

Jürgen Stierle/Antonio Vera
(Hrsg.)



Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement

Unternehmenserfolg durch
Gesundheits- und Leistungscontrolling

SCHÄFFER
POESCHEL

Jürgen Stierle/Antonio Vera (Hrsg.)

Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement

Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling

2014
Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart



Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem, säurefreiem und alterungsbeständigem Papier

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7910-3208-5

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2014 Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft · Steuern · Recht GmbH
www.schaeffer-poeschel.de
info@schaeffer-poeschel.de

Lektorat: Elke Schindler, Spabrücken
Einbandgestaltung: Willy Löffelhardt/Jessica Joos (Foto: Shutterstock.com)
Satz: Johanna Boy, Brennbach
Druck und Bindung: Kösel, Krugzell · www.koeselbuch.de

Printed in Germany
November 2014

Schäffer-Poeschel Verlag Stuttgart
Ein Tochterunternehmen der Haufe Gruppe

Inhaltsübersicht

1 Grundlagen	1
1.1 Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling – Einführung und Überblick (<i>Jürgen Stierle/Antonio Vera</i>)	3
1.2 Ein Prinzipal-Agenten-Modell des Gesundheitsmanagements (<i>Jürgen Stierle</i>)	12
1.3 Die Bedeutung des demografischen Wandels (<i>Vanessa Luczak</i>)	24
1.4 Erscheinungsformen und Ursachen von Krankheiten (<i>Sigrid Teupe/Jürgen Stierle</i>)	38
1.5 Das deutsche Gesundheitssystem (<i>Jürgen Stierle</i>)	55
1.6 Der Gesundheitsmanager mit seinen externen und internen Prüf- und Steuerungsorganen (<i>Jürgen Stierle</i>)	71
1.7 Sozialrechtliche Aspekte des Gesundheitsmanagements (<i>Egbert Schneider</i>)	98
1.8 Gesundheitsschutz und Arbeitsrecht (<i>Hiltrud Kohnen</i>)	111
1.9 Betriebliches Gesundheitsmanagement im internationalen Vergleich (<i>Oliver-Timo Henssler</i>)	129
1.10 Internationale Gesundheitsorganisationen (<i>Jürgen Stierle</i>)	138
2 Konzepte	149
2.1 Betriebswirtschaftliche Aspekte von Gesundheit und betrieblichem Gesundheitsmanagement (<i>Helmut Siller/Lubos Cibak</i>)	151
2.2 Gesunde und ethische Führung (<i>Werner Schiewek/Gerd Thielmann</i>)	195
2.3 Organisationskultur und Gesundheitsmanagement (<i>Lara Jablonowski/Antonio Vera</i>) ..	240
2.4 Systeme zur Früherkennung von Gesundheits- und Leistungsrisiken (<i>Helmut Siller</i>) ...	256
2.5 Innovation und Gesundheit (<i>Bernd Kriegesmann/Thomas Kley/Christina Lücke</i>)	287
2.6 Die (Weiter-)Entwicklung von Kostenträgerstrukturen im deutschen Gesundheitssystem (<i>Thomas Höpfner</i>)	305
2.7 Präventions- und Versorgungsansätze bei Berufskrankheiten – dargestellt am Beispiel beruflich bedingter Hauterkrankungen (<i>Björn Maier</i>)	317
2.8 Gesundheitspsychologie (<i>Roland Hormel</i>)	333
2.9 Gesundheitspädagogik (<i>Katja Glasmachers</i>)	341
2.10 Emotionsmanagement, Leistung und Gesundheit (<i>Katharina Tadge</i>)	365
2.11 Balance der Lebensbereiche (<i>Isabel Ruland</i>)	377
2.12 Stress und Burn-out (<i>Jürgen Stierle</i>)	395

3 Praxisbeispiele	413
3.1 Das Gesundheitsmanagementkonzept der Stadt Recklinghausen (<i>Birgit Becker</i>)	415
3.2 Entwicklung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen der Chemischen Industrie (<i>Klaus Pelster/Beate Müller</i>)	434
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Sozialberatung am Beispiel der LVM Versicherung (<i>Wilhelm Kirchner</i>)	441
3.4 Präventionskonzepte für Mitarbeiter in einem Krankenhaus (<i>Helga Kirchner</i>)	450
3.5 Demografischer Wandel und Gesundheitsmanagement in einer Polizeibehörde (<i>Katharina Tadge/Antonio Vera</i>)	463
Die Herausgeber	477
Die Autoren	478
Stichwortverzeichnis	485

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.

1.2 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.

4. Bei der Durchführung von Handlungen muss der Agent ihm vorgegebene explizite oder implizite Verhaltensnormen (z. B. Gesetze, Erlasse, Dienstanweisungen) beachten.
5. Der Agent schließt mit dem Klienten im Auftrag des Prinzipals einen Vertrag und erbringt für den Klienten gewisse Güter- oder Dienstleistungen. Der Vertrag ist unvollständig, d. h., Leistung und Gegenleistung sind nicht vollständig festgelegt (vgl. Dietz 1998, S. 30).
6. Alle drei Akteure können gegen Normen der Gesundheitsprävention verstoßen (z. B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Strafgesetzbuch, Gesundheitsrichtlinie).
7. Die Akteure können durch den Normverstoß sich selber oder andere Akteure gesundheitlich schädigen. Der Regelverstoß und der gesundheitliche Schaden können auch durch die privaten Aktivitäten der Akteure entstehen.
8. Zur Vermeidung von Sanktionen werden die Regelverstöße geheimgehalten und mit verschiedenen Manipulationen verbunden.
9. Es wird davon ausgegangen, dass alle drei Akteure mit ihren Handlungen versuchen, ihren individuellen Nutzen zu maximieren.

Aufgrund dieses Modells entwickelte Stierle folgende Definition (vgl. Stierle 2012, S. 17):

Betriebliches Gesundheitscontrolling ist die planmäßige und systematische Minimierung von gesundheitsbedingten Risiken/Schäden durch den Prinzipal bzw. die externen/internen Prüfungs- und Steuerungsorgane durch die Implementierung eines Frühwarnsystems, die Steuerung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Steuerung der Mitarbeiter und Kunden/Lieferanten.

1.2.3 Der Prinzipal

In dem betrachteten Modell wird zugrunde gelegt, dass der *Prinzipal* ein öffentliches oder privates Unternehmen leitet. Der Prinzipal wird in den öffentlichen Verwaltungen zum Teil durch eine Wahl von den Bürgern ins öffentliche Amt bestimmt (z. B. der Bürgermeister einer Stadt oder der Landrat einer Kreisverwaltung). Die politischen Parteien haben meist ein Monopol für die Aufstellung von Kandidaten bei den Wahlen und bei der Besetzung politischer Ämter. In diesem Fall ist der Prinzipal aufgrund seines Wahlauftrags und des Einflusses des Stadtrates/Kreistages zugleich auch in der Rolle des Agenten. Des Weiteren wird in den oberen Landes- oder Bundesverwaltungen der Leiter eines Ministeriums (der Minister) durch den Ministerpräsidenten bzw. Bundeskanzler ernannt, während dies in einer unteren Verwaltungsorganisation durch den Leiter der übergeordneten Behörde geschieht. Der Prinzipal eines öffentlichen Unternehmens (z. B. Stadtwerke, Sparkasse) wiederum wird durch die Anteilseigner bzw. entsprechende Aufsichtsgremien (Aufsichts- bzw. Verwaltungsrat) bestimmt. Wenn in privaten Unternehmen der Eigentümer das Unternehmen leitet, hat er nicht die Rolle des Agenten, sondern nur des Prinzipals inne. Sind die Eigentums- und Herrschaftsverhältnisse auf eine Vielzahl von Personen aufgeteilt (z. B. Genossenschaft, Aktiengesellschaft, GmbH), dann werden die Vorstandsmitglieder bzw. die Geschäftsführer vom Aufsichtsrat bzw. den Gesellschaftern bestimmt und vertreten das Unternehmen gerichtlich und außergerichtlich (vgl. Stierle 2006, S. 126f.).

1.4 Erscheinungsformen und Ursachen von Krankheiten

Von **Dr. med. Sigrid Teupe**, Internistin mit Zusatzbezeichnungen Umweltmedizin, Homöopathie in einer Gemeinschaftspraxis in Dorsten, und **Dr. Jürgen Stierle**, Geschäftsführer des Trainings- und Beratungsunternehmens Stierle Consulting

1.4.1 Einleitung

Krankheit bedeutet eine Störung der Funktion eines Organs, der Psyche oder des gesamten Organismus als Reaktion auf einen krankmachenden Reiz (vgl. Hammerschmid-Gollwitzer 1994, S. 315; Ziegelmann 2002, S. 149ff.). Sowohl im österreichischen Sozialversicherungsrecht (§ 120 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, ASVG) als auch laut Definition des Deutschen Bundessozialgerichts (Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 16.05.1972 – Az. 9RV 556/71) ist die Krankheit eine Störung des körperlichen oder seelischen Wohlbefindens oder ein regelwidriger körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, die bzw. der eine Krankenbehandlung notwendig macht oder/und mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Zu den Krankheitsursachen zählen innere Faktoren wie z. B. der Alterungsprozess, Erbkrankheiten, psychische Erkrankungen sowie äußere Faktoren wie soziale Verhältnisse, Stress, Ernährung, Umweltbedingungen und Krankheitserreger. Krankheit wird oft als Gegensatz zu Gesundheit definiert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) formulierte bereits Ende der 1940er-Jahre Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden (vgl. WHO 1946). In der Ottawa-Konferenz von 1986 (vgl. WHO 1986) wurde ferner betont, dass politische, ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren die Gesundheit fördern oder schädigen können. Die Übergänge zwischen Krankheit und Gesundheit sind fließend, und es können auch krankhaft definierbare Zustände ohne einen subjektiven Leidensdruck vorliegen. Die Bezeichnungen der Krankheiten, die Abgrenzung einzelner Krankheitsbilder gegeneinander und die Systematik der Krankheiten sind einem ständigem Wandel unterworfen. Eine genauere Einteilung erlaubt die *internationale statistische Klassifikation der Krankheiten* ICD-10 als amtliche Diagnosenklassifikation bzw. die ICD-O-3 als *internationale Klassifikation für die Krankheiten der Onkologie* (vgl. z. B. DIMDI 2014a und 2014b). Aus der Fülle der bisher bekannten Krankheiten sollen im Folgenden die acht Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen dargestellt werden, die am häufigsten zu Fehlzeiten führten (vgl. Barmer GEK 2013, S. 36ff.). Der dargestellte Trend ist in den letzten Jahren fast unverändert geblieben. Dass die Kenntnis der Erscheinungsformen und Ursachen der häufigsten Krankheiten für die Ausgestaltung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und -controllings bedeutsam ist, dürfte offensichtlich sein.

1.4.2 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems haben den höchsten Anteil an Fehlzeiten (vgl. Barmer GEK 2013, S. 39) und weisen eine überdurchschnittliche Erkrankungsdauer auf. Eine Erklärung hierfür bietet die Evolutionsgeschichte: Der Übergang vom Vierfüßlergang zum zweibeinigen Gang hatte zum einen den Vorteil, dass durch die Aufrichtung die vorderen Extremitäten als Hände benutzt werden konnten, er hatte aber als gravierenden Nachteil die senkrecht aufgerichtete Wirbelsäule ohne Abstützungsmöglichkeit im Halswirbelsäulenbereich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte das Jahrzehnt 2000 bis 2010 zum »Jahrzehnt der Knochen und Gelenke« (*Bone and Joint Decade 2000–2010*; vgl. Lidgren 2003), um der besonderen Bedeutung des muskulären und knöchernen Halte- und Stützapparates Rechnung zu tragen. Der Preis, greifen und begreifen zu können, beinhaltet Verschleißerscheinungen, Fehlhaltungen und damit Fehlfunktionen, die mit Schmerzen verbunden sein können bis hin zur Invalidisierung.

Muskel- und Skeletterkrankungen treten oft in Episoden auf. Rückenschmerzen haben zumeist einen wiederholt auftretenden Verlauf. Ihre enorme volkswirtschaftliche Bedeutung hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitszeiten kann man auch am Grad ihrer Einteilung erkennen. Nach ihrem Verlauf werden sie eingeteilt in akute Rückenschmerzen, die maximal sechs Wochen dauern und sich üblicherweise von selbst zurückbilden. Die Genesungsquote beträgt circa 90 Prozent in sechs Wochen (vgl. Programm für Nationale VersorgungsLeitlinien 2011, S. 43). Subakute Rückenschmerzen dauern zwischen sechs und 12 Wochen. Chronische Rückenschmerzen dauern länger als 12 Wochen. Zwei bis sieben Prozent der Menschen entwickeln chronische Schmerzen (ebenda, S. 43). Dem Gesundheitsreport 2013 der Betriebskrankenkassen ist zu entnehmen, dass 29,5 Prozent aller dort gemeldeten Arbeitsunfähigkeitstage im Jahr 2012 durch Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems verursacht wurden, wobei Rückenschmerzen den höchsten Anteil hatten (vgl. BKK 2013, S. 34ff.). Zudem sind rund 26.000 Frühverrentungen pro Jahr auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurückzuführen (vgl. BKK 2013, S. 108).

Degenerative Wirbelsäulenerkrankungen

Die u. a. durch Bandscheibendegeneration, Entzündungen, Arthrose, Fehlhaltungen oder übersteigerte Beweglichkeit einzelner Abschnitte hervorgerufenen Krankheitsbilder werden häufig unspezifisch als *Wirbelsäulensyndrome* bezeichnet, ein Begriff, der eigentlich nur besagt, dass Rückenschmerzen vorliegen (vgl. Dölken 2009, S. 173). Die Bandscheiben des Menschen zeigen besonders in den unteren Abschnitten der Hals- und Lendenwirbelsäule schon frühzeitig, also nach dem 20. Lebensjahr, Abnutzungserscheinungen.

Der klinische Verlauf ist durch plötzlichen Beginn, Positionsabhängigkeit und wechselhaften Verlauf gekennzeichnet. Schmerzen und Bewegungseinschränkung können entweder nur in der betroffenen Wirbelsäulenregion bestehen oder durch Nervenwurzelkompression in die Arme beziehungsweise Beine ausstrahlen. Je nach Lage der Degenerationserscheinungen unterscheidet man:

- *HWS-Syndrom*: Es kommt zu einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule mit Verspannungen der Schulter-Nacken-Muskulatur. Die Schmerzen können bis in die Arme ausstrahlen mit Kribbeln (Paraesthesien). Zusätzlich kann es zu

Kopfschmerzen und Schwindel, selten auch zu Hör-, Seh- und Schluckstörungen durch Miteinbeziehung der Gefäße und Nerven kommen.

- *BWS-Syndrom*: BWS-Syndrome spielen hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Intensität nur eine untergeordnete Rolle. Es kann zu Reizungen der Nervenwurzeln kommen, die das Gefühl von Schmerzen im Brustkorb verursachen (Intercostalneuralgie).
- *LWS-Syndrom*: Akut auftretende Schmerzen mit Bewegungssperre der Lendenwirbelsäule bezeichnet man als Hexenschuss (Lumbago). Es kann zu einer Nervenwurzelkompression durch Verlagerung von Bandscheibengewebe (Bandscheibenvorfall) kommen mit starken Schmerzen, Kribbeln und einer schmerzbedingten Fehlhaltung des Oberkörpers. Tritt ein Bandscheibenvorfall zwischen Lendenwirbelkörper vier und fünf auf, so kann es auch zu starken Schmerzen an der Außenseite des Unterschenkels bis hin zum Fußrücken mit Schwäche in den Fußmuskeln kommen. Entsteht der Bandscheibenvorfall zwischen dem fünften Lendenwirbelkörper und dem erstens sakralen Wirbelkörper, so entstehen Schmerzen an der Hinteraußenseite des Oberschenkels, der Hinterseite der Wade bis zur Ferse und bis zum Fuß außen, oft verbunden mit einer Abschwächung des Achillessehnenreflexes.

Kniegelenksbeschwerden

Häufige Ursachen für eine Arthrose des Kniegelenks, die *Gonarthrose*, sind Fehlstellungen der Gelenke bei X- und O-Beinen, Brüche mit Gelenkbeteiligungen, Kapselbandlockerungen, nichtbehandelte Meniskusschäden und anlagebedingte Vorerkrankungen. Es gibt aber auch Kniegelenk-Arthrosen ohne äußere Ursache, die alleine aufgrund einer anlagebedingten Minderwertigkeit des Gelenksknorpels entstehen, die sich mit zunehmendem Alter steigert. Übergewicht und vermehrte Belastung können das Leiden noch verschlimmern, die abgestoßenen Knorpelanteile führen zu Reizerscheinungen der Gelenksinnenhaut, die ihrerseits mit Schmerzen reagiert. Man spricht dann von einer aktivierten Art der Arthrose. Schwellungen der Gelenkkapsel, Lockerungen des Kapselbandapparates, Achsenabweichungen und zunehmende Auswulstungen der Gelenkränder bestimmen den weiteren Verlauf.

Anfänglich sind die Beschwerden nur gering. Es können beschwerdefreie Intervalle von mehreren Wochen und Monaten vorkommen, die jedoch immer kürzer werden, bis sich schließlich ein belastungsabhängiger Dauerschmerz einstellt. Typisch ist der Anfangsschmerz beim Aufstehen. Die Beschwerden werden weniger bei längerem Laufen. Bei schweren Arthrosen kommt es im weiteren Verlauf zu Fehlstellungen, Achsenabweichungen und Kapselbandlockerungen.

Betriebliche Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen

Durch Bewegung, Haltungsschulung und wirbelsäulenstabilisierende Gymnastik kann man die Frequenz und Intensität von Wirbelsäulensyndromen in Grenzen halten. In Rückenschulen kann richtiges Sitzen, Stehen, Heben und Tragen erlernt werden. Nur regelmäßiges und konsequentes Training verhilft zu einer Rückengesundheit.

Die Zahl der Maßnahmen auf betrieblicher Ebene ist, entsprechend der Bedeutung der Muskel- und Skeletterkrankungen, groß. Im Vordergrund stehen dabei verhaltenspräventive Maßnahmen, die sich im Arbeitsablauf besser integrieren lassen, als Maßnahmen

1.5 Das deutsche Gesundheitssystem

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

1.5.1 Einleitung

Die Systemelemente sowie die sozialpolitischen Grundüberzeugungen des deutschen Gesundheitssystems haben sich über viele Jahrhunderte entwickelt. Der Wert Gesundheit wird durch das Grundgesetz, die Menschenrechte, die Arbeits- und Sozialgesetze sowie das Strafrecht geschützt. Seit der Gesundheits- und Sozialpolitik Bismarcks im 18. Jahrhundert ist Deutschland auf dem Weg, sich zu einer Gesundheitsgesellschaft zu entwickeln (vgl. Weinreich/Weigl 2011, S. 42).

Aus Art. 20 Abs. 1 sowie Art. 28 Abs. 1 Grundgesetz (GG) ergibt sich das sogenannte *Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes*, das durch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts konkretisiert wurde. Der Staat hat hiernach die Aufgabe, für soziale Gerechtigkeit sowie eine ausreichende soziale Sicherung und Versorgung im Krankheitsfall zu sorgen (vgl. Simon 2013, S. 103). Diese Grundsätze haben in der Vergangenheit das Sozialrecht beeinflusst.

Die Bereiche und Leistungen der Gesundheitspolitik unterliegen einem historischen Wandel und sind auch stark von konjunkturellen Zyklen abhängig (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 36 und 43). Die Gesundheits- und Sozialpolitik ist nicht das Ergebnis einheitlicher gesamtgesellschaftlich durchgesetzter Strategien, sondern unterliegt einer Vielzahl von Konflikten zwischen verschiedenen Interessengruppen und Gesundheitsinstitutionen auf verschiedenen Steuerungsebenen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 34). Bei dieser gesundheitspolitischen Steuerung sind verfassungsrechtliche Grenzen wie z. B. das Grundrecht auf freie Berufswahl sowie der Schutz des Eigentums zu beachten (vgl. Simon 2013, S. 123).

Das deutsche Gesundheitssystem ist durch die drei Merkmale Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringungen geprägt (vgl. Simon 2003, S. 122). Die Steuerungstätigkeit kann hinsichtlich der drei Steuerungsebenen in eine Makro-, eine Meso- und eine Mikroebene unterschieden werden. Auf der *Makroebene* erfolgt die Steuerung der Gesundheitspolitik durch die nationalstaatlichen und die supranationalen Gesundheitsinstitutionen. Die supranationalen Institutionen (z. B. die Europäische Union, EU) und internationale Organisationen (z. B. die World Health Organization, WHO) haben aufgrund der Globalisierung in den letzten Jahren an Einfluss und Bedeutung gewonnen (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 16f.).

Auf der *Mesoebene* erfolgt die Steuerung der Gesundheitspolitik auf der regionalen Ebene durch das Gesundheitsministerium und die Behörden der Bundesländer sowie durch die Krankenkassen, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Arzneimittelversorgung (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 17).

Die *Mikroebene* bezeichnet das Handeln der individuellen Institutionen und Akteure, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen. Hierzu gehören die Unternehmen, die Krankenkassen, die Ärzte, die Pflegeeinrichtungen sowie die Patienten (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 18).

Die politisch-institutionellen Merkmale des deutschen Regulierungssystems tragen häufig dazu bei, dass rasche Politikwechsel und flexible Reaktionen erschwert werden (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014, S. 21).

1.5.2 Gesundheitsbehörden und Institutionen

Gesundheitsbehörden und Institutionen

Der *öffentliche Gesundheitsdienst* (ÖGD) richtet seine Aktivitäten auf die Prävention von Zivilisationskrankheiten der jeweiligen Epoche: Infektionskrankheiten, Krankheiten aus Mangel oder aus Überfluss sowie die Exposition gegenüber gesundheitsschädlichen Einwirkungen aus der stofflichen oder der sozialen Umwelt. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass diese Krankheiten vermeidbar sind und dass bei den chronischen Krankheiten zumindest der Zeitpunkt ihres Auftretens hinausschiebbar ist. Die Versorgungsleistungen des ÖGD scheinen von den herrschenden gesellschaftlichen Wertvorstellungen des jeweiligen Landes abhängig zu sein und orientieren sich an den sich ändernden, vermuteten oder tatsächlichen gesundheitlichen Risiken in der Gesellschaft (vgl. Gostomzyk/Storr 2012, S. 837).

Nach Gründung der Bundesrepublik wurde der öffentliche Gesundheitsdienst auf die Städte und Landkreise übertragen und alle Bundesländer haben ihr eigenes Gesundheitsdienstgesetz (GDG) erlassen, so beispielsweise Bayern das Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG) vom 24. Juli 2003 (vgl. Gostomzyk/Storr 2012, S. 845).

Die Aufgaben der und die Zuständigkeiten für Gesundheitsprävention sind in der staatlichen Verwaltung zwischen Bund, Ländern und Kommunen aufgeteilt. Oberste Verwaltungsbehörde des Bundes für das Gesundheitswesen ist das *Bundesministerium für Gesundheit*, dessen primäre Aufgaben die Entwicklung von Gesetzesentwürfen, Rechtsverordnungen und Verwaltungsvorschriften des Bundes für das Gesundheitswesen sowie die Dienstaufsicht über die nachgeordneten Bundesbehörden sind. Zu diesen Institutionen und Bundesämtern gehören (vgl. Simon 2013, S. 125f.):

- *Robert Koch-Institut* (RKI): Seine Aufgaben sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von gefährlichen Krankheiten sowie die Erstattung des Gesundheitsberichtes an den Bund (vgl. Robert Koch-Institut 2013).
- *Paul-Ehrlich-Institut* (PEI): Es ist zuständig für die Arzneimittelsicherheit sowie die Prüfung, Zulassung und Überwachung von Impfstoffen und Sera (vgl. Paul-Ehrlich-Institut 2011).
- *Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information* (DIMDI): In seinen Zuständigkeitsbereich fallen die Herausgabe der deutschen Versionen medizinischer Klassifikationen wie beispielsweise ICD, ICF, OPS und der Aufbau umfangreicher medizinischer Datenbanken zu verschiedenen Themen (vgl. DIMDI 2014).
- *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung* (BZgA): Ihr obliegt die Entwicklung von Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention (vgl. BZgA 2014).
- *Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte* (BfArM): Es ist zuständig für die Zulassung und Risikobewertung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie die Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln (vgl. BfArM 2013).

- *Bundesversicherungsamt (BVA)*: Es überwacht die bundesunmittelbaren Träger und Einrichtungen der Sozialverwaltung wie z. B. Kranken- und Pflegekassen (vgl. Bundesversicherungsamt 2014).

Das Bundesministerium für Gesundheit beruft für die Politikberatung einen *Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen* (SVR Gesundheit), der in zweijährigem Abstand ein Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung erstellt. Es können auch Einzelthemen und Sondergutachten in Auftrag gegeben werden (vgl. SVR Gesundheit 2014).

Die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)* ist eine nicht rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts mit Sitz in Dortmund und Standorten in Berlin, Dresden und Chemnitz, die als Bundesoberbehörde unmittelbar das Bundesministerium für Arbeit und Soziales in allen Fragen von Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit sowie der menschengerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen berät. Sie ist seit Mai 2011 zertifiziert im *audit Beruf und Familie* (vgl. BAuA 2012).

Zum Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) gehört das *Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV)*, dessen Aufgaben auf folgende drei Institute verteilt sind (vgl. Gostomzyk/Storr 2012, S. 848):

- Bundesinstitut für Risikobewertung
- Bundesinstitut für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit
- Bundesforschungsanstalt für Tiergesundheit, Friedrich-Loeffler-Institut

Der Bund unterhält nur die Bundeswehrkrankenhäuser und keine weiteren Einrichtungen der Krankenversorgung oder Pflege (vgl. Simon 2013, S. 137).

Oberste *Landesbehörden* sind i. d. R. das jeweilige Sozial- oder Gesundheitsministerium bzw. die jeweilige Senatsbehörde, denen u. a. die Landesgesundheitsämter unterstellt sind. Diese Landesbehörden üben die Fachaufsicht über die Gesundheitsämter der Gemeinden, die Kranken- und Pflegekassen sowie die Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung des Landes aus. Die Länder sind Träger von Versorgungseinrichtungen des Gesundheitswesens – ca. 30 Universitätskliniken und psychiatrische Landeskrankenhäuser – und planen Krankenhauspläne sowie Investitionsförderprogramme (vgl. Simon 2013, S. 126f.).

Die *Gemeinden und Kreisfreien Städte* haben nach dem Grundgesetz das Recht auf kommunale Selbstverwaltung. Die rund 430 Gesundheitsämter in der Bundesrepublik Deutschland haben nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG), der Trinkwasserverordnung (TrinkwV), sowie dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) bundeseinheitliche Aufgaben im Bereich der Medizinalaufsicht und des Gesundheitsschutzes (vgl. Gostomzyk/Storr 2012, S. 845f.).

Die *kommunalen Gesundheitsämter* erfüllen Aufgaben, die sich aus kommunaler Zuständigkeit für die Bürger und aus der Zusammenarbeit mit anderen kommunalen Ämtern (Jugendamt, Katastrophenschutz, Sozialamt) ergeben (vgl. Gostomzyk/Storr 2012, S. 851f.):

- »*Hygiene und Infektionsschutz*: Vollzug des Infektionsschutzgesetzes (Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten) und der Trinkwasserverordnung; Hygiene in Krankenhäusern, Arztpraxen mit ambulantem Operieren, Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere Schulen, Sport- und Kinderspielflächen, Jugendherbergen, Bäder und Badegewässer, Abwasser und Abfallbeseitigungsanlagen.

1.6 Der Gesundheitsmanager mit seinen externen und internen Prüf- und Steuerungsorganen

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

1.6.1 Einleitung

In den letzten Jahrzehnten führten Veränderungsprozesse in der Arbeits- und Privatwelt (beispielsweise Märkte, Produkte, Dienstleistungen, Technologie) aufgrund der Globalisierung, des Wertewandels und struktureller oder konjunktureller Krisen zu einem ökonomischen Druck sowie einer Verringerung von Transparenz, Vorhersehbarkeit, Orientierung und Entscheidungssicherheit (vgl. Kastner 2013, S. 522). Aufgrund der steigenden Dynamik und Komplexität sowie eines ungesunden Lebensstils leidet bei vielen Beschäftigten die Funktionsfähigkeit des Immunsystems, und es entstehen körperliche und psychische Krankheiten (vgl. Stierle: Stress und Burn-out sowie Teupe: Erscheinungsformen und Ursachen von Krankheiten, in diesem Handbuch; Kastner 2013, S. 521).

Nach einer Forsa-Studie aus dem Jahr 2011 fühlen sich über 50 Prozent der Arbeitnehmer in Deutschland aufgrund arbeitsbezogener und privater Probleme oder gesundheitlicher Belastungen nicht voll leistungsfähig. Die Ursachen für eine Minderung der Produktivität von zehn bis 15 Prozent sind hauptsächlich arbeitsbezogene Faktoren, wie mangelnde Wertschätzung, innerbetriebliche Veränderungen, fehlende Fairness sowie psychische Probleme (z. B. Depressionen, Burn-out) (vgl. Kastner 2013, S. 527f.).

Es stellt sich die Frage, welche Bedeutung der Wert Gesundheit bei den drei Steuerungsebenen Individuen, Unternehmen und Gesellschaft hat und wie der Weg zur Gesundheitsgesellschaft in den nächsten Jahren gefördert werden könnte (vgl. Weinreich/Weigl 2011, S. 21 und 40ff.). Es handelt sich in der Praxis nicht um Einzelfälle, sondern es liegen systembedingte Gesundheits- und Leistungsprobleme vor. Die Schaffung neuer Gesetze (z. B. Umsetzung der Pflegereform) sowie einzelner Präventionsprojekte in Unternehmen zeigen deutlich, dass sich in Deutschland und in anderen Ländern der politische Wille zu einer gesunden Gesellschaft sowie ein Bewusstsein für gesundes Arbeiten verstärkt haben.

Die Geschäftsleitung von öffentlichen und privaten Unternehmen sollte aus juristischen, ethischen und ökonomischen Gründen die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Arbeitnehmer durch die Entwicklung und Implementierung eines Gesundheits- und Leistungscontrollings schützen und fördern. Die Arbeitnehmervertretungen (Personal- und Betriebsräte) haben bei dieser Aufgabe umfangreiche Mitwirkungsrechte (vgl. Stierle 2012, S. 370).

Diese Führungsaufgabe delegiert die Geschäftsleitung von großen Unternehmen an den Gesundheitsmanager, der sich als Sachbearbeiter oder Leiter eines Organisationsbereichs auf den Bereich Gesundheits- und Leistungsmanagement spezialisiert hat. Des Weiteren können bei der Gesundheitsprävention externe und interne Prüf- und Steuerungsorgane mitwirken.

In diesem Beitrag werden die Funktion des Gesundheitscontrollers und die externen und internen Prüf- und Steuerungsorgane, deren er sich bedient, ausführlich dargestellt.

1.6.2 Der Gesundheitsmanager als Gesundheitscontroller

Die Funktion des Gesundheitsmanagers entwickelte sich den letzten zwei Jahrzehnten durch den Einfluss der Weltgesundheitsorganisation (WHO), verschiedener Forschungsarbeiten, die Einführung neuer Gesetze sowie das Wirken von Personalvertretungen und Unternehmensleitungen. *Gesundheitscontrolling* ist aus Sichtweise der Betriebswirtschaftslehre als Teilgebiet des Personalcontrollings ein Spezialgebiet des Entwicklungscontrollings, durch das bestimmte Unternehmensziele mithilfe der Steuerungsgrößen Gesundheit und Leistung durch Maßnahmen der Personal- und Organisationsentwicklung erreicht werden sollen. Es handelt sich um ein Spezialgebiet der Gesundheitsökonomie (vgl. Stierle 2012b, S. 176).

Der Begriff Gesundheitscontrolling wird im deutschsprachigen Bildungsraum seit 2009 in der Literatur geprägt (vgl. Günther et al. 2009; Siller/Stierle 2011, S. 65; Stierle, 2011, S. 65f.; Stierle/Vera 2012, S. 308ff.).

»Betriebliches Gesundheitscontrolling ist die planmäßige und systematische Minimierung von gesundheitsbedingten Risiken und Schäden durch den Prinzipal bzw. die externen und internen Prüfungs- und Steuerungsorgane durch die Implementierung eines Frühwarnsystems, die Steuerung der Aufbau- und Ablauforganisation sowie die Steuerung der Mitarbeiter, Kunden und Lieferanten.« (Stierle 2011, S. 65).

Die tatsächliche Ausgestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist in der Praxis von verschiedenen Rahmenbedingungen (z. B. Branche, Anzahl der Mitarbeitenden, Unternehmenskultur, politischer Wille der Geschäfts- bzw. Behördenleitung) abhängig (vgl. Rimbach 2013, S. 28f.).

Die Kommunen (z. B. Stadt Recklinghausen) hatten in den letzten zehn Jahren sozusagen eine Vorreiterfunktion, indem sie bereits sehr früh eine Abteilung Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Organisation implementierten sowie eine Dienstanweisung zur Umsetzung des Gesetzes zur Wiedereingliederung der kranken Beschäftigten entwickelten und implementierten.

Die Stellung des Gesundheitsmanagers im Unternehmen

Aus der dargestellten Entwicklung der Funktion ergeben sich – fortentwickelte – Aussagen zur Stellung des Gesundheitsmanagers oder der Gesundheitsmanagerin in öffentlichen und privaten Unternehmen. Zur Ausgestaltung dieser Funktion können – mangels einheitlicher normativer Vorgaben – auch Regelungen herangezogen werden, die für andere Bereiche gelten, in denen »Beauftragte« gesetzlich vorgeschrieben sind (z. B. der Beauftragte für Datenschutz nach § 36ff. Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), der Korruptionsbeauftragte bzw. der Compliance-Manager (vgl. Stierle 2006, S. 89).

Es gibt z. B. folgende unterschiedliche Regelungen für die Funktionsbezeichnung des Gesundheitsmanagers in der Praxis:

- Gesundheitscontroller
- Gesundheitsmanager/in (Österreichische Post AG, ÖBB Wien)
- Interne/r BeraterIn GesundheitsmanagerIn (Manpower Group GmbH)
- Sachgebiet ZA 24 Gesundheitsmanagement (KPB Düsseldorf)
- Corporate Medical Direktor Health Management (Siemens AG)

Die Bestellung des Gesundheitsmanagers oder der Gesundheitsmanagerin liegt bisher im Ermessen der Geschäftsleitung, denn es gibt bislang keine gesetzliche Verpflichtung zur Bestellung eines Gesundheitsmanagers. Es gibt derzeit auch keine Vorschriften darüber, ob ein oder mehrere Gesundheitsmanager bestellt werden sollten. Einzelne Kriterien für die Entscheidung sind die Größe, Organisationsform oder geografische Erstreckung des Unternehmens sowie das Risikobewusstsein der Geschäftsleitung. Ferner muss kein ständiger Vertreter des Gesundheitsmanagers bestellt werden. Jedoch könnte es sinnvoll sein, einen Vertreter zu bestellen, der bei Abwesenheit die Funktion wahrnimmt (vgl. Stierle 2006, S. 91). Es gibt bislang keine Rechtsnorm, ob die Bestellung schriftlich oder mündlich erfolgen muss. Die Bestellung durch die Geschäftsleitung sollte zur Schaffung von Rechtsicherheit und Transparenz grundsätzlich schriftlich erfolgen. In einer Dienstanweisung bzw. einer Gesundheitsrichtlinie sollten die Aufgaben und Befugnisse sowie der Zeitraum der Bestellung, geregelt werden.

Der Gesundheitsmanager sollte gemäß Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) analog dem Korruptionscontroller, dem Compliance-Manager bzw. dem Datenschutzbeauftragten aufgrund seiner verantwortungsvollen Sonderfunktion die erforderliche Fachkunde, Sachkenntnis und Zuverlässigkeit besitzen. Für diese Funktion können Fach- und Sachkenntnisse des Arbeitsrechts, des Personalmanagements, des Personalcontrollings, der Arbeitsmedizin, der Gesundheitspsychologie, der Gesundheitssoziologie, der Sozial- und Organisationspsychologie der internen Organisation und des internen Kontrollsystems von Bedeutung sein. Die Funktion des Gesundheitscontrollers könnte beispielsweise durch einen im Bereich Gesundheitscontrolling geschulten Polizei- oder Verwaltungsbeamten, einen Arbeitsjuristen, einen Gesundheitsökonom, einen Gesundheitspsychologen, einen Gesundheitssoziologen oder den Betriebsarzt wahrgenommen werden (vgl. Stierle 2012a, S. 371).

In der Praxis wurden in öffentlichen und privaten Unternehmen hauptsächlich interne Mitarbeitende zum Gesundheitsmanager bestellt. Es gibt jedoch vereinzelt Unternehmen (z. B. externer Betriebsarzt beim St. Vinzenz-Hospital, Köln), in denen ein externer Ansprechpartner diese Funktion als Gesundheitsberater wahrnimmt. Die Aufgaben des Gesundheitscontrollings können jedoch nicht nur von einer Einzelperson oder einer Abteilung, sondern auch von einer Projekt- oder Steuerungsgruppe mit weiteren internen/externen Prüf- und Steuerungsorganen erfüllt werden.

Der Gesundheitsmanager sollte bei der Ausübung seiner Aufgaben weisungsunabhängig sein, und ihm sollten keine Disziplinarbefugnisse übertragen werden. Zur Wahrung seiner Vertrauensfunktion sollte der Gesundheitsmanager über die ihm bekannt gewordenen Sachverhalte und persönlichen Informationen über Beschäftigte, Zeugen oder möglicherweise auch Beschuldigte, auch nach Beendigung seiner Funktion, Stillschweigen bewahren. Darüber hinaus sollte der Gesundheitsmanager das Vertrauen der Personalvertretung haben, um von ihr Unterstützung zu erlangen bzw. mit ihr mögliche Konflikte vermindern zu können. Die Personalvertretung sollte bei der Bestellung des Gesundheitsmanagers sowie dem anschließenden Projekt Gesundheitscontrolling einbezogen werden (vgl. Stierle 2012a, S. 371).

Die Geschäftsleitung sollte den Gesundheitsmanager oder die Gesundheitsmanagerin bei der Erfüllung seiner bzw. ihrer Aufgaben unterstützen und ihn bzw. sie insbesondere, soweit dies je nach Größe des Unternehmens erforderlich ist, auch von anderen organisatorischen Aufgaben ganz oder teilweise befreien sowie Hilfspersonal, Räume und ein ausreichendes Budget zur Verfügung stellen. Um die Unterstützung durch die Geschäfts-

1.10 Internationale Gesundheitsorganisationen

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

1.10.1 Einleitung

Viele Krankheiten, wie beispielsweise Pest, Grippe, Malaria, Tuberkulose, Aids haben sich in den letzten Jahrhunderten durch Wanderbewegungen und Reisen der Menschen in vielen Ländern verbreitet. Aufgrund wissenschaftlicher Fortschritte und politischer Veränderungen gewann die internationale und sozialpolitische Gesundheitspolitik vieler Länder ab dem 18. Jahrhundert an Bedeutung, was im 19. Jahrhundert zu den ersten internationalen Vereinbarungen sowie der Gründung von internationalen Gesundheitsinstitutionen (z. B. WHO im Jahr 1948) führte (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1156).

Seit dem Jahr 1957 haben sich einzelne europäische Länder zunächst zur europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG) und später zur Europäischen Union (EU) zusammengeschlossen, um Wachstumsimpulse zu schaffen und die europäische Wettbewerbsposition gegenüber den Konkurrenten Japan und Vereinigte Staaten (USA) zu stärken. Der Prozess der ökonomischen Integration führte schließlich am 1. Januar 2002 zur Einführung einer gemeinsamen Währung. Demgegenüber entwickelt sich der Prozess der politischen Integration aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen und nationaler Interessen nur sehr langsam.

Die einzelnen Staaten sind für die Gestaltung ihrer Gesundheitssysteme sowie für die Absicherung ihrer Bürger im Fall von Krankheit und Pflegebedürftigkeit zuständig. Die Unterschiede in der Gesundheitspolitik der einzelnen Länder sind systembedingt und beruhen auf der jeweiligen Kultur und Geschichte der Länder. Die Tätigkeiten der internationalen Gesundheitsorganisationen sollen die Gesundheitspolitiken der einzelnen Länder ergänzen (vgl. Gericke/Busse 2010, S. 391f.).

Internationale Unternehmen vertreiben aufgrund der Globalisierung und der Beseitigung von Handelsbarrieren ihre Güter und Dienstleistungen in allen Ländern der Welt. Sie kaufen beispielsweise ausländische Unternehmen oder entsenden ihre Mitarbeitenden zeitweilig oder für immer ins Ausland. Das internationale Gesundheitscontrolling muss die unterschiedlichen Kulturen, die unterschiedlichen Rechtssysteme (z. B. Arbeits- und Sozialrecht) sowie die unterschiedlichen klimatischen Bedingungen der einzelnen Länder berücksichtigen.

Aufgrund der Finanz- und Wirtschaftskrise sowie neuer politischer Mehrheiten haben sich mit der EU-Agenda *Europa 2020* neue Schwerpunkte im Bereich der Gesundheits- und Forschungspolitik ergeben. Es wird eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum verfolgt. Die Branche Gesundheitswesen wird sich zu einer »Wachstumsbranche« entwickeln und der Bereich Public Health wird an Bedeutung gewinnen (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1174).

1.10.2 Die Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Während der Gründungskonferenz der Vereinten Nationen im Jahr 1945 entstand unter dem Schock des Zweiten Weltkriegs und seiner Folgen für die Gesundheit der Völker der Gedanke einer »Welt-Gesundheits-Organisation«. Im Jahr 1946 wurde die *World Health Organisation* (WHO) formell als Specialized Agency des Systems der Vereinten Nationen mit dem Ziel der Erreichung des höchstmöglichen gesundheitlichen Niveaus aller Völker gegründet. Der Vision persönlicher, nationaler und globaler Gesundheit liegen folgende vier Prinzipien zugrunde (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1157):

- die Definition von Gesundheit als dem Zustand des kompletten physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur der Abwesenheit von Krankheit
- die Erklärung dieser Gesundheitsdefinition als Menschenrecht und die Verpflichtung aller Regierungen der WHO-Mitgliedstaaten
- die Sicht von Fortschritt und Chancengleichheit in Gesundheit als übernationales Ziel zur Erlangung von globaler Sicherheit und Frieden
- die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen durch Verbreitung der entsprechenden medizinischen Kenntnisse sowie die Mitbeteiligung der informierten Gesellschaft

Die 23 operativen Ziele der WHO lassen sich in folgende vier Kategorien gliedern (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1158):

- das Setzen von internationalen normativen Standards in Bezug auf Gesundheit, Medizin und biologische sowie pharmakologische Produkte
- technische Beratung und Unterstützung von Mitgliedstaaten in allen gesundheitlichen Fragen
- Unterstützung der Mitgliedstaaten bei der Formulierung ihrer Gesundheitspolitik
- Gestaltung einer globalen Forschungsagenda

Die WHO besteht aus folgenden drei Organen: der *Weltgesundheitsversammlung* als oberstem Entscheidungsorgan, dem *Exekutivrat* sowie dem von einem auf fünf Jahre gewählten Generaldirektor geleiteten *Sekretariat*. Die WHO erhält ihr Mandat für die jährlichen Programme sowie ihr Budget (4.227 Milliarden US-Dollar für die Jahre 2008/2009) von der beschließenden Weltgesundheitsversammlung. Im Jahr 2010 hatte die WHO über 193 Mitgliedstaaten. Die WHO pflegt enge Beziehungen zu anderen UN-Organisationen, Nicht-regierungsorganisationen sowie zivilgesellschaftlichen Organisationen und hat jeweils in den Gesundheitsministerien ihrer Mitgliedstaaten ein Verbindungsbüro. (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1158)

Die WHO hat eine dezentrale und regionale Gliederung. Die *Europäische Region* mit ihrer Zentrale in Kopenhagen verfolgt folgende Schwerpunkte (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1158):

- Gesundheitspolitik und soziale Determinanten von Gesundheit
- Gesundheitssysteme und öffentliche Gesundheit
- nichtübertragbare Krankheiten und Gesundheitsförderung
- Umwelt und Gesundheit
- Gesundheitssicherheit und übertragbare Krankheiten
- Informationen, Evidenz, Forschung und Innovation

Die Vermarktung der Ziele der WHO erfolgt unter anderem über die regelmäßigen WHO-Publikationen, die auch online verfügbar sind. Die WHO hat mit der *Klassifikation von Krankheitsdiagnosen* (ICD) zu einer Vereinheitlichung der medizinischen Terminologie beigetragen. Auch wurden für viele Krankheiten therapeutische und diagnostische Standards entwickelt sowie toxische Grenzwerte und biologische Standards festgelegt. Dies waren Voraussetzungen für die Internationalisierung einer modernen *evidenzbasierten Medizin*. (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1160)

In dem Weltbank-Report 1993 *Investing in Health* wurde nicht mehr von Gesundheit als Kostenfaktor, sondern als lohnendem Investment der Gesellschaft in die Wirtschaft gesprochen (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1163f.).

1.10.3 Die Gesundheitsorganisationen der UN

Die Vereinten Nationen (UN)

Die Vollversammlung der Vereinten Nationen mit 189 Staatschefs erklärte am 8. September 2000 mit ihrer *United Nations Millennium Declaration* (vgl. United Nations 2000) den Kampf gegen Armut und Hunger als vorrangiges Ziel bis zum Jahr 2015. Die Millennium-Deklaration und die daraus abgeleiteten acht internationalen Entwicklungsziele markieren den Beginn einer neuen globalen Partnerschaft zwischen Industrie- und Entwicklungsländern. Diese acht internationalen Entwicklungsziele (*Millennium Development Goals*, MDGs) sind (vgl. Jahn et al. 2012, S. 1164f.):

- Beseitigung der extremen Armut und von Hunger
- Verwirklichung der Primarschulbildung
- Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frauen
- Senkung der Kindersterblichkeit
- Verbesserung der Gesundheit von Müttern
- Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten
- Verbesserung des Schutzes der Umwelt
- Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

Die Weltbank

Die Weltbank verfügt innerhalb der UN-Gruppe über einen autonomen Status und hat die vorrangige Aufgabe, den wirtschaftlichen und sozialen Fortschritt in den Entwicklungsländern sowie deren Produktivität zu fördern, um den Menschen zu besseren Lebensbedingungen zu verhelfen. Die Weltbank übernahm durch den Weltentwicklungsbericht 1993 *Investing in Health* (vgl. The World Bank 1993) ihre globale gesundheitspolitische Vorreiterrolle, die bisher von der WHO beansprucht worden war. Es wurde eine Bilanz der Entwicklung der letzten 40 Jahre gezogen und ein erheblicher Zuwachs an Lebensqualität mithilfe von Gesundheitsindikatoren gemessen. Zudem wurden Lösungsmöglichkeiten für entsprechende Reformen sowie deren Finanzierung entwickelt. Die aktuellen Schwerpunkte der Weltbank in den Bereichen Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung sind die

2.12 Stress und Burn-out

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

2.12.1 Einführung

In den letzten Jahrzehnten entwickelte sich Deutschland, wie viele andere europäische Länder, von einer Industrie- zu einer Dienstleistungsgesellschaft, in der soziale Aspekte wie der Arbeits- und Gesundheitsschutz der Mitarbeitenden an Bedeutung gewinnen. Der Wandel wird durch die Globalisierung, den demografischen Wandel sowie den Umweltschutz verstärkt (vgl. Hahn/Dormann 2013, S. 554). Der zunehmende Druck führt sowohl für die Unternehmen als auch für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu Stress. Infolgedessen haben seelische Krankheiten sowie Burn-out in den Statistiken der Krankenkassen zugenommen.

Das Denken und Handeln der Menschen bei der täglichen Arbeit in den Unternehmen sowie in der Freizeit wird u. a. beeinflusst durch deren Werte/Einstellungen, Bedürfnisse/Motive, Ziele, Erwartungen, Qualifikationen, ihre Sozialisation sowie die bisherigen Erfahrungen (vgl. Staehle 1999, S. 162f.). Die Interaktionen zwischen Person und Situation verlaufen in den Unternehmen sowie in der Freizeit nicht immer nur harmonisch und konfliktfrei. Viele Aktivitäten der Mitarbeitenden führen nicht zu einer Bedürfnisbefriedigung, sondern zu Konflikten und Frustrationen. Der einzelne Mitarbeiter wünscht sich ein internes und externes Gleichgewicht (Harmonie, Konsistenz) und führt Aktivitäten zum Abbau der Ungleichgewichtszustände (Diskrepanzen) durch (vgl. Staehle 1999, S. 244f.; Kastner 2013, S. 530).

Nach Auffassung des Internisten Ferdinand Hoff ist für die Erhaltung der Gesundheit, der vollen Leistungsfähigkeit sowie des uneingeschränkten Lebensgenusses das Gleichgewichtsprinzip (Homöostase) ausschlaggebend. Dieser Begriff der *Homöostase* bezeichnet in der Sozialwissenschaft sowie in der Medizin (aber auch z. B. in der Biologie, der Physik oder der Wirtschaft) die Fähigkeit von offenen Systemen, wie z. B. Organismen und damit auch des Menschen, durch entsprechende Regulationsprozesse einen inneren Gleichgewichtszustand aufrechtzuerhalten (vgl. Wirtz 2013, S. 702; Staehle 1999, S. 245). Auch die Funktionen des Immunsystems sowie des Hormonsystems des Menschen basieren auf dem Gleichgewichtsprinzip.

Die Homöostase des menschlichen Organismus lässt sich anhand messbarer Größen, wie z. B. der Körpertemperatur, ablesen. Die Körpertemperatur wird trotz dauernd wechselnder äußerer und innerer Bedingungen über bestimmte Regulationsprozesse (z. B. Schwitzen, Kältezittern, Änderung der Hautdurchblutung) in engen Grenzen konstant gehalten. Entsprechende Parameter (z. B. Körpertemperatur, die Blutglukosekonzentration, der Blut-pH-Wert) geben Auskunft über das innere Milieu. Nur wenn sie sich in einem engen verträglichen Normbereich befinden, ist der Gesamtorganismus lebens- und aktionsfähig (vgl. Huch/Jürgens 2011, S. 44).

Das Prinzip des Gleichgewichtes gilt auch für die psycho-physiologischen Grundbedürfnisse. Beispielsweise sind Gesundheit und Leistungsfähigkeit nur in einem Rhythmus von

ausreichenden Schlaf- und Wachphasen möglich. Ebenso müssen die Bedürfnisse nach sozialer Gemeinschaft, partnerbezogener Zuwendung, aber auch Zurückgezogenheit, in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander befriedigt werden (vgl. Huch/Jürgens 2011, S. 44). Das Prinzip der *Heterostase* beinhaltet die dem Gleichgewicht entgegenstehenden Tendenzen, die irreversibel vom Status quo weggleiten und schließlich zu Abbau, Zerstörung oder Tod führen (vgl. Wirtz 2013, S. 702f.).

In dem vorliegenden Beitrag werden die Veränderung des Gleichgewichtsprinzips durch Stress, dessen Auswirkungen sowie entsprechende einzelne Präventionsmaßnahmen dargestellt.

2.12.2 Das Immunsystem

Die Gesundheit des Menschen wird täglich durch eindringende Bakterien, Viren, Pilze und Parasiten gefährdet. Die meisten Mikroorganismen werden durch das menschliche Immunsystem, das aus Organen, Zellen und Eiweißen besteht, vernichtet. Das Immunsystem schützt so den menschlichen Körper vor eindringenden Krankheitserregern (den Pathogenen) und zudem entfernt es abnorme (z. B. Krebszellen) sowie tote und beschädigte Zellen (vgl. Silverthorn 2009, S. 1106). Zu den Organen des Immunsystems gehören die Haut, die Schleimhäute, der Darm sowie das Lymphsystem (z. B. Mandeln, Thymus, Leber, Milz, Knochenmark) (vgl. Manych/Vogel 2010, S. 9ff.; Huch/Jürgens 2011, S. 254ff.). Während kurzfristiger Stress die Leistungsfähigkeit des Immunsystems steigern kann, führt chronischer Stress zu einer Beeinträchtigung des Immunsystems und schließlich zu chronischen Krankheiten. Das Immunsystem kann durch Entspannung und Schlaf, positive Gedanken, Gefühle und Spiritualität, des Weiteren Bewegung bzw. Sport, gesunde Ernährung, soziale Beziehungen, eine gesunde Umwelt sowie Medikamente positiv beeinflusst werden (vgl. Reader's Digest 2003, S. 38ff.).

2.12.3 Frustrationen

Das Verhalten der Geschäftsleitung sowie der Mitarbeitenden von öffentlichen und privaten Unternehmen ist auf die Erreichung von Zielen ausgerichtet. Das angestrebte Zielmaß wird als *Anspruchsniveau* bezeichnet. Das Anspruchsniveau unterscheidet sich bei den einzelnen Personen aufgrund unterschiedlicher Persönlichkeitsmerkmale (z. B. Bedürfnisstruktur, Wertesystem, Einstellungen, Fähigkeiten) und verschiedener Normen, von Unterschieden in der Unternehmenskultur sowie der jeweiligen Vorbilder.

Der Mitarbeiter oder die Mitarbeiterin erlebt durch die Erreichung eines selbstgesetzten Zielniveaus ein Erfolgserlebnis (Bedürfnisbefriedigung) und erhöht auch ohne externe Verstärkung (Belohnung) sein bzw. ihr Anspruchsniveau. Erreicht ein motivierter Mitarbeiter seine angestrebten Ziele nicht, kann dies u. a. bei ihm oder ihr zu *Frustrationen* führen. Die

Person ist enttäuscht, weil sie ihr angestrebtes Ziel (Bedürfnisbefriedigung) aufgrund eines äußeren Hindernisses, das außerhalb ihrer Kontrolle liegt, nicht erreicht hat (vgl. Staehle 1999, S. 246). Frustrationen können beispielsweise zu folgenden *Verhaltenskonsequenzen* führen (vgl. Staehle 1999, S. 246):

- konstruktives Suchen nach Wegen zum Überwinden des Hindernisses
- Aggression
- Rückzug (Vermeiden des Hindernisses oder von Situationen, in denen bekannte Hindernisse auftreten können)
- Unterdrückung (Verbannen von Erfahrungen und Gefühlen der Frustration aus dem Bewusstsein)
- Projektion (Übertragung der eigenen Gefühle auf eine andere Person als Form der Verteidigung)
- Apathie

Frustrationen führen i.d.R. zu einer Verringerung der individuellen Leistung. Es ist jedoch auch der Fall denkbar, dass leistungsorientierte, frustrierte Mitarbeitende weitere Anstrengungen zur Überwindung des Hindernisses unternehmen und somit ihre Leistung steigern (vgl. Staehle 1999, S. 247).

2.12.4 Stress

Definition

Der Begriff Stress (von englisch *stress* »Druck, Anspannung«) wurde durch die Forschungen des Biomediziners Hans Selye geprägt (vgl. Leonhardt 2012, S. 7). Selye unterscheidet zwischen *Distress* als einem Aktivierungszustand, der unangenehm und belastend ist, und *Eustress*, der als angenehm empfunden wird (vgl. Staehle 1999, S. 250).

Die biologisch-physiologische *Stresstheorie von Selye* beschreibt, wie das zentrale und periphere Nervensystem sowie vegetativ-endokrine Systeme durch exogene und/oder endogene Reize aktiviert werden (vgl. Staehle 1999, S. 251).

Eine fehlende Situationskontrolle führt zu Angst und zu veränderten Gedanken und Gefühlen. Falls die Person die Gefahren als zu groß wahrnimmt, reagiert sie entweder mit Angriff oder mit Flucht (vgl. Staehle 1990, S. 250). Die Bedeutung der Gedanken und Gefühle im Rahmen der biologisch-physiologischen Stresstheorie wird von Leonhardt sehr anschaulich wie folgt erläutert (vgl. Leonhardt 2012, S. 36f):

Das menschliche Gehirn macht keinen Unterschied, ob eine Handlung in der Tat ausgeführt wird oder ob sie nur mental im Gehirn erfolgt. Jeder Gedanke erzeugt eine biochemische Reaktion im Gehirn, in deren Verlauf im Gehirn chemische Botenstoffe (Neurotransmitter) freigesetzt werden. Diese vermitteln die Wahrnehmung des Gefühls bzw. der entsprechenden Körperreaktion. Der Körper »fühlt«, was der Mensch im Gehirn denkt. Bei einem positiven Gedanken wird im Gehirn durch die Ausschüttung des Neurotransmitters Dopamin Freude ausgelöst. Bei einem negativen Gedanken werden im Gehirn Neuropeptide erzeugt, die zu Gefühlen wie Hass oder Angst führen. Je häufiger die Wiederholung,

Die Herausgeber



Dr. Jürgen Stierle (Jg. 1957), Diplom-Kaufmann, promovierte im Jahr 2005 zum Dr. rer. oec. an der Bergischen Universität Wuppertal mit dem Dissertationsthema »Korruptionscontrolling in öffentlichen und privaten Unternehmen«. Er ist Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen für die Lehrgebiete Controlling, Personalmanagement und Organisation und hat Aufsätze zu den Themen ethisches Management, Führung sowie Gesundheits- und Leistungscontrolling in verschiedenen wissenschaftlichen Zeitschriften veröffentlicht. Seit 1996 leitet er als Geschäftsführer das Trainings- und Beratungsunternehmen Stierle-Consulting

und führt mit seinem Team u. a. Seminare, Coaching und Projekte in verschiedenen öffentlichen und privaten Unternehmen durch. Seine Trainings- und Beratungsgebiete sind ethische und strategische Unternehmensführung und Personalmanagement, Motivation, Selbst-, Zeit- und Erfolgsmanagement, Strategieentwicklung, Gesundheits- und Leistungscontrolling, Burn-out-Prävention, Korruptionscontrolling/Compliance, Risikomanagement, Change-Management, Unternehmensfusionen, Sanierung.

Kontakt: stierle@stierle-consulting.de



Prof. Dr. Antonio Vera (Jg. 1972) hat Wirtschaftswissenschaften, Kulturwissenschaften und Geschichte an der Bergischen Universität Wuppertal und der FernUniversität in Hagen studiert. Nach mehrjährigen Tätigkeiten bei KPMG, ThyssenKrupp und an der Universität zu Köln, wo er in BWL promovierte und sich habilitierte, sowie einem Aufenthalt als Gastwissenschaftler an der University of Cambridge, übernahm er 2007 die Professur für »Organisation und Personalmanagement« an der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster. Antonio Vera publiziert seine Forschungsergebnisse regelmäßig in renommierten nationalen und internationalen Journals wie dem Health Care Management Review, dem Public Administration Review und dem British Journal of Management und präsentiert diese auf internationalen Konferenzen. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Organisation, Personal und Führung mit Fokus auf dem öffentlichen Sektor, hier insbesondere Krankenhäuser und Polizei.

Kontakt: antonio.vera@dhp.de

Die Autoren

Birgit Becker (Jg. 1959), Diplom-Verwaltungswirtin, Leiterin des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einer Kommunalverwaltung mit den Arbeitsschwerpunkten Personalmanagement, Organisation und Haushaltskonsolidierung. Seit 1993 ist sie als nebenamtliche Dozentin am Studieninstitut für öffentliche Verwaltung Emscher-Lippe für die Fächer Staatsrecht und Europarecht tätig. Neben der Mitwirkung am gutachterlichen Verfahren sowie an der Erstellung des KGSt-Berichtes zur »Neuausrichtung interner Dienstleister« hat sie zahlreiche Vorträge zu verschiedenen Themen u. a. beim Deutschen Städtetag, der Hans-Böckler-Stiftung und dem kommunalwissenschaftlichen Institut der Uni Potsdam gehalten.

Kontakt: birgit.becker@recklinghausen.de

Lubos Cibak, M.Sc., PhD, Assistenzprofessor. Nach dem Studium der Technischen Kybernetik an der Technischen Universität der Slowakei und am Moskauer Institut für Energetik (Abschluss 1985) war er zunächst am Institut für Technische Kybernetik der Slowakischen Akademie der Wissenschaften tätig. Von 1993 bis 2008 arbeitete er bei SHW (Siemens PSE) in Bratislava als Programmierer, Projektmanager und Portfoliomanager und ist seit 2008 an der Hochschule für Volkswirtschaft und Management in der öffentlichen Verwaltung in Bratislava. 2011 erhielt er den PhD an der Comenius Universität Bratislava. Seine Forschungsschwerpunkte sind: Management-Informationssysteme sowie Datenverarbeitung und -verlässlichkeit vor allem in öffentlichen Organisationen.

Katja Glasmachers, Diplom-Pädagogin; seit 2008 Geschäftsführerin der Firma Glasmachers Training & Beratung in Bochum, ehemalige Mitarbeiterin an der FernUniversität Hagen am Lehrstuhl für BWL (insb. Personalführung und Organisation) sowie an der TU Dortmund am Institut für Schulentwicklungsforschung. Arbeitsschwerpunkt ist die Beratung von Unternehmen, Krankenhäusern, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen in Veränderungsprozessen, wie z. B. Fusionen. Daneben ist sie als Dozentin und Trainerin sowie Autorin für diverse Fachzeitschriften, Loseblattsammlungen und als Herausgeberin von Fachbüchern tätig. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind: Personalführung, gesunde Führung, Gesundheitskompetenz, Personal-/Organisationsentwicklung, Schulentwicklung & Schulmanagement, Schulleitung, Schule & Wirtschaft, Konfliktmanagement, Teamentwicklung und Mitarbeitermotivation.

Kontakt: info@glasmachers-training.de

Dr. Oliver-Timo Henssler, Geschäftsführer EuPD Research Sustainable Management GmbH forscht seit mehr als zehn Jahren im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Seit 2005 ist er Autor und Herausgeber der Studienreihe »Gesundheitsmanagement« sowie seit 2011 des Corporate Health Jahrbuchs. Herr Henssler ist Mitinitiator des Corporate Health Award, des führenden Wettbewerbs zum nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie des dazugehörigen Corporate Health Audit, das in mehr als 130 Unternehmen erfolgreich zur Zertifizierung des Gesundheitsmanagements durchgeführt wurde.

Kontakt: t.henssler@eupd-rsm.de

Thomas Höpfner (Jg. 1976), Diplom-Volkswirt, Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Leipzig. Seit Mitte 2009 Promotion im Bereich der Gesundheitspolitik am Institut für Öffentliche Finanzen und Public Management der Universität Leipzig. Von 2006 bis 2009 war er als Projektleiter für die Sach- und Krankenversicherung bei den Versicherungsforen Leipzig, Gesellschaft für angewandte Versicherungswissenschaften mbH tätig und von 2009 bis 2014 als Projektleiter für analytische und datengestützte Projekte bei den Gesundheitsforen Leipzig mbH. Seit Februar 2014 ist er bei der IGES Institut GmbH verantwortlich für die Umsetzung innovativer und interdisziplinärer Projekte bei gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Daneben lehrt er seit 2012 als Dozent an der Apollon Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen.
Kontakt: thomas.hoepfner@iges.de

Prof. Dr. Roland Hormel (Jg. 1957), Diplom-Psychologe univ., Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler, Promotion 1983 mit dem Dissertationsthema »Arbeitspsychologische Unterstützung betrieblicher Planungs- und Problemlöseprozesse« in Kassel. Von 1986 bis 1992 war er als Assistent am Lehrstuhl für Organisations- und Wirtschaftspsychologie der Universität München und seit 2005 ist R. Hormel Professor an der Hochschule für Angewandtes Management in Erding mit den Lehrgebieten Personalmanagement und Arbeits- & Organisationspsychologie. Daneben ist er seit 1993 geschäftsführender Gesellschafter der ago – Gesellschaft für Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung mbH in München, einem arbeits- und organisationspsychologischen Beratungs- und Forschungsunternehmen.

Lara Jablonowski (Jg. 1987), Studium der Psychologie (M.Sc.) von 2007 bis 2011 an der Radboud Universiteit in Nijmegen, aktuell wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Fachgebiet Organisation und Personalmanagement der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster. Praxiserfahrung in einer Personalmanagement-Beratung. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Gesundheitsmanagement und Arbeitspsychologie.
Kontakt: lara.jablonowski@dhpol.de

Dr. phil. Helga Kirchner, geschäftsführende Gesellschafterin der Prof. Dr. Kirchner GmbH – Institut für angewandte Betriebswirtschaft; Diplom-Pädagogin und Lehrerin Sekundarstufe I für die Fachbereiche Sozialwissenschaft mit weiteren Schwerpunkten in der Mikro- und Makroökonomie, Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie und Germanistik; Promotion im Bereich der Stressforschung. Sie ist EFQM-Auditorin, DVWO-Trainerin sowie als Lehrbeauftragte an verschiedenen Universitäten und Hochschulen tätig, zurzeit an der Hochschule Rhein-Waal in Kamp-Lintfort und Kleve mit den Fächern Entwicklungspsychologie, Psychologie und Motivation sowie Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie. H. Kirchner hat zahlreiche einschlägige Fachpublikationen verfasst. Sie verfügt über 35 Jahre Berufserfahrung als Beraterin und Trainerin in Gesundheitseinrichtungen. Arbeitsschwerpunkte sind: Training »Personalmanagement für Leitende Ärzte«, Coaching für Führungskräfte, Strategie-Workshops für leitende Mitarbeiter.

Prof. Dr. rer. pol. Wilhelm Kirchner, geschäftsführender Gesellschafter der Prof. Dr. Kirchner GmbH – Institut für angewandte Betriebswirtschaft; Diplom-Kaufmann; EFQM-Assessor; Versicherungskaufmann, Versicherungsfachwirt. Von 1997 bis 2006 war er Honorar-

professor am Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, Risikotheorie, Portfolio Management und Versicherungswirtschaft (Prof. Dr. P. Albrecht) der Universität Mannheim. W. Kirchner ist als Lehrbeauftragter an verschiedenen Hochschulen tätig, zurzeit an der Hochschule Rhein-Waal in Kamp-Lintfort für die Fächer Betriebswirtschaftliches Praxiswissen, Risikomanagement und Controlling sowie an der Ruhr-Universität Bochum für das Seminar Strategisches Management und Unternehmensführung. Er hat zahlreiche einschlägige Fachpublikationen verfasst und verfügt über eine langjährige Berufspraxis, z. B. als Direktor für Unternehmensplanung, Betriebswirtschaft und Controlling in einem Versicherungsunternehmen und Vorstand einer Versicherungsaktiengesellschaft.

Thomas Kley (Jg. 1971), Dipl.-Sozialwissenschaftler, Studium der Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum, seit 1999 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e.V. mit den Arbeitsschwerpunkten Kompetenzentwicklung, Innovationskultur und Innovationsmanagement. Kontakt: thomas.kley@iai-bochum.de

Hiltrud Kohnen (Jg. 1960), Rechtsanwältin, Fachanwältin für Arbeitsrecht, Partnerin der Sozietät Hecker Werner Himmelreich am Standort Köln. Sie berät und vertritt Firmen und Insolvenzverwalter auf allen Gebieten des Arbeitsrechts. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind Unternehmenstransaktionen und Restrukturierungsmaßnahmen, Insolvenzarbeitsrecht und Arbeitsrecht im öffentlichen Dienst. H. Kohnen war langjährige Sprecherin des Arbeitsrechtsausschusses im Kölner Anwaltsverein und ist Mitglied im Vorstand der Rechtsanwaltskammer Köln.

Kontakt: hiltrud.kohnen@hwhlaw.de

Prof. Dr. Bernd Kriegesmann (Jg. 1963), Diplom-Ökonom, Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Von 1989 bis 1991 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e.V. tätig, von 1991 bis 1993 als Fachreferent beim Bundesministerium für Forschung und Technologie (Innovationsförderung) sowie von 1993 bis 2000 als Geschäftsführer des Instituts für angewandte Innovationsforschung und von 2000 bis 2008 Professor für Betriebswirtschaftslehre an der Fachhochschule Gelsenkirchen. Seit 2002 ist B. Kriegesmann Vorstandsvorsitzender des Instituts für angewandte Innovationsforschung und seit 2008 Präsident der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen Bocholt Recklinghausen. Er ist Herausgeber der »Berichte aus der angewandten Innovationsforschung« sowie der Reihe »Innovation: Forschung und Management«. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Innovationsmanagement, Personal- und Organisationsentwicklung.

Kontakt: bernd.kriegesmann@iai-bochum.de

Christina Lücke (Jg. 1983), M.A., Studium der Sozialwissenschaften an der Ruhr-Universität Bochum. Von 2008 bis 2013 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für angewandte Innovationsforschung (IAI) Bochum e.V. und von 2013 bis 2014 als Projektleiterin eines öffentlich geförderten Projekts zum gesunden Arbeiten von Erzieherinnen tätig. Seit 2014 ist C. Lücke Projektentwicklerin bei einem Wuppertaler Sozialunternehmen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitsmanagement und demografischer Wandel.

Dr. Vanessa Luczak (Jg. 1976) Polizeirätin, Promotion zum Thema Personal- und Organisationsentwicklung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels. Vormalig als Stabsleiterin einer nordrhein-westfälischen Landesbehörde tätig, wo sie u. a. für Evaluationen und behördliches Gesundheitsmanagement verantwortlich war, lehrt V. Luczak aktuell an der Fachhochschule für Öffentliche Verwaltung NRW.

Kontakt: vluczak@googlemail.com

Prof. Dr. Björn Maier (Jg. 1973), nach dem Studium der Betriebswirtschaft an der Universität Mannheim war er von 1999 bis 2001 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität zu Köln, wo er 2001 promoviert wurde. Von 2001 bis 2008 war B. Maier geschäftsführender Gesellschafter der ITIC GmbH. Seit 2008 ist er Mitglied des Vorstands des Deutschen Vereins für Krankenhauscontrolling und seit 2010 Vorsitzender des Vorstandes. Seit 2011 ist B. Maier Studiendekan an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg Mannheim, verantwortlich für den Studiengang Gesundheitswirtschaft; Studiengangsleiter an der Graduate School Rhein Neckar für den MBA Studiengang »Gesundheitsmanagement und -controlling«. Seine Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Controlling, Rechnungswesen, Krankenhausmanagement, Gesundheitsmanagement und Prävention sowie Risiko- und Umweltmanagement.

Kontakt: maier@dhbw-mannheim.de

Klaus Pelster (Jg. 1968), M.B.A., Studium der Sportwissenschaften an der Deutschen Sporthochschule Köln (Abschluss 1993) sowie ein berufsbegleitendes MBA-Studium »Sustainability Management« an der Leuphana Universität Lüneburg, Abschluss 2008. Er war u. a. tätig als stellvertretender Leiter des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF GmbH in Köln sowie bei der Mercer Deutschland GmbH in Düsseldorf als Leiter des Beratungsfelds Health Management. Aktuell ist K. Pelster Head of Health Promotion bei der Siemens AG, Global Shared Services.

Kontakt: klaus.pelster@siemens.com

Isabel Ruland (Jg. 1968), M.A., Studium der Germanistik, Philosophie und Pädagogik an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Abschluss mit 2. Staatsexamen. Tätigkeit als Lehrerin bis 2001, dann Wechsel zur Bundespolizei, Studium für den höheren Polizeivollzugsdienst und Laufbahnprüfung an der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster und von 2008 bis 2010 berufsbegleitender Masterstudiengang »Kriminologie und Polizeiwissenschaft« an der Ruhr-Universität Bochum. Zuletzt Leiterin Fortbildung im Bundespolizei-Aus- und Fortbildungszentrum Swisttal, z. Zt. familienbedingt beurlaubt. Seit 2000 arbeitet sie zudem als nebenberufliche Trainerin im Bereich Sozialkompetenz und Führung für private Unternehmen und in der öffentlichen Verwaltung und ist seit 2009 auch als Autorin u. a. für den Boorberg-Verlag, den Raabe-Verlag und den Forum-Verlag tätig.

Kontakt: i.ruland@gmx.net

Werner Schiewek (Jg. 1959), Theologiestudium in Hamburg und Münster, von 1988 bis 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Christliche Gesellschaftswissenschaften an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, danach Pfarrer in Kiel und Hamburg. Aktuell ist W. Schiewek Landespolizeipfarrer der Evangelischen Kirche von Westfalen

(EKvW) und seit 2001 Lehrbeauftragter des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) für Ethik im Polizeiberuf an der Deutschen Hochschule der Polizei (DHPol) in Münster. Seine Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind Ethiktheorie und Ethikdidaktik, Polizeiseelsorge, insbesondere Probleme der Ethikvermittlung in Organisationen sowie Begründungs- und Anwendungsfragen polizeilicher Berufsethik. Er ist Mitglied im Deutschen Netzwerk für Wirtschaftsethik, Mitherausgeber des »Handbuch Polizeiseelsorge« und Verfasser zahlreicher Aufsätze zu den genannten Themengebieten.
Kontakt: Werner.Schiewek@dhpol.de

Dr. jur. Egbert Schneider (Jg. 1961), Studium der Rechtswissenschaften in Bonn, Staatsexamina in Köln und Berlin, Promotion an der Universität Bonn 1997. Nach seiner Tätigkeit als Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Humboldt Universität Berlin von 1992 bis 1995 ist er seit 1996 in der Sozialgerichtsbarkeit tätig und seit 2005 Richter am Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, unterbrochen von 2011 bis 2013 durch eine Abordnung an das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Veröffentlichungen insbesondere zum Krankenversicherungs- und Arbeitsförderungsrecht sowie Lehrtätigkeit an der Landesakademie für öffentliche Verwaltung des Landes Brandenburg.

Prof. (FH) Mag. Dr. Helmut Siller (Jg. 1958), Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler. Promotion 1984 mit dem Thema »Grundsätze eines ordnungsmäßigen strategischen Controllings« in Wien; 2009 Master of Science; 2012 Prof. (FH). H. Siller verfügt über 30 Jahre Berufserfahrung, u. a. war er von 1990 bis 1993 Leiter Rechnungswesen der AKM reg-GenmbH, von 1993 bis 2006 Division Controller und Leitender QM-Beauftragter bei PaperlinX Austria GmbH sowie von 2006 bis 2012 Bereichsleiter und Lektor für Rechnungswesen und Controlling am Institut für Unternehmensführung der FH Wien der WKW. Seit 2013 ist er selbstständiger Unternehmensberater und Trainer (Dr. Siller Betriebsberatung und Training, Wien) mit den Schwerpunkten Controlling, Rechnungswesen, Risikomanagement, Wirtschaftskriminalität, Unternehmensethik, Gesundheitsmanagement. Außerdem ist H. Siller Lehrbeauftragter an den Fachhochschulen Burgenland, St. Pölten, der FH des bfi Wien sowie an der Donau-Universität Krems und der Wirtschaftsuniversität Wien.
Kontakt: siller@beratung.net

Dr. rer. pol. Katharina Tadge (Jg. 1979), Sozialwissenschaftlerin (M.A.); Studium an der Universität Osnabrück. Bis 2012 Mitarbeiterin und Doktorandin am Fachgebiet Organisation und Personalmanagement der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster, Promotion zum Thema »Die Einführung eines behördlichen Gesundheitsmanagements vor dem Hintergrund des demographischen Wandels – Polizeikultur als Determinante organisationaler Veränderungen«. Seit 2013 ist sie Leiterin Personal bei der GETEC ENERGIE AG, Hannover. Ihre Arbeits- und Forschungsschwerpunkte sind Personalmanagement, Gesundheitsmanagement, demografischer Wandel, Organisationskultur.

Dr. med. Sigrid Teupe, Ärztin; außerdem Studium der Philosophie/Psychologie/Soziologie; Inhaberin der Gemeinschaftspraxis Dr. Teupe in Dorsten als Fachärztin für Innere Medizin, Umweltmedizin, Homöopathie; Sie hat Weiterbildungen in den Bereichen Psychotherapie, Musiktherapie, autogenes Training, Chi-Gong, traditionelle chinesische Medizin mit Akupunktur, Neuraltherapie, Schmerztherapie, Ernährungstherapie, Führung, Personal-

management und Verkauf absolviert und besitzt selbst die Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin. S. Teupe ist neben ihrer Tätigkeit als Ärztin Geschäftsführerin der HerbaLux GmbH sowie Begründerin der Selektiven Informationstherapie (SIT) und leitet als Trainerin / Coach Workshops im In- und Ausland. Weiterhin ist sie Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Frequenztherapie, in der Ausbildung von medizinischen Fachangestellten tätig und leitet Manager-Hörkure (Tomatistherapie). Als Mitglied der Gutachterkommission der Ärztekammer erstellt sie Gutachten für Sozialgerichte und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Gerd Thielmann (Jg. 1955), seit Mai 2012 der Vizepräsident der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster. Vorherige Tätigkeiten waren u. a.: Leiter des Fachgebietes »Polizeiliche Führungslehre« an der Deutschen Hochschule der Polizei, Lehrender in der Einsatzlehre an der Verwaltungsfachhochschule Wiesbaden, im Studiengang der Anwärter für den höheren Polizeivollzugsdienst und als Dozent für Führungslehre an der Polizei-Führungsakademie Münster; Referatsleiter im Innenministerium des Landes Hessen mit strategischer Verantwortung für die Aus- und Fortbildung der Polizei Hessen; »Deputy Head of Mission« der European Union Police Mission in Bosnien-Herzegowina; Leiter der Abteilung Einsatz (Vollzugspolizei) des Polizeipräsidiums Nordhessen. Sein Forschungsschwerpunkt ist Führung in der Polizei.

Kontakt: Gerd.Thielmann@dhpol.de



Jürgen Stierle/Antonio Vera (Hrsg.)

Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement

Unternehmenserfolg durch Gesundheits-
und Leistungscontrolling

XII, 492 S., 55 s/w Abb., gebunden

Preis: EUR 69,95

Erschienen am: 17.11.2014

ISBN: 978-3-7910-3208-5

Fachgebiet: Personalwesen / Führung / Karriere

lieferbar

Mit systematischem Gesundheitscontrolling zu professionellem Gesundheitsmanagement
Grundlagen, Konzepte, Instrumente, Kennzahlen, Best Practice
Aktuell: Burn-out-Prävention, gesundheitsbewusste Führung, aussagekräftige Kennzahlen

Kurzbeschreibung

Gesundheitsmanagement ist Aufgabe der Unternehmensführung. Das interdisziplinäre Handbuch erläutert die Grundlagen des Gesundheitsmanagements und stellt Konzepte sowie Instrumente für ein professionelles Gesundheitscontrolling vor, darunter systematische Risikoanalyse und -steuerung, Aufbau eines Frühwarnsystems und Kosten-Nutzen-Überlegungen. Wie können Organisationen ein System für Gesundheitscontrolling aufbauen? Mit zahlreichen Praxisbeispielen, einer branchenspezifischen Analyse und einem internationalen Vergleich von betrieblichen Gesundheitskonzepten.

Urheber

Dr. Jürgen Stierle, Geschäftsführer von Stierle Consulting, Recklinghausen;

Prof. Dr. Antonio Vera, Professor für Organisation und Personal, Deutsche Hochschule der Polizei, Münster

**SCHÄFFER
POESCHEL**

Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft·Steuern·Recht GmbH · Postfach 10 32 41, D-70028 Stuttgart
Werastr. 21-23, D-70182 Stuttgart · Telefon: 0711/2194-0 · Telefax: 0711/2194-119
Internet: <https://www.schaeffer-poeschel.de> · E-Mail: info@schaeffer-poeschel.de

Fax-Nr. Inland: 0800/ 77 77 77 0 (gebührenfrei)
Fax-Nr. Ausland: 0049 711 / 2194-119

Schäffer-Poeschel Verlag
Vertrieb
Werastraße 21-23

70182 Stuttgart

Name, Vorname

Firma, Funktion

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon, E-Mail

Datum, Unterschrift

Privatadresse

Firmenadresse

wfx

Bitte liefern Sie mir gegen Rechnung (zzgl. Versandkosten):

Pos	Anzahl	Titel	Einzelpreis	Summe
1		Stierle; Gesundheitsmanagement ISBN: 978-3-7910-3208-5	69,95	

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Verbrauchern steht ein Widerrufsrecht nach folgender Maßgabe zu, wobei Verbraucher jede natürliche Person ist, die ein Rechtsgeschäft zu Zwecken abschließt, die überwiegend weder ihrer gewerblichen noch ihrer selbständigen beruflichen Tätigkeit zugerechnet werden können:

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen.

Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag, an dem Sie oder ein von Ihnen benannter Dritter, der nicht der Beförderer ist, die letzte Ware in Besitz genommen haben bzw. hat.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie die

Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft • Steuern • Recht GmbH

Werastrasse 21-23 - 70182 Stuttgart

Telefon: +49 (0)711 / 2194-0

Fax: +49 (0)711-2194-119

info@schaeffler-poeschel.de

mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Sie können das Muster-Widerrufsformular oder eine andere eindeutige Erklärung auch auf unserer Webseite <http://www.schaeffler-poeschel.de/widerruf> elektronisch ausfüllen und übermitteln. Machen Sie von dieser Möglichkeit Gebrauch, so werden wir Ihnen unverzüglich per E-Mail eine Bestätigung über den Eingang eines solchen Widerrufs übermitteln.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Widerrufsfolgen

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Wir können die Rückzahlung verweigern, bis wir die Waren wieder zurückerhalten haben oder bis Sie den Nachweis erbracht haben, dass Sie die Waren zurückgesandt haben, je nachdem, welches der frühere Zeitpunkt ist.

Sie haben die Waren unverzüglich und in jedem Fall spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag, an dem Sie uns über den Widerruf dieses Vertrags unterrichten, an uns oder an

Sigloch Distribution GmbH

Werk Blaufelden

Am Buchberg 8

74572 Blaufelden

zurückzusenden oder zu übergeben. Die Frist ist gewahrt, wenn Sie die Waren vor Ablauf der Frist von vierzehn Tagen absenden.

Sie tragen die unmittelbaren Kosten der Rücksendung der Waren.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.