

Mittendrin oder nur dabei? Konsequenzen des Inklusionserlebens am Arbeitsplatz für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität von Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Chakraborty, Veronika; Zimmer, Heinz; Niehaus, Mathilde

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Chakraborty, V., Zimmer, H., & Niehaus, M. (2023). Mittendrin oder nur dabei? Konsequenzen des Inklusionserlebens am Arbeitsplatz für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität von Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 67(1), 44-58. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000392>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Mittendrin oder nur dabei?

Konsequenzen des Inklusionserlebens am Arbeitsplatz für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität von Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen

Veronika Chakraverty¹ , Heinz Zimmer² und Mathilde Niehaus¹

¹Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Deutschland

²Department Psychologie, Humanwissenschaftliche Fakultät, Universität zu Köln, Deutschland

Zusammenfassung: Subjektive Sichtweisen von Arbeitnehmenden mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen (dgB) spielen in der quantitativen Forschung zur beruflichen Inklusion bisher eine untergeordnete Rolle. In der vorliegenden Fragebogenstudie wurden daher $N = 1006$ Betroffene zu ihrem Inklusionserleben, möglichen Konsequenzen, vermittelnden psychologischen Prozessen und der Rolle der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität befragt. In Strukturgleichungsmodellierungen mittels Partial-Least-Squares zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Inklusionserleben und günstigen Ausprägungen von Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität, die insbesondere durch eine verminderte affektive Ruminatio und eine positive Sichtweise auf das Leben mit einer dgB vermittelt wurden. Eine moderierende Rolle der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität zeigte sich in den Daten nicht. Die Ergebnisse unterstreichen die Relevanz des Konstrukts Inklusionserleben für Forschung zu beruflicher Teilhabe und die Gestaltung inklusiver Arbeitsumgebungen.

Schlüsselwörter: chronische Erkrankung, Behinderung, Selbstbestimmungstheorie, PLS-SEM, Teamklima

Right in the Thick of it or Just Along for the Ride? The Consequences of Perceived Work-Related Inclusion on the Health, Well-Being, and Productivity of Individuals with Chronic Health Impairments

Abstract: The subjective perspectives of employees with chronic health impairments (CHI) have so far played a minor role in quantitative research on work-related inclusion. In the present questionnaire-based study, we surveyed $N = 1,006$ individuals with CHI about how they perceive inclusion, the possible consequences, mediating psychological processes, and the role their need for belongingness and authenticity plays. We applied structural equation modeling using partial least squares. We found significant associations between perceived inclusion and beneficial outcomes for multiple indicators of health, well-being, and productivity, mediated in particular by reduced affective rumination and a positive view of life with a CHI. The data did not reveal a moderating role of the need for belongingness and authenticity. The findings highlight the relevance of the construct of perceived inclusion for research on occupational participation and the design of inclusive work settings.

Keywords: chronic illness, disability, self-determination theory, PLS-SEM, team climate

Fast ein Fünftel aller Menschen in Deutschland zwischen 16 und 64 Jahren geben an, dass ihre Alltagsaktivitäten aufgrund gesundheitlicher Probleme langfristig eingeschränkt sind (eurostat, 2020). Menschen mit solchen dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen (dgB) ein offenes, inklusives und ihnen zugängliches Arbeitsumfeld zu gewährleisten, ist spätestens mit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK; United Nations, 2006) ein gesellschaftliches Ziel. Dennoch begegnen Menschen mit dgB im Arbeitsleben vielfältigen Barrieren, z.B. Vorurteilen, Informationsdefiziten, ungünstigen Arbeitszeiten oder schlecht angepassten Arbeitsplätzen (Vornholt et al., 2018).

Die Beurteilung der beruflichen Inklusion von Menschen mit dgB bezieht sich mehrheitlich auf Indikatoren wie die Erwerbslosenquote oder das Einkommen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021; Harand, Steinwede, Schröder & Thiele, 2021). Solche „formalen“ Kriterien schließen jedoch das *Erleben von Inklusion* nicht direkt ein. Damit ergibt sich ein unvollständiges Bild gelungener Inklusion, denn entscheidend hierfür ist nicht nur ein „Dabeisein“, sondern ein echtes und tiefes Erleben eines „Mittendrinseins“. Diskriminierung in bestehenden Arbeitsverhältnissen (Baldrige, Beatty, Boehm, Kulkarni & Moore, 2018) und eine verminderte Arbeitszufriedenheit (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021) lassen vermuten, dass zwischen formaler und

erlebter Inklusion von Menschen mit dgB erhebliche Diskrepanzen bestehen.

Mit Ausnahme der Studien von Jöns-Schnieder und Riecken (2017) zur Inklusionszufriedenheit und der Aktion Mensch (2017) zum Inklusionsklima von Arbeitnehmenden mit dgB gibt es kaum Forschung dazu, wie das Inklusionserleben von Arbeitnehmenden mit dgB konzeptualisiert und erfasst werden kann.¹ Solche Forschung ist jedoch aus zwei Gründen erforderlich. Zum einen trägt sie dazu bei, die Kriterien für die Erfüllung einer vollen und wirksamen Teilhabe am Arbeitsleben im Sinne der UN-BRK um eine phänomenologische Perspektive zu erweitern. Zum anderen deuten empirische Befunde darauf hin, dass ein Erleben von *Exklusion*² am Arbeitsplatz mit gravierenden negativen Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität assoziiert ist (Howard, Cogswell & Smith, 2020; Robinson & Schabram, 2017). Dieser Fakt wiegt bei ohnehin gesundheitlich beeinträchtigten Personen besonders schwer.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher eine für Arbeitnehmende mit dgB heuristisch fruchtbare Konzeptualisierung des theoretischen Konstrukts Inklusionserleben. Darüber hinaus sollen die Konsequenzen dieses Erlebens für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Produktivität dieser Arbeitnehmenden empirisch-quantitativ untersucht werden.

Das theoretische Konstrukt Inklusionserleben

Inklusionserleben beschreibt die unmittelbare Erfahrung eines Individuums. Es ist die Folge von (und führt auch zu) inklusiven Praktiken anderer Menschen oder Institutionen (Ferdman, 2014). Was Inklusion konkret ausmacht, kann also auf verschiedenen Ebenen betrachtet werden. Ordnet man diese Ebenen hierarchisch, steht das individuelle Inklusionserleben an unterster, elementarer Stelle. Übergeordnete Ebenen könnten z.B. über Praktiken und Normen in Teams oder auf der Ebene von Führungskräften sowie ganzer Organisationen definiert werden. An oberster Stelle stünde der gesellschaftliche Kontext mit seinen Wertvorstellungen, Praktiken und politischen Normen (Ferdman, 2014) – bezogen auf Menschen

mit dgB wäre dies z.B. Artikel 27 der UN-BRK mit ihrem umfassenden Verständnis von Inklusion als einem Menschenrecht auf eine volle, wirksame und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe (Wansing, 2016).

Die unmittelbare Erfahrung von Inklusion

Jansen, Otten, van der Zee und Jans (2014, S. 371–373) konzeptualisieren *Inklusionserleben* als den Grad, in dem Arbeitnehmende erleben, dass das soziale Arbeitsumfeld ihnen ein Gefühl der Zugehörigkeit und Authentizität vermittelt. *Zugehörigkeit* beschreibt dabei die Stärke und positive Valenz der Bindung zwischen Individuum und Gruppe. *Authentizität* hingegen umfasst das Empfinden, dass die Gruppe es nicht nur zulässt, sondern auch dazu ermutigt, in Übereinstimmung mit dem wahren Selbst zu fühlen und zu handeln. Inklusionserleben bezieht sich damit auf die direkte Bedeutung des Begriffs der Inklusion als Einschließung (lat. *inclusio*), beschreibt jedoch auch Bedingungen dafür, dass eine Einschließung tatsächlich zum Erleben von Inklusion führt: Für ein Individuum muss deutlich erlebbar werden, dass es möglich ist, ein stabiles wertgeschätztes Gruppenmitglied zu sein und gleichzeitig sich selbst treu zu bleiben – unabhängig davon, ob das Selbst zu den Gruppennormen passt oder nicht (Otten & Jansen, 2015).

Für die Betrachtung der Situation von Arbeitnehmenden mit dgB erscheint uns die Konzeptualisierung des Konstrukts Inklusionserleben als Ermöglichung eines Erlebens von Zugehörigkeit und Authentizität besonders geeignet. Denn gerade dieses zweifaktorielle, aber letztlich wieder emergente Erleben von Inklusion ist für Arbeitnehmende mit dgB nicht selbstverständlich: Um einer Stigmatisierung und Exklusionserfahrungen zu entgehen, treffen Arbeitnehmende mit auf den ersten Blick nicht erkennbaren Beeinträchtigungen (oder Symptomen) häufig die oft fatale Entscheidung, die Beeinträchtigung (oder bestimmte Aspekte davon) am Arbeitsplatz zu verbergen (Santuzzi, Waltz, Finkelstein & Rupp, 2014). Jones und King (2014) zeigen sowohl auf theoretischer als auch auf empirischer Basis eindrücklich, wie das Verbergen stigmatisierter Identitäten am Arbeitsplatz mit negativen Folgen für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität verbunden ist, z.B. mit Stresserleben, emotionaler Anspannung, depressiver Symptomatik, verminderter Ar-

¹ In beiden Studien wird zwar die subjektive Sicht auf die eigene Inklusion erfasst, aber indirekt über Bewertungen (z.B. der Bezahlung, der Entwicklungsmöglichkeiten oder des Teamklimas). In der vorliegenden Arbeit verfolgen wir mit der Konzeptualisierung des Konstrukts *Inklusionserleben* als eigenständiges Phänomen einen anderen Ansatz, der weniger eine kognitive Bewertung der eigenen Situation als vielmehr die unmittelbare Erfahrung der Betroffenen in den Blick nimmt.

² Wir verwenden den Exklusionsbegriff in seiner sozialpsychologischen Tradition für die Beschreibung intra- und interpersonaler Prozesse der Ablehnung (z.B. Ignorieren, Vermeiden und Ausschließen einer Person). Im Fokus steht dabei, was das mit den Betroffenen macht (Leary, 2005). Gemeint ist nicht, dass Exklusionserleben das Gegenteil von Inklusionserleben darstellt. Gleichwohl darf man annehmen, dass Exklusionserfahrungen, die man in einer sozialen Gruppe macht (z.B. innerhalb einer Organisation), einem Gefühl von Zugehörigkeit zu dieser sozialen Gruppe abträglich sind (s. auch Howard, Cogswell & Smith, 2020).

beitszufriedenheit, der Erschöpfung kognitiver Ressourcen oder erhöhter Kündigungsabsicht.

Das Konstrukt Inklusionserleben als Zusammenwirken des Erlebens von Zugehörigkeit und Authentizität ist abzugrenzen von dem im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen häufig verwendeten Konstrukt der *sozialen Integration*. Soziale Integration beschreibt die Einbeziehung *bestimmter* Gruppen in eine bestehende soziale Gemeinschaft mit dem Ziel der vollen Teilhabe in allen Lebensbereichen (Markowitz, 2007). Inklusionserleben beschreibt stattdessen das erlebte Einbezogensein *aller* Mitglieder einer sozialen Gruppe, *unabhängig* von einem eventuellen Minderheitenstatus.

Darüber hinaus ist die soziale Integration mit ihrer Zielorientierung (Einbezogenwerden) eher prozessorientiert zu verstehen (Markowitz, 2007). Inklusionserleben beschreibt dagegen eher einen *Zustand* (des Mitten-drinseins), der den Umgang mit Diversität innerhalb einer Organisation in einem Individuum widerspiegelt. So verstanden ist das Inklusionserleben eines Individuums die Folge eines dynamischen Austauschprozesses zwischen dem Individuum und den Akteuren und Institutionen auf übergeordneten Ebenen (Teams, Führungskräfte, Organisationen, Gesellschaft; Ferdman, 2014).

Inklusionserleben als Bedürfnisbefriedigung

Jansen et al. (2014) bringen das Konstrukt Inklusionserleben mit zwei psychologischen Grundbedürfnissen in Verbindung: dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit (Baumeister & Leary, 1995) und dem Bedürfnis nach Authentizität als Facette des Bedürfnisses nach Autonomie in der Selbstbestimmungstheorie (Deci & Ryan, 2000). Solche Grundbedürfnisse sind essentiell für Wohlbefinden und Entfaltung; ihre Bedrohung kann mit Regression und Krankheit einhergehen (Deci & Ryan, 2000). Damit im Einklang zeigen Studien Zusammenhänge zwischen Exklusionserfahrungen und Schmerzerleben, akutem und chronischem Stress, verminderter Immunkompetenz, Gefühlen von Wertlosigkeit, Entfremdung, Traurigkeit, Ärger, Scham und Schuld (Leary & Cottrell, 2013; Shuo Jin & Josephs, 2017). Das Verbergen stigmatisierter Identitäten wird mit erhöhter Besorgnis, Vigilanz, Misstrauen, Feindseligkeit, Scham, Schuld, Angst, Depressivität und Entmutigung in Verbindung gebracht (Pachankis, 2007).

Infolgedessen sollte Inklusionserleben das Auftreten solcher negativer Konsequenzen verhindern und damit zu Gesundheit, Wohlbefinden und auch Produktivität beitragen. Empirische Befunde untermauern, dass sowohl das Inklusionserleben als auch die getrennte Betrachtung der beiden Komponenten Zugehörigkeit und Authentizität sich günstig auswirken, z. B. auf Arbeitszufriedenheit (Metin, Taris, Peeters, van Beek & van den Bosch, 2016), Arbeitsleistung (Kuntz & Abbott, 2017), Arbeitsfähigkeit (Emmerich & Rigotti, 2017), Solidarität (Jansen et al., 2014), Motivation (Emmerich & Rigotti, 2017), Engagement (Kuntz & Abbott, 2017), positiven Affekt (Jansen et al., 2014), Absentismus (Jansen, Otten & van der Zee, 2016), Organizational Citizenship Behavior (OCB; Martinescu, Jansen & Beersma, 2021) und die allgemeine Einschätzung des Gesundheitszustandes (Hartung, Sprenger & Renner, 2015). Diese Befunde sind für sich vielversprechend. Um ihren Stellenwert für die Konsequenzen des Inklusionserlebens von Menschen mit dgB besser verstehen und bewerten zu können, sollen sie in der vorliegenden Studie einer gemeinsamen Betrachtung zugeführt werden.

Auf Basis der angesprochenen Befundlage vermuten wir, dass sich Inklusionserleben förderlich auf vielfältige Indikatoren von Wohlbefinden, Gesundheit und Produktivität auswirkt. Entsprechend lautet Hypothese H1: *Das Ausmaß des Inklusionserlebens von Menschen mit dgB ist ein positiver Prädiktor für günstige Ausprägungen von Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität*. Als Indikatoren werden für *Gesundheit* psychosomatische Beschwerden, Absentismus und Stresserleben, für *Wohlbefinden* positiver und negativer Affekt, Arbeits- und Lebenszufriedenheit, für *Produktivität* Kündigungsabsichten, Arbeitsfähigkeit, OCB, Präsentismus, Arbeitsengagement, kognitive Defizite³ und die Offenheit im Umgang mit der dgB herangezogen⁴ (s. Abb. 1, durchgezogene Linien).

Interindividuelle Unterschiede in der Stärke der Bedürfnisse

Obwohl grundlegende Bedürfnisse allen Menschen innewohnen, können diese jedoch in ihrer Stärke variieren. Leary, Kelly, Cottrell und Schreindorfer (2013) finden z. B. für die *Stärke* des Bedürfnisses nach Zugehörigkeit deutliche interindividuelle Differenzen. Stringent weiterge-

³ Wir verwenden den Begriff „kognitive Defizite“ in dieser Studie für die *Erschöpfung kognitiver Ressourcen*, z. B. durch die Anstrengung, die mit dem Verbergen stigmatisierter Identitäten verbunden ist. Diese Begriffsverwendung grenzt sich von der defizitorientierten Sicht auf Menschen mit sogenannter „geistiger“ Behinderung ab.

⁴ Diese Auswahl erschien aufgrund der zuvor dargestellten theoretischen Überlegungen und empirischen Befunde besonders vielversprechend.

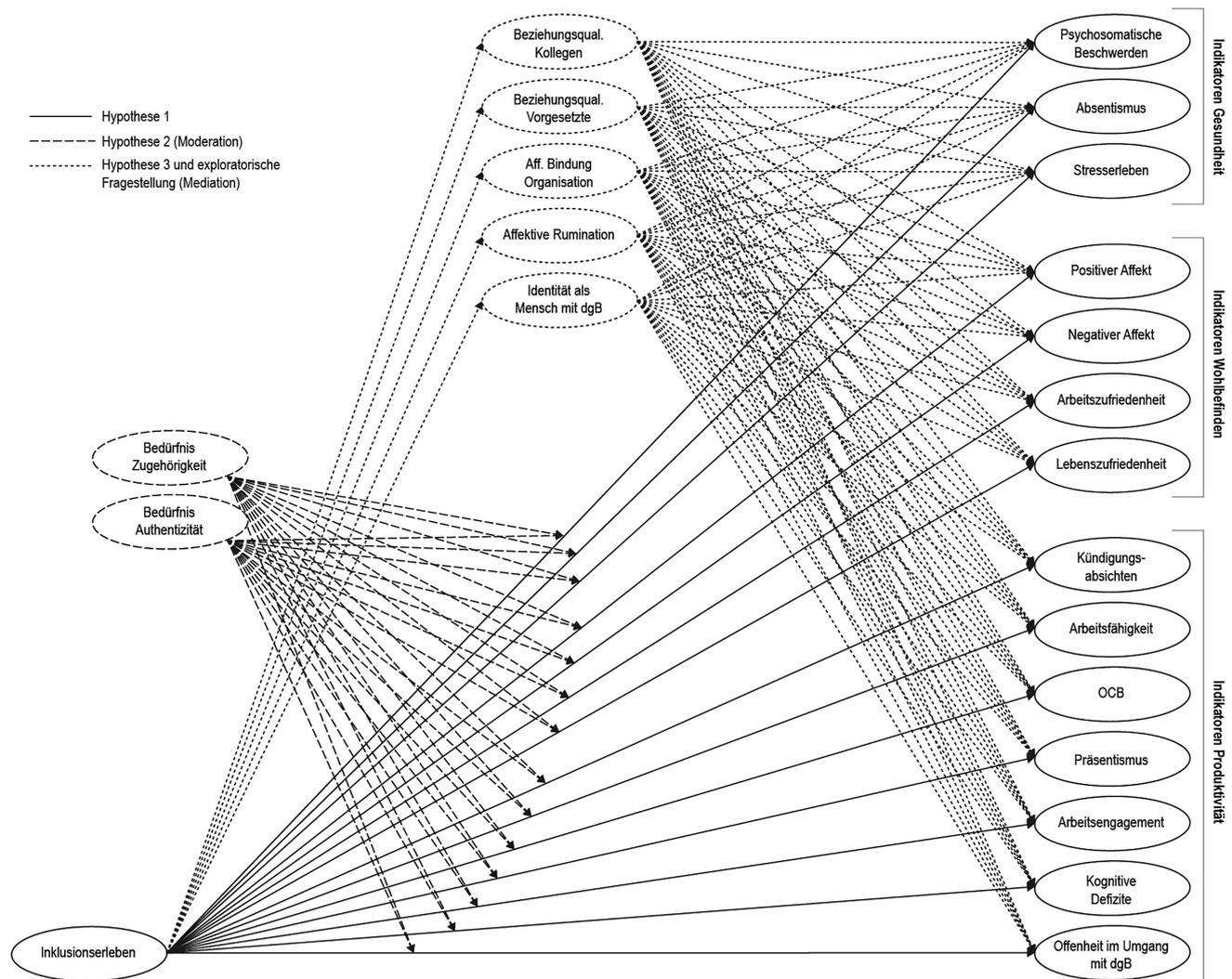


Abbildung 1. Gemeinsame Darstellung der Strukturmodelle der Hypothesen 1 (—), 2 (- - -), 3 inkl. exploratorischer Fragestellung (· · ·).

dacht bedeutet dies, dass die Stärke eines individuellen Bedürfnisses mitbestimmen sollte, wie stark die Reaktion auf eine Bedürfnisbefriedigung oder -bedrohung ausfällt.

Mit dieser Vermutung übereinstimmend zeigten Beekman, Stock und Marcus (2016) für das Bedürfnis nach Zugehörigkeit, dass seine Nichtbefriedigung zu höherem Stresserleben und negativerem Affekt führte als seine Befriedigung – und zwar umso mehr, je größer das individuelle Bedürfnis nach Zugehörigkeit war. Für das Bedürfnis nach Autonomie fanden Schüler, Sheldon, Prentice und Halusic (2016) einen vergleichbaren Interaktionseffekt für den Zusammenhang zwischen erlebter Autonomie und Wohlbefinden. Die Auswirkung des Inklusionserlebens als Befriedigung von Zugehörigkeits- und Authentizitätsbedürfnissen sollte daher ebenfalls in Abhängigkeit von der jeweiligen individuellen Bedürfnisstärke variieren. Daher lautet unsere Hypothese H2: *Die Stärke des Bedürfnisses nach Zugehörigkeit und die Stärke*

des Bedürfnisses nach Authentizität moderieren die in H1 postulierten Zusammenhänge in dem Sinne, dass der Zusammenhang zwischen Inklusionserleben und den Indikatoren für Produktivität, Wohlbefinden und Gesundheit sich umso stärker zeigen, je stärker die Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität ausgeprägt sind (s. Abb. 1, gestrichelte Linien).

Medierende Variablen in der Beziehung zwischen Inklusionserleben und seinen Konsequenzen

Qualität der Beziehungen zu Kolleg_innen und Vorgesetzten

Exklusionserfahrungen unterminieren den Aufbau und den Erhalt guter sozialer Beziehungen, da Betroffene die Ablehnung sozialer Bindungen per se erfahren. Auch das

Verbergen stigmatisierter Merkmale kann solche positiven Beziehungen erschweren (Pachankis, 2007). Positive Beziehungen sind im Arbeitsleben jedoch essentiell: z. B. Vertrauen und Respekt zwischen Führungskraft und Mitarbeiter_innen für Wohlbefinden, Commitment und Arbeitszufriedenheit (Junker, Schyns, van Dick & Scheurer, 2011), eine verständnisvolle Führungskraft und unterstützende Kolleg_innen zur Stressminderung (Hobfoll, 2010) oder das Vorhandensein von „Verbündeten“ für einen offenen Umgang mit der dgB (Ragins, 2008).

Affektive Bindung an die Organisation

Exklusionserfahrungen können die affektive Bindung an eine Organisation schwächen (Howard et al., 2020). Auch das Verbergen einer stigmatisierten Identität kann bei Betroffenen Feindseligkeit hervorrufen (Pachankis, 2007) und damit einer affektiven Bindung an die Organisation entgegenstehen. Eine solche Bindung ist jedoch ein wichtiger Faktor z. B. für Wohlbefinden (Meyer & Maltin, 2010), OCB (Wu, Liu, Kwan & Lee, 2016), seltenere Kündigungsabsichten (Lyu & Zhu, 2019; Zhang et al., 2019), Arbeitsengagement (Haldorai, Kim, Phetvaroon & Li, 2020) sowie wenig Absentismus und Stresserleben (Meyer, Stanley, Herscovitch & Topolnysky, 2002).

Affektive Rumination

Exklusionserfahrungen können, ebenso wie das Verbergen eines stigmatisierten Merkmals, dazu führen, dass Betroffene mit affektiver Rumination (Pachankis, 2007; Pereira, Meier & Elfering, 2013) reagieren. Für affektive Rumination zeigt sich ein negativer Einfluss auf Wohlbefinden (Blanco-Encomienda, García-Cantero & Latorre-Medina, 2020), gesundheits- (Watkins & Roberts, 2020) und produktivitätsbezogene Variablen (Zhang, Li, Ma & Smith, 2020).

Identität als Mensch mit dgB

Das Verbergen eines stigmatisierten Merkmals kann zu einer negativen Bewertung der eigenen Identität führen (Pachankis, 2007) – mit potenziell negativen Folgen für die psychische und körperliche Gesundheit (Quinn & Earnshaw, 2011). Auch Exklusionserfahrungen können mit der Abwertung des eigenen Selbst (Howard et al., 2020) und der Internalisierung gesellschaftlicher Stereotype verbunden sein (Pickett & Hess, 2017). Antizipierte Diskriminierung kann zudem über eine Bedrohung der eigenen Identität zu erhöhtem Stresserleben und einer

Verringerung der Arbeitsfähigkeit beitragen (McGonagle & Barnes-Farrell, 2014).

Fazit

Exklusionserfahrungen und das Verbergen stigmatisierter Identitäten können den Aufbau qualitativvoller Beziehungen zu Kolleg_innen und Vorgesetzten behindern, eine affektive Bindung an die Organisation unterminieren, affektive Rumination fördern und eine positive Bewertung der Identität als Mensch mit dgB erschweren. Dies wiederum kann auf vielfältige Weise die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Produktivität von Menschen mit dgB beeinträchtigen. Ein Arbeitsumfeld, das einem von dgB betroffenen Teammitglied Zugehörigkeit und Authentizität ermöglicht, sollte daher zu positiven Ausprägungen in diesen medierenden Variablen führen und damit auch zur Förderung von Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität beitragen. Unsere Hypothese H3 lautet daher: *Die Qualität der Beziehungen zu Kolleg_innen und Vorgesetzten, die affektive Bindung an die Organisation, affektive Rumination und die Identität als Mensch mit dgB medieren die in H1 postulierten Zusammenhänge.* Die genauen Wirkungen und Wirkmechanismen einzelner Mediatoren auf einzelne Indikatoren lassen sich aus der Befundlage nicht verlässlich ableiten. Explorativ untersucht werden soll daher folgende Frage: *Welche Rolle spielen die in H3 genannten Mediatoren für einzelne Ausprägungen der Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität* (s. Abb. 1, gepunktete Linien)?

Methode

Stichprobe

Für die anonyme Beantwortung eines Online-Fragebogens rekrutierten wir volljährige Arbeitnehmende des ersten Arbeitsmarktes mit einer dgB und einer Wochenarbeitszeit von mindestens 18 Wochenstunden. Kriterium für eine dgB war das selbsteingeschätzte Vorliegen einer körperlichen oder psychischen Erkrankung, Behinderung oder eines anderen gesundheitlichen Problems. Die Beeinträchtigung muss dauerhaft sein (mindestens 6 Monate) und den Alltag mehr als nur geringfügig einschränken (mindestens 3 auf einer Skala von 1 „gar nicht“ bis 7 „sehr stark“).⁵ Rekrutierungszugänge sind in ESM 1 beschrieben.

⁵ Wie groß die Grundgesamtheit der Arbeitnehmenden mit dgB in Deutschland ist, lässt sich aus verschiedenen Statistiken nur grob schätzen: Berücksichtigt man, dass in Deutschland 49.92 Millionen Menschen im erwerbsfähigen Alter sind (Statistisches Bundesamt, 2021) und davon 17.4% mit einer dgB leben (eurostat, 2020), ergibt das 8.69 Millionen Menschen. Zieht man davon noch diejenigen ab, die gar nicht oder weniger als 15 Stunden erwerbstätig sind oder aber selbständig arbeiten (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021), ergibt sich eine Zahl von ca. 3.9 Millionen.

ben. Unsere Operationalisierung einer dgB ähnelt in ihrem Ansatz der Operationalisierung von selbstgeschätzten Behinderungen in der Repräsentativbefragung von Menschen mit Behinderungen (auch wenn diese ungleich komplexer war; Harand et al., 2021).⁶

Die Analysestichprobe bestand aus 1006 Tn⁷ (67% weiblich, 81% mit amtlich anerkannter Schwerbehinderung oder Gleichstellung⁸). Das Alter lag zwischen 19 und 67 Jahren ($M = 47$, $SD = 11$). Als eingeschränkt im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (World Health Organization, 2001; erfasst über einen in der eigenen Forschungsgruppe entwickelten Fragebogen; s. ESM 2) wurden am häufigsten die Bereiche Bewegung, Muskeln, Knochen und Gelenke (67%), Schmerzen (56%), Gefühle, Psyche und Aufbau sozialer Beziehungen (51%) sowie Denken, Lernen, Erinnern und Konzentrieren (46%) genannt (s. auch Tab. E1 und E2 in ESM 1).

Messinstrumente

Einige Skalen wurden gekürzt, um die zeitliche Belastung für die Tn zu verringern und potenzieller Ermüdung vorzubeugen. Fremdsprachige Skalen wurden im Rückübersetzungsverfahren (Brislin, 1970) in die deutsche Sprache übersetzt, falls keine Übersetzung vorlag. Weitere Informationen zu den verwendeten Skalen zeigt ESM 3.

Inklusionserleben

Inklusionserleben wurde mit der auf acht Items gekürzten Perceived Group Inclusion Scale gemessen (Jansen et al., 2014; $\alpha^9 = .95$). Die Items zeigt ESM 4.

Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität

Psychosomatische Beschwerden wurden mit der Subskala Somatisierung der Kurzform des Brief Symptom Inventory (Derogatis, 2000; $\alpha = .73$) erfasst, *Absentismus* mit einem angepassten Item aus der 22. Welle des Gesundheitsmonitors der Barmer Ersatzkasse und der Bertelsmann-Stiftung (Böcken, Brechtel & Meierjürgen, 2016).

Stresserleben wurde inhaltlich über Burnout-Symptome operationalisiert und mit der Burnout-Subskala des Copenhagen Psychosocial Questionnaire III erfasst (COPSOQ III; Burr et al., 2019; $\alpha = .80$).

Indikatoren für Wohlbefinden

Positiver und negativer Affekt wurde mit den Subskalen der Positive and Negative Affect Schedule Short Form für die letzten Wochen (Thompson, 2007; $\alpha = .83$ und $.75$) erfasst, *Arbeitszufriedenheit* mit der Subskala Gesamtzufriedenheit des Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facettenspezifischer Arbeitszufriedenheit (Haarhaus, 2016; $\alpha = .84$) und *Allgemeine Lebenszufriedenheit* mit der 1-Item-Skala Allgemeine Lebenszufriedenheit (Beierlein, Kovaleva, László, Kemper & Rammstedt, 2015).

Indikatoren für Produktivität

Kündigungabsichten wurden mit der Skala von Bishop, Scott und Burroughs erfasst (2016; $\alpha = .85$) erfasst, *Arbeitsfähigkeit* mit der Single-Item-Version des Work-Ability-Index (Ahlstrom, Grimby-Ekman, Hagberg & Dellve, 2010), individuelles und organisationsbezogenes OCB mit der auf vier Items gekürzten OCB-C-10-Scale (Spector, Bauer & Fox, 2010; $\alpha = .65$), *Präsentismus* mit dem entsprechenden Item des COPSOQ III (Burr et al., 2019), *Arbeitsengagement* mit der Kurzfassung der Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli, Shimazu, Hakanen, Salanova & Witte, 2017; $\alpha = .89$). *Kognitive Defizite* wurden inhaltlich als arbeitsbezogene situative Aufmerksamkeit operationalisiert und mit der auf vier Items gekürzten Subskala Concentration der Work Situation Awareness-Skala erfasst (Sneddon, Mearns & Flin, 2013; $\alpha = .74$), *Offenheit im Umgang mit der eigenen dgB* mit zwei von der eigenen Forschungsgruppe entwickelten Items ($r_s = .72$).

Mediatoren

Die *Beziehungsqualität zu Vorgesetzten* wurde mit der auf vier Items gekürzten Leader-Member-Exchange-Skala erfasst (Scandura & Graen, 1984; $\alpha = .91$), die *Beziehungsqualität zu Kolleg_innen* mit einer entsprechend angepassten Version dieser Skala (Hoch, 2007; $\alpha = .86$), die *affek-*

⁶ Das deutsche Sozialrecht fasst den Begriff *Behinderung*, orientiert an der UN-BRK, etwas enger. Eine Behinderung im Sinne des UN-BRK entsteht dann, wenn die volle und wirksame gleichberechtigte gesellschaftlichen *Teilhabe* eingeschränkt ist, und zwar aufgrund einer Wechselwirkung von körperlichen Funktionseinschränkungen der Person einerseits und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren andererseits (United Nations, 2006, Annex I Preamble lit. e).

⁷ Ausgeschlossen von ursprünglich 1019 Tn wurden lediglich 6 Tn, die eine Frage zur Bereitschaft der sorgfältigen Teilnahme mit „nein“ beantworteten, und 7 Tn, die entweder insgesamt mehr als 20% Missings oder mehr als 50% Missings in der Skala zur Erfassung von Inklusionserleben aufwiesen.

⁸ Eine Schwerbehinderung liegt vor, wenn eine zuständige Behörde auf Antrag einen Grad der Behinderung (GdB) von über 50 (von max. 100) feststellt. Liegt der GdB unter 50, jedoch bei mindestens 30, kann bei der Bundesagentur für Arbeit eine Gleichstellung mit schwerbehinderten Menschen beantragt werden. Schwerbehinderung und Gleichstellung sind im Arbeitsleben mit Rechten verbunden.

⁹ Angaben zu α beziehen sich auf die Daten unserer Studie.

tive Bindung an die Organisation mit einer angepassten und auf drei Items gekürzten Version der Subskala Affective Commitment der Organizational Commitment Scale (Meyer, Allen & Smith, 1993; $\alpha = .89$), *Affektive Rumination* mit der auf vier Items gekürzten Subskala Affective Rumination des Work-Related Rumination Questionnaire (Cropley, Michalianou, Pravettoni & Millward, 2012; $\alpha = .88$), die Valenz der *Identität als Mensch mit dgB* mit der auf vier Items gekürzten und angepassten Version der Subskala Stigma Resistance der Internalized Stigma of Mental Illness Scale (Boyd Ritsher, Otilingam & Grajales, 2003; $\alpha = .53$). Items dieser Skala beziehen sich auf die Bewertung der eigenen Identität als Mensch mit einer dgB und auf die Bewertung von Menschen mit dgB im Allgemeinen.

Moderatoren

Das *Bedürfnis nach Zugehörigkeit* wurde mit der auf fünf Items gekürzten Skala Need to Belong erfasst (Leary et al., 2013; $\alpha = .68$), das *Bedürfnis nach Authentizität* mit einer für diese Studie entwickelten und an einer eigenen Stichprobe getesteten 5-Item-Skala (Chakraverty, Niehaus & Zimmer, 2019; $\alpha = .78$). Beide Skalen enthalten Items zum Bestreben nach Bedürfniserfüllung und zum Unwohlsein bei Nicht-Erfüllung.

Kontrollvariablen

Als *Kontrollvariablen* wurden erfasst: Alter, Geschlecht, höchster beruflicher Abschluss, Organisationsgröße, wöchentliche Arbeitszeit inklusive Überstunden, Anzahl von Personen im direkten Arbeitsumfeld, Homeoffice-Anteil, Befristung, Beschäftigungsdauer, Einschränkungen im Alltag und amtlich anerkannte Schwerbehinderungen oder Gleichstellungen.

Statistische Analysen

Fehlende Werte (0.20%) wurden mittels *MissForest*-Algorithmus (Stekhoven & Bühlmann, 2012) geschätzt, um einem Bias aufgrund vermehrter Auslassungen bei Tn mit kognitiven Einschränkungen vorzubeugen. Die Hypothe-

sentestung erfolgte über die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen (eines pro Hypothese) im *Partial-Least-Squares-Ansatz* (PLS; Hair et al., 2017)¹⁰ mit non-parametrischem Bootstrapping (5000 Stichproben) zur Signifikanztestung. Die gemeinsame Modellierung aller bivariaten Beziehungen zwischen Inklusionserleben und den Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität in Hypothese 1 hatte dabei den Vorteil, dass auf diesem Modell aufbauend der Einbezug von Kontrollvariablen und die Testung der Hypothesen 2 und 3 effizienter als in getrennten Modellen erfolgen konnte. Zur Überprüfung auf Methodenartefakte wurde für alle Items (außer denen zur Erfassung von Kontrollvariablen) Harman's *Single-Factor-Test* (Podsakoff, MacKenzie, Lee & Podsakoff, 2003) und *Full-Collinearity-Tests* (Kock, 2015) durchgeführt. Die Befundlage dazu spricht gegen Methodenartefakte. Die Analysen erfolgten in R (R Core Team, 2019) oder SmartPLS (Ringle, Wende & Becker, 2015).

Ergebnisse

Messmodelle

Die Spezifikation formativer und reflektiver¹¹ Messmodelle (MM) für Skalen mit mehreren Items erfolgte Hair, Risher, Sarstedt und Ringle (2019) folgend im Modell mit allen hypothesenrelevanten Variablen iterativ: Für (a) reflektive MM anhand der Prüfung der Höhe äußerer Ladungen, interner Konsistenzen, der durchschnittlich erfassten Varianz und der Heterotrait-Monotrait-Matrix, und für (b) formative MM anhand der Prüfung der äußeren VIF und der Höhe und Signifikanz der äußeren Gewichte und Ladungen. Alle Skalen bis auf OCB und Identität als Mensch mit dgB konnten innerhalb des Modells als formativ oder reflektiv (z. T. auch hierarchisch) spezifiziert werden. Für Identität als Mensch mit dgB erwies sich eine Aufteilung der Skala in zwei einzelne latente Konstrukte als inhaltlich und empirisch sinnvoll (Bewertung der eigenen Identität und Bewertung von Menschen mit dgB im Allgemeinen). Für OCB wurde ein Summen-

¹⁰ Dieses varianzbasierte Verfahren ist dann besser geeignet als das in der psychologischen Forschung häufig angewendete kovarianzbasierte Verfahren, wenn Strukturmodelle aus vielen Konstrukten und Indikatoren aufgebaut sind, wenn sie einen Fokus auf die Vorhersage von Konstrukten setzen und Single-Item- und/oder formativ aufgebaute Skalen verwendet werden (Hair, Risher, Sarstedt & Ringle, 2019). Letzteres macht die Verwendung des PLS-Ansatzes nahezu zwingend, um Verzerrungen in den Parameterschätzungen zu vermeiden (Sarstedt, Hair, Ringle, Thiele & Gudergan, 2016). In der vorliegenden Studie liegen die genannten Merkmale vor; insbesondere der theoretische Aufbau einiger Skalen sowie zum Teil deren niedrige interne Konsistenzen deuten auf das Vorliegen formativer Messmodelle hin (Bollen & Lennox, 1991).

¹¹ In reflektiven Messmodellen läuft die kausale Richtung von einer latenten Variable (auch: Konstrukt) zu den manifesten also direkt messbaren Variablen (auch: Indikatoren) – das Konstrukt erklärt die Varianz in den Indikatoren. Die Indikatoren sollten also hoch korrelieren, da sie alle das gemeinsame Konstrukt *reflektieren*. In formativen Messmodellen ist die kausale Richtung umgekehrt. Die Indikatoren *formen* gemeinsam ein zusammengesetztes Konstrukt, seine Bedeutung entsteht durch seine Indikatoren, die nicht miteinander in Verbindung stehen müssen (Bollen & Lennox, 1991).

wert gebildet, da eine Aufteilung des Konstrukts empirisch nicht sinnvoll gelang. Tabelle E1 in ESM 5 zeigt die Messmodelle aller Skalen.

Hypothese 1

Hypothesenkonform sagte das Ausmaß des Inklusionserlebens die Ausprägung der Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität signifikant in erwarteter Richtung vorher – außer für OCB (s. Tab. 1).

Tabelle 1. Standardisierte Pfadkoeffizienten des Strukturmodells zur Vorhersage der Indikatoren von Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität durch das Inklusionserleben

	β	95 % KI
<i>Indikatoren für Gesundheit</i>		
Psychosomatische Beschwerden	-.19***	[-.23, -.11]
Absentismus	-.12***	[-.18, -.06]
Stresserleben	-.30***	[-.35, -.24]
<i>Indikatoren für Wohlbefinden</i>		
Positiver Affekt	.25***	[.18, .30]
Negativer Affekt	-.34***	[-.39, -.28]
Arbeitszufriedenheit	.52***	[.47, .57]
Lebenszufriedenheit	.28***	[.22, .34]
<i>Indikatoren für Produktivität</i>		
Kündigungsabsichten	-.43***	[-.48, -.38]
Arbeitsfähigkeit	.27***	[.21, .33]
OCB	.02ns	[-.05, .08]
Präsentismus	-.20***	[-.26, -.14]
Arbeitsengagement	.39***	[.33, .45]
Kognitive Defizite	-.29***	[-.34, -.22]
Offener Umgang dgB	.34***	[.28, .39]

Anmerkungen: ns = nicht signifikant, *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ (zweiseitig, $N = 1006$). Alle Q^2 außer für OCB > 0 . β = Pfadkoeffizient, KI = Konfidenzintervall.

Zur Absicherung dieser Ergebnisse wurden die Kontrollvariablen zu Gruppen zusammengefasst und diese nacheinander in das Modell mit einbezogen. Die Mittelwerte der Veränderungen der Beta-Gewichte ($|\text{Beta}_{\text{ohne Kontrollvariablen}}| - |\text{Beta}_{\text{mit Kontrollvariablen}}|$) betragen jeweils $M = .00$ für demografische (Alter, Geschlecht, höchster beruflicher Abschluss), $.00$ für organisationsbezogene (Organisationsgröße, Anzahl von Personen im direkten Arbeitsumfeld), $.02$ für beeinträchtigungsbezogene (Einschränkungen im Alltag, Vorliegen einer offiziell anerkannten Schwerbehinderung oder Gleichstellung) Variablen und $.00$ für Variablen zur Beschreibung des Verhältnisses zwischen Organisation und Individuum (wöchentliche Arbeitszeit inklusive Überstunden, Homeof-

face-Anteil, Befristung, Beschäftigungsdauer) ($SD = .01, .00, .01$ und $.00$). Auch unter Einbezug aller Kontrollvariablen blieben die Zusammenhänge damit stabil.

Hypothese 2

Die potenziellen Moderatorvariablen wurden getrennt voneinander modelliert (s. Abb. 1, gestrichelte Linien). Die Bildung der Interaktionsterme erfolgte aufgrund der im Vergleich zu anderen Ansätzen höheren statistischen Power über den *Two-Stage*-Ansatz (Henseler & Chin, 2010).

Entgegen der Annahme zeigte sich für keine der Konsequenzen ein (mit $p < .05$) signifikanter Interaktionseffekt von Inklusionserleben * Bedürfnis nach Zugehörigkeit (s. ESM 5, Tab. E2). Auch der Interaktionseffekt Inklusionserleben * Bedürfnis nach Authentizität erreichte für den größten Teil der Konsequenzen nicht das Signifikanzniveau (s. ESM 5, Tab. E3). Eine Ausnahme stellten negativer Affekt ($\beta = -.07, p = .018$) und offener Umgang mit der dgB ($\beta = .06, p = .045$) dar. Im Einklang mit der Hypothese zeigte sich bei hoher Bedürfnisausprägung ein stärkerer negativer Zusammenhang zwischen Inklusionserleben und negativem Affekt als bei niedriger Bedürfnisausprägung. Entgegen der Hypothese zeigte sich jedoch zwischen Inklusionserleben und offenem Umgang mit der dgB bei *niedriger* Bedürfnisausprägung ein höherer positiver Zusammenhang als bei hoher Bedürfnisausprägung (s. ESM 5, Abb. E1 und E2).

Hypothese H3 und explorative Fragestellung

Die Untersuchung aller potenziellen Mediatoren und Konsequenzen erfolgte zur Bias-Vermeidung aufgrund wahrscheinlicher Korrelationen zwischen den potenziellen Mediatoren in einem gemeinsamen Modell (s. Abb. 1, gepunktete Linien). OCB wurde mangels des nicht-signifikanten Vorhersagebeitrags von Inklusionserleben auf OCB nicht mehr berücksichtigt.

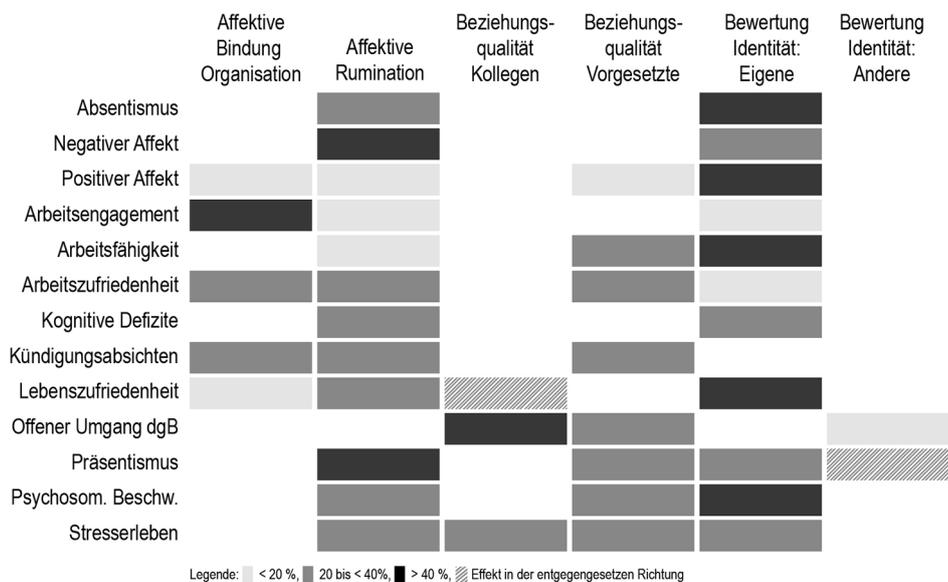
Hypothesenkonform sagte Inklusionserleben die Ausprägungen aller potentiellen Mediatoren signifikant vorher: Beziehungsqualität zu Kolleg innen ($\beta = .75, p = .000$), Beziehungsqualität zu Vorgesetzten ($\beta = .58, p = .000$), affektive Bindung an die Organisation ($\beta = .47, p = .000$), affektive Rumination ($\beta = -.35, p = .000$), Bewertung der eigenen Identität als Mensch mit dgB ($\beta = .31, p = .000$) und Bewertung von Menschen mit dgB im Allgemeinen ($\beta = .17, p = .000$). Darüber hinaus zeigte sich für das Set aller potenziellen Mediatoren ein signifikanter totaler indirekter Effekt (als Addition aller spezifischen indirekten Effekte)

Tabelle 2. Standardisierte Pfadkoeffizienten des Strukturmodell zur Vorhersage der Indikatoren von Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität durch das Inklusionserleben vermittelt über das Set potentieller Mediatoren

	Totaler indirekter Effekt ^b		Direkter Effekt ^c	
	β	95% KI	β	95% KI
<i>Indikatoren für Gesundheit</i>				
Psychosomatische Beschwerden ^a	-.23***	[-.31, -.15]	.05ns	[-.04, .14]
Absentismus ^a	-.11**	[-.19, -.04]	-.01ns	[-.10, .09]
Stresserleben ^a	-.34***	[-.41, -.27]	.05ns	[-.03, .13]
<i>Indikatoren für Wohlbefinden</i>				
Positiver Affekt ^a	.28***	[.21, .35]	-.03ns	[-.12, .05]
Negativer Affekt	-.23***	[-.31, -.15]	-.11*	[-.20, -.01]
Arbeitszufriedenheit	.35***	[.29, .41]	.18***	[.10, .25]
Lebenszufriedenheit	.18***	[.10, .25]	.10*	[.01, .20]
<i>Indikatoren für Produktivität</i>				
Kündigungsabsichten	-.34***	[-.40, -.27]	-.09*	[-.18, -.01]
Arbeitsfähigkeit ^a	.27***	[.19, .34]	.00ns	[-.08, .09]
Präsentismus ^a	-.22***	[-.30, -.15]	.03ns	[-.07, .12]
Arbeitsengagement	.30***	[.22, .37]	.09*	[.01, .18]
Kognitive Defizite ^a	-.24***	[-.32, -.17]	-.02ns	[-.11, .08]
Offener Umgang dgB ^a	.26***	[.18, .33]	.08ns	[-.02, .17]

Anmerkungen: Mediatoren sind Beziehungsqualität zu Kolleg_innen und Vorgesetzten, affektive Bindung an die Organisation, affektive Rumination, Bewertung der eigenen Identität als Mensch mit dgB und Bewertung von Menschen mit dgB im Allgemeinen. ns = nicht signifikant, *** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$ (zweiseitig, $N = 1006$). Alle $Q^2 > 0$. β = Pfadkoeffizient, KI = Konfidenzintervall, R^2 = Determinationskoeffizient.

^aVollständige Mediation; ^bAddition aller spezifischen indirekten Effekte; ^cDirekter Effekt von Inklusionserleben auf Konsequenzen unter Kontrolle aller spezifischen indirekten Effekte.



Anmerkung: Für die beiden Effekte in entgegengesetzter Richtung wird angenommen, dass es sich dabei um statistische Artefakte aufgrund des gleichzeitigen Einbezugs aller Mediatoren in das Modell handeln könnte.

Abbildung 2. Anteil der signifikanten (mit $p < .05$) spezifischen indirekten Effekten im Strukturmodell zur Vorhersage der Indikatoren von Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität (links) durch Inklusionserleben vermittelt über das Set potentieller Mediatoren (oben).

von Inklusionserleben auf jeden der Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität. Für mehr als die Hälfte aller Variablen wurde durch das Set der potentiellen Mediatoren der Zusammenhang zwischen Inklusionserleben und der jeweiligen Variable sogar vollständig erklärt (s. Tab. 2).

In Analysen zur exploratorischen Fragestellung zeigte sich für jeden der potentiellen Mediatoren mindestens ein signifikanter spezifischer (unter Kontrolle der übrigen indirekten Effekte) indirekter Effekt von Inklusionserleben auf einen der Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität (s. Abb. 2 und ESM 5, Tab. E4-E6).

Diskussion

Konsequenzen von Inklusionserleben

Im Einklang mit Hypothese 1 sagte Inklusionserleben in fast allen untersuchten Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität positiv zu bewertende Ausprägungen vorher. Besonders hervorzuheben sind dabei folgende Punkte:

(1) *Hohes Inklusionserleben war signifikant mit geringen Kündigungsabsichten verbunden ($\beta = -.43$).* Da bei Menschen mit dgB die Armutsrisiko- und Arbeitslosenquote deutlich höher liegt als bei Menschen ohne dgB (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021), erscheint es umso wichtiger, dass Betroffene nicht kündigen. Auch für Arbeitgebende ist es insbesondere bei Fachkräftemangel (Fuchs, 2013) von Vorteil, bestehende Arbeitsverhältnisse nicht zu gefährden.

(2) *Hohes Inklusionserleben war signifikant mit hohem Arbeitsengagement und hoher Arbeitsfähigkeit verbunden ($\beta = .39$ und $.27$)¹².* Die Produktivität einer von dgB betroffenen Person wird also auch von der Wahrnehmung sozialer Eingebundenheit beeinflusst, die sich im Vergleich zu denjenigen produktivitätseinschränkenden Variablen, die mit einer dgB „unvermeidlich“ einhergehen, leichter ändern lässt. Dies erscheint umso wichtiger, als viele Arbeitgebende in der Beschäftigung von Menschen mit dgB ökonomische Risiken sehen (Kaye, Jans & Jones, 2011) und Produktivitätsverluste im Zusammenhang mit dgB vielfach diskutiert werden (z. B. Koopmanschap, Burdorf & Lötters, 2013).

(3) *Hohes Inklusionserleben war signifikant mit einem offenen Umgang mit der dgB verbunden ($\beta = .34$).* Ein als positiv erlebter offener Umgang mit einem Stigma kann nicht nur zu höherem Wohlbefinden beitragen (Riggle, Rostovsky, Black & Rosenkrantz, 2017) und im Falle einer dgB eine optimale Arbeitsplatzanpassung ermöglichen (Schrader, Malzer & Bruyère, 2014), sondern auch einer Abwärtsspirale der Verschwiegenheit entgegenwirken (Chaudoir & Fisher, 2010). Darüber hinaus könnte ein offener Umgang mit der dgB auch für die Reduktion des Stigmas gesundheitlicher Beeinträchtigungen in der Gesellschaft von Bedeutung sein und andere Betroffene dazu ermutigen, ebenfalls den Schritt in Richtung Offenheit zu wagen.

(4) *Hohes Inklusionserleben war signifikant mit geringem Stresserleben verbunden ($\beta = -.30$).* Lang anhaltender Stress wirkt dysfunktional auf vielfältige körperliche und psy-

chische Prozesse (Rohleder, 2016). Folglich könnte Inklusionserleben durch seine stressreduzierende Wirkung sogar als protektiver Faktor im Verlauf einer dgB eingeordnet werden.

(5) *Inklusionserleben war signifikant mit geringerem Präsentismus verbunden ($\beta = -.20$).* Präsentismus wird neben Produktivitätsverlusten (Johns & Miraglia, 2015) auch mit schlechterer Gesundheit in Verbindung gebracht (Miraglia & Johns, 2016). Seltener trotz Krankheit zu arbeiten, könnte bei Arbeitnehmenden mit einer dgB zu einem angemesseneren Umgang mit ihrer Symptomatik im Sinne eines langfristigen Erhalts der Arbeitsfähigkeit beitragen.

(6) *Inklusionserleben war signifikant mit positiv zu bewertenden Ausprägungen aller Indikatoren subjektiven Wohlbefindens (Lebens- und Arbeitszufriedenheit sowie positivem und negativem Affekt; $\beta = -.28, .52, .25$ und $-.34$) verbunden.* Betroffene einer dgB berichten übergreifend eine niedrigere subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität (van Wilder et al., 2019) und eine geringere Arbeitszufriedenheit (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021) als die Allgemeinbevölkerung. Daher erscheint die Kenntnis von Faktoren, die sich förderlich auf das subjektive Wohlbefinden Betroffener auswirken, für Akteure im Teilhabebereich aus Politik und Gesellschaft besonders bedeutsam.

(7) Als einziger der untersuchten Indikatoren stand OCB in keinem Zusammenhang mit Inklusionserleben. Dieser hypothesenkonträre Befund könnte darin begründet sein, dass bestimmte Aspekte von OCB, z. B. die freiwillige Übernahme zusätzlicher Arbeitsaufgaben oder der Verzicht auf Pausenzeiten für Personen mit eingeschränkten zeitlichen, körperlichen oder psychischen Ressourcen ohnehin schwer möglich ist – auch nicht, wenn das Inklusionserleben die Rahmenbedingungen günstig erscheinen lässt.

Interindividuelle Unterschiede in der Stärke der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität

Konträr zu Hypothese 2, und damit im Widerspruch zu Beekman et al. (2016) sowie Schüler et al. (2016), moderierte die Stärke der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität *nicht* in der vorhergesagten Richtung den Zusammenhang zwischen Inklusionserleben und möglichen Konsequenzen – mit einer nicht-erklärbaren Ausnahme (Bedürfnis nach Authentizität und negativer Affekt). Ein Grund dafür könnte sein, dass im individuellen Aus-

¹² Darüber hinaus war hohes Inklusionserleben auch signifikant mit niedrigem Absentismus ($\beta = -.12$) verbunden – einer Variable, die in der vorliegenden Studie Gesundheit zugeordnet war, jedoch auch als Indikator für Produktivität herangezogen werden kann.

maß des Inklusionserlebens die Befriedigung der in der Stärke interindividuell variierenden Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität bereits enthalten ist. So könnte es z. B. sein, dass Personen mit starkem Zugehörigkeitsbedürfnis an die Affirmation des Items „Diese Gruppe gibt mir das Gefühl, dazu zu gehören.“ höhere Maßstäbe ansetzen als Personen mit schwach ausgeprägtem Bedürfnis nach Zugehörigkeit. So verstanden spiegelt das Konstrukt Inklusionserleben neben dem Verhalten des Arbeitsumfeldes auch die Passung zur (erlebten) Befriedigung der individuellen Bedürfnisausprägungen wider.

Für das Authentizitätsbedürfnis und den offenen Umgang mit der dgB zeigte sich in den vorliegenden Daten sogar ein der Hypothese entgegengesetzter Effekt: Die positive Beziehung zwischen Inklusionserleben und Offenheit war *schwächer* ausgeprägt, wenn das Bedürfnis nach Authentizität stark war. Möglicherweise spielt im Vergleich zu einem schwachen Authentizitätsbedürfnis bei einem starken Authentizitätsbedürfnis das soziale Umfeld für die Frage, wie offen man mit der Beeinträchtigung umgeht, eine weniger große Rolle. Besonders handlungsrelevant für den offenen Umgang könnten bei starkem Authentizitätsbedürfnis eher die emotionalen Kosten des Verdeckens sein und weniger die Einschätzung, wie sehr das soziale Umfeld einen offenen Umgang unterstützt.

Mediierende Variablen

Im Einklang mit Hypothese 3 spielten alle untersuchten potenziellen Mediatoren für die Beziehung zwischen Inklusionserleben und Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität eine vermittelnde Rolle. Die Exploration ergab, dass zwei Variablen, Bewertung der eigenen Identität als Mensch mit dgB und affektive Rumination, dabei eine zentrale Position einnehmen. Die günstige Wirkung von Inklusionserleben könnte also in einer verbesserten Integration der dgB in das Selbstbild der Betroffenen bestehen und mit einer Verringerung von negativ behafteten intrusiven Kognitionen einhergehen – die, umgekehrt betrachtet, bei niedrigem Inklusionserleben ihre destruktive Kraft auf vielfältige Weise entfalten können. Auffällig ist auch, dass die Beziehung zu Vorgesetzten zwar für einen Großteil der Verbindungen zwischen Inklusionserleben und den Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität eine Rolle spielte, aber für keine dieser Verbindungen eine zentrale Position unter den berücksichtigten Mediatoren einnahm. Eine gute Beziehung zu Vorgesetzten könnte damit eine Art positives „Grundrauschen“ darstellen, das eher in seiner Gesamtwirkung als in seiner Wirkung auf einzelne Indikatoren bedeutsam ist.

Die explorativen Befunde machen zudem deutlich, dass die Wirkungen von Inklusionserleben auf die Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität sehr differenziert betrachtet werden müssen. So ließ sich z. B. der Effekt auf das Arbeitsengagement vor allem durch eine positive Bindung an die Organisation erklären, während der Effekt auf den offenen Umgang mit der dgB am stärksten über die gute Qualität der Beziehungen zu Kolleg_innen vermittelt wurde. Für den Effekt auf Absentismus war eine geringe affektive Rumination, für den Effekt auf Präsentismus die positive Bewertung der eigenen (potenziell stigmatisierten) Identität zentral. Für solche differentiellen Befunde sollten zukünftig Erklärungsansätze gefunden und empirisch überprüft werden.

Methodische Stärken und Limitationen

Eine Stärke der Studie ist die Größe und Zusammensetzung der untersuchten Stichprobe aus einer schwer zugänglichen Population. Darüber hinaus ermöglicht die in der psychologischen Forschung selten genutzte PLS-Modellierung die Differenzierung in formative und reflektive Messmodelle (und damit die Verringerung von Verzerrungen) sowie den Aufbau von komplexen Modellen, die der Komplexität der Wirklichkeit Rechnung tragen.

Limitierend ist anzumerken, dass in der vorliegenden Studie Hypothesen untersucht wurden, denen spezifische Kausalannahmen zugrunde liegen. Die Befunde sind mit diesen Annahmen zum Großteil konsistent, basieren jedoch auf einem zur Kausalitätsüberprüfung grundsätzlich nicht geeigneten Querschnittsdesign. Des Weiteren ist die Anfälligkeit für Akquieszenz und soziale Erwünschtheit von Daten, die im Selbstbericht erhoben werden, grundsätzlich problematisch. Schlussendlich können wegen der unverzichtbaren Freiwilligkeit der Studienteilnahme Selbstselektionseffekte nicht ausgeschlossen werden.

Implikationen und Fazit

Die vorliegenden Daten machen deutlich, dass es für Arbeitgebende von großer praktischer Bedeutung sein könnte, Mitarbeitenden mit dgB das Erleben von Inklusion zu ermöglichen: Betroffene, die sich inkludiert fühlen, arbeiten produktiver. Da sie sich zudem wohler und gesünder fühlen, erscheint es auch aus ethischer Perspektive geboten, das Inklusionserleben im Arbeitskontext für Menschen mit dgB durch gesellschaftliche und politische Maßnahmen zu fördern. Inklusionserleben als klar definiertes psychologisches Konstrukt in Statistiken zur beruflichen Inklusion zu erfassen, könnte ein weiteres Puz-

zuteil zu einem vollständigen Gesamtbild der aktuellen beruflichen Inklusion von Menschen mit dgB sein. In der Beurteilung der beruflichen Inklusion von Menschen mit dgB im Sinne des Artikels 27 der UN-BRK würde so den subjektiven Sichtweisen Betroffener ein größeres Gewicht als bisher beigemessen.

Aus theoretischer Perspektive ermöglicht die vorliegende Studie einen neuen Blick auf das Konstrukt Inklusionserleben: Unsere Daten legen nahe, dass das individuelle Inklusionserleben auch durch individuelle Maßstäbe an das Verhalten des sozialen Umfelds mitgeprägt wird. So verstanden emergiert das Inklusionserleben aus einer Wechselwirkung zwischen dem Verhalten anderer und dem Ausmaß, in dem das Verhalten die eigenen Bedürfnisse erfüllt. Darüber hinaus trägt unsere Studie zur Konstruktvalidierung an einer bisher noch nicht untersuchten Zielgruppe bei und unterstreicht so die Bedeutsamkeit der Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Authentizität für Personen, die im Hinblick auf die Befriedung dieser Bedürfnisse besonders vulnerabel sind.

Elektronische Supplemente (ESM)

Die elektronischen Supplemente sind verfügbar unter <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000392>

ESM 1. Textliche Beschreibung der Maßnahmen zur Stichprobenrekrutierung und zwei Tabellen mit ergänzenden deskriptiven Angaben zur Stichprobenbeschreibung.

ESM 2. Textliche und tabellarische Darstellung der selbstentwickelten Skala zur Erfassung gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

ESM 3. Textliche Beschreibung der verwendeten Skalen. Die Angaben enthalten die originalen Quellen der Skalen, ggf. die verwendete Übersetzung und Beispielitems.

ESM 4. Textliche Darstellung der Items der deutschen gekürzten Fassung der Perceived Group Inclusion Scale.

ESM 5. Ergänzende Tabellen und Abbildungen. Tabelle E1 beschreibt die Messmodelle aller Skalen. Die Tabellen E2 und E3 zeigen die Pfadkoeffizienten der Interaktionseffekte Inklusionserleben * Bedürfnis nach Zugehörigkeit bzw. Authentizität. In den Abbildungen E1 und E2 sind die signifikanten Interaktionseffekte dargestellt. Die Tabellen E4-E6 enthalten die Pfadkoeffizienten der spezifischen indirekten Effekte von Inklusionserleben über die potenziellen Mediatoren zur Vorhersage der Indikatoren für Gesundheit, Wohlbefinden und Produktivität.

Literatur

- Ahlstrom, L., Grimby-Ekman, A., Hagberg, M. & Dellve, L. (2010). The work ability index and single-item question: Associations with sick leave, symptoms, and health – A prospective study of women on long-term sick leave. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36, 404–412.
- Aktion Mensch (2017). *Inklusionsbarometer Arbeit. Ein Instrument zur Messung von Fortschritten bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung auf dem deutschen Arbeitsmarkt*. Bonn: Autor. <https://delivery-aktion-mensch.stylelabs.cloud/api/public/content/aktion-mensch-inklusionsbarometer-2017.pdf>
- Baldrige, D. C., Beatty, J. E., Boehm, S. A., Kulkarni, M. & Moore, M. E. (2018). Persons With (dis)Abilities. In A. Colella & E. B. King (Eds.), *The Oxford handbook of workplace discrimination* (pp. 111–128). New York, NY: Oxford University.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Beekman, J. B., Stock, M. L. & Marcus, T. (2016). Need to belong, not rejection sensitivity, moderates cortisol response, self-reported stress, and negative affect following social exclusion. *The Journal of Social Psychology*, 156 (2), 131–138.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., László, Z., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2015). *Kurzskala zur Erfassung der Allgemeinen Lebenszufriedenheit (L-1)* (GESIS Leibniz Institute for the Social Sciences, Hrsg.) (Working Papers Nr. 33). Mannheim: GESIS.
- Bishop, J. W., Scott, K. D. & Burroughs, S. M. (2016). Support, commitment, and employee outcomes in a team environment. *Journal of Management*, 26, 1113–1132.
- Blanco-Encomienda, F. J., García-Cantero, R. & Latorre-Medina, M. J. (2020). Association between work-related rumination, work environment and employee well-being: A meta-analytic study of main and moderator effects. *Social Indicators Research*, 150, 887–910.
- Böcken, J., Brechtel, T. & Meierjürgen, R. (2016). *Gesundheitsmonitor. 15 Jahre Datenanalysen und wissenschaftliche Studien zum deutschen Gesundheitswesen* (Bertelsmann Stiftung & Barmer GEK, Hrsg.) (Gesundheitsmonitor Newsletter 4/16). https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_GeMo_NL_2016-4.pdf
- Bollen, K. & Lennox, R. (1991). Conventional wisdom on measurement: A structural equation perspective. *Psychological Bulletin*, 110, 305–314.
- Boyd Ritsher, J., Otilingam, P. G. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research*, 121 (1), 31–49.
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185–216.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2021). *Dritter Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Bonn: Autor.
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y. et al. (2019). The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10, 482–503.
- Chakraverty, V., Niehaus, M. & Zimmer, H. (2019, September). *Das Bedürfnis nach Authentizität – Entwicklung einer neuen Skala*. 11. Tagung der Fachgruppe Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Braunschweig, Germany.
- Chaudoir, S. R. & Fisher, J. D. (2010). The disclosure processes model: Understanding disclosure decision-making and post-

- disclosure outcomes among people living with a concealable stigmatized identity. *Psychological Bulletin*, 136, 236–256.
- Cropley, M., Michalianou, G., Pravettoni, G. & Millward, L. J. (2012). The relation of post-work ruminative thinking with eating behaviour. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28 (1), 23–30.
- Deci, E. L. & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11, 227–268.
- Derogatis, L. R. (2000). *Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18): Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson.
- Emmerich, A. I. & Rigotti, T. (2017). Reciprocal relations between work-related authenticity and intrinsic motivation, work ability and depression: A two-wave study. *Frontiers in Psychology*, 8, 307.
- Eurostat (2020). *Self-perceived long-standing limitations in usual activities due to health problem by sex, age and income quintile*. hlth_silc_12. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/data-browser/view/HLTH_SILC_12__custom_1744549/default/table?lang=en
- Ferdman, B. M. (2014). The practice of inclusion in diverse organizations: Toward a systemic and inclusive framework. In B. M. Ferdman & B. Deane (Eds.), *Diversity at work: The practice of inclusion* (pp. 3–54). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Fuchs, J. (2013). Demografie und Fachkräftemangel. Die künftigen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 56, 399–405.
- Haarhaus, B. (2016). Entwicklung und Validierung eines Kurzfragebogens zur Erfassung von allgemeiner und facettenpezifischer Arbeitszufriedenheit. *Diagnostica*, 62, 61–73.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., Sarstedt, M., Richter, N. F. & Hauff, S. (2017). *Partial Least Squares Strukturgleichungsmodellierung. Eine anwendungsorientierte Einführung*. München: Franz Vahlen.
- Hair, J. F., Risher, J. J., Sarstedt, M. & Ringle, C. M. (2019). When to use and how to report the results of PLS-SEM. *European Business Review*, 31 (1), 2–24.
- Haldorai, K., Kim, W. G., Phetvaroon, K. & Li, J. (2020). Left out of the office “tribe”: The influence of workplace ostracism on employee work engagement. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 32, 2717–2735.
- Harand, J., Steinwede, J., Schröder, H. & Thiele, N. (2021). *Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. 4. Zwischenbericht* (Forschungsbericht Nr. 571). Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales. <https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb-571-repraesentativbefragung-teilhabe.pdf>
- Hartung, F.-M., Sproesser, G. & Renner, B. (2015). Being and feeling liked by others: How social inclusion impacts health. *Psychology & Health*, 30, 1103–1115.
- Henseler, J. & Chin, W. W. (2010). A comparison of approaches for the analysis of interaction effects between latent variables using partial least squares path modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 17 (1), 82–109.
- Hobfoll, S.E. (2010). Conservation of resources theory: Its implication for stress, health, and resilience. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (pp. 127–147). Oxford, NY: Oxford University.
- Hoch, J. E. (2007). *Zum Einfluss struktureller, interaktionaler und teambasierter Führungstechniken auf den Teamerfolg*. Doctoral dissertation, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Kiel, Germany. Verfügbar unter: https://macau.uni-kiel.de/receive/dissertation_diss_00002322
- Howard, M. C., Cogswell, J. E. & Smith, M. B. (2020). The antecedents and outcomes of workplace ostracism: A meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, 105, 577–596.
- Jansen, W. S., Otten, S. & van der Zee, K. I. (2016). Being different at work: How gender dissimilarity relates to social inclusion and absenteeism. *Group Processes & Intergroup Relations*, 20, 879–893.
- Jansen, W. S., Otten, S., van der Zee, K. I. & Jans, L. (2014). Inclusion: conceptualization and measurement. *European Journal of Social Psychology*, 44, 370–385.
- Johns, G. & Miraglia, M. (2015). The reliability, validity, and accuracy of self-reported absenteeism from work: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 20 (1), 1–14.
- Jones, K. P. & King, E. B. (2014). Managing concealable stigmas at work: A review and multilevel model. *Journal of Management*, 40, 1466–1494.
- Jöns-Schnieder, K. & Riecken, A. (2017). Inklusionszufriedenheit von Menschen mit Beeinträchtigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. In A. Riecken, K. Jöns-Schnieder & M. Eikötter (Hrsg.), *Berufliche Inklusion. Forschungsergebnisse von Unternehmen und Beschäftigten im Spiegel der Praxis* (Inklusive Bildung, S. 221–267). Weinheim: Beltz Juventa.
- Junker, N. M., Schyns, B., van Dick, R. & Scheurer, S. (2011). Die Bedeutung der Führungskräfte-Kategorisierung für Commitment, Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden unter Berücksichtigung der Geschlechterrollentheorie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 55, 171–179.
- Kaye, H. S., Jans, L. H. & Jones, E. C. (2011). Why don't employers hire and retain workers with disabilities? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21, 526–536.
- Kock, N. (2015). Common Method Bias in PLS-SEM: A full collinearity assessment approach. *International Journal of e-Collaboration*, 11 (4), 1–10.
- Koopmanschap, M., Burdorf, A. & Lötters, F. (2013). Work absenteeism and productivity loss at work. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of work disability: Prevention and management* (pp. 31–42). New York, NY: Springer.
- Kuntz, J. R. & Abbott, M. (2017). Authenticity at work: A moderated mediation analysis. *International Journal of Organizational Analysis*, 25, 789–803.
- Leary, M. R. (2005). Varieties of interpersonal rejection. In K. D. Williams, J. P. Forgas & W. von Hippel (Eds.), *The social outcast. Ostracism, social exclusion, rejection, and bullying* (pp. 35–51). New York, NY: Psychology Press.
- Leary, M. R. & Cottrell, C. A. (2013). Evolutionary perspectives on interpersonal acceptance and rejection. In C. N. DeWall (Ed.), *The Oxford handbook of social exclusion* (pp. 9–19). New York, NY: Oxford University.
- Leary, M. R., Kelly, K. M., Cottrell, C. A. & Schreindorfer, L. S. (2013). Construct validity of the need to belong scale: Mapping the nomological network. *Journal of Personality Assessment*, 95, 610–624.
- Lyu, Y. & Zhu, H. (2019). The predictive effects of workplace ostracism on employee attitudes: A job embeddedness perspective. *Journal of Business Ethics*, 158, 1083–1095.
- Markowitz, R. (2007). Inklusion und soziale Integration von Menschen mit Behinderungen. In G. Cloerkes (Ed.), *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung* (Edition S, pp. 2007–2278). Heidelberg: Winter.
- Martinescu, E., Jansen, W. & Beersma, B. (2021). Negative gossip decreases targets' organizational citizenship behavior by decreasing social inclusion. A multi-method approach. *Group & Organization Management*, 46, 463–497.
- McGonagle, A. K. & Barnes-Farrell, J. L. (2014). Chronic illness in the workplace: Stigma, identity threat and strain. *Stress and*

- Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30, 310–321.
- Metin, U. B., Taris, T. W., Peeters, M. C. W., van Beek, I. & van den Bosch, R. (2016). Authenticity at work – A job-demands resources perspective. *Journal of Managerial Psychology*, 31, 483–499.
- Meyer, J. P., Allen, N. J. & Smith, C. A. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three-component conceptualization. *Journal of Applied Psychology*, 78, 538–551.
- Meyer, J. P. & Maltin, E. R. (2010). Employee commitment and well-being: A critical review, theoretical framework and research agenda. *Journal of Vocational Behavior*, 77, 323–337.
- Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L. & Topolnysky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61 (1), 20–52.
- Miraglia, M. & Johns, G. (2016). Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21, 261–283.
- Otten, S. & Jansen, W. S. (2015). Predictors and consequences of exclusion and inclusion at the culturally diverse workplace. In S. Otten (Eds.), *Towards inclusive organizations. Determinants of successful diversity management at work* (pp. 67–86). New York, NY: Psychology Press.
- Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: a cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328–345.
- Pereira, D., Meier, L. L. & Elfering, A. (2013). Short-term effects of social exclusion at work and worries on sleep. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29, 240–252.
- Pickett, C. L. & Hess, Y. D. (2017). Social exclusion and the self. In K. D. Williams & S. A. Nida (Eds.), *Ostracism, exclusion, and rejection* (pp. 113–129). New York, NY: Routledge.
- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Lee, J.-Y. & Podsakoff, N. P. (2003). Common method biases in behavioral research: A critical review of the literature and recommended remedies. *The Journal of Applied Psychology*, 88, 879–903.
- Quinn, D. M. & Earnshaw, V. A. (2011). Understanding concealable stigmatized identities: The role of identity in psychological, physical, and behavioral outcomes. *Social Issues and Policy Review*, 5, 160–190.
- R Core Team. (2019). *R: A Language and Environment for Statistical Computing* (Version 3.6.2) [Computer software]. Vienna, Austria. Retrieved from www.r-project.org
- Ragins, B. R. (2008). Disclosure disconnects: Antecedents and consequences of disclosing invisible stigmas across life domains. *Academy of Management Review*, 33, 194–215.
- Riggle, E. D. B., Rostosky, S. S., Black, W. W. & Rosenkrantz, D. E. (2017). Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4 (1), 54–62.
- Ringle, C. M., Wende, S. & Becker, J.-M. (2015). *SmartPLS* (Version 3.2.9) [Computer software]. Boenningstedt, Germany. Verfügbar unter: www.smartpls.com
- Robinson, S. & Schabram, K. (2017). Workplace ostracism. In K. D. Williams & S. A. Nida (Eds.), *Ostracism, exclusion, and rejection* (pp. 224–239). New York, NY: Routledge.
- Rohleder, N. (2016). Chronic Stress and Disease. In I. Berczi (Ed.), *Insights to neuroimmune biology* (pp. 201–2014). Cambridge, MA: Elsevier.
- Santuzzi, A. M., Waltz, P. R., Finkelstein, L. M. & Rupp, D. E. (2014). Invisible disabilities: unique challenges for employees and organizations. *Industrial and Organizational Psychology*, 7, 204–219.
- Sarstedt, M., Hair, J. F., Ringle, C. M., Thiele, K. O. & Gudergan, S. P. (2016). Estimation issues with PLS and CBSEM. Where the bias lies! *Journal of Business Research*, 69, 3998–4010.
- Scandura, T. A. & Graen, G. B. (1984). Moderating effects of initial leader-member exchange status on the effects of a leadership intervention. *Journal of Applied Psychology*, 69, 428–436.
- Schaufeli, W. B., Shimazu, A., Hakanen, J., Salanova, M. & Witte, H. de (2017). An ultra-short measure for work engagement. The UWES-3 validation across five countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 35, 577–591.
- Schrader, S. von, Malzer, V. & Bruyère, S. (2014). Perspectives on disability disclosure: the importance of employer practices and workplace climate. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 26, 237–255.
- Schüler, J., Sheldon, K. M., Prentice, M. & Halusic, M. (2016). Do some people need autonomy more than others? Implicit dispositions toward autonomy moderate the effects of felt autonomy on well-being. *Journal of Personality*, 84 (1), 5–20.
- Shuo Jin, E. & Josephs, R. A. (2017). Acute and chronic physiological consequences of social rejection. In K. D. Williams & S. A. Nida (Eds.), *Ostracism, exclusion, and rejection* (pp. 81–94). New York, NY: Routledge.
- Sneddon, A., Mearns, K. & Flin, R. (2013). Stress, fatigue, situation awareness and safety in offshore drilling crews. *Safety Science*, 56, 80–88.
- Spector, P. E., Bauer, J. A. & Fox, S. (2010). Measurement artifacts in the assessment of counterproductive work behavior and organizational citizenship behavior: Do we know what we think we know? *The Journal of Applied Psychology*, 95, 781–790.
- Statistisches Bundesamt (2021). *Bevölkerung und Demografie* (Auszug aus dem Datenreport Nr. 1). Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/_inhalt.html
- Stekhoven, D. J. & Bühlmann, P. (2012). MissForest—non-parametric missing value imputation for mixed-type data. *Bioinformatics*, 28 (1), 112–118.
- Thompson, E. R. (2007). Development and validation of an internationally reliable short-form of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS). *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 227–242.
- United Nations (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities (CRPD)*. Retrieved from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
- Van Wilder, L., Rammant, E., Clays, E., Devleeschauwer, B., Pauwels, N. & Smedt, D. de (2019). A comprehensive catalogue of EQ-5D scores in chronic disease: Results of a systematic review. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 28, 3153–3161.
- Vornholt, K., Villotti, P., Muschalla, B., Bauer, J., Colella, A., Zijlstra, F. et al. (2018). Disability and employment – overview and highlights. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 27 (1), 40–55.
- Wansing, G. (2016). Was bedeutet Inklusion? Annäherungen an einen vielschichtigen Begriff. In T. Degener & E. Diehl (Hrsg.), *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (S. 43–54). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Watkins, E. R. & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour research and therapy*, 127, 103573.
- World Health Organization (2001). *ICF. International classification of functioning, disability and health*. Genf: Autor.

- Wu, C.-H., Liu, J., Kwan, H. K. & Lee, C. (2016). Why and when workplace ostracism inhibits organizational citizenship behaviors: An organizational identification perspective. *Journal of Applied Psychology, 101*, 362–378.
- Zhang, J., Li, W., Ma, H. & Smith, A. P. (2020). Switch off totally or switch off strategically? The consequences of thinking about work on job performance. *Psychological Reports, 33294120968080*. <https://doi.org/10.1177/0033294120968080>
- Zhang, L., Fan, C., Deng, Y., Lam, C. F., Hu, E. & Wang, L. (2019). Exploring the interpersonal determinants of job embeddedness and voluntary turnover: A conservation of resources perspective. *Human Resource Management Journal, 29*, 413–432.

Historie

Eingegangen: 22.02.2021

Revision eingegangen: 17.01.2022

Onlineveröffentlichung: 25.05.2022

Ethische Richtlinien

Ein positives Votum der zuständigen Ethikkommission lag vor Durchführung der Online-Befragung vor.

Förderung

Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Universität zu Köln.

ORCID

Veronika Chakraverty

 <https://orcid.org/0000-0002-4060-1746>

Veronika Chakraverty

Lehrstuhl für Arbeit und Berufliche Rehabilitation

Universität zu Köln

Herbert-Lewin-Str. 2

50931 Köln

Deutschland

veronika.chakraverty@uni-koeln.de