112	.164	.428	.478	.116	.060
	r ²	.000	.011	.136	.088	-.021	-.020
	Sig.	.374	.198	.029	.241	.678	.861
* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (einseitig) signifikant.							
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							
Zusammenhang von offener Umgang am Arbeitsplatz mit							
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid		Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid		
transparente Kommunikation	r	.113	.087		-.086		
	Sig.	.073	.138		.420		
	r ²	.013	.008		.007		
	Sig.	.146	.276		.840		
symmetrische Kommunikation	r	.106	.059		.321		
	Sig.	.081	.226		.219		
	r ²	.011	.003		.103		
	Sig.	.162	.451		.439		
multiple lineare Regression	r	.112	.087		.531		
	r ²	.000	-.006		-.078		
	Sig.	.374	.570		.516		

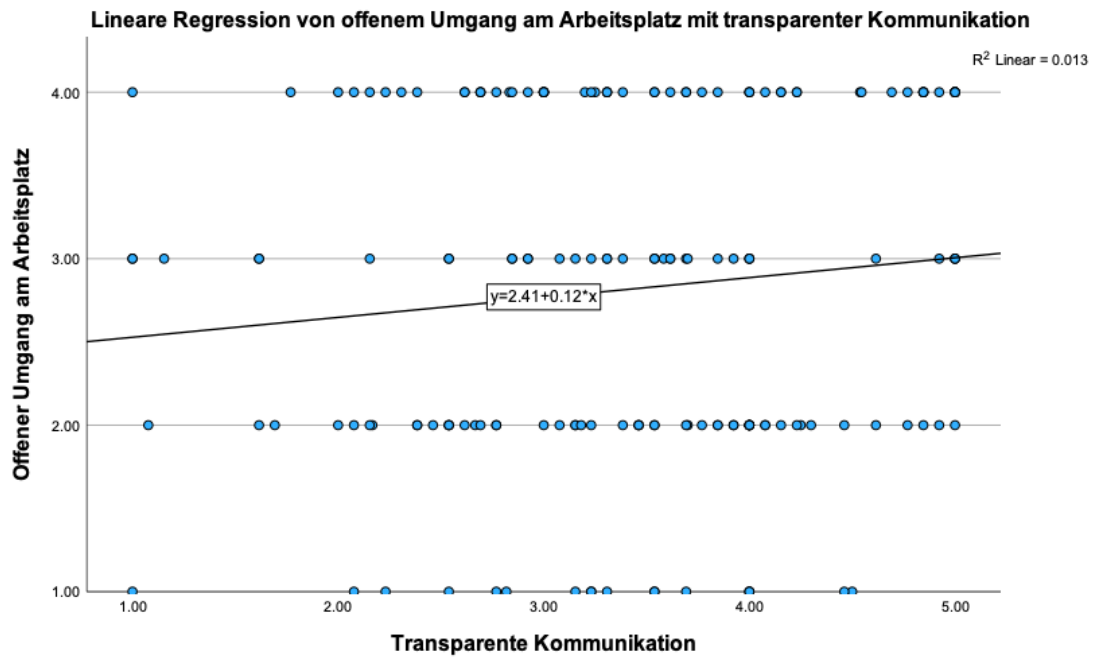


Abbildung 21: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit transparenter Kommunikation

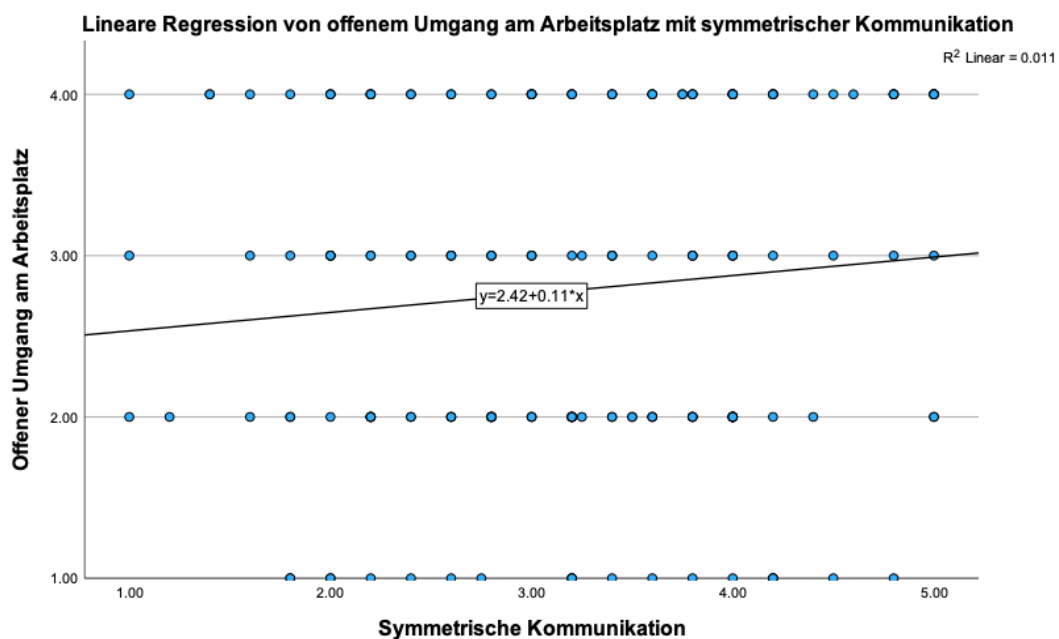


Abbildung 22: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit symmetrischer Kommunikation

4.7.2 Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation

H7: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto mehr fühlen sich chronisch kranke Mitarbeitende inkludiert.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit den unabhängigen Variablen transparente sowie symmetrische Kommunikation und der abhängigen Variablen Inklusionsgrad.

Tabelle 15: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit transparenter und symmetrischer Kommunikation

Zusammenhang von Inklusionsgrad mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
transparente Kommunikation	r	.549**	.526**	.597**	.796**	.460**	.543**
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	r ²	.301	.277	.357	.634	.211	.295
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
symmetrische Kommunikation	r	.681**	.627**	.809**	.829**	.608**	.707**
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	r ²	.464	.393	.654	.687	.370	.501
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
multiple lineare Regression	r	.697	.638	.827	.831	.621	.725
	r ²	.479	.398	.669	.647	.367	.514
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							

Zusammenhang von Inklusionsgrad mit				
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
transparente Kommunikation	r	.549**	.558**	.521**
	Sig.	<.001	<.001	.006
	r ²	.301	.311	.272
	Sig.	<.001	<.001	.013
symmetrische Kommunikation	r	.681**	.656**	.823**
	Sig.	<.001	<.001	<.001
	r ²	.464	.431	.678
	Sig.	<.001	<.001	<.001
multiple lineare Regression	r	.697	.686	.810
	r ²	.479	.463	.618
	Sig.	<.001	<.001	<.001
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.				

Die Korrelationen zeigen durchgehend einen hoch signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem Grad der Inklusion und der transparenten sowie symmetrischen Kommunikation (Tabelle 15).

Die linearen Regressionsanalysen ergaben ebenso durchgehend signifikant positive Zusammenhänge. Die multiple lineare Regression ($r^2=0,479$) zeigt, dass 47,9 % des Inklusionsgrades durch transparente symmetrische Kommunikation erklärt werden können. Separat betrachtet, besteht zwischen der symmetrischen Kommunikation und dem Inklusionsgrad ein leicht höherer positiver Zusammenhang (Tabelle 15, Abbildung 24). Die Nullhypothese kann in diesem Fall verworfen werden.

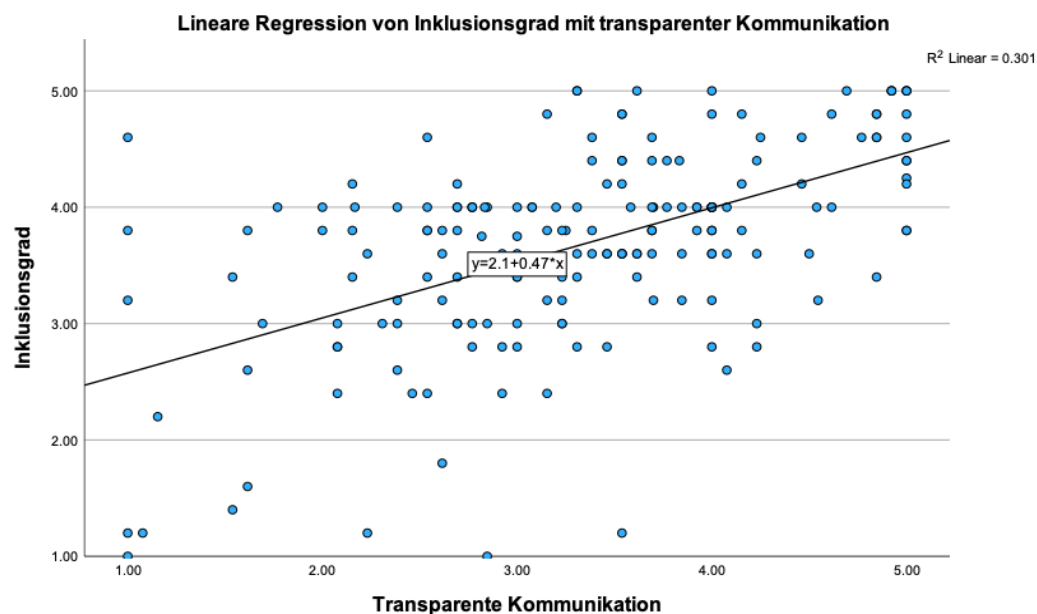


Abbildung 23: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit transparenter Kommunikation

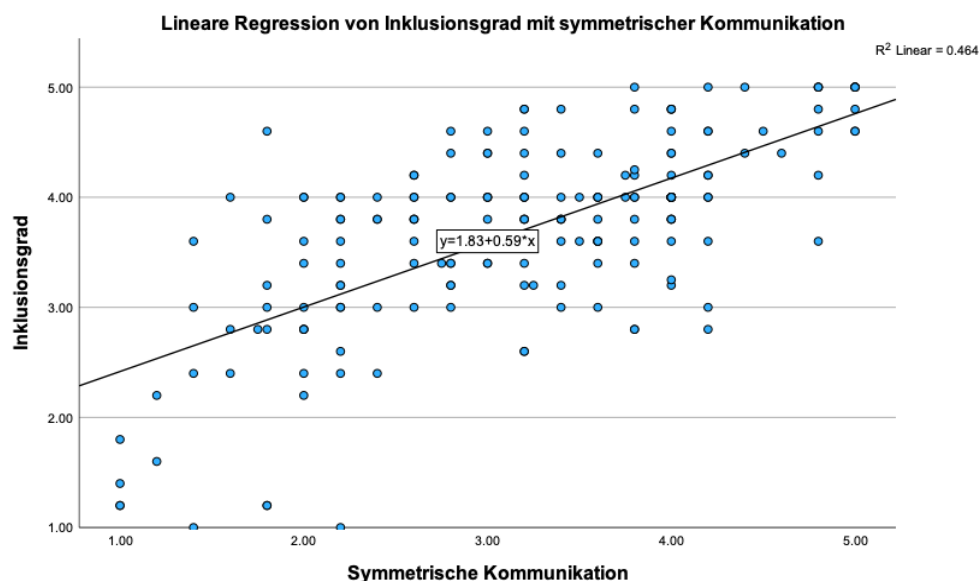


Abbildung 24: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit symmetrischer Kommunikation

4.7.3 Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender durch gute Beziehungsqualität (EOR)

H8: Je höher der EOR ist, desto mehr fühlen sich Mitarbeitende mit chronischen Erkrankungen inkludiert.

Operationalisiert wurde die Hypothese mit der unabhängigen Variablen EOR und der abhängigen Variablen Inklusionsgrad.

Durch Betrachtung der Korrelationskoeffizienten wird ein hoch signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Beziehungsqualität (EOR), bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement sowie gegenseitiger Kontrolle, und dem Grad der Inklusion deutlich (Tabelle 16).

Die lineare Regressionsanalyse zeigt einen signifikant messbaren positiven Zusammenhang zwischen EOR und Inklusionsgrad. Der Grad der Inklusion kann zu 51,7 % ($r^2=0,517$, Sig. $<0,001$) durch die Beziehungsqualität, bestehend aus Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitiger Kontrolle, erklärt werden (Tabelle 16, Abbildung 25). Daher kann die Nullhypothese verworfen werden.

Tabelle 16: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit EOR

Zusammenhang von Inklusionsgrad mit							
		total	weiblich	männlich	15-29	30-44	45-64
EOR	r	.719**	.701**	.760**	.844**	.578**	.767**
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
	r ²	.517	.491	.578	.712	.334	.589
	Sig.	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.							

Zusammenhang von Inklusionsgrad mit				
		total	Arbeitgebender weiß bereits Bescheid	Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
EOR	r	.719**	.709**	.777**
	Sig.	<.001	<.001	<.001
	r ²	.517	.503	.603
	Sig.	<.001	<.001	<.001
** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (einseitig) signifikant.				

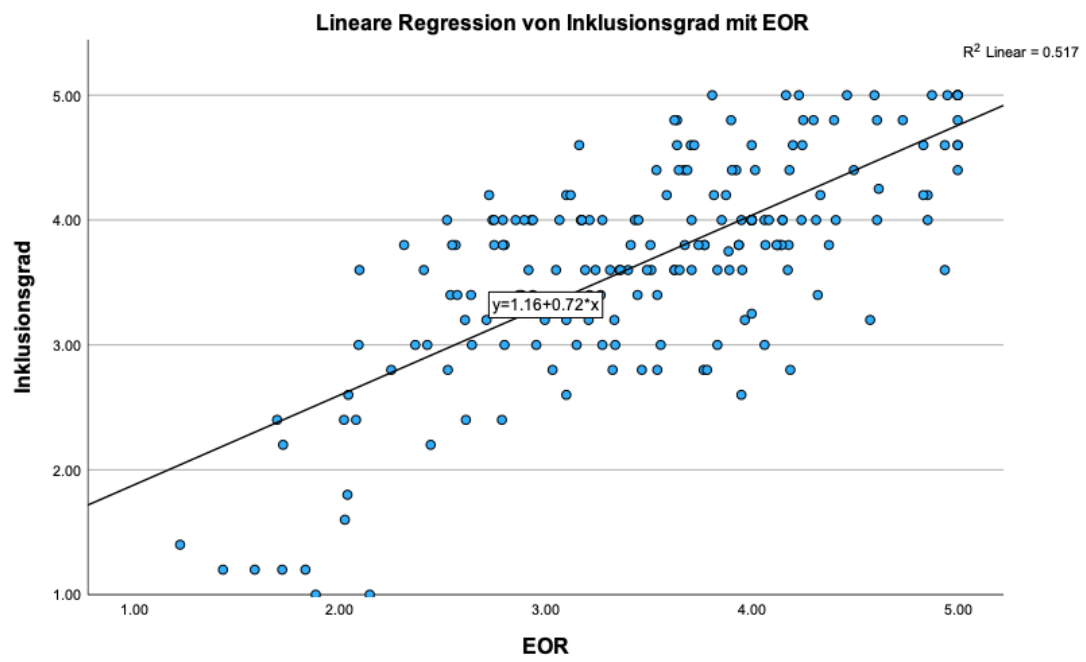


Abbildung 25: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit EOR

5 Diskussion und Ausblick

In diesem Kapitel werden die im vorangegangenen Abschnitt detailliert angeführten Ergebnisse aus der durchgeführten quantitativen Studie mit den wichtigsten Punkten des aktuellen Forschungsstandes in Verbindung gebracht, diskutiert und interpretiert. Der Vollständigkeit halber werden die zugrunde liegenden Forschungsfragen sowie die forschungsleitenden Fragestellung hier nochmals angeführt.

Wie haben sich die internen Kommunikationsmaßnahmen im Hinblick auf chronisch kranke Mitarbeitende anlässlich der COVID-19 Pandemie auf die Beziehungsqualität zwischen Mitarbeitenden und Organisation und somit auf die Offenlegungsrate ihrer Erkrankung am Arbeitsplatz ausgewirkt, sowie folglich einen Einfluss auf die Inklusion der Betroffenen?

- F1: Inwieweit hat eine symmetrische transparente Mitarbeiterkommunikation angesichts der Pandemie Auswirkung auf die wahrgenommenen Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen am Arbeitsplatz?
- F2: Inwieweit hat die Wahrnehmung der Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen Auswirkungen auf die Offenlegung der Krankheit am Arbeitsplatz?
- F3: Inwieweit hat eine symmetrische transparente Mitarbeiterkommunikation angesichts der Pandemie Auswirkung auf die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation?
- F4: Inwieweit wirkt sich die gute Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation auf die Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz aus?
- F5: Inwieweit hat die Offenlegung einer chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz Auswirkung auf den Grad der Inklusion chronisch kranker Mitarbeitender?

Grundlegend dafür ist die Aussicht auf höhere betriebliche Leistung (Mor Barak, 2015, S.86), eine bessere Geschäftskompetenz durch das Übernehmen sozialer Verantwortung (Pellecchia, 2019, S.18), ein höheres Maß an Innovation, Produktivität und wirtschaftlicher Wettbewerbsfähigkeit durch Diversität und Inklusion (Konrad et al., 2005, S.60), die das Thema Inklusion und Arbeitsplatzvielfalt für Unternehmen interessant macht. Wird die Seite der Belegschaft betrachtet, so kann die Förderung der Vielfalt am Arbeitsplatz menschliches Wohlbefinden steigern sowie individuelle Erfüllung und Zufriedenheit erzielen (Konrad et al., 2005, S.87-88, Kafka, 2023, S.96).

Für diese Forschungsarbeit wurde der Teilbereich der chronischen Erkrankungen als nicht sichtbares Diversitätsmerkmal zur Untersuchung von Diversität und Inklusion am Arbeitsplatz herangezogen. Aufgrund der oftmals nicht vorhandenen Sichtbarkeit bedarf es einer Offenlegung am Arbeitsplatz, die jedoch für Betroffene nach wie vor eine große Herausforderung durch Furcht vor negativen Konsequenzen, wie Stigmatisierung und Diskriminierung, darstellt (Lee & Li, 2020, S.101874). Um chronisch kranken Mitarbeitenden diese Hürde zu nehmen, wäre es von Unternehmensseite her wünschenswert, durch entsprechende Mitarbeiterkommunikation die positiven Konsequenzen als Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz, wie beispielsweise gegenseitiges Verständnis und emotionale Unterstützung, hervorzuheben (Lee & Li, 2020, S.101874). Als Best Practice Methode für die entsprechende Mitarbeiterkommunikation wurde für diese Arbeit die transparente symmetrische interne Kommunikation gewählt. Die symmetrische Kommunikation kann durch die Wechselseitigkeit und Zweiwege-Form mittels Dialog kommunikative Gleichberechtigung und gegenseitiges Verständnis schaffen (Grunig & Hunt, 1984, S.22), sie gilt daher als mitarbeiterorientiert und sorgt für Gegenseitigkeit, Offenheit und Vertrauen (Men & Yue, 2019, S.101771). Transparente interne Kommunikation steht ebenso im positiven Zusammenhang mit Vertrauen, Engagement und einem aktiven Kommunikationsverhalten der Belegschaft (Lee & Li, 2020, S.101873) durch einen hohen Informationsgehalt und Verantwortlichkeit seitens der Unternehmen und die Beteiligung der Arbeitnehmenden (Men & Stacks, 2014, S.301).

Im Allgemeinen nehmen die Befragten die Mitarbeiterkommunikation in ihren Unternehmen als eher symmetrisch und transparent wahr, wenn auch nur mit einer leichten Tendenz. Innerhalb der Stichprobe werden die Vorteile eher wahrgenommen, als die Risiken einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz. Die Offenlegungsrate ist unter den Teilnehmenden mit 178 Personen (84 %), die ihre Erkrankung dem Arbeitgebenden bereits mitgeteilt haben, sehr hoch.

- H1: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto eher werden die Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz wahrgenommen.
- H2: Wenn die Vorteile einer Offenlegung chronischer Erkrankungen wahrgenommen werden, dann führt das zur Offenlegung der Krankheit am Arbeitsplatz.

Die Ergebnisse der Überprüfung der ersten und zweiten Hypothese zeigen einen leicht positiven Zusammenhang zwischen der transparenten symmetrischen Mitarbeiterkommunikation und dem Erkennen der Vorteile einer Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz, wobei die Transparenz einen dezent stärkeren Einfluss zu haben scheint.

Unterschiede können vor allem durch Einbeziehung des Status der Offenlegung beobachtet werden. Proband:innen, die ihre Krankheit dem Unternehmen bereits kommuniziert haben, nehmen die Kommunikation als eher symmetrisch und transparent wahr und erkennen eher die Vorteile der Offenlegung, im Gegensatz zu Teilnehmer:innen, die ihre Erkrankung noch nicht offengelegt haben. Zusätzlich konnte ein leicht positiver Zusammenhang zwischen dem Erkennen der Vorteile und der Offenlegung einer Erkrankung am Arbeitsplatz erfasst werden.

Wie bereits oben erwähnt, wurde die transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation aufgrund der ausschlaggebenden Rolle von Vertrauen als Basis für die Offenlegung einer Erkrankung am Arbeitsplatz gewählt. Vertrauen basiert dabei auf der Bereitschaft, sich einander zu öffnen (Hon & Grunig, 1999, S.3) und wurde in dieser Forschungsarbeit gemeinsam mit den Parametern Zufriedenheit, Engagement und gegenseitige Kontrolle durch den EOR (Employee-Organization Relationship) messbar gemacht. Der EOR dient zur Definition der Beziehung zwischen dem Arbeitnehmenden und Arbeitgebenden (Shore et al., 2004, S.292). Gemessen am EOR, liegt die Beziehung zwischen den befragten Arbeitnehmenden und ihren Organisationen im Mittelfeld mit positiver Tendenz. Unter Berücksichtigung der Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz zeigt sich eine leicht bessere Beziehungsqualität bei den Personen, die ihre Krankheit bereits mitgeteilt haben.

- H3: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto besser ist die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation.
- H4: Wenn die Beziehungsqualität zwischen chronisch kranken Mitarbeitenden und Organisation gut ist, dann führt das zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Die Überprüfung der Hypothese drei bestätigt einen stark positiven Zusammenhang zwischen der transparenten symmetrischen Mitarbeiterkommunikation und der Beziehungsqualität (EOR) zwischen Arbeitgebenden und -nehmenden. Jedoch konnte kein messbarer Zusammenhang zwischen dem EOR und dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz beobachtet werden, wie in der Hypothese vier angenommen wurde.

Das übergeordnete Ziel ist die Inklusion der Vielfalt am Arbeitsplatz in Form eines geteilten Gerechtigkeitsimperativs in einem barrierefreien und gleichberechtigten Zielzustand (Budde, 2016, S.107). Dabei sollen Betroffene ihre Einzigartigkeit leben können, indem sie mit ihrer chronischen Erkrankung oder Behinderung offen umgehen und sich gleich-

zeitig zugehörig zur Arbeitsgruppe beziehungsweise Organisation fühlen (Shore et al., 2011, S.1265-1267, Tajfel & Turner, 2004, S.59-60, Brewer, 1991, S.477). Inklusion soll dabei für die soziale Interessengruppe der chronisch kranken Mitarbeitenden zur Identitätsanerkennung mittels Anerkennung von Verschiedenheit und zu sozialer Gerechtigkeit durch Umverteilung und Überwindung illegitimer Angleichungsbestrebungen beitragen (Fraser, 2003, S.15, Nauerth, 2012, S.56-57). Doch Gerechtigkeit und Anerkennung inklusive sozialer Veränderung können nur durch gemeinsame Anstrengungen erzielt werden (Gouma & Dorer, 2021, S.8). Hierfür benötigt es entsprechende Kommunikationsmaßnahmen seitens der Arbeitgebenden und die Offenlegung der Erkrankung seitens der betroffenen Arbeitnehmenden. Sensibilisierung für die Belange von Betroffenen und ein verbesserter Umgang mit möglichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen sollen die Teilhabe chronisch kranker Mitarbeitender zusätzlich verbessern (Jungwirth & Bakhshizadeh, 2022, S.128). Formale zwischenmenschliche Kommunikation wie beispielsweise transparente symmetrische Mitarbeiterkommunikation haben dabei den größten Einfluss auf das Gefühl der Mitarbeitenden, einbezogen zu werden (Wolfgruber et al., 2021, S.15-16) und für am Ende für Inklusion zu sorgen.

Nochmals soll darauf hingewiesen werden, dass 178 Personen (84 %) innerhalb der Stichprobe ihre Erkrankung dem Arbeitgebenden bereits offen kommuniziert haben. Im Durchschnitt fühlen sich die Befragten eher im Unternehmen inkludiert. Bezieht man die bereits stattgefundene Offenlegung hier mit ein, so fühlen sich Teilnehmende, die ihre Krankheit schon mitgeteilt haben, etwas inkludierter in ihren Unternehmen. Proband:innen, die ihre chronische Erkrankung noch nicht bekannt gegeben haben, liegen beim Grad der Inklusion ganz leicht unter dem Durchschnitt.

- H5: Je offener der Umgang mit der chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz ist, desto mehr fühlen sich chronisch kranke Mitarbeitende inkludiert.

Die Hypothese fünf befasst sich mit der Annahme, dass ein offener Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz den Inklusionsgrad positiv beeinflusst. Hierzu konnte jedoch im Zuge dieser Arbeit kein messbarer Zusammenhang innerhalb der Stichprobe beobachtet werden.

Zu Beginn dieser Forschungsarbeit wurden lediglich stufenweise Zusammenhänge angenommen, wie zum Beispiel bei Hypothese eins und zwei, dass die transparente symmetrische Kommunikation das Erkennen der Vorteile positiv beeinflusst und das wiederum den offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz fördert. Im Laufe der Auswertung der Daten kam es dann zusätzlich zur Annahme von direkteren Zusammenhän-

gen, wie dem positiven Einfluss von Kommunikation auf die Offenlegung chronischer Erkrankungen beim Arbeitgebenden.

- H6: Wenn die symmetrische Mitarbeiterkommunikation transparent ist, dann führt das zur Offenlegung der Erkrankung am Arbeitsplatz.

Bei den stufenweisen Zusammenhängen in Hypothese eins und zwei konnten zwischen der transparenten symmetrischen Kommunikation, dem Erkennen von Vorteilen durch die Offenlegung einer Erkrankung und dem offenen Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz jeweils leicht positive Zusammenhänge gefunden werden. Bei der Hypothese sechs konnte jedoch kein messbarer Zusammenhang zwischen transparenter symmetrischer Kommunikation und dem offenen Umgang mit der chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz beobachtet werden.

Ebenso kam es bei den Hypothesen drei bis fünf zur stufenweisen Annahme von Zusammenhängen zwischen transparenter symmetrischer Kommunikation, dem EOR, dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz und der Inklusion. Hier konnte jedoch nur ein stark positiver Zusammenhang zwischen der Kommunikation und der Beziehungsqualität zwischen Arbeitnehmenden und Organisation mittels EOR aufgezeigt werden. Es besteht jedoch kein messbarer Zusammenhang zwischen dem EOR und der Offenlegung sowie dem offenen Umgang mit der Erkrankung am Arbeitsplatz und dem Inklusionsgrad. Daher wurde hier zusätzlich noch auf direkte Zusammenspiele geprüft.

- H7: Je transparenter die symmetrische Mitarbeiterkommunikation ist, desto mehr fühlen sich chronisch kranke Mitarbeitende inkludiert.
- H8: Je höher der EOR ist, desto mehr fühlen sich Mitarbeitende mit chronischen Erkrankungen inkludiert.

Betrachtet man nun die Ergebnisse zur Überprüfung der Hypothesen, können in beiden Fällen starke positive Zusammenhänge beobachtet werden. Transparente symmetrische Kommunikation fördert demnach den Grad der Inklusion und Betroffene fühlen sich dadurch am Arbeitsplatz inkludierter. Ebenso beeinflusst die Höhe des EOR im Sinne einer guten Beziehungsqualität zwischen Arbeitnehmenden und Organisation den Inklusionsgrad positiv. Ein höherer EOR Wert bedeutet also auch einen höheren Grad der Inklusion. Haben befragte Mitarbeitende ein höheres Maß an Vertrauen, Zufriedenheit, Engagement und gegenseitiger Kontrolle, fühlen sie sich im Unternehmen zugehö-

riger. Nimmt man demnach die Stufe der Offenlegung der Erkrankung aus dem Modell heraus, lassen sich stark positive Zusammenspiele erkennen.

Aufgrund der aus den acht Hypothesen gewonnen Erkenntnisse kann zusammenfassend festgehalten werden, dass transparente symmetrische Kommunikation als Best Practice einen wesentlichen Einfluss auf das Erkennen von Vorteilen einer Offenlegung einer chronischen Erkrankung, einem offenen Umgang mit der Krankheit am Arbeitsplatz, auf die Beziehung zwischen Arbeitnehmenden und der Organisation – gemessen durch den EOR – und folglich auf den Grad der Inklusion hat. Offen bleibt jedoch die Antwort auf die Frage, warum es im Detail zur Offenlegung einer chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz kommt. Innerhalb der Stichprobe konnten die Zeitpunkte der Offenlegung erhoben werden wie beispielsweise eine hohe Offenlegungsrate im Zuge eines Krankenstands oder Reha-Aufenthalts, doch die tatsächlichen Beweggründe bleiben unbeantwortet. Ebenso ist es fraglich, warum kein Zusammenhang zwischen dem offenen Umgang mit der Erkrankung und dem Grad der Inklusion beobachtet werden konnte, da der aktuelle Stand der Forschung auf ein klares Zusammenspiel hinweist. Es stellt sich also die Frage, ob es überhaupt den herausfordernden Schritt der Offenlegung braucht oder ob Inklusion auch ohne Offenlegung stattfinden kann? Sollte dies der Fall sein, wäre es interessant, das Ausmaß der Inklusion von Betroffenen, die mit ihrer Erkrankung offen umgehen und jenen Personen, die dem Arbeitgebenden ihre Krankheit nicht mitteilen, gegenüber zu stellen. In diesem Zusammenhang gilt es auch die individuellen Motive einer Offenlegung zu erforschen, um dadurch auf weitere, als positiv wahrgenommene Konsequenzen, schließen zu können. Darüber hinaus ist von Interesse, welche konkreten Ansprüche betroffene Arbeitnehmenden neben Symmetrie und Transparenz an die Mitarbeiterkommunikation seitens der Unternehmen haben.

6 Limitation dieser Arbeit

Die Stichprobe weist einige einschränkende Merkmale auf. Zum einen ist es der hohe Frauenanteil dieser Studie, der sich nicht mit den Daten der Gesundheitsbefragung von 2019 mit einem 50:50 Geschlechterverhältnis deckt. Das liegt zum einen am hohen Frauenanteil innerhalb der Selbsthilfegruppen sowie Patientenorganisationen und zum anderen an der höheren Bereitschaft von Frauen, Auskunft über gesundheitliche Themen zu geben. Zusätzlich ist die Offenlegungsrate innerhalb dieser Stichprobe sehr hoch, daher lassen sich die Daten von Personen, die offen mit der Erkrankung am Arbeitsplatz umgehen, mit denen der Betroffenen, die ihre Krankheit nicht kommunizieren, nur bedingt vergleichen. Hier wäre für eine eindeutige Gegenüberstellung auch ein Ausmaß von 50:50 erstrebenswert. Die Art der Befragung mittels Online-Fragebogen stellt eine weitere Einschränkung dieser Forschungsarbeit dar, da nur Personen teilnehmen können, deren Kenntnisstand und technisches Wissen sowie Zugang zu den technischen Hilfsmitteln eine online Teilnahme ermöglicht. Des Weiteren wurde die Stichprobe über einschlägige Patientenorganisationen, Vereinen und Selbsthilfegruppen erhoben, deren Kenntnisstand über die Erkrankung und Engagement, sich mit der eigenen Krankheit auseinanderzusetzen relativ hoch ist, daher lassen sich die Ergebnisse nur bedingt mit der Wirklichkeit in Verbindung bringen. Hinzu kommt noch, dass die Diagnose selbst angegeben wurde und nicht durch Experteninformation gesichert ist. Zusätzlich fehlt eine detaillierte Erhebung der Arbeitsplatzbedingungen der Teilnehmenden. Daher kann kein Rückschluss auf die Beschäftigungsbedürfnisse von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen und Behinderungen geschlossen werden. In Folge dessen sind die Beweggründe für die Offenlegung einer chronischen Erkrankung oder Behinderung nicht klar definierbar. Ebenso inwieweit die Beziehungsqualität hier fördernd wirkt oder nur als Grundvoraussetzung anzusehen ist, konnte innerhalb dieser Stichprobe nicht eindeutig aufgezeigt werden. Fraglich bleibt, ob auch andere Formen und Aspekte der Mitarbeiterkommunikation, abgesehen von Symmetrie und Transparenz, einen ebenso oder sogar höheren Einfluss auf das Erkennen von Vorteilen, Ausklammern von Risiken und fördernd für offenen Umgang am Arbeitsplatz haben. Daher wird für weiterführende Forschungsarbeiten eine qualitative Forschung mittels Interviews von zwei Gruppen, die sich durch den Faktor der Offenlegung unterscheiden, empfohlen. Um die Intersektionalität stärker einfließen lassen zu können, wäre eine reine Studie an Frauen interessant, da hier auf spezifische Fragestellungen besser eingegangen werden kann.

Literaturverzeichnis

- Adorno, T.W. (1951). *Minima moralia: Reflexionen aus dem beschädigten Leben*. Suhrkamp.
- Anson, S., Wieltchnig, P., Taylor, M., & Aspell, N. (2021). Understanding vulnerability to inform two-way inclusive COVID-19 communication. *medien & zeit*, 36(2), 49-58.
- Barnes, C. (2012). Re-thinking disability, work and welfare. *Sociology Compass*, 6(6), 472-484. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2012.00464.x>
- Bielefeldt, H. (2018). Vulnerabilität als Menschenrechtsthema: Eine Problemskizze. In L. Bergemann & A. Frewer (Hrsg.), *Autonomie und Vulnerabilität in der Medizin: Menschenrechte – Ethik – Empowerment* (S.21-38). transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839443521-002>
- Bowleg, L. (2020). We're not all in this together: On COVID-19, intersectionality, and structural inequality. *Am J Public Health*, 110(7), 917. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305766>
- Brewer, M.B. (1991). The social self: On being the same and different at the same time. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17(5), 475-482.
- Brewer, M.B. (2016). Ethnocentrism and the optimal distinctiveness theory of social identity. In R. Sternberg, S. Fiske & D. Foss (Hrsg.), *Scientists making a difference: One hundred eminent behavioral and brain scientists talk about their most important contributions* (S.360-364). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316422250.078>
- Buchwald, P., & Hobfoll, S.E. (2021). Die Theorie der Ressourcenerhaltung: Implikationen für Stress und Kultur. In T. Ringeisen, P. Genkova & F.T.L. Leong (Hrsg.), *Handbuch Stress und Kultur: Interkulturelle und kulturvergleichende Perspektiven* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S.77-90). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27789-5>
- Budde, J., Heynoldt, B., & Offen, S. (2016). Diversität und Inklusion. In M. Ottersbach, A. Platte & L. Rosen (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten als Herausforderung für inklusive Bildung* (S. 103-130). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-13494-5>
- Bundeskanzleramt Österreich (2019). Jugendpolitik: Fakten und Begriffe. Abgerufen am 23. November 2022, von <https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/jugend/jugendpolitik/jugendpolitik-fakten-und-begriffe.html#:~:text=Unter%20jungen%20Erwachsenen%20werden%20in,Lebensjahr%20vollendet%20haben>
- BGBI. (2010). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20006879>
- BGBI. (2018). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen>

- &Gesetzesnummer=20004228
- BGBI. (2020). <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20011167>
- Bundesministerium für Arbeit (2021, 9. Juni). FAQ: Arbeitsrecht und Risikogruppe.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (o.J.). Diskriminierungsverbot in der Arbeitswelt. Abgerufen am 23. November 2022, von <https://www.usp.gv.at/mitarbeiter/arbeit-und-behinderung/diskriminierungsverbot-in-der-arbeitswelt.html>
- Centers of Disease Control and Prevention (2013). Introduction to NCD epidemiology. https://www.cdc.gov/globalhealth/healthprotection/fetp/training_modules/1/intro-to-epi_ppt_final_09252013.pdf
- Charta der Vielfalt e.V. (o.J.). Körperliche und geistige Fähigkeiten. Abgerufen am 02. Juli 2023, von <https://www.charta-der-vielfalt.de/fuer-arbeitgebende/vielfaltsdimensionen/koerperliche-und-geistige-faehigkeiten/>
- Clark-Ginsberg, A., & Petrun Sayers, E.L. (2020). Communication missteps during COVID-19 hurt those already most at risk. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, 28(4), 482–484. <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12304>
- Coyle-Shapiro, J.A-M., & Shore, L.M. (2007). The employee-organization relationship: Where do we go from here? *Human Resource Management Review*, 17, 166-179. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2007.03.008>
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1, 139-167. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Degele, N., & Winker, G. (2011). Intersektionalität als Beitrag zu einer gesellschaftstheoretisch informierten Ungleichheitsforschung. *Berliner Journal für Soziologie*, 21(1), 69-90. <https://doi.org/10.1007/s11609-011-0147-y>
- Degele, N. (2019). Intersektionalität: Perspektiven der Geschlechterforschung. In B. Kortendiek, B. Riegraf & K. Sabisch (Hrsg.), *Handbuch Interdisziplinärer Geschlechterforschung* (S.341-348). Springer VS.
- Diewald, M., & Faist, T. (2011). Von Heterogenitäten zu Ungleichheiten: Soziale Mechanismen als Erklärungsansatz der Genese sozialer Ungleichheiten. *Berliner Journal für Soziologie*, 21(1), 91–114. <https://doi.org/10.1007/s11609-011-0144-1>
- Dozier, D.M., Grunig, L.A., & Grunig, J.E. (1995). *Manager's guide to excellence in public relations and communication management*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203811818>

- Dudenredaktion (o.J.) vulnerabel. In Duden online. Abgerufen am 26. September 2022, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/vulnerabel>
- Dudenredaktion (o.J.) woke. In Duden online. Abgerufen am 29. Juni 2023, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/woke>
- Einwiller, S., Klöfer, F., & Nies, U. (2008). Mitarbeiterkommunikation. In M. Meckel & B.F. Schmid (Hrsg.), Unternehmenskommunikation: Kommunikationsmanagement aus Sicht der Unternehmensführung (2., überarbeitete und erweiterte Auflage, S.221-260). Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-9883-5_4
- Einwiller, S. (2016). Messung des Kommunikationserfolges der Mitarbeiterkommunikation. In F.-R. Esch, T. Langner & M. Bruhn (Hrsg.), Handbuch Controlling der Kommunikation: Grundlagen – Innovative Ansätze – Praktische Umsetzungen (2. Auflage, S.555-575). Springer Reference Wirtschaft. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-3857-2_25
- Foitzek, N., Ávila, C.C., Ivandic, I., Bitenc, Č., Cabello, M., Gruber, S., et al. (2018). What persons with chronic health conditions need to maintain or return to work – Results of an online-survey in seven European countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(4), 595-611. <https://doi.org/10.3390/ijerph15040595>
- Fraser, N. (2003). Soziale Gerechtigkeit im Zeitalter der Identitätspolitik: Umverteilung, Anerkennung und Beteiligung. In N. Fraser, A. Honneth & B. Wolf (Hrsg.), Umverteilung oder Anerkennung? Eine politische-philosophische Kontroverse (S.13-128). Suhrkamp.
- Gardenswartz, L., & Rowe, A. (2003). Diverse teams at work: Capitalizing on the power of diversity. Society for Human Resource Management.
- Gerpott, F.H. (2021). Diversity Management in Organisationen. In P. Genkova (Hrsg.), Handbuch Globale Kompetenz: Grundlagen – Herausforderungen – Krisen (S. 1-12). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30684-7_8-1
- Gouma, A., & Dorer, J. (2019). Intersektionalität. Methodologie und methodische Herausforderung für die feministische Medienforschung. In J. Dorer, B. Geiger, B. Hipfl & V. Ratković (Hrsg.), Handbuch Medien und Geschlecht: Perspektiven und Befunde der feministischen Kommunikations- und Medienforschung. Springer SV. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20712-0_81-1
- Gouma, A., & Dorer, J. (2021). Intersektionalität als (neues) Paradigma in der Kommunikationswissenschaft. *medien & zeit*, 36(2), 5-13.
- Gray, J.M. (2019). „Performing wokeness: signalling you’ve got the ‘social justice know-how’ for the sake of your own image”, in: www.thecrimson.com/column/better-left-unsaid/article/2018/10/1/gray-performing-wokeness/ (Zugriff am 26.05.2023)
- Grunig, J.E., & Hunt, T.T. (1984). Managing public relations. Holt, Rinehart and Winston.

- Grunig, J.E. (1992). Symmetrical systems of internal communication. In J. Grunig (Hrsg.), *Excellence in public relations and communication management* (S.531-576). Hillsdale, Lawrence Erlbaum Associates.
- Grunig, L.A., Grunig, J.E., & Dozier, D.M. (2002). *Excellent public relations and effective organizations: A study of communication management in three countries*. Erlbaum.
- Grunig, J.E., & Grunig, L.A. (2011). Characteristics of excellent communication. In T.L. Gillis & IABC (Hrsg.), *The IABC handbook of organizational communication: A guide to internal communication, public relations, marketing, and leadership* (2. Auflage, S.3-14). John Wiley & Sons, Incorporated.
- Hebertshuber, W. (2021). *Erwartungen von Mitarbeitenden an die Kommunikation von Führungskräften in Krisenzeiten. Eine Analyse während der COVID-19 Krisenzeit*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35948-5>
- Hon, L. C., & Grunig, J. E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations*. Gainesville, FL: Institute for Public Relations, Commission on PR Measurement and Evaluation. https://instituteforpr.org/wp-content/uploads/Guidelines_Measuring_Relationships.pdf
- Howard, A., Agliias, K., Bevis, M., & Blakemore, T. (2017). "They'll tell us when to evacuate": The experiences and expectations of disaster-related communication in vulnerable groups. *International journal of disaster risk reduction*, 22, 139-146.
- IFRC, UNICEF, & WHO (2020, 16. März). *Risk Communication and Community Engagement (RCCE) Action Plan Guidance COVID-19 Preparedness and Response. Interim guidance*. [https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications/i/item/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)
- IFRC, UNICEF, & WHO (2020, 24. Februar). *A guide to preventing and addressing social stigma associated with COVID-19*. <https://www.who.int/publications/m/item/a-guide-to-preventing-and-addressing-social-stigma-associated-with-covid-19>
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1992). Crisis support, attributional style, coping style, and post-traumatic symptoms. *Personality and Individual Differences*, 13(11), 1249-1251.
- Jungwirth, I., & Bakhshizadeh, M. (2022). Wiedereinstieg mit Hindernissen – die Teilhabe von Frauen* mit Behinderung oder chronischer Erkrankung an Arbeit. *GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft*, 14(2), 118-133. <https://doi.org/10.3224/gender.v14i2.09>
- Kafka, A.M. (2023). Seeing through woke-washing: Effects of projected diversity values and leader racial diversity on equity in workplace outcomes. *Consulting Psychology Journal*, 75(1), 94–118. <https://doi.org/10.1037/cpb0000237>

- Kirk-Brown, A., & Van Dijk, P. (2011). Safe to engage: Chronic illness and organizational citizenship behaviours at work. *International Journal of Disability Management*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1375/jdmr.6.1.1>
- Kirk-Brown, A., & Van Dijk, P. (2016). An examination of the role of psychological safety in the relationship between job resources, affective commitment and turnover intentions of Australian employees with chronic illness. *The International Journal of Human Resource Management*, 27(14), 1626-1641. <https://doi.org/10.1080/09585192.2015.1053964>
- Klimont, J., & Ihle, P. (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019: Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Statistik Austria. https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Oesterreichische-Gesundheitsbefragung2019_Hauptergebnisse.pdf
- Konrad, A.M., Prasad, P., & Pringle, J. (2005). *Handbook of workplace diversity*. Sage.
- Lee, Y., & Queenie Li, J.-Y. (2020). The value of internal communication in enhancing employees' health information disclosure intentions in the workplace. *Public Relations Review*, 46(1), 101872-101880. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2019.101872>
- Lee, E., Kang, M., Kim, Y., & Yang, S.-U. (2022). Exploring the interrelationship and roles of employee-organizational relationship outcomes between symmetrical internal communication and employee job engagement. *Corporate Communication*, 27(2), 264-283. <https://doi.org/10.1108/CCIJ-12-2020-0167>
- Lenz, I. (2022). Intersektionale Ungleichheiten in Arbeit und Beruf. In A. Biele Mefebue, A.D. Bührmann & S. Grenz (Hrsg.), *Handbuch Intersektionalitätsforschung* (S.271-287). Springer SV. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26292-1_35
- Leonardi, M., & Scaratti, C. (2018). Employment and people with non communicable chronic diseases: PATHWAYS recommendations and suggested actions for implementing an inclusive labour market for all and health in all sectors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1674-1679. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081674>
- Lin-Hi, N. (2021, 25. August). Corporate Social Responsibility. Abgerufen am 25. Mai 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/corporate-social-responsibility-51589/version-384768>
- Lin-Hi, N. (2021, 26. August). Greenwashing. Abgerufen am 25. Mai 2023, von <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/greenwashing-51592/version-384777>
- Lueger-Schuster, B. (2011). Ethik im Umgang mit vulnerablen Gruppen. In A. Felnhöfer (Hrsg.), *Ethik in der Psychologie*. Facultas.WUV.

- Luthans, F., & Avolio, B. (2003). Authentic leadership: A positive development approach. In K.S. Cameron, J.E. Dutton & R.E. Quinn (Hrsg.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (S.241-261). Berrett-Koehler.
- Mast, C. (2014). Interne Unternehmenskommunikation: Mitarbeiter führen und motivieren. In A. Zerfaß & M. Piwinger (Hrsg.), *Handbuch Unternehmenskommunikation: Strategie – Management – Wertschöpfung* (2., vollständig überarbeitete Auflage, S.1121-1140). Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4543-3>
- Men, L.R. (2014). Strategic internal communication: Transformational leadership, communication channels, and employee satisfaction. *Management Communication Quarterly*, 28(2), 264-284. Sage. <https://doi.org/10.1177/0893318914524536>
- Men, L.R., & Stacks, D. (2014). The effects of authentic leadership on strategic internal communication and employee-organization relationships. *Journal of Public Relations Research*, 26(4), 301-324. Routledge. <https://doi.org/10.1080/1062726X.2014.908720>
- Men, L.R., & Yue, C.A. (2019). Creating a positive emotional culture: Effect of internal communication and impact on employee supportive behaviors. *Public Relations Review*, 45(3), 101764-101775. <https://doi.org/10.1016/j.pubrev.2019.03.001>
- Mecheril, P., & Plößer, M. (2011). Diversity und Soziale Arbeit. In H.-U. Otto & H. Thiersch, (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (4., überarbeitete Auflage, S.283-292). Ernst Reinhardt-Verlag.
- Meyer, K. (2017). *Theorien der Intersektionalität*. Junius.
- Morawa, A.H.E. (2003). Vulnerability as a concept in international human rights law. *Journal of International Relations and Development* 10, 139-155.
- Mor Barak, M.E. (2015). Inclusion is the key to diversity management, but What *is* inclusion? *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 39(2), 83-88. <https://doi.org/10.1080/23303131.2015.1035599>
- Mor Barak, M.E. (2017). *Managing diversity: Toward a globally inclusive workplace* (4. Auflage). SAGE Publications.
- Nauerth, M. (2012). Diversität verstehen. Das „erweiterte Mehr-Ebenen-Modell“ als Orientierungshilfe in der Sozialen Arbeit. In H. Effinger, S. Borrmann, S.B. Gahleitner, M. Köttig, B. Kraus & S. Stövesand (Hrsg.), *Diversität und Soziale Ungleichheit: Analytische Zugänge und professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit* (S.56-67). Verlag Barbara Budrich.
- Nazarov, S., Manuwald, U., Leonardi, M., Silvaggi, F., Foucaud, J., Lamore, K., et al. (2019). Chronic disease and employment: Which interventions support the maintenance of work and return to work among workers with chronic illnesses? A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1864-1877. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101864>

- Neurological Institute Carlo Besta IRCCS Foundation (o.J.). Participation to healthy workplaces and inclusive strategies in the work sector: Welcome to PATHWAYS project. Abgerufen am 23. November, von <https://www.pathwaysproject.eu>
- Oberai, H., & Anand, I.M. (2018). Unconscious bias: thinking without thinking. *Human Resource Management International Digest*, 26(6), 14-17. <https://doi.org/10.1108/HRMID-05-2018-0102>
- Owen, J. (2020). Reduce stigma and increase two-way dialogue: WHO's prescription for coronavirus comms. *PRWeek*. <https://www.prweek.com/article/1677590/reduce-stigma-increase-two-way-dialogue-whos-prescription-coronavirus-comms>
- Pellecchia, R. (2019). Diversity and inclusion: Corporate communications advances the practice. *The Journal of Business Strategy*, 40(6), 16-22. <https://doi.org/10.1108/JBS-04-2019-0079>
- Pickett, C.L., & Brewer, M.B. (2001). Assimilation and differentiation needs as motivational determinants of perceived in-group and out-group homogeneity. *Journal of Experimental Social Psychology* 37, 341-348. <https://doi.org/10.1006/jesp.2000.1469>
- PONS Langenscheidt (o.J.). woke. In Pons online. Abgerufen am 29. Juni 2023, von <https://de.pons.com/übersetzung/englisch-deutsch/woke>
- Presseabteilung - Arbeit (2022, 29. Dezember). Kocher/Rauch: Dienstfreistellung für Risikogruppen wird verlängert: Risikogruppenverordnung des Arbeits- und Gesundheitsministeriums gilt bis 30. April 2023. <https://www.bmaw.gv.at/Presse/Archiv/2022/Dezember-2022/Dienstfreistellung-für-Risikogruppen-verlaengert.html>
- Price, J.L. (1997). Handbook of organizational measurement. *International Journal of Manpower*, 18(4/5/6), 305-558. <https://doi.org/10.1108/01437729710182260>
- Rahnfeld, C. (2019). Diversity-Management: Zur sozialen Verantwortung von Unternehmen. Springer SV. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-23252-8>
- Rawlins, B. (2008). Measuring the relationship between organizational transparency and employee trust. *Public Relations Journal*, 2(2), 1-21.
- Rawlins, B. (2009). Give the emperor a mirror: Toward developing a stakeholder measurement of organizational transparency. *Journal of Public Relations Research*, 21, 71-99.
- Sander, G., Keller, N., Hartmann, I., & Rudat, L. (2021). Diversity und Inklusion als Führungsaufgabe. In P. Genkova (Hrsg.), *Handbuch Globale Kompetenz: Grundlagen-Herausforderungen-Krisen* (S. 1-14). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-30684-7_55-1

- Schaeffer, D., & Haslbeck, J. (2016). Bewältigung chronischer Krankheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S.243-256). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_16
- Schneider, F.M., Retzbach, A., Barkela, B., & Maier, M. (2014). Psychologie der internen Organisationskommunikation. In A. Zerfaß & M. Piwinger (Hrsg.), *Handbuch Unternehmenskommunikation: Strategie – Management – Wertschöpfung* (2., vollständig überarbeitete Auflage, S.449-470). Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-4543-3_21
- Shore, L.M., & Coyle-Shapiro, J.A-M. (2003). New development in the employee-organization relationship. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 443-450. <https://doi.org/10.1002/job.212>
- Shore, L.M., Tetrick, L.E., Taylor, M.S., Coyle-Shapiro, J.A-M., Liden, R.C., McLean-Parks, J., et al. (2004). The employee-organization relationship: A timely concept in a period of transition. *Research in Personnel and Human Resources Management*, 23, 291-370. [https://doi.org/10.1016/S0742-7301\(04\)23007-9](https://doi.org/10.1016/S0742-7301(04)23007-9)
- Shore, L.M., Randel, A.E., Chung, B.G., Dean, M.A., Ehrhart, K.H., & Singh, G. (2011). Inclusion and diversity in work groups: A review and model for further research. *Journal of Management*, 37(4), 1262-1289. <https://doi.org/10.1177/0149206310385943>
- Sobande, F. (2020). Woke-washing: „intersectional“ femvertising and branding “woke” bravery. *European Journal of Marketing*, 54(11), 2723-2745. <https://doi.org/10.1108/EJM-02-2019-0134>
- Solga, H., Berger, P.A., & Powell, J. (2009). Soziale Ungleichheit – Kein Schnee von gestern: Eine Einführung. In H. Solga, P.A. Berger & J. Powell (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit: Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse* (S.11-45). Campus Verlag.
- Stamm, T., Bauer-Armin, S., Katschnig, H., Kohlbacher, J., Lamm, C., Metzler, H., et al. (2020). Vulnerable Gruppen und Lebensqualität in Bezug zur COVID-19 Pandemie: Psychosoziale Bedingungen, Entwicklungen und Effekte. *Future Operations*.
- Stanford, F.C. (2020). The importance of diversity and inclusion in the healthcare workforce. *Journal of the National Medical Association*, 112(3), 247-249. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.03.014>
- Sun, R., Li, J.-Y.Q., Lee, Y., & Tao, W. (2021). The role of symmetrical internal communication in improving employee experiences and organizational during COVID-19 pandemic-induced organizational change. *Internal Journal of Business Communication*, 1-29. <https://doi.org/10.1177/23294884211050628>
- Szyszk, P. (2006). Innenansichten: „Interne Kommunikation als aktuelles Problem angewandter Kommunikationsforschung“. *Ferrum* (Schaffhausen), 78, 93-99. <https://doi.org/10.5169/seals-378418>

- Szyszk, P., & Malczok, M. (2016). Interne Kommunikation – ein Begriff revisited. In S. Huck-Sandhu (Hrsg.), *Interne Kommunikation im Wandel: Theoretische Konzepte und empirische Befunde* (S.23-39). Springer VS. https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/978-3-658-11022-2_2
- Tajfel, H. (1982). *Social identity and intergroup relations*. Cambridge University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (2004). An integrative theory of intergroup conflict. In M.J. Hatch (Hrsg.), *Organizational identity: A reader* (S.56-65). Oxford University Press.
- Tajfel, H., & Turner, J.C. (2004). The social identity theory of intergroup behavior. In J.T. Jost & J. Sidanius (Hrsg.), *Political psychology* (S.367-390). Psychology Press.
- Turner, J.C. (1982). Toward a cognitive redefinition of the social group. In H. Tajfel (Hrsg.), *Social identity and intergroup relations* (S.15-40). Cambridge University Press.
- UNDRR (o.J.). Vulnerability. Abgerufen am 25. Mai 2023, von <https://www.undrr.org/quick/11977>
- UNHCR (2020, 3. Juni). Risk communication and community engagement: Positive practices from Europe during COVID. <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/76787>
- Van Riel, C. (1995). *Principles of Corporate Communication*. Prentice Hall.
- Vijayasingham, L., Jogulu, U., & Allotey, P. (2021). Ethics of care and selective organizational caregiving by private employers for employees with chronic illness in a middle-income country. *Social Science & Medicine*, 269, 113608-113617. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113608>
- von Alemann, A. (2022). Soziale Ungleichheit und Intersektionalität. In A. Biele Mefebue, A.D. Bührmann & S. Grenz (Hrsg.), *Handbuch Intersektionalitätsforschung* (S.21-34). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-26292-1_6
- von Schrader, S., Malzer, V., & Bruyère, S. (2014). Perspectives on disability disclosure: The importance of employer practices and workplace climate. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 26(4), 237-255. <https://doi.org/10.1007/s10672-013-9227-9>
- Vredenburg, J., Kapitan, S., Spry, A., & Kemper, J. A. (2020). Brands Taking a Stand: Authentic Brand Activism or Woke Washing? *Journal of Public Policy & Marketing*, 39(4), 444–460. <https://doi.org/10.1177/0743915620947359>
- Welch, M., & Jackson, P.R. (2007). Rethinking internal communication: a stakeholder approach. *Corporate Communications*, 12(2), 177-198. <https://doi.org/10.1108/13563280710744847>
- Wilton, R.D. (2006). Disability disclosure in the workplace. *Just Labor*, 8, 24-39. <https://doi.org/10.25071/1705-1436.107>

- Wirtschaftskammer Österreich (o.J.). Die Charta der Vielfalt im Wortlaut: Charta der Vielfalt Österreich im deutschen und englischen Wortlaut. Abgerufen am 23. November 2022, von https://www.wko.at/site/Charta-der-Vielfalt/charta-der-vielfalt/wortlaut/Die_Charta_der_Vielfalt_im_Wortlaut.html
- Wirtschaftskammer Österreich (o.J.). FAQ – Charta der Vielfalt: Informationen für interessierte Abgerufen am 23. November 2022, von https://www.wko.at/site/Charta-der-Vielfalt/charta-der-vielfalt/FAQ/FAQ_-_Charta_der_Vielfalt.html
- Wolfgruber, D., Stürmer, L., & Einwiller, S. (2022). Talking Talking inclusion into being: communication as a facilitator and obstructor of an inclusive work environment. *Personnel Review*, 51(7), 1841–1860. <https://doi.org/10.1108/PR-01-2021-0013>
- World Health Organization (2022, 16. September). Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: The four layers of diversity (Gardenswartz & Rowe, 2003, S.33).....	6
Abbildung 2: Die sieben Dimensionen von Vielfalt (Charta der Vielfalt e.V., o.J.).....	7
Abbildung 3: Inclusion Framework (Shore et al., 2011, S.1266).....	23
Abbildung 4: Altersgruppen in %.....	38
Abbildung 5: Wohnort in %	38
Abbildung 6: Bildung in %	39
Abbildung 7: Erwerbstätigkeit in %	40
Abbildung 8: Branchen in %.....	41
Abbildung 9: Aktivitätsstatus der Erkrankung in %	45
Abbildung 10: Offenlegung beim Arbeitgebenden	46
Abbildung 11: Zeitpunkt der Offenlegung beim Arbeitgebenden in %	47
Abbildung 12: Zeitpunkt der Offenlegung bei Kolleg:innen in %.....	47
Abbildung 13: Offenlegung allgemein in %	48
Abbildung 14: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit transparenter Kommunikation	55
Abbildung 15: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit symmetrischer Kommunikation.....	55
Abbildung 16: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit Vorteilen einer Offenlegung	57
Abbildung 17: Lineare Regression von EOR mit transparenter Kommunikation	59
Abbildung 18: Lineare Regression von EOR mit symmetrischer Kommunikation	60
Abbildung 19: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz und EOR.....	61
Abbildung 20: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit offenem Umgang am Arbeitsplatz	63
Abbildung 21: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit transparenter Kommunikation	65
Abbildung 22: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit symmetrischer Kommunikation.....	65
Abbildung 23: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit transparenter Kommunikation	67
Abbildung 24: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit symmetrischer Kommunikation	67
Abbildung 25: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit EOR	69

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Variablen und Messgrößen im Fragebogen.....	32
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien für die Stichprobe	35
Tabelle 3: Erkrankungen und Behinderung nach Geschlecht	42
Tabelle 4: Erkrankungen und Behinderung nach Altersgruppen	43
Tabelle 5: Vorteile und Risiken nach Status der Offenlegung gruppiert	49
Tabelle 6: EOR nach Status der Offenlegung gruppiert	50
Tabelle 7: Kommunikation nach Status der Offenlegung gruppiert	51
Tabelle 8: Inklusionsgrad nach Status der Offenlegung gruppiert	52
Tabelle 9: Lineare Regression von Vorteilen einer Offenlegung mit transparenter und symmetrischer Kommunikation	54
Tabelle 10: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit Vorteilen einer Offenlegung	56
Tabelle 11: Lineare Regression von EOR mit transparenter und symmetrischer Kommunikation	58
Tabelle 12: Lineare Regression von offener Umgang am Arbeitsplatz mit EOR.....	61
Tabelle 13: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit offenem Umgang am Arbeitsplatz	62
Tabelle 14: Lineare Regression von offenem Umgang am Arbeitsplatz mit transparenter und symmetrischer Kommunikation	64
Tabelle 15: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit transparenter und symmetrischer Kommunikation.....	66
Tabelle 16: Lineare Regression von Inklusionsgrad mit EOR	68

Anhang

Zusammenfassung

Die vorliegenden Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Thema wie sich die internen Kommunikationsmaßnahmen im Hinblick auf chronisch kranke Mitarbeitende anlässlich der COVID-19 Pandemie auf die Beziehungsqualität zwischen Mitarbeitenden und Organisation und somit auf die Offenlegungsrate der Erkrankungen am Arbeitsplatz ausgewirkt haben sowie ob diese folglich einen Einfluss auf die Inklusion der Betroffenen hat? Durchgeführt wurde eine quantitative Studie (N=212) mittels Online-Befragung von österreichischen Arbeitnehmenden mit mindestens einer chronischen Erkrankung und/oder Behinderung. Die Forschungsarbeit bringt dabei die transparente symmetrische Kommunikation mit dem Erkennen von Vorteilen einer Offenlegung von Gesundheitsinformation, dem offenen Umgang mit einer chronischen Erkrankung am Arbeitsplatz, der Qualität der Beziehung zwischen Arbeitnehmenden und Organisation (EOR) und dem Grad der Inklusion in Verbindung.

Schlüsselbegriffe: Chronisch kranke Mitarbeitende, Offenlegung chronischer Erkrankungen, symmetrische und transparente Mitarbeiterkommunikation, Arbeitsplatzvielfalt und Inklusion, Beziehung zwischen Mitarbeitenden und Organisation, Intersektionalität, COVID-19

Abstract

The following master's thesis explores the subject of how internal communication changed for employees with chronic diseases due to the COVID-19 pandemic. This work describes the effect that the pandemic had on said employees in regards to the employee-organization relationship and ultimately how it played a role in the disclosure rate of chronic illnesses at the workplace. Whether this consequently has an influence on the inclusion of those concerned will be concluded in this thesis. A quantitative study (N=212) was conducted by means of an online survey of Austrian employees with at least one chronic disease and/or disability. The research links transparent symmetrical communication with the recognition of benefits of health information disclosure, the open handling of a chronic illness at the workplace, the employee-organization relationship and the degree of inclusion.

Keywords: Employees with chronic diseases, disclosure of chronic diseases, symmetrical and transparent internal communication, workplace diversity and inclusion, employee-organization relationship, intersectionality, COVID-19

Fragebogen

1) Wie alt sind Sie?

_____ Jahre alt

2) Welche Geschlecht haben Sie?

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

3) Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- ☐ Pflichtschule
- ☐ Lehre
- ☐ AHS/BHS Matura, Abitur
- ☐ Bachelorstudium
- ☐ Master- oder Diplomstudium
- ☐ Doktoratsstudium
- ☐ Sonstiges:

4) In welchem Bundesland leben Sie?

- ☐ Burgenland
- ☐ Kärnten
- ☐ Niederösterreich
- ☐ Oberösterreich
- ☐ Salzburg
- ☐ Steiermark
- ☐ Tirol
- ☐ Vorarlberg
- ☐ Wien

5) Sind Sie derzeit erwerbstätig?

- ☐ Ja, geringfügig beschäftigt
- ☐ Ja, Teilzeit beschäftigt
- ☐ Ja, in Wiedereingliederungsteilzeit
- ☐ Ja, Vollzeit beschäftigt
- ☐ Ja, selbstständig erwerbstätig
- ☐ Ja, aber derzeit karenziert

- ☐ Ja, aber derzeit im Krankenstand/Langzeitkrankenstand
- ☐ Nein, unbeschäftigt
- ☐ Nein, pensioniert
- ☐ Sonstiges:

6) In welcher Branche sind Sie tätig?

- ☐ Handel
- ☐ Tourismus- und Freizeitwirtschaft
- ☐ Bank und Versicherung
- ☐ Gewerbe und Handwerk
- ☐ Industrie
- ☐ Information und Consulting
- ☐ Transport und Verkehr
- ☐ Bauwesen
- ☐ Land- und Forstwirtschaft
- ☐ Gesundheits- und Sozialwesen
- ☐ Bildung und Erziehung
- ☐ öffentlicher Dienst
- ☐ Sonstiges:

7) Wie viele Personen sind in Ihrem Betrieb beschäftigt?

- ☐ 10 oder weniger
- ☐ 11-19
- ☐ 20-49
- ☐ 50-99
- ☐ 100-199
- ☐ 200-499
- ☐ 500 oder mehr

8) Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden chronischen Erkrankungen, die bereits sechs Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ chronische Atemwegs- bzw. Lungenerkrankung (inkl. COPD)
- ☐ Diabetes
- ☐ Herz-Kreislaufkrankungen
- ☐ Multiple Sklerose
- ☐ chronische Darmerkrankung (zB Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)

- ☐ Rheumatoide Arthritis
- ☐ Psoriasis. Psoriasis-Arthritis
- ☐ Morbus Bechterew (Axiale Spondyloarthritis)
- ☐ Lupus
- ☐ Arthrose
- ☐ Fibromyalgie
- ☐ Myelom oder Lymphom
- ☐ Osteoporose
- ☐ chronische Schmerzen
- ☐ Behinderung von mindestens 25 %
- ☐ Sonstiges:
- ☐ keine Angabe

9) Seit wann leiden Sie an einer oder mehreren chronischen Erkrankungen?

- ☐ seit weniger als einem Jahr
- ☐ seit einem bis fünf Jahren
- ☐ seit fünf bis zehn Jahren
- ☐ seit mehr als zehn Jahren
- ☐ keine Angabe

10) Wie stufen Sie den aktuellen Aktivitätsstatus Ihrer Erkrankung ein? (Skala von 0 bis 10)

0 – keine Krankheitsaktivität

10 – sehr starke Krankheitsaktivität

☐ keine Angabe

11) Wann haben Sie Ihrem Arbeitgebenden von Ihrer Erkrankung erzählt?

- ☐ beim Bewerbungsgespräch
- ☐ kurz nach meiner Einstellung
- ☐ nach Ablauf der Probezeit
- ☐ als ich schon länger (mindestens ein Jahr) im Unternehmen war
- ☐ im Zuge eines Krankenstand bedingt durch meine Erkrankung
- ☐ im Zuge eines Reha/Kuraufenthalts bedingt durch meine Erkrankung
- ☐ im Zuge der COVID-19 Pandemie
- ☐ zu einem andere Zeitpunkt
- ☐ Mein Arbeitgebender weiß noch nicht Bescheid
- ☐ keine Angabe

12) Wann haben Sie (ausgewählten) Kolleg:innen von Ihrer Erkrankung erzählt?

- ☐ kurz nach meiner Einstellung
- ☐ nach Ablauf der Probezeit
- ☐ als ich schon länger (mindestens ein Jahr) im Unternehmen war
- ☐ im Zuge eines Krankenstand bedingt durch meine Erkrankung
- ☐ im Zuge eines Reha/Kuraufenthalts bedingt durch meine Erkrankung
- ☐ im Zuge der COVID-19 Pandemie
- ☐ zu einem anderen Zeitpunkt
- ☐ Meine Kolleg:innen wissen noch nicht Bescheid
- ☐ keine Angabe

13) Wer weiß von Ihrer Erkrankung? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Familie
- ☐ (ausgewählte) Freund:innen
- ☐ (ausgewählte) Bekannte
- ☐ (ausgewählte) Arbeitskolleg:innen
- ☐ Vorgesetzte
- ☐ Personalabteilung
- ☐ Unternehmensleitung
- ☐ Sonstiges:
- ☐ keine Angabe

14) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Risiken einer Offenlegung)

Ich befürchte, dass ich am Arbeitsplatz anders behandelt werde, wenn ich mit meiner chronischen Erkrankung offen umgehe.

Ich befürchte, dass meine Beförderungschancen eingeschränkt wären, wenn ich mit meiner chronischen Erkrankung offen umgehe.

Ich befürchte, dass sich mein Arbeitgebender mehr auf meine chronische Erkrankung als auf meine eigentliche Arbeitsleistung konzentrieren würde, wenn ich offen damit umgehe.

Ich befürchte, dass mein Arbeitgebender glauben würde, dass sich meine chronische Erkrankung auf meine Fähigkeit, die Arbeit auszuführen, auswirkt.

15) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Vorteile einer Offenlegung)

Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, würde das meine Selbstbehauptung und meine Anpassung am Arbeitsplatz unterstützen.

Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, wäre das ein wichtiger und ermutigender Schritt in meiner Genesung.

Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, würd das den Stress als Auswirkung des Verschweigens verringern.

Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, könnte ich andere aufklären und damit für Sensibilisierung sorgen.

Wenn ich meine chronische Erkrankung offenlege, kann ich Unterstützung am Arbeitsplatz erhalten.

16) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (EOR - Vertrauen)

Ich vertraue meinen Kolleg:innen.

Ich vertrau meinen direkten Vorgesetzten.

Mein Unternehmen behandelt mich fair und gerecht.

Meine Vorgesetzten sind mir gegenüber offen und ehrlich.

Ich kann mich darauf verlassen, dass mein Unternehmen Versprechen einhält.

17) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (EOR - Zufriedenheit)

Meine Bedürfnisse und Wünsche sind meinem Unternehmen sehr wichtig.

Das Unternehmen ist sehr um mein Wohlergehen besorgt.

Ich erhalte von anderen Mitarbeitenden viel Aufmerksamkeit für das, was ich in diesem Unternehmen zu sagen habe.

Ich bin mit meinem Unternehmen zufrieden.

18) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (EOR - Engagement)

Ich sehe, dass mein Unternehmen eine Beziehung aufrechterhalten möchte.

Es gibt eine langfristige Bindung zwischen meinem Unternehmen und mir.

Ich empfinde ein Gefühl von Loyalität gegenüber meinem Unternehmen.

19) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (EOR – Gegenseitige Kontrolle)

Mein Unternehmen hört sich wirklich an, was ich zu sagen habe.

Ich habe genügend Mitspracherecht im Entscheidungsprozess meines Unternehmens.

Mein Unternehmen und ich achten darauf, was der jeweils andere zu sagen hat.

20) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Symmetrische interne Kommunikation)

Die meiste Kommunikation mit meinem Unternehmen kann man als zweiseitige, wechselseitige Kommunikation (Dialogform) bezeichnen.

In meinem Unternehmen sind unterschiedliche Meinungen und Standpunkte willkommen.

Ich werde über wichtige Änderungen im Unternehmen informiert, bevor sie in Kraft treten.

In meinem Unternehmen habe ich reichlich Möglichkeit mich einzubringen.

Mein Unternehmen bittet um Feedback zu gesetzten Maßnahmen bezüglich COVID.

21) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Transparente interne Kommunikation)

Mein Unternehmen nahm sich während COVID die Zeit, um zu verstehen, was chronisch kranke Mitarbeitende brauchen.

Mein Unternehmen hatte stets ein offenes Ohr für chronisch kranke Mitarbeitende während COVID.

Ich konnte während COVID immer mit einem Ansprechpartner des Unternehmens über meine Gedanken, Gefühle und Ängste sprechen.

Während COVID war mein Unternehmen chronisch kranken Mitarbeitenden gegenüber verständnisvoll und hilfsbereit.

Ich war mit der Unterstützung seitens meines Unternehmens während COVID sehr zufrieden.

22) Die von meinem Unternehmen zur Verfügung gestellten Informationen während COVID waren...

relevant, hilfreich, vollständig, detailliert, leicht auffindbar, verständlich, zuverlässig, rechtzeitig

23) Wie hat Ihr Unternehmen während der COVID-19 Pandemie Informationen und Hilfe für Risikogruppen zur Verfügung gestellt? (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ per Mail, Newsletter
- ☐ als Aushang (Schwarzes Brett analog oder digital)
- ☐ über das Intranet
- ☐ über die Mitarbeiter-App
- ☐ mittels Rundschreiben, Mitarbeiterbriefen
- ☐ in der Mitarbeiterzeitung

- ☐ per Unternehmensblog
- ☐ als Posts in sozialen Netzwerken
- ☐ in Mitarbeiterversammlungen, Sitzungen, Meetings (in Präsenz oder virtuell)
- ☐ im persönlichen Gespräch
- ☐ in Sprechstunden
- ☐ durch COVID-19 Beauftragte als Anlaufstelle
- ☐ durch direkte Ansprache betroffener Risikopatient:innen
- ☐ Sonstiges:
- ☐ keine Angabe

24) Wie sehr treffen folgende Aussagen auf Sie zu? (Inklusion)

Informationen zur Arbeit teilen meine Kolleg:innen offen mit mir.

Ich bin normalerweise involviert und eingeladen, aktiv an arbeitsbezogenen Aktivitäten in meiner Arbeitsgruppe/Abteilung teilzunehmen.

Ich werde oft gebeten, mich an der Planung von sozialen Aktivitäten, die nicht direkt mit meiner beruflichen Funktion zusammenhängen, zu beteiligen.

Ich erhalte oft Mitteilungen vom Management bezüglich aktuellen Informationen (zB Memos, Infomails, interne News).

Über informelle soziale Aktivitäten und Veranstaltungen in meinem Unternehmen bin ich immer informiert.