

Beitrag der Salutogenese zur Erforschung und Förderung gesundheitsförderlicher Settings: das Beispiel Arbeitswelt

GEORG F. BAUER

Zusammenfassung:

Der vorliegende Artikel bietet eine kurze Zusammenfassung des Ursprungs und der heute vielfältigen Bedeutungen der Salutogenese. Er zeigt auf, dass für die Anwendung in der Gesundheitsförderung das Salutogenese-Modell zu vereinfachen und gleichzeitig um einen Gesundheitsentwicklungspfad zu ergänzen ist, der unabhängig von Stressoren direkt von Lebensressourcen zu positiver Gesundheit führt. Weiter illustriert der Artikel die Anwendung dieses erweiterten Modells in der Gesundheitsforschung in der Arbeitswelt, wo sich parallel der Einfluss von Arbeitsbelastungen auf Krankheit und von Arbeitsressourcen auf positive Gesundheit untersuchen lässt. Modellgeleitete Interventionen in der Arbeitswelt zeigen die praktische Anwendung auf. Schliesslich wird ein kurzes Fazit für die Gesundheitsförderung gezogen. Dieser Text basiert auf dem beim DachS-Symposium vom 4.-6. Mai 2018 in Göttingen gehaltenen Vortrag.

The article provides a brief summary of the origins and meanings of salutogenesis today. It points out that for the application in health promotion, the salutogenic model needs to be simplified and at the same time complemented by a health development path showing that life resources can directly lead to positive health – independent of the presence of stressors. The article demonstrates the application of this advanced model in workplace-related health research, where we can study in parallel the impact of job demands on disease and of job resources on positive health. The practical application is also illustrated by the example of model-guided interventions in the workplace setting. Finally, a short conclusion for the field of health promotion is drawn. This

text is based on the lecture held at the DACHS symposium on 4.-6. May 2018 in Göttingen, Germany.

Schlüsselwörter: Salutogenese, positive Gesundheit, Setting Betrieb, Ressourcen-Belastungs-Balance, Gesundheitsförderungsprinzipien

1. Ursprung und Bedeutungen der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem Medizinsoziologen **Aaron Antonovsky** (1923-1994) entwickelt. Es geht auf Antonovskys (1979) Kernforschungsfrage zurück, was der Ursprung (Altgriechisch «genesis») von Gesundheit (Latein «salus») ist. Ein erster wichtiger Beitrag Antonovskys war, mit dem Begriff «Salutogenese» einen spiegelbildlichen Bedeutungsraum zur «Pathogenese» zu schaffen, die sich mit dem Ursprung von Krankheit befasst. Dieser Gegen-Begriff erlaubt seinen NutzerInnen, mit einem Wort zu kommunizieren, dass sie sich nicht mit Krankheit, sondern mit Gesundheit befassen.

Antonovsky (1979, 1987) hat das Konzept der Salutogenese vor allem in zwei Büchern entwickelt: "Health, stress & coping" (1979) sowie "Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well" (1987). Diese Buchtitel signalisieren schon, dass die Salutogenese zunächst ein stressbezogenes Konzept ist. Während die Pathogenese Stress jedoch als Risikofaktor für einzelne, definierte Erkrankungen betrachten würde, untersuchte Antonovsky mit dem Konzept der Salutogenese, wie allgemeine Widerstandsressourcen helfen können, endogene und exogene Stressoren und damit verbundene Anspannungen im Leben erfolgreich zu überwinden. Als Ergebnis dieser erfolgreichen Stress-

bewältigung betrachtete er zudem nicht wie die Pathogenese einzelne Erkrankungen, sondern eine Bewegung des Menschen entlang eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums (Englischer Originalbegriff: health ease/dis-ease continuum). In seinem ersten Buch präsentierte Antonovsky (1979) ein sehr umfassendes, visuelles Salutogenese-Modell, das die zentralen Konzepte des Modells mit einer Vielzahl von Pfeilen in Beziehung setzt.

In seiner letzten, posthum veröffentlichten Publikation beschreibt(e) Antonovsky (1996) die Salutogenese als einen Paradigmenwechsel gegenüber der Pathogenese, den er durch drei zentrale Aspekte charakterisiert:

- ◆ Den Fokus auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum – statt auf dichotome Krankheiten.
- ◆ Den Fokus auf salutogene Faktoren, die aktiv Gesundheit fördern – statt auf Risikofaktoren.
- ◆ Den Fokus auf den ganzen Menschen und auf Gemeinschaften – statt auf einzelne Pathologien oder Charakteristika einer Person.

Seit dem Ursprung der Salutogenese sind nun fast 40 Jahre vergangen, in denen das Konzept unterschiedlich aufgenommen und angewandt wurde. Die zahlreichen Autoren des «Handbook of Salutogenesis» (Mittelmark u. a. 2017) stellen die internationale Literatur der letzten Jahre zu diesem Konzept vor. In der Einleitung zum Buch kommen wir aufgrund dieser Synopsis zum Schluss, dass die Salutogenese mittlerweile drei unterschiedliche Bedeutungen angenommen hat (Mittelmark & Bauer 2017):

- ◆ Salutogenetische Orientierung: Fokus auf Ressourcen und positive Gesundheit.
- ◆ Kohärenzerleben: Antonovskys zentrale Antwort auf seine Frage nach dem Ursprung von Gesundheit.
- ◆ Salutogenese-Modell: Theoretisch definierte Zusammenhänge zwischen Stressoren, Ressourcen, Kohärenzerleben und Gesundheit.

Insbesondere die internationale Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung bezieht sich breit auf eine salutogenetische Orientierung. Damit ist gemeint, dass man im weitesten Sinne auf die Stärkung von Ressourcen sowie auf positive Gesundheits-Outcomes fokussiert. Dieser eher lose, unspezifische Bezug zum Salutogenese Konzept macht es allerdings schwierig, über verschiedene Projekte hinweg systematisch Evidenz aufzubauen und erfolgreiche, salutogene Interventionsstrategien abzuleiten und zu überprüfen.

Neben diesem sehr breiten Verständnis stellt die Gleichsetzung der Salutogenese mit dem Konzept des Kohärenzerlebens den verengten Gegenpol dar. Antonovsky selbst identifizierte das Kohärenzerleben aufgrund seiner empirischen Feldforschung als seine zentrale Antwort auf die Frage nach dem Ursprung der Gesundheit. Er definierte das Kohärenzerleben als «eine globale Orientierung» und ein «Gefühl der Zuversicht», dass das Leben verstehbar, handhabbar und sinnhaft ist (Antonovsky 1987). Zu-

dem entwickelte er die zugehörige «Sense of Coherence Scale». Diese Skala wurde seither in fast 50 Sprachen übersetzt und in der Gesundheitsforschung in hunderten von Studien eingesetzt. Insgesamt zeigen diese Studien, dass ein stärker ausgeprägtes Kohärenzerleben sich tatsächlich positiv auf unsere Gesundheit auswirkt (Eriksson 2017). Dabei wurde ganz überwiegend das (reduzierte) Ausmass an Gesundheitsstörungen betrachtet – und weniger positive Gesundheitsergebnisse, für die es bisher kaum breit anerkannte Indikatoren gibt. Aus Sicht der Gesundheitsförderung ist die Reduktion der Salutogenese auf das Kohärenzerleben als personale Ressource zudem wenig hilfreich für Interventionen in Settings, die vor allem auf die Verbesserung der Verhältnisse ausgerichtet sind.

Hier könnte das vollständige Salutogenese-Modell Antonovskys (1979) handlungsleitend sein. Allerdings hat dieses bisher wenig Verbreitung gefunden, was vor allem daran liegen dürfte, dass es aus einer Vielzahl von Elementen besteht, zwischen denen noch zahlreichere Verbindungen postuliert werden. Das ursprüngliche, vollständige Salutogenese-Modell lässt sich daher nur in vertiefter Auseinandersetzung verstehen und in seiner Komplexität kaum empirisch testen.

2. Fokussierung und Erweiterung des Salutogenese-Modells für die Gesundheitsförderung

Um das Salutogenese-Modell breiter in Forschung und Praxis nutzen zu können, braucht es wegen der erwähnten Komplexität zunächst einmal eine Vereinfachung, indem es auf die wesentlichen Elemente und Zusammenhänge reduziert wird. Bull u. a. (2013) und Benz u. a. (2014) haben hierfür Vorschläge vorgelegt, die das Modell auf Folgendes reduzieren: Die Lebenssituation von Menschen wird charakterisiert durch das Ausmass an Stressoren sowie von Generellen Widerstandsressourcen („general resistance resources GRR“). Diese Lebenssituation(en) führen zu Lebenserfahrungen, die sich durch das Ausmass an Konsistenz, an Belastungsbalance (Verhältnis von Stressoren und GRR) sowie an Partizipation und Zugehörigkeit beschreiben lassen. Diese Lebenserfahrungen führen wiederum zu unterschiedlichen Ausprägungen des Kohärenzerlebens – der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens, was schliesslich die Positionierung auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bestimmt. Diese vier Stufen: Lebenssituation, Lebenserfahrungen, Kohärenzerleben und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum sind mit einem Doppelpfeil verbunden. Dies soll aufzeigen, dass auch Wirkzusammenhänge in die Gegenrichtung bestehen, also beispielsweise das Ausmass an Gesundheit und des Kohärenzerlebens die Lebenserfahrungen und Wahrnehmung der Lebenssituation beeinflussen.

Neben der Vereinfachung bedarf es einer Erweiterung des ursprünglichen Modells. In seinem Ursprung war das Modell primär auf die erfolgreiche Bewältigung besonders stressreicher Lebens-

situationen ausgerichtet, wo Konzepte wie Coping, Resilienz oder das erfolgreiche Überleben im gefährlichen Fluss des Lebens („the dangerous river of life“, Antonovsky 1996) im Vordergrund stehen. Erst die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren setzt demnach eine positive Gesundheitsentwicklung hin zum „ease“ Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums in Gang.

Gemäss der Ottawa-Charta der WHO (1986) wird Gesundheit jedoch „von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1986). Diese alltäglichen Umwelten und Lebensaktivitäten stellen nun aber keinen Kontext dar, in dem es primär nur ums Bewältigen und Überleben von Stressoren geht.

Vielmehr spielen dort zusätzlich setting-spezifische Ressourcen eine zentrale Rolle, die nicht nur als Widerstandsressourcen gegen Stress wirken, sondern auch unabhängig von der Anwesenheit von Stressoren unmittelbar zu einem positiven Gesundheitserleben führen können. In diesen zentralen Lebenswelten, aber auch im Leben ganz allgemein geht es demnach nicht nur ums Überleben („Surviving“) sondern auch um das Aufblühen und die eigene Potentialentwicklung in einer ressourcenreichen Umgebung („Thriving“) – oder analog zu Antonovskys Bild des Lebensflusses formuliert um das „joyful swimming in the resourceful river of life“.

Mit den positiven Konzepten von Aufblühen und Potentialentwicklung wird deutlich, dass es auch um mehr geht, als sich auf den Gesundheitspol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums hin zu bewegen. Den positiven Pol dieses Kontinuums hat Antonovsky (1979) nämlich aus heutiger Sicht überraschend negativ definiert: als die Abwesenheit von Schmerz, von funktionaler Beeinträchtigung, einer ungünstigen professionellen medizinischen Prognose sowie die Abwesenheit der Notwendigkeit einer Behandlung.

Will man dagegen auch die oben erwähnte, salutogene Orientierung der Gesundheitsförderung hin auf Ressourcen und auf eine positive Gesundheit im Salutogenese-Modell abbilden, sollte dieses um ein zweites Kontinuum positiver Gesundheit ergänzt werden. Antonovsky (1979) war übrigens von Anfang an offen für die Definition weiterer Gesundheits-Krankheits-Kontinua, die er schon in seinem ursprünglichen Modell als Möglichkeit anfügte, ohne sie jedoch näher zu definieren.

Die Idee einer zweidimensionalen Gesundheit mit zwei Kontinua findet sich schon länger im Gebiet der mentalen Gesundheit. Corey Keyes (2014) hat das „Dual Continua Model of Mental Health and Mental Illness“ entwickelt und mehrfach empirisch getestet.

Mit dieser Ergänzung eines unmittelbar positiven Gesundheitsentwicklungspfad von Lebensressourcen auf positive Gesundheit entsteht ein balanciertes Gesundheitsentwicklungsmo-

dell, wie wir es in ähnlicher Form im EUPHID Modell (Bauer u. a. 2006) vorgeschlagen haben (Abb. 1). Demnach gibt es zwei parallele Gesundheitsentwicklungspfade: einerseits führen Belastungen potentiell zu Erkrankungen, während Ressourcen zu positiver Gesundheit beitragen. Zudem puffern die Ressourcen die negativen Auswirkungen von Belastungen ab. Das Kohärenzerleben wäre als zentrale personale Ressource im Zentrum des Modells als „individuelle Gesundheitsdeterminante“ zu verorten.

Erklärungsbedürftig ist noch der Begriff „positive“ Gesundheit. Selbstverständlich ist Gesundheit im Unterschied zu Krankheit

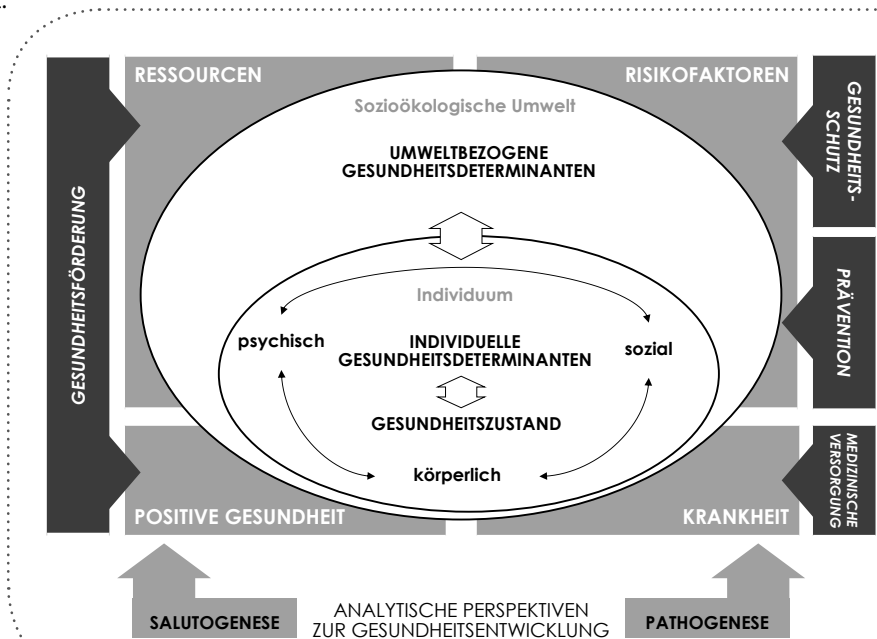


Abbildung 1: Gesundheitsentwicklungsmodell
(Bauer u. a. 2006; eigene Übersetzung)

eigentlich schon ein positives Konzept. Allerdings zeigt die negative Verwendung des Begriffs Gesundheit bei Antonovsky und umso mehr im „Gesundheitswesen“ (das fast ausschliesslich ein Krankheitswesen ist), dass in den meisten Fällen unter Gesundheit eben doch das Ausmass an Beeinträchtigung durch Krankheiten oder bestenfalls die Abwesenheit von Krankheit gemeint ist. Daher folgen wir der langbestehenden Definition von Gesundheit als „mehr als die Abwesenheit von Krankheit“ der WHO (1946) und haben bereits im EUPHID Gesundheitsentwicklungsmodell bewusst den Begriff „positive Gesundheit“ als Spiegelbegriff zu Krankheit gesetzt.

3. Forschungs-Anwendung im Setting Betrieb

In den letzten Jahren haben wir dieses erweiterte Salutogenese-Modell im Kontext der Arbeitswelt spezifiziert und getestet. Interessanterweise hat sich parallel zum oben erwähnten, allgemeinen EUPHID Gesundheitsentwicklungsmodell in der Arbeits- und Gesundheitspsychologie das Arbeits-Belastungs-Ressourcen-

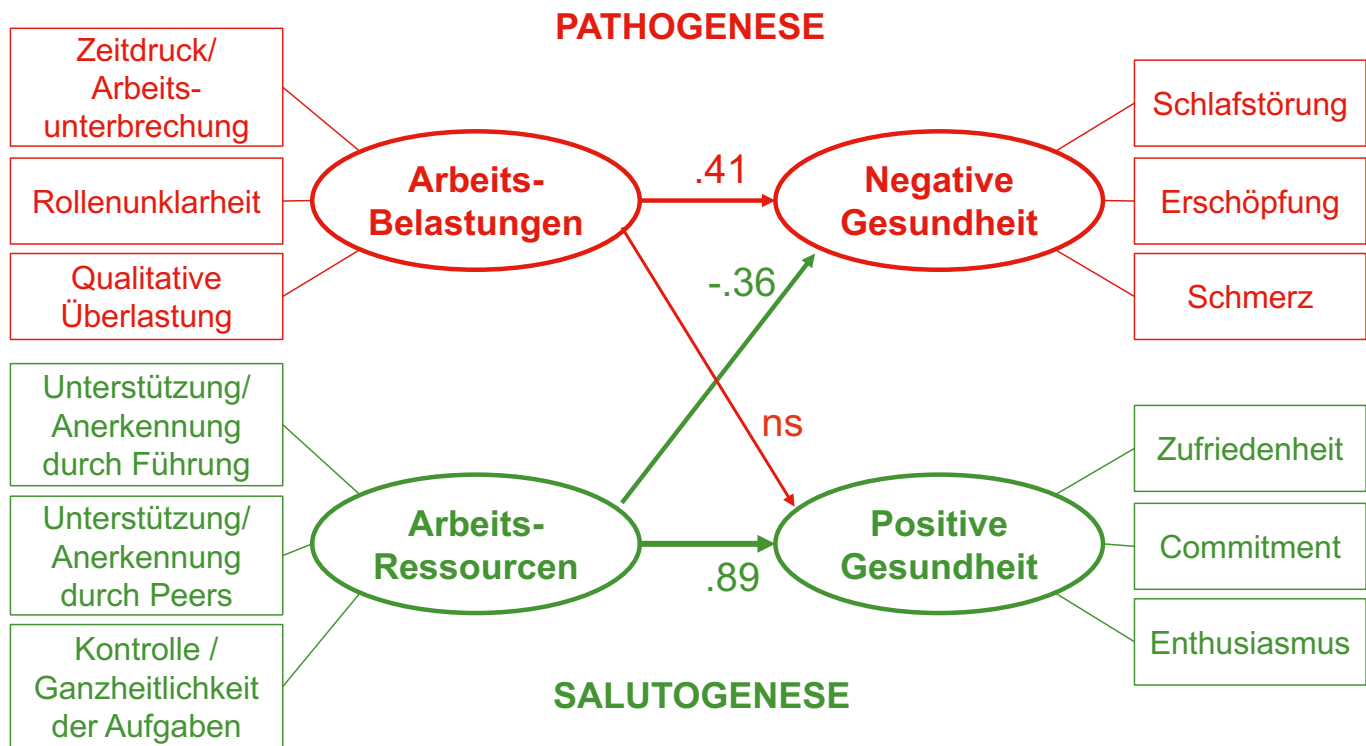


Abbildung 2: "Job-Demands-Resources Health Model" (Brauchli u. a. 2015; eigene Übersetzung)

Modell entwickelt (Demerouti u. a. 2001; Bakker & Demerouti 2017), das eine ähnliche Struktur mit zwei Pfaden negativer und positiver mentaler Gesundheitsentwicklung aufweist.

Durch die Verbindung dieser beiden Modelle ist unser „Job-Demands-Resources Health Model“ (Brauchli u. a. 2015) entstanden (Abb. 2).

Dieses erlaubt eine negative, pathogenetische Gesundheitsentwicklung von Arbeitsbelastungen hin zu Erkrankungen zu untersuchen und parallel eine positive, salutogenetische Gesundheitsentwicklung von Arbeitsressourcen hin zu positivem Gesundheitserleben. Dabei stehen beide Pfade selbstverständlich in Wechselwirkung. Basierend auf den Befragungsdaten zu Arbeit und Gesundheit bei 1851 heterogenen Mitarbeitenden aus 8 mittleren und grossen Betrieben unterschiedlicher Branchen konnten wir auf Basis des Modells die zentralen, verallgemeinerbaren Arbeitsbelastungen und Arbeitsressourcen identifizieren und das Ausmass der Zusammenhänge mit Gesundheitsstörungen sowie positiver Gesundheit untersuchen (Brauchli u. a. 2015).

Auf Basis eines Strukturgleichungsmodells zeigen die Zahlen in der Abbildung 2, wie gross die vom Modell postulierten Zusammenhänge über alle Befragten hinweg sind.

Man sieht, dass die wichtigsten Arbeits-Belastungen mit der Arbeitsaufgabe selbst zu tun haben (Zeitdruck, Unterbrechungen, unklare Rolle, Überforderung) und einen mittelgrossen Zusammenhang mit häufigen Gesundheitsstörungen wie Schlafstörungen, Erschöpfung, Rücken/Nackenschmerzen zeigen. Dagegen haben die Ressourcen bei der Arbeit neben einigen aufgabenbezogenen Aspekten (Ganzheitliche Aufgabe, Entscheidungsspielräume) vor allem mit dem sozialen Umfeld

zu tun. Diese Ressourcen zeigen einen sehr hohen Zusammenhang mit arbeitsbezogener positiver Gesundheit (Zufriedenheit, Commitment, Enthusiasmus). Gleichzeitig puffern sie – unabhängig von der Höhe der Belastungen – deren negative Gesundheitsfolgen ab – angezeigt durch den negativen Zusammenhang von $-.36$.

Das Modell und die darauf basierenden Ergebnisse legitimieren den Fokus der Gesundheitsförderung auf die Stärkung von Ressourcen, da diese sowohl präventiv als auch gesundheitsförderlich wirken. Mit dem Modell lassen sich nun gezielt Auswirkungen unterschiedlicher Verhältnisse von Arbeits-Belastungen und -Ressourcen breit in der Forschung aber auch gezielt in einzelnen Betrieben untersuchen. Diese Sichtbarkeit der Zusammenhänge kann in der Praxis klare Handlungsbereitschaft auslösen. Ergänzend lassen sich Interventionsansätze entwickeln, welche gezielt auf die Balancierung von Belastungen und Ressourcen bei der Arbeit ausgerichtet sind.

4. Praxis-Anwendung im Setting Betrieb

Die erwähnte parallele Entwicklung von Gesundheitsstörungen und positiver Gesundheit bei der Arbeit ist gut anschlussfähig an das Alltagserleben von Erwerbstätigen. Gemäss des von Kurt Lewin entwickelten Bildes der zwei Gesichter der Arbeit (Lewin 1920) kann dieses einerseits erschöpfend und erkrankend und andererseits sinnstiftend und bereichernd sein. In der Praxis finden sich für beide Betrachtungsweisen Beispiele. Das in der EU auch gesetzlich vorgeschriebene psychosoziale Risikomanagement bei der Arbeit betrachtet die eigentlich neutralen psychosozialen

Faktoren primär negativ – eben als mögliches Risiko. Um diese Logik durchzuziehen, werden Ressourcen daraufhin beurteilt, ob sie fehlen – und somit auch als potentiell Risiko umgedeutet. Dies führt schnell einmal dazu, dass Arbeitgeber einseitig als Risikoverursacher und Arbeitnehmende als potentielle Opfer betrachtet werden. Andererseits gibt es zunehmend Programme in Betrieben, die gezielt auf die Förderung psychosozialer Ressourcen, positiver Energie und Engagement bei der Arbeit ausgerichtet sind. Hier besteht wiederum die Gefahr, dass Arbeitnehmende diesen Fokus als zu einseitig positiv wahrnehmen können, während ihre Belastungsfaktoren keine Beachtung finden. Das Bild der zwei Gesichter der Arbeit und das oben präsentierte Arbeits-Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell bilden somit eine sinnvolle, integrierende Brücke zwischen einseitig positiven oder negativen Betrachtungen der Arbeitswelt.

Neben dem balancierten Verständnis von Arbeits-Belastungen und -Ressourcen sollten diese auch im Betrieb konkret sichtbar gemacht werden. Hierfür haben wir den «Corporate Health Index» entwickelt. Über eine kurze Mitarbeiterbefragung werden die wichtigsten Arbeits-Belastungen und -Ressourcen aus Sicht der Mitarbeitenden erhoben, ihr Gesamtausmass jeweils aufsummiert und anschliessend durcheinander dividiert. Der daraus resultierende Quotient verdichtet somit die Komplexität unterschiedlicher psychosozialer Arbeitsbedingungen in eine einzige Kennzahl. Der Vorteil ist, dass dieser «Corporate Health Index» – anders als die sonst beliebte Absenzquote – mit dem Verhältnis zwischen Arbeits-Ressourcen und -Belastungen die mehr oder weniger gesundheitsförderlichen Verhältnisse bei der Arbeit abbildet, die sich auch durch Interventionen verändern lassen. Empirisch zeigt sich dabei, dass ein höherer Index mit deutlich weniger Absenzen und Erschöpfung, aber auch stark mit den positiven Ergebnissen Arbeitsengagement und Arbeitsleistung zusammenhängt (Jenny u. a. 2011).

Nach dem Sichtbarmachen des Verbesserungspotentials im Betrieb stellt sich die Frage, auf welcher Ebene der Organisation sich diese zentralen Arbeitsbedingungen am wirksamsten verändern lassen. Heute besteht im betrieblichen Gesundheitsmanagement ein Trend, die einzelnen Mitarbeitenden mit online Tools zu befähigen, die zunehmend beanspruchenden Arbeitsbedingungen durch einen gesunden Lebensstil und Copingstrategien besser zu bewältigen. Diese Instrumente setzen aber nicht bei den Arbeitsbedingungen selbst an. Auf Betriebsebene sind Mitarbeitendenbefragungen zu Arbeit, Führung etc. verbreitet. Damit werden diese Aspekte zwar für alle sichtbar, aber meist liegen die Ergebnisse nur auf höheren Aggregationsebenen wie Gesamtbetrieb oder Abteilungen vor, und häufig folgen auf die Befragung keine oder nur sehr allgemeine, betriebsweite Verbesserungsmassnahmen.

In Abbildung 2 haben wir gesehen, dass sich die zentralen Arbeits-Belastungen und Ressourcen auf die Aufgaben der einzelnen Mitarbeitenden sowie deren direktes soziales Umfeld im Betrieb beziehen. Diese Aspekte lassen sich daher besonders gut

auf Ebene von Teams erheben und verbessern. In Teams besteht in der Regel ein Basisvertrauen, das einen offenen Perspektivenabgleich über die Arbeitssituation fördert und die gemeinsame Entwicklung lokaler, situationsgerechter Lösungen ermöglicht.

Unsere Beratungspraxis im betriebliche Gesundheitsmanagement hat gezeigt, dass sich für den Kompetenzaufbau im Team zur Verbesserung der Arbeitssituation ein zweistufiges Vorgehen bewährt (Jenny & Bauer 2018). Zunächst wird eine Mitarbeitendenbefragung bei den Teamleitenden zu ihrer eigenen Arbeitssituation durchgeführt. In einem Workshop diskutieren diese ihre Gesamtergebnisse und ergänzen die erfragten Kern-Belastungen und -Ressourcen durch unternehmensspezifische Faktoren. Anschliessend priorisieren die Führungskräfte die für sie wichtigsten Belastungen und Ressourcen, welche sie verbessern möchten. Um von einem Problemfokus in eine Lösungsorientierung zu kommen, werden bestehende Belastungen in einen positiven Wunschzustand umformuliert, z. B. Termindruck als Wunsch nach genügend Zeit, die Arbeit gut machen zu können.

Die Teamleitenden sammeln dann Ideen für Verbesserungsvorschläge auf Ebene der einzelnen Führungskraft, dem Führungsteam und dem Gesamtbetrieb – bewusst auf allen drei Ebenen um die geteilte Verantwortung für Arbeit und Gesundheit erlebbar zu machen. Diese Lösungsideen werden wiederum priorisiert und für die vielversprechendsten Ideen konkrete Massnahmenpläne erarbeitet. Schliesslich präsentieren sie ihre Vorschläge der Geschäftsleitung, die dazu Stellung beziehen kann. Vier bis sechs Monate nach Umsetzung der Massnahmen empfiehlt sich ein Refresher, um zu sehen, welche Massnahmen sich erfolgreich umsetzen liessen, wo noch Handlungsbedarf besteht, und inwieweit sich das Ressourcen-Belastungsverhältnis bei der Arbeit verändert hat. Durch diese Selbstanwendung sind die Führungskräfte optimal motiviert und kompetent, anschliessend einen analogen, gesundheitsorientierten Teamentwicklungsprozess im eigenen Team zu moderieren.

Um dieses Vorgehen breit verfügbar zu machen, haben wir mittlerweile mit verschiedenen Forschungs- und Praxispartnern einen digitalen Coach für Führungskräfte entwickelt, der diese mit einem virtuellen Coachingprozess, verschiedenen Arbeitsmaterialien und Feedbacktools befähigt, selbständig und niederschwellig solch einen Teamentwicklungsprozess zu durchlaufen. Auch wenn dieses digitale Tool für Führungskräfte aufgrund seiner technischen Komplexität für die Nutzer kostenpflichtig ist, sind diese Kosten um ein Vielfaches niedriger, als bei einem von aussen begleiteten Teamentwicklungsprozess. Aktuell führen wir mit Finanzierung des Schweizer Nationalfonds eine Wirksamkeitsstudie dieses „wecoach“ bei einem breiten Spektrum von Führungskräften durch, für die wir aktuell noch Teilnehmende suchen (siehe www.wecoach.ch). Zudem passen wir dieses Instrument derzeit noch an die besonderen Bedingungen beim Pflegepersonal an. Gemeinsam ist all diesen Aktivitäten, dass ihnen mit dem Arbeits-Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell das

auf die Arbeitswelt angepasste, erweiterte Salutogenese-Modell zugrunde liegt, das sich als handlungsleitend für Forschung und Praxis erweist.

5. Fazit

Salutogenese ist potentiell ein sehr geeignetes Modell für die Gesundheitsförderung, insbesondere in den verschiedenen Lebenswelten bzw. Settings. Um jedoch die gesamte Breite von Gesundheitsentwicklung und -Erfahrung in verschiedenen Lebenswelten abzudecken, sollte das ursprüngliche Modell um einen positiven Pfad der Gesundheitsentwicklung ergänzt werden, der zeigt, dass auch ohne die Präsenz von Stressoren wichtige Lebensressourcen direkt zu positiver Gesundheit führen können. Die Anwendung des erweiterten Modells mit zwei parallelen Gesundheitsentwicklungspfaden in der Forschung und Praxis in der Arbeitswelt hat beispielhaft den Mehrwert des Salutogenese-Modells für die Gesundheitsförderung illustriert. □

INFO-BOX

Das „Center for Salutogenesis“ hat gemeinsam mit der „Global Working Group of Salutogenesis“ der International Union of Health Promotion and Health Education 2017 die **„Society for Theory And Research on Salutogenesis“** gegründet. Interessierte können kostenlos dieser transdisziplinären Plattform für den wissenschaftlichen Austausch zur Salutogenese beitreten: www.stars-society.org



Society for Theory And Research
on Salutogenesis

Führungskräfte von Teams aus allen Unternehmen können bis Ende 2018 an der kostenpflichtigen **Wirksamkeitsstudie zum weltweit ersten digitalen Coach für Führungskräfte zu Teamentwicklung** teilnehmen. Weiter Informationen finden sich unter www.wecoach.ch

wecoach®
Digitaler Coach für Führungskräfte und Teams

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health – How people manage stress and stay well*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2017). Job demands-resources theory: Taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), 273-285. doi:10.1037/ocp0000056
- Bauer, G. F., Davies, J. K., & Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21(2), 153-159.
- Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M. B., & Vaandrager, L. (2014). Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. *Global Health Promotion*, 21(4), 16-23. doi:10.1177/1757975914528550
- Brauchli, R., Jenny, G. J., Füllemann, D., & Bauer, G. F. (2015). Towards a job demands-resources health model: Empirical testing with generalizable indicators of job demands, job resources, and comprehensive health outcomes. *BioMed Research International*. doi:10.1155/2015/959621
- Bull, T., Mittelmark, M. B., & Kanyeka, N. E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-173. doi:10.1080/09581596.2013.771811
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86, 499-512. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Eriksson, M., & Mittelmark, M. B. (2017). The Sense of Coherence and Its Measurement. In M. B. Mittelmark, et al. (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 97-106). doi:10.1007/978-3-319-04600-6_12
- Jenny, G. J., Inauen, A., Brauchli, R., Füllemann, D., Müller, F., & Bauer, G. F. (2011). Projekt SWiNG – Schlussbericht der Evaluation [Project SWiNG – Final report of the evaluation]. Verfügbar unter www.gesundheitsfoerderung.ch/swing
- Jenny, G. J., & Bauer, G. F. (2018). Leadership and Team Development to improve organizational health. In K. Nielsen, & A. Noblet (Hrsg.), *Organizational Interventions for Health and Well-being: A Handbook for Evidence-Based Practice* (S. 237-261). London, England: Routledge
- Keyes, C. L. M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. In: G. F. Bauer, & O. Hämmig (Hrsg.), *Bridging occupational, organizational and public health: A transdisciplinary approach* (S. 179-192). Dordrecht, Niederlande: Springer. doi:10.1007/978-94-007-5640-3
- Lewin, K. (1920). *Die Sozialisierung des Taylorsystems: Eine grundsätzliche Untersuchung zur Arbeits- und Berufspsychologie*. Berlin: Verlag für Gesellschaft und Erziehung.
- Mittelmark, M. B., et al. (Hrsg.). (2017). *The Handbook of Salutogenesis*. doi:10.1007/978-3-319-04600-6
- Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The Meanings of Salutogenesis. In M. B. Mittelmark, et al. (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (S. 7-13). doi:10.1007/978-3-319-04600-6_2
- World Health Organization, Constitution of the World Health Organization, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1946.
- WHO World Health Organisation (1986). *Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Verfügbar unter http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Prof. Dr. med. Georg Bauer

ist Mediziner mit einem Doktor in Public Health von der UC Berkeley sowie einer Habilitation in Arbeits- und Organisationspsychologie an der ETH Zürich. Er leitet seit 2001 die Abteilung Public & Organizational Health und seit 2017 zusätzlich das neu gegründete „Center of Salutogenesis“ an der Universität Zürich. Seine Forschungsschwerpunkte sind Salutogenese, positive Gesundheitsentwicklung bei der Arbeit und in Organisationen, Flexibilisierung der Arbeitswelt sowie entsprechende Interventionsansätze in Unternehmen. Er ist Mitgründer von Corporate Health Solutions – einem Spin-Off der Universität Zürich.



Quelle: Autor