

SCHÄFFER
POESCHEL

1.1 Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling – Einführung und Überblick

Von **Dr. Jürgen Stierle**, Geschäftsführer des Trainings- und Beratungsunternehmens Stierle Consulting, und **Professor Dr. Antonio Vera**, Leiter des Fachgebietes Organisation und Personalmanagement an der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster

1.1.1 Einleitung

Das Thema »Gesundheit«, das bis weit in die 1990er-Jahre hinein nur relativ selten Gegenstand von betriebswirtschaftlichen Analysen war, hat sich mittlerweile zu einem wichtigen Teilbereich der Betriebswirtschaftslehre und insbesondere des Personalmanagements entwickelt (vgl. z. B. Stock-Homburg 2008, S. 677ff.). Die hohe Relevanz dieses Themenfeldes spiegelt sich nicht nur in den zahlreichen Fachpublikationen zum Gesundheitsmanagement wider, sondern auch in der Tatsache, dass es mittlerweile kaum noch größere Unternehmen oder Behörden gibt, die auf eine explizit für Gesundheitsmanagement zuständige Organisationseinheit verzichten. Offensichtlich hat man in der Praxis erkannt, dass sich Investitionen in die Gesundheit der Belegschaft bzw. des Humankapitals als wichtigster Ressource einer Organisation durchaus lohnen.

Die Ursachen für die gestiegene Bedeutung des Gesundheitsmanagements in den letzten Jahrzehnten sind vielfältig. Im Mittelpunkt dieser Entwicklung stehen aber weniger physische Belastungsfaktoren oder »klassische« Arbeitsunfälle als vielmehr psychosoziale Belastungsfaktoren wie z. B. Stress. In der modernen Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts haben zudem die veränderten individuellen Wertvorstellungen der Mitarbeitenden einen stärkeren Einfluss auf die Ausgestaltung des Personalmanagements als früher (vgl. Meifert/Kesting 2004, S. 7f.). So sind mittlerweile im Wertesystem der meisten Mitarbeitenden Faktoren wie Freizeit, Familie, Selbstentfaltung und eben auch Gesundheit zumindest gleichberechtigt neben Arbeit und Karriere getreten. Erfolgsorientierte Unternehmen, die auf besonders leistungsfähige, flexible und motivierte Mitarbeitende angewiesen und sich des intensiven Wettbewerbs um dieses wertvolle Humankapital bewusst sind, können ihre Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt deutlich erhöhen, wenn sie ein umfassendes Gesundheitsmanagement-Konzept vorweisen können, das auf die Gesunderhaltung der Belegschaft und eine nachhaltige, ausgewogene Balance zwischen Berufs- und Privatleben abzielt.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist in diesem Zusammenhang sicherlich der demografische Wandel (vgl. Brandenburg/Domschke 2007, S. 17ff.). Dass die deutsche Gesellschaft zunehmend älter wird, lässt sich heutzutage nicht mehr ernsthaft leugnen. Alle vorliegenden Bevölkerungsprognosen kommen zu dem Ergebnis, dass sich das Verhältnis von jüngeren zu älteren Menschen stark zugunsten der älteren Jahrgänge verändern wird. Der demografische Wandel dürfte daher in den nächsten Jahrzehnten eine gewaltige Herausforderung für die Gesellschaft darstellen. Die Auswirkungen dieser Entwicklung sind bereits jetzt in vielen Bereichen deutlich sichtbar: hohe und vermutlich weiter steigende Krankenkassen- und Rentenversicherungsbeiträge, eine explodierende Nachfrage

nach Pflegekräften und geriatrisch ausgebildeten Medizinerinnen, ein steigendes Angebot an speziell auf die Belange von Senioren ausgerichteten Produkten, Wohnanlagen, Reisen usw.

Und auch die Tatsache, dass sich die zunehmende Alterung der Bevölkerung negativ auf den Gesundheitszustand, die körperliche und geistige Fitness und damit auf die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten in Unternehmen und Behörden auswirken wird, ist offensichtlich (vgl. Brandenburg/Domschke 2007, S. 81ff.). Die medizinischen Fakten sprechen hier eine sehr deutliche Sprache. Ab dem dritten Lebensjahrzehnt lassen die Leistungsfähigkeit des zentralen Nervensystems und die Nervenleitgeschwindigkeit nach, was zu einer Abnahme von Gedächtnisleistung, Konzentrationsfähigkeit, Lernfähigkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Arbeitstempo führt. Zudem kommt es bei fast allen Menschen zu einer Abnahme der Muskelmasse, zu einem Anstieg des Körperfettanteils, zu einer Verschlechterung der Kondition und zu einer Zunahme der chronischen Erkrankungen und der körperlichen Verschleißerscheinungen (vgl. Vera/Kölling 2012, S. 13ff.). Dies spiegelt sich in höheren Ausfallzeiten wider, wobei ältere Mitarbeitende im Vergleich zu jüngeren zwar nicht häufiger krank, im Krankheitsfall aber deutlich länger abwesend sind (vgl. Buchter et al. 2006, S. 41ff.; Holz 2007, S. 37ff.).

Unter diesen Rahmenbedingungen spielen Gesundheit im Allgemeinen und Gesundheitsmanagement im Besonderen eine zentrale Rolle dabei, die Leistungsfähigkeit und den Erfolg von Unternehmen und Behörden langfristig zu sichern. Insofern verwundert es nicht, dass diese Themen in den Fokus der Betriebswirtschaftslehre gerückt sind (vgl. Stierle/Vera 2012, S. 308ff.).

1.1.2 Gesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement

Die gegenwärtig in Wissenschaft und Praxis dominierende Definition von Gesundheit formulierte die Weltgesundheitsorganisation bereits Ende der 1940er-Jahre: Sie betrachtet Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden (vgl. Badura/Helmann 2003, S. 13). Dabei wurde durchaus bewusst von der »klassischen« und immer noch weit verbreiteten Vorstellung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit abgewichen und die Bedeutung der aktiven Förderung von Gesundheit gegenüber der Beseitigung von Krankheit betont. Die Ursachen für Einschränkungen der Gesundheit können dabei sowohl in der privaten als auch in der beruflich-betrieblichen Sphäre verortet sein.

Dementsprechend wird betriebliches Gesundheitsmanagement üblicherweise definiert als ein ganzheitliches Konzept zur bewussten Steuerung, Integration und Entwicklung aller betrieblichen Leistungsprozesse eines Unternehmens oder einer Behörde mit dem Ziel, das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern (vgl. Wienemann 2000, S. 484). In diesem Sinne geht es über die gesetzlichen Verpflichtungen eines Arbeitgebers zum Arbeitsschutz und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement hinaus und stellt eine Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung zu einem Führungsinstrument dar, das die Gesundheit der Mitarbeitenden und ihre Leistungsfähigkeit als Querschnittsaufgabe versteht (vgl. Badura et al. 1999, S. 9). Die Luxem-

burger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Jahr 1997 geht sogar noch einen Schritt weiter, indem sie die gesellschaftliche Dimension dieses Themas betont und dementsprechend alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft, die der Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz dienen, umfasst (vgl. Meifert/Kesting 2004, S. 8).

Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt somit nicht nur die klassische arbeitswissenschaftliche, auf den Schutz der Mitarbeitenden abzielende Frage »Was macht bei der Arbeit krank?«, sondern fragt auch »Was erhält bei der Arbeit gesund?« und betont damit den Förderaspekt (vgl. Vera/Kokoska 2009, S. 37ff.). Das Ziel liegt also nicht nur in der Vermeidung von Krankheiten, sondern auch darin, »gesundheitliche Potentiale, die in der Person, in ihrem Verhalten, aber auch in den Verhältnissen z. B. im Betrieb liegen, zu einer besseren Bewältigung von Arbeit und Leben zu nutzen« (Richenhagen 2007, S. 39). Das öffentliche Gesundheitswesen sowie oftmals leider auch die betriebsärztlichen Dienste sind vor allem auf die medizinische Behandlung von gesundheitlichen Einschränkungen ausgerichtet – und weniger auf ihre Vermeidung. Es erscheint aber wenig zweckmäßig, nicht arbeitsfähige Mitarbeiter medizinisch zu behandeln, während die Ursachen für die Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestehen (vgl. Ilmarinen 2006, S. 363).

Im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagement muss vielmehr angestrebt werden, Mensch und Organisation gemeinsam und aufeinander bezogen dazu zu bringen, Risiken, Belastungen, Beanspruchungen und schädigende Potenziale in der Arbeit zu erkennen, um sie so weit wie möglich zu vermeiden oder zumindest zu mildern. Dabei sind auch außerhalb der Arbeit angesiedelte Faktoren (individuelles Gesundheitsverhalten), die sich auf den Arbeitszusammenhang auswirken, zu berücksichtigen. Neben der betrieblichen Gesundheitsförderung (z. B. Präventivsportangebote, Ernährungsberatung, Suchtprävention, Anti-Stress-Trainings) umfasst ein solches Konzept daher üblicherweise Maßnahmen zur Verbesserung der Führungskultur und der Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf sowie zur alternsgerechten Gestaltung der Arbeit.

Der hohe Nutzen und die Notwendigkeit von betrieblichem Gesundheitsmanagement ist mittlerweile von den meisten größeren Unternehmen und Behörden erkannt worden. Dabei geht es nicht nur um die damit erzielbaren Verbesserungen bei den sogenannten weichen Faktoren wie z. B. Attraktivität auf dem Arbeitsmarkt, Motivation oder Innovationskraft, sondern auch um durchaus »harte« Kostensenkungen, die durch einen reduzierten Krankenstand erreicht werden können (vgl. Meifert/Kesting 2004, S. 9f.). Dementsprechend findet man nur noch wenig Organisationen, die in den letzten Jahren keine Maßnahmen im Bereich des Gesundheitsmanagements eingeleitet haben. Vor allem die absehbaren Auswirkungen des demografischen Wandels haben dazu geführt, dass das Thema Gesundheitsmanagement auf der Ebene des Topmanagements aufgegriffen und die Umsetzung von umfassenden, mit nicht unerheblichen Kosten verbundenen Gesundheitsmanagement-Konzepten forciert worden ist. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass der Erfolg von Gesundheitsmanagement eine sehr langfristige Perspektive voraussetzt und dass es nicht ausreicht, gesundheitsfördernde Maßnahmen bei älteren oder besonders hohe Ausfallzeiten aufweisenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu ergreifen, sondern dass es vielmehr erforderlich ist, bereits bei den jüngeren und gesunden Mitarbeitenden anzusetzen und diese frühzeitig zu einer aktiven und gesunden Lebensführung zu bewegen.

1.1.3 Gesundheitscontrolling

Zu den bisher vernachlässigten Aspekten des betrieblichen Gesundheitsmanagements gehört dessen Einbeziehung in das Planungs-, Steuerungs- und Koordinationssystem – d. h. in das Controlling – der Organisation. Angesichts der zentralen Rolle, die das Controlling heutzutage in allen größeren privatwirtschaftlichen wie auch öffentlichen Organisationen als Führungsunterstützungssystem spielt, erscheint es unerlässlich, das betriebliche Gesundheitsmanagement mit dem Controlling zu verknüpfen. Ein so verstandenes Gesundheitscontrolling beinhaltet das »Monitoring der Gesundheit von Führungskräften und Mitarbeitern einer Organisation. Es ist ein System zur Unterstützung und Beratung des Managements in Fragen der Gesundheit von Führungskräften und Mitarbeitern« (Siller/Stierle 2011, S. 105). Dabei ermöglicht es eine zielorientierte Planung, Steuerung und Kontrolle aller betrieblichen Gesundheitsmanagement-Maßnahmen und macht den Erfolg oder Misserfolg dieser Maßnahmen sichtbar. Dementsprechend gehören insbesondere Frühwarnsysteme und Kennzahlensysteme zu den wesentlichen Instrumenten des Gesundheitscontrollings.

Ein solches Gesundheitscontrolling dürfte in der Regel eine Vielzahl von Aufgaben umfassen, die, aufeinander abgestimmt, dazu beitragen sollen, den Gesundheitszustand aller Beschäftigten zu optimieren. Dazu gehört insbesondere die systematische Erfassung des Gesundheits- und Fitnessstatus aller Führungskräfte und Mitarbeitenden sowie die regelmäßige Analyse dieser Daten, da nur auf diese Weise ein systematisches Gesundheitsmonitoring sowie die darauf aufbauende Prognose der gesundheitsbezogenen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit der Belegschaft möglich sind. Zusätzlich zu erheben und zu analysieren sind aber auch Fehlzeiten, Krankenstände, krankheitsbedingte Personalkosten, Kosten von Vorsorgemaßnahmen usw. Darüber hinaus sind von Zeit zu Zeit Gesundheitsrisikoanalysen durchzuführen, die aber nicht nur der Identifizierung beispielsweise von möglichen Unfallrisiken oder von absehbaren gesundheitsschädigenden Leistungsprozessen dienen sollen, sondern die darüber hinaus auch »weiche« Indikatoren wie psychische Belastungen, Veränderungen der Arbeitszufriedenheit, interne Konflikte oder Präsentismus – d. h. das Erscheinen am Arbeitsplatz trotz Erkrankung – enthalten sollten. Eine wichtige Rolle spielt dabei selbstverständlich auch eine detaillierte Analyse der Altersstruktur der gesamten Belegschaft, die auch die Qualifikationsstruktur und die voraussichtlichen Ruhestandsabgänge berücksichtigt. Auf diese Weise könnten möglicherweise frühzeitig Maßnahmen zur Abwehr dieser Risiken eingeleitet werden, bevor sich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Belegschaft tatsächlich einstellt. Letztlich sollten die erhobenen Daten und die durchgeführten Analysen in eine Gesundheitsförderungsplanung inklusive der dazugehörigen Budgets münden, deren Umsetzung und Kontrolle ebenfalls Aufgabe des Gesundheitscontrollings ist. Zweckmäßig dürfte auch die Durchführung von Benchmarking-Aktivitäten sein, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten in Bezug auf das betriebliche Gesundheitsmanagement von anderen Unternehmen oder Behörden zu erkennen und entsprechende Lernprozesse zu initiieren.

Von entscheidender Bedeutung ist hierbei – wie bei anderen Controllingaufgaben auch – die Art und Weise der Analyse und der (grafischen) Aufbereitung der erhobenen Daten. Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass der »Abnehmer« der oben dargestellten Analysen die Unternehmensleitung ist. Eine nützliche Unterstützung und zielgerichtete Beratung des Topmanagements setzt aber voraus, dass dieser nicht auf dem Gebiet des

betrieblichen Gesundheitsmanagements geschulte Personenkreis entscheidungsrelevante Entwicklungen in den Daten auch tatsächlich frühzeitig erkennen kann. Insofern ist die Entwicklung eines nutzerfreundlichen kennzahlenbasierten Frühwarnsystems unverzichtbar. Angesichts der Vielzahl an existierenden und sinnvollen Kennzahlen zum Gesundheitsmanagement sind zahlreiche unterschiedliche Kennzahlensysteme möglich (vgl. Günther et al. 2009, S. 367ff.). Diese Kennzahlen lassen sich beispielweise grob in gesundheitsbezogene und krankheitsbezogene Kennzahlen unterscheiden. Abbildung 1-1 enthält eine Auswahl an häufig verwendeten gesundheits- und krankheitsbezogenen Kennzahlen.

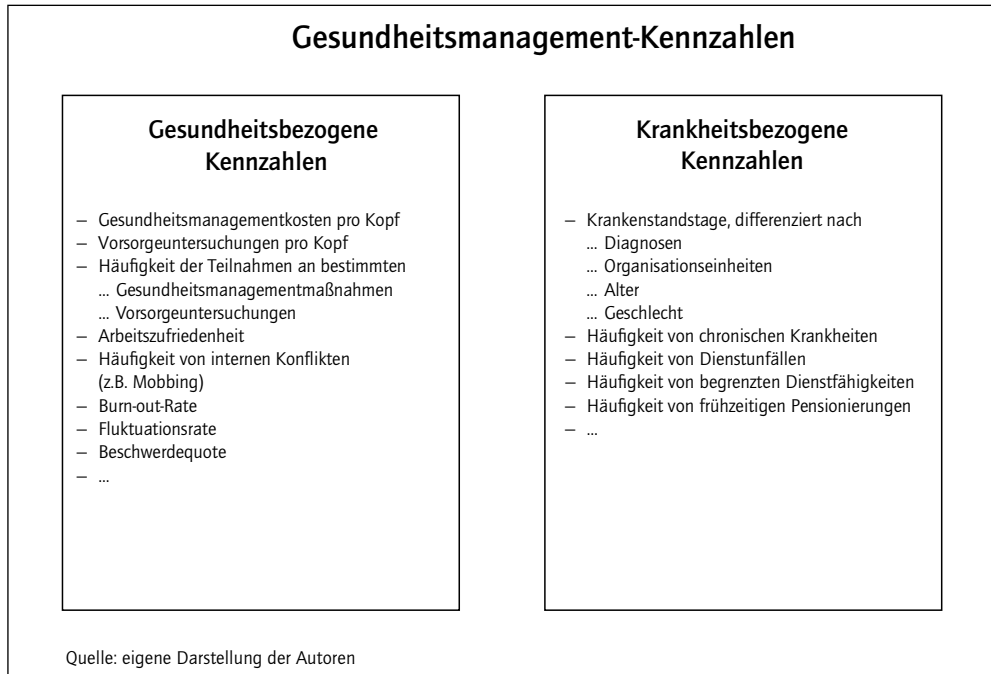


Abbildung 1-1: Gesundheitsmanagement-Kennzahlen

Zu den wichtigsten Aufgaben des Gesundheitscontrollings gehört es, ein Kennzahlensystem zu entwickeln, das unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Besonderheiten einer Organisation die Informationsbedürfnisse der Unternehmensleitung möglichst exakt befriedigt. Wichtiger als eine möglichst hohe Zahl an Indikatoren dürfte dabei sein, diejenigen Kennzahlen zu identifizieren, die von der Unternehmensleitung als besonders wichtig und aussagekräftig eingeschätzt werden, und diese dann möglichst präzise zu erheben, belastbar zu prognostizieren und anschaulich in den regelmäßigen Controllingberichten darzustellen. Als äußerst wertvoll ist auch die Betrachtung von Zusammenhängen zwischen den Kennzahlen einzuschätzen, insbesondere zwischen gesundheits- und krankheitsbezogenen Indikatoren, da auf diese Weise auf Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge geschlossen werden kann. Gehen beispielsweise Veränderungen der Arbeitszufriedenheit oder der Teilnahme an bestimmten Gesundheitsmanagement-Maßnahmen regelmäßig mit einer entsprechenden Veränderung der Krankenstandstage einher, bietet dies den zustän-

digen Entscheidungsträgern sicherlich Ansatzpunkte zur Optimierung des Gesundheitsmanagement-Konzepts.

Damit ein solches Kennzahlensystem auch eine Funktion als Frühwarnsystem erfüllt, sind zudem für die zentralen Kennzahlen Sollwerte zu planen, sodass ab einer bestimmten Abweichung der Ist-Werte von diesen Sollwerten von einem Handlungsbedarf auszugehen ist. In der Controllingpraxis werden hierbei oftmals sogenannte Ampelsysteme eingesetzt, bei denen die Farbe Grün für eine normale Ausprägung des Indikators steht, während die Farbe Gelb für eine eher geringfügige Abweichung von Ist- und Sollwerten steht und die Farbe Rot eine starke Abweichung und damit einen unmittelbaren Handlungsbedarf signalisiert.

Die Umsetzung eines Gesundheitscontrollings kann die Unternehmensleitung zwar selber übernehmen, in der Regel wird sie die Aufgabe aber an einen Gesundheitscontroller – ab einer gewissen Größe womöglich sogar an mehrere Personen – delegieren. Ein Gesundheitscontroller sollte gemäß dem Arbeitssicherheitsgesetz analog z. B. zum Datenschutzbeauftragten aufgrund seiner verantwortungsvollen Funktion die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Zuverlässigkeit besitzen. Dies bedeutet vor allem, dass Know-how in den Bereichen Arbeitsmedizin, Arbeits- und Sozialrecht, Personalcontrolling, Sozial- und Organisationspsychologie usw. erforderlich ist, da andernfalls eine zufriedenstellende Erfüllung der anspruchsvollen Aufgaben des Gesundheitscontrollings kaum gelingen wird. Dementsprechend ist entweder ein ausgebildeter bzw. studierter Gesundheitscontroller neu einzustellen oder – was die vermutlich häufiger gewählte Alternative sein dürfte – ein Mitarbeiter oder eine Mitarbeiterin in diesem Bereich gezielt aus- bzw. fortzubilden (vgl. Stierle/Vera 2012).

1.1.4 Aufbau des Handbuchs

Die bisherigen Ausführungen dürften gezeigt haben, dass die Umsetzung von ganzheitlich ausgerichteten Gesundheitsmanagement-Konzepten nicht nur äußerst sinnvoll, sondern nahezu unvermeidlich ist, um als erfolgsorientierte Organisation in der modernen Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts bestehen zu können. Gesundheitscontrolling ist dabei ein elementarer Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements, da es die Koordination der verschiedenen Maßnahmen und die Feststellung ihres Erfolgs oder Misserfolgs ermöglicht und auf diese Weise die Unternehmensleitung in die Lage versetzt, das Gesundheitsmanagement-Konzept zu optimieren. Das vorliegende Handbuch beschäftigt sich mit diesem Themenfeld und soll Entscheidungsträger in Unternehmen und Behörden dabei unterstützen, ein geeignetes Gesundheitsmanagement- und Gesundheitscontrolling-Konzept zu entwickeln und zu implementieren. Angesichts der Komplexität und Interdisziplinarität dieses Themenfeldes erscheint das Format eines Handbuchs besonders geeignet, da auf diese Weise die verschiedenen Teilaspekte des Gesundheitsmanagements von Experten aus den zahlreichen betroffenen Disziplinen – z. B. Betriebswirtschaftslehre, Medizin, Psychologie oder Rechtswissenschaft – bearbeitet werden können. Die Struktur des vorliegenden Handbuchs, das aus drei Teilen und insgesamt 27 Einzelbeiträgen besteht, wird in Abbildung 1-2 veranschaulicht.

Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement

Teil 1: Grundlagen

- Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling – Einführung und Überblick (J. Stierle/A. Vera)
- Ein Prinzipal-Agenten-Modell des Gesundheitsmanagements (J. Stierle)
- Die Bedeutung des demografischen Wandels (V. Luczak)
- Erscheinungsformen und Ursachen von Krankheiten (S. Teupe/J. Stierle)
- Das deutsche Gesundheitssystem (J. Stierle)
- Der Gesundheitsmanager mit seinen externen und internen Prüf- und Steuerungsorganen (J. Stierle)
- Sozialrechtliche Aspekte des Gesundheitsmanagements (E. Schneider)
- Gesundheitsschutz und Arbeitsrecht (H. Kohnen)
- Betriebliches Gesundheitsmanagement im internationalen Vergleich (O.-T. Hensler)
- Internationale Gesundheitsorganisationen (J. Stierle)

Teil 2: Konzepte

- Betriebswirtschaftliche Aspekte von Gesundheit und betrieblichem Gesundheitsmanagement (H. Siller/L. Cibak)
- Gesunde und ethische Führung (W. Schiewek/G. Thielmann)
- Organisationskultur und Gesundheitsmanagement (L. Jablonowski/A. Vera)
- Systeme zur Früherkennung von Gesundheits- und Leistungsrisiken (H. Siller)
- Innovation und Gesundheit (B. Kriegesmann/T. Kley/C. Lücke)
- Die (Weiter-)Entwicklung von Kostenträgerstrukturen im deutschen Gesundheitssystem (T. Höpfner)
- Präventions- und Versorgungsansätze bei Berufskrankheiten – dargestellt am Beispiel beruflich bedingter Hauterkrankungen (B. Maier)
- Gesundheitspsychologie (R. Hormel)
- Gesundheitspädagogik (K. Glasmachers)
- Emotionsmanagement, Leistung und Gesundheit (K. Tadge)
- Balance der Lebensbereiche (I. Ruland)
- Stress- und Burn-out (J. Stierle)

Teil 3: Praxisbeispiele

- Das Gesundheitsmanagementkonzept der Stadt Recklinghausen (B. Becker)
- Entwicklung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen der Chemischen Industrie (K. Pelster/B. Müller)
- Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialberatung am Beispiel der LVM Versicherung (W. Kirchner)
- Präventionskonzepte für Mitarbeiter in einem Krankenhaus (H. Kirchner)
- Demografischer Wandel und Gesundheitsmanagement in einer Polizeibehörde (K. Tadge/A. Vera)

Quelle: eigene Darstellung der Autoren

Abbildung 1-2: Struktur des vorliegenden Handbuchs

Der erste Teil (1 – Grundlagen) beschäftigt sich mit zehn grundlegenden Themen- und Problemfeldern, die für die Umsetzung von betrieblichem Gesundheitsmanagement von besonderer Bedeutung sind. Hierzu zählen neben dieser Einleitung Beiträge zum deutschen Gesundheitssystem (Jürgen Stierle), zum demografischen Wandel (Vanessa Luczak), zu den medizinischen (Sigrid Teupe/Jürgen Stierle), den sozialrechtlichen (Egbert Schneider) und den arbeitsrechtlichen (Hiltrud Kohnen) Grundlagen des Gesundheitsmanagements. Ebenfalls behandelt werden in diesem Teil 1 aber auch ein Prinzipal-Agenten-Modell des Gesundheitsmanagements (Jürgen Stierle), die Rolle des Gesundheitsmanagers (Jürgen Stierle), betriebliches Gesundheitsmanagement im internationalen Vergleich (Oliver-Timo Henssler) und internationale Gesundheitsorganisationen (Jürgen Stierle).

Der zweite Teil (2 – Konzepte) wendet sich dann deutlich stärker der Praxis des Gesundheitsmanagements zu und stellt zwölf wichtige Konzepte und Ansätze zu diesem Thema vor. Im Mittelpunkt stehen dabei die Beiträge zu den betriebswirtschaftlichen Aspekten von Gesundheit und Gesundheitsmanagement (Helmut Siller/Lubos Cibak) und zu den Systemen zur Früherkennung von Gesundheits- und Leistungsrisiken (Helmut Siller), die den Fokus auf Controllingaspekte legen, sowie ein Beitrag zu gesunder und ethischer Führung (Werner Schiewek/Gerd Thielmann). Ebenfalls behandelt werden die Themen Organisationskultur (Lara Jablonowski/Antonio Vera), Innovation (Bernd Kriegesmann/Thomas Kley/Christina Lücke), Gesundheitspsychologie (Roland Hormel), Gesundheitspädagogik (Katja Glasmachers) und Emotionsmanagement (Katharina Tadge). Des Weiteren sind in diesem Teil 2 noch Beiträge enthalten, die sich mit der Entwicklung von Kostenträgerstrukturen (Thomas Höpfner), Präventions- und Versorgungsansätzen bei Berufskrankheiten (Björn Maier) sowie mit den in letzter Zeit intensiv in den Medien diskutierten Konzepten einer Work-Life-Balance bzw. einer Balance der Lebensbereiche (Isabel Ruland) sowie Stress- und Burn-out und deren Prävention (Jürgen Stierle).

Der dritte Teil dieses Handbuchs (3 – Praxisbeispiele) enthält schließlich fünf Beiträge, die beispielhaft veranschaulichen sollen, wie betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis umgesetzt worden ist. Es werden die Gesundheitsmanagementkonzepte der Stadt Recklinghausen (Birgit Becker), eines Unternehmens der chemischen Industrie (Klaus Pelster/Beate Müller), der LVM Versicherung (Wilhelm Kirchner), eines Krankenhauses (Helga Kirchner) sowie einer Polizeibehörde (Katharina Tadge/Antonio Vera) vorgestellt. Dabei zeigt sich nicht nur, dass die Umsetzung von Gesundheitsmanagement in der Praxis eine anspruchsvolle und sensible Aufgabe ist, sondern darüber hinaus auch, dass sehr unterschiedliche Herangehensweisen an dieses Thema möglich sind und dass der Erfolg von Gesundheitsmanagement in hohem Maße davon abhängt, ob es gelingt, das jeweilige Konzept genau auf den besonderen Bedarf der jeweiligen Organisation auszurichten.

Literatur

- Badura, B./Helmann, T. (2003): Betriebliches Fehlzeiten-Management – Instrumente und Praxisbeispiele für erfolgreiches Anwesenheits- und Vertrauensmanagement. Berlin 2003.
- Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin 1999.
- Brandenburg, U./Domschke, J.-P. (2007): Die Zukunft sieht alt aus – Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden 2007.

- Buchter, A./Böcher, A./Müller, M. (2006): Altersabhängige Leistungsfähigkeit und Gesundheit von Führungskräften und Mitarbeitern. In: Saarländisches Ärzteblatt, 59. Jg., 2006, Nr. 5, S. 41–43.
- Günther, T./Albers, C./Hamann, M. (2009): Kennzahlen zum Gesundheitscontrolling in Unternehmen. In: ZfCM – Controlling & Management, Heft 6, S. 367–375.
- Holz, M. (2007): Leistungs- und Erwerbsfähigkeit älterer Mitarbeiter – Allgemeine Veränderungsprozesse im Alterungsprozess. In: Holz, M./Da-Cruz, P. (Hrsg.): Demografischer Wandel in Unternehmen – Herausforderung für die strategische Personalplanung. Wiesbaden 2007, S. 37–52.
- Ilmarinen, J. (2006): The ageing workforce – challenges for occupational health. In: Occupational Medicine, 56. Jg., 2006, Nr. 6, S. 361–364.
- Meifert, M.T./Kesting, M. (2004): Gesundheitsmanagement – Ein unternehmerisches Thema? In: Meifert, M.T./Kesting, M. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte – Praxis – Perspektiven. Berlin u. a.O. 2004, S. 3–13.
- Richenhagen, G. (2007): Altersgerechte Personalarbeit – Employability fördern und erhalten. In: Personalführung, Nr. 7, S. 35–47.
- Siller, H./Stierle, J. (2011): Gesundheitscontrolling – Früherkennung und Eigenverantwortung zur nachhaltigen Gesundheitssicherung. In: CFO aktuell, Heft 3, S. 103–106.
- Stierle, J./Vera, A. (2012): Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling in einer alternden Polizei. In: Kriminalistik, 66. Jg., 2012, Nr. 5, S. 308–312.
- Stock-Homburg, R. (2008): Personalmanagement: Theorien – Konzepte – Instrumente. Wiesbaden 2008.
- Vera, A./Kokoska, W. (2009): Die Polizei als alternde Organisation – Konsequenzen für das Personalmanagement. In: Kuratorium der Deutschen Hochschule der Polizei (Hrsg.): Ausgewählte Aspekte des Personalmanagements der Polizei. Schriftenreihe der Deutschen Hochschule der Polizei. Dresden 2009, S. 11–46.
- Vera, A./Kölling, K. (2012): Cop Culture in einer alternden Polizei. In: Vera, A. (Hrsg.): Organisation und Personalmanagement in der Polizei unter den Bedingungen des demographischen Wandels. Münster 2012, S. 11–56.
- Wienemann, E. (2000): Vom Alkoholverbot zum Gesundheitsmanagement. Stuttgart 2000.

1.2 Ein Prinzipal-Agenten-Modell des Gesundheitsmanagements

Von **Dr. Jürgen Stierle**, Geschäftsführer des Trainings- und Beratungsunternehmens Stierle Consulting

1.2.1 Einleitung

Die *Prinzipal-Agenten-Theorie* ist ein Teilgebiet der neuen Institutionenökonomik (NIÖ), die sich seit den 1970er-Jahren als Forschungsrichtung der Volkswirtschaftslehre – speziell der Mikroökonomie – entwickelt hat (vgl. Pindyck/Rubinfeld 2009, S. 816f.; Winter 2014, S. 2280). Während in der neoklassischen Theorie der institutionelle Rahmen (von Tauschprozessen) als gegeben angenommen wird, untersucht demgegenüber die neue Institutionenökonomik u. a. folgende Fragestellungen (vgl. Peukert 2014, S. 2280):

- Wie entsteht der institutionelle Rahmen?
- Welche Wirkungen haben die Rahmenbedingungen?
- Wie können Institutionen gestaltet werden, um effizient zu wirken?

Institutionen können als Systeme informeller und formaler Normen oder Regeln definiert werden, die menschliches Verhalten in eine bestimmte Richtung lenken sollen und sich hierbei bestimmter Anreiz- und Sanktionsmechanismen bedienen (vgl. Homann/Suchanek 2000, S. 116 f.; Winter 2014, S. 2281). Der Zweck von öffentlichen und privaten Unternehmen als Institutionen ist die Herstellung von Sachgütern oder Dienstleistungen durch die systematische Kombination verschiedener Produktionsfaktoren (Inputs) (vgl. Fandel/Lorth 2001, S. 273). Innerhalb des Gesundheits- und Leistungscontrollings interessiert sich die Geschäftsleitung vor allem für die Beantwortung folgender ökonomischer Fragen:

- Wie können die Krankheitskosten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Maßnahmen des Gesundheits- und Leistungscontrollings gesenkt werden?
- Wie kann die Arbeitsproduktivität (z. B. bei Präsentismus) mit Maßnahmen des Gesundheits- und Leistungscontrollings erhöht werden?

In der betriebswirtschaftlichen Literatur wird die Delegations-Beziehung zwischen dem Prinzipal und dem Agenten als *Agency-Beziehung* bezeichnet. Spezielle Anwendungsmöglichkeiten hat die *Agency-Theorie* im Bereich der Betriebswirtschaft insbesondere im Bereich des Controllings, der Produktion, der innerbetrieblichen Aufgabenverteilung und Delegation sowie des Personalmanagements (vgl. Jost 2001, S. 11f.; Winter 2014, S. 53). Eine Agency-Beziehung entsteht häufig, wenn der Agent über spezielles Wissen bzw. besondere Fähigkeiten im Hinblick auf die Ausführung von Dienstleistungen verfügt. Im Hinblick auf einzelne Branchen lassen sich die Aspekte der Agency-Theorie auch auf die Beziehungen zwischen Unternehmensberater und Kunde, Arzt und Patient sowie Rechtsanwalt und Mandant übertragen (vgl. Winter 2014, S. 53).

Bei dem Prinzipal-Agenten-Ansatz schließt der Prinzipal mit einem Agenten einen Kooperationsvertrag, aufgrund dessen der Agent eine Leistung erbringen muss. Die Kooperationsbeziehung ist geprägt durch unterschiedliche Interessen der Akteure,

durch Interessenkonflikte, Informationsasymmetrien sowie opportunistische Handlungsweisen.

Es lassen sich im Rahmen des Gesundheits- und Leistungscontrollings folgende drei Arten asymmetrischer Informationen unterscheiden (vgl. Erlei/Schmidt-Mohr 2014, S. 2546):

- Kann der Prinzipal die Handlungen des Agenten nicht beobachten und kann er auch im Nachhinein nicht auf die Handlung des Agenten zurückschließen, liegt ein Prinzipal-Agenten-Modell mit versteckter Handlung (*Hidden Action*) vor.
- Ist dem Prinzipal im Gegensatz zum Agenten der Umweltzustand nicht bekannt, von dem es abhängt, welche beobachtbare Aktion der Agent wählen sollte, so spricht man von versteckter Information (*Hidden Information*). Da beide Informationsasymmetrien nach Vertragsabschluss auftreten, handelt es sich um das Modell des moralischen Wagnisses (*Moral Hazard*).
- Verfügt der Agent bereits zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses über Informationen im Hinblick auf seinen Typ (z. B. seine Gesundheits- und Leistungsfähigkeit), die der Prinzipal nicht hat, so handelt es sich um ein Prinzipal-Agenten-Modell mit versteckten Eigenschaften (*Hidden Characteristics*). Diese Modelle werden im Schrifttum als *Adverse Selection* bezeichnet.

Eine wichtige Funktion des Controllings zur Gestaltung der Kooperationsbeziehung ist die optimale Gestaltung von Anreiz- und Sanktionssystemen im Unternehmen (vgl. Jost 2001, S. 359f.). Hierbei ist jedoch zu beachten, dass finanzielle Anreize die intrinsische Motivation des Agenten verdrängen können und Kontrollen zusätzliche Kosten verursachen sowie bei den Mitarbeitenden zu psychischen Kosten (z. B. Stress, Ängstlichkeit, Unsicherheit, höhere Fehlerhäufigkeit) führen (vgl. Knüppe 1987, S. 1066f.; Jost/von Bieberstein 2013, S. 161)

Aus der Sichtweise der Psychologie verdeutlicht der Prinzipal-Agenten-Klienten-Ansatz die Bedingung, dass aufgrund der Informationsasymmetrien alle beteiligten Personen Vertrauen aufbauen müssen (vgl. Wirtz 2013, S. 1639). Die Förderung einer Vertrauenskultur beschleunigt die Geschäftsprozesse und verringert die Kosten des Unternehmens. Besonders in Netzwerken, virtuellen Unternehmen oder auch in der zwischenbetrieblichen Kooperation ist die Entwicklung und Pflege der Vertrauensbeziehungen ein wichtiger Erfolgsfaktor (vgl. Dorsch 2013, S. 1639).

1.2.2 Beschreibung des Prinzipal-Agenten-Klienten-Modells

Stierle entwickelte im Jahre 2011 im Rahmen einer Forschungsarbeit zum betrieblichen Gesundheitscontrolling das folgende *Prinzipal-Agenten-Klienten-Modell* mit seinen neun Merkmalen (vgl. Stierle 2012, S. 17):

1. Der Prinzipal leitet ein öffentliches oder privates Unternehmen.
2. Für die Verwirklichung von Unternehmenszielen benötigt der Prinzipal Mitarbeiter (Agenten), denen er Aufgaben überträgt.
3. Der Prinzipal räumt den Agenten durch Vertrag oder Einzelanweisungen besondere Entscheidungs- oder Handlungsmöglichkeiten ein.