

2 Stand der Forschung zur Gesundheitsförderung in Unternehmensberatungen

Bestandteile des betrieblichen Gesundheitsmanagements sind der Arbeitsschutz und die betriebliche Gesundheitsförderung (Rudolph, 2013; Ulich & Wülser, 2015). Die Zielsetzungen sind divergent und werden maßgeblich durch das jeweilige theoretische Konstrukt der Gesundheit geprägt (Ulich & Wülser, 2009). Während dem Arbeitsschutz das pathogene Gesundheitskonzept zugrunde liegt, basiert das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung auf dem Modell der Salutogenese (Ulich & Wülser, 2015). Im Folgenden werden beide Gesundheitsmodelle in Hinblick auf die Verwendbarkeit für das Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen vorgestellt.

2.1 Gesundheitsmodelle und betriebliche Gesundheitsförderung

Der biomedizinische Ansatz versteht Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (Rothgangel & Schüler, 2010; Thiel & Mayer, 2016). Der Fokus ruht auf den Risikofaktoren, welche für die Krankheitsentstehung ursächlich sind. Hierbei werden keine gesundheitsfördernden Faktoren berücksichtigt (Rudolph, 2013). Beruhend auf dieser Sichtweise werden Krankheiten über die rein physikalisch nachweisbare Pathogenese definiert. Erkrankungen entstehen aufgrund organischer Fehlfunktionen und Störungen (Rudolph, 2013; Thiel & Mayer, 2016). Auf diese Weise werden zahlreiche körperliche und psychische Gesundheitszustände nicht erfasst, welche die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit erheblich einschränken können und denen keine physikalisch nachweisbare Symptomatologie zugrunde liegen (Becker, 2006; Rudolph, 2013; Ulich & Wülser, 2015). Die vollumfängliche Erklärung der Entstehung moderner Volkskrankheiten, wie Herz- und Kreislauferkrankungen, ist nach diesem Modell lediglich möglich, wenn diese durch die biomedizinische Pathogenese beschreibbar sind (Greiner, 2007; Thiel & Mayer, 2016). Bei der Entstehung moderner Krankheiten werden psychische Faktoren zunehmend als ursächlich angesehen (Lenhardt, Ertel & Morschäuser, 2010; Voss & Weiss, 2013). Dies ist insbesondere in Beratungsunternehmen zu beobachten (Bachmann, 2006; Evers, 2009; Gerlmaier, 2010; Lohmann-Haislah, 2012). Aus diesem Grunde eignet sich das biomedizinische Gesundheitsverständnis als

Grundlage für das Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen nicht, da relevante Aspekte zur Erklärung der Gesundheit exkludiert werden.

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell wurde zur Erklärung der Pathogenesen entwickelt, welche sich nicht alleinig auf biologische Faktoren zurückführen lassen. Das Modell berücksichtigt zur Erklärung der Krankheitsentstehung psychische und soziale Einflussfaktoren (Rudolph, 2013; Ulich & Wülser, 2015). Im Gegensatz zur biomedizinischen Sichtweise ist das Zusammenwirken psychischer, sozialer und biologischer Faktoren auf den Organismus ursächlich für das Auftreten der Pathogenesen (Egger, 2015). Krankheit und Gesundheit werden nicht als Zustand, sondern als dynamischer Prozess angesehen (Bernatzky, Knörzer, Amesberger & Bernatzky, 2007; Egger, 2008; Ulich & Wülser, 2015). Unter Gesundheit werden Kompetenzen verstanden, um auftretende Störungen autoregulativ zu bewältigen. Krankheiten entstehen, wenn die Kompetenzen zur Bewältigung nicht ausreichen oder notwendige Regelkreise ausfallen (Egger, 2008). Dieses Modell ermöglicht erstmals, Krankheiten wissenschaftlich begründet und ganzheitlich zu erfassen (Egger, 2008). Durch die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren gestattet das Modell die Erklärung der Entstehung psychischer Krankheitszustände (Neuer, 2016). Demzufolge eignet sich das Modell prinzipiell als Basis für Konzepte zur Gesundheitsförderung.

Die Erkenntnisse des biopsychosozialen Modells prägten ebenfalls die Sportwissenschaft (Hänsel, Zocher, Ennigkeit & Rühl, 2013; Rudolph, 2013). Als Voraussetzung für die sportliche Aktivität werden die biologisch determinierte Sportkompetenz, die psychisch bedingte Sportmotivation und das Sportmilieu angesehen (Rudolph, 2013). Laut dieser Perspektive müssen alle drei Aspekte für ein aktives sportliches Leben gefördert werden. Auf der anderen Seite dient das biopsychosoziale Modell als Rahmenkonzept für Präventionsmaßnahmen durch sportliche Aktivität. Hänsel et al. (2013) berücksichtigen im Programm zur Vermeidung und Reduktion von Rückenschmerzen die biopsychosozialen Belastungsfaktoren. Auch Rudolph (2013) legt dem sportlichen Interventionsprogramm die biomedizinische Sichtweise zugrunde.

Das biopsychosoziale Gesundheitsmodell stellt gleichermaßen den Ausgangspunkt für das Modell der Salutogenese dar (Bernatzky et al., 2007; Ulich &

Wülser, 2015). Gemeinsam mit den Kenntnissen der Sozialepidemiologie, der Arbeitssoziologie und der Arbeitspsychologie bieten diese die wissenschaftlichen Grundlagen für das erweiterte Gesundheitsverständnis (Hurrelmann, Laser & Razum, 2012; Schubert, 2004). Nach diesem Gesundheitsverständnis stehen die Förderung und Gestaltung persönlicher und organisationaler Gesundheitspotenziale im Vordergrund und weniger die Abwesenheit der Krankheiten sowie die Prävention der Krankheitsrisiken (Greiner, 2007; Ulich & Wülser, 2009). Dieses Verständnis dominiert die moderne Gesundheitswissenschaft (Thiel & Mayer, 2016).

Das Modell der Salutogenese von Antonovsky (1997) versteht unter Gesundheit das vollständige körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden (Hurrelmann, Klotz & Haisch, 2010). Das Konzept basiert auf den Erkenntnissen der Stress- und Bewältigungsforschung (Thiel & Mayer, 2016; Ulich & Wülser, 2009). Das Modell der Salutogenese postuliert, dass Belastungen durch vorhandene Bewältigungsstrategien und Gesundheitsressourcen zu gesundheitsschädlichen, neutralen oder gesundheitsfördernden Reaktionen der Individuen führen (Bürklein, 2007; Ulich & Wülser, 2009). Demzufolge eignet sich das Modell sowohl zur Erklärung der Entstehung der Krankheiten als auch zur Erklärung der Erhaltung und Förderung der Gesundheit (Daiminger, 2015; Lasshofer, 2006). Der Fokus ruht jedoch weniger auf der Erklärung der Pathogenese. Vielmehr fokussiert sich dieser Ansatz auf proaktive Aktivitäten zur Gestaltung gesundheitsfördernder Bedingungen im Umfeld der Person und zur Verbesserung der Konstitution (Daiminger, 2015; Thiel & Mayer, 2016). Diese Zielsetzung lässt den salutogenetischen Ansatz als Basis für das Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen attraktiv wirken. Gleichzeitig ermöglicht das Modell der Salutogenese neben den psychischen Belastungen die Aufnahme der Ressourcen als erklärende Variablen (Daiminger, 2015; Rudolph, 2013).

Im Konzept der Salutogenese ist das Kohärenzerleben die wichtigste Ressource (Daiminger, 2015; Ulich & Wülser, 2009). Das Kohärenzerleben ist eine generelle Grundeinstellung (Antonovsky, 1997). Diese drückt das Maß des persönlichen Vertrauens aus, dass externe oder interne Stimuli vorhersehbar sowie erklärbar sind, dass Ressourcen zur Bewältigung zur Verfügung stehen und dass sich die Anstrengungen zur Bewältigung lohnen (ebd.). Die Entwicklung des Kohärenz-

gefühls erfolgt in jungen Jahren und unterliegt im Erwachsenenalter nur noch leichten Veränderungen (Antonovsky, 1997; Daiminger, 2015; Lasshofer, 2006). Mittlerweile besteht Übereinstimmung dahingehend, dass das Kohärenzgefühl als alleinige Ressource nicht ausreicht (Greiner, 2007). Der salutogenetische Ansatz wird durch die Berücksichtigung weiterer Ressourcen auf eine breitere Basis gestellt, welche sich in körperlich-konstitutionelle, personal-psychische sowie soziale Widerstandsressourcen einteilen lassen (Faltermaier, 2005; Hurrelmann, 2010). Diese helfen, negative Auswirkungen psychischer Belastungsfaktoren zu reduzieren und zu vermeiden (Bachmann, 2006; Evers, 2009). Hierdurch wird zugleich die Erweiterung der Handlungsoptionen für die Gesundheitserhaltung ermöglicht, da neben der Vermeidung krankmachender Faktoren der gezielte Aufbau gesundheitsfördernder Ressourcen realisierbar wird.

Das Gesundheitsmanagement, welches auf dem salutogenen Gesundheitsverständnis basiert und externe sowie interne Ressourcen berücksichtigt, beschränkt sich nicht alleinig auf die Reaktion auf Krankheiten oder die Gestaltung einzelner Problemfelder. Es stellt vielmehr einen prospektiven Ansatz dar, welcher weitestgehend alle organisatorischen, sozialen und individuellen Einflussfaktoren im Arbeitsumfeld berücksichtigt (Ulich & Wülser, 2009). Durch die Berücksichtigung aller relevanter Ressourcen und Beanspruchungen eignet sich das salutogene Gesundheitskonzept als Grundlage für das Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen. Im anschließenden Kapitel erfolgen die Analyse der bestehenden Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung und die Bewertung der Verwendbarkeit als Basis für das strategische Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen.

2.2 Kritische Reflexion

Der Verabschiedung der Ottawa Charta gebührt ein maßgeblicher Anteil an der Entstehung der betrieblichen Gesundheitsförderung (Metschar, 2013; Ulich & Wülser, 2009; Thiel & Mayer, 2016). Seitdem basiert der Ansatz der Gesundheitsförderung auf dem positiven, salutogenen Gesundheitsverständnis (Hurrelmann et al., 2012; Jerich, 2016). Die wissenschaftliche Neuausrichtung der Gesundheitsförderung legt hierdurch den Grundstein für die Berücksichtigung von Gesundheitszuständen, welche die Lebensqualität und Arbeitsfähigkeit erheblich ein-

schränken können und denen keine physikalisch nachweisbare Symptomatologie zugrunde liegt (Greiner, 2007). Die Konzepte wurden um das polykausale Belastungs-Beanspruchungsdenken erweitert. Diese berücksichtigen zusätzlich psychosoziale und mentale Variablen und rücken die Beteiligung der Mitarbeiter(innen) an der Erarbeitung der Lösungsansätze in den Fokus der Betrachtung (Bürklein, 2007; Ulich & Wülser, 2009). Die konzeptionellen Ansätze zur Gesundheitsförderung bilden durch die Berücksichtigung psychischer Belastungsfaktoren und gesundheitsfördernder Ressourcen prinzipiell das Fundament für das Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen.

Die Einsatzfähigkeit des Ansatzes zur betrieblichen Gesundheitsförderung als Basis für das strategische Gesundheitsmanagement in Beratungsunternehmen muss jedoch dahingehend beurteilt werden, inwieweit die in der Praxis etablierten Konzepte auf dem positiven Gesundheitsverständnis basieren und die ganzheitliche Sichtweise gewährleisten. Ritter (2003) konkludiert, dass die in der Praxis umgesetzten Konzepte und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung überwiegend die Reduktion der Unfall- und Krankheitsfälle als Ziel anvisieren. Die konkreten praktischen Handlungen und Maßnahmen der Konzepte der Gesundheitsförderung fokussieren folglich die Reduktion der Krankheiten sowie körperlichen Beschwerden und vernachlässigen weitestgehend gesundheitsfördernde Aspekte.

Der Eindruck der biomedizinischen oder biopsychosozialen Fokussierung der Gesundheitsförderung im Sinne des Arbeitsschutzes wird untermauert, indem es bei der Mehrzahl der Konzepte zur Gesundheitsförderung zur Ableitung und Bestimmung spezifischer Ziel- und Bedarfsgruppen für gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie z. B. Rückenschulen, kommt (Ritter, 2003). Zu diesem Ergebnis gelangen ebenfalls Schröer, Haupt und Pieper (2013) im Rahmen der umfassenden Literaturrecherche. Die Maßnahmen wurden nicht auf Basis gesicherter empirischer Bedarfsbestimmung abgeleitet, weshalb die Gesundheitsförderung in der Praxis zur nachfragedeterminierten Angebotspolitik von Einzelmaßnahmen degenerierte (Morschhäuser, 2002; Ritter, 2003; Rudolph 2013). Diese Sichtweise wird durch die Ergebnisse von Bühren (2015) untermauert. Die Leistungsangebote der Gesundheitsförderung beschränken sich weitestgehend auf Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation der Mitarbeiter(innen) (Boese, 2010; Neuner, 2016; Rudolph, 2013). Diese rücken die Bekämpfung individueller Risikofaktoren für

die Gesundheit und die Abmilderung der Wirkungen der Gesundheitsrisiken in den Fokus.

Die Maßnahmen der Gesundheitsförderung sind durch sport- und bewegungsbezogene Programme dominiert (Boese, 2010; Rudolph, 2013; Ulich & Wülser, 2009). Sportbezogene Maßnahmen dienen der Verbesserung des muskulären Apparats und der Ausdauer sowie der Reduktion des Körperfettanteils und der Arbeitsunfähigkeitstage (Brand, Schlicht, Grossmann & Duhnsen, 2006; Sammet, 2007). Diese Entwicklung ist auf die Annahme zurückzuführen, dass gesundheitliche Probleme, wie Funktions- und Leistungseinbußen, sowie degenerative Veränderungen aus unzureichender Bewegung oder aus Fehlbelastungen bei der Arbeit resultieren (WHO, 2010; Woll & Bös, 2004). Des Weiteren kann empirisch belegt werden, dass körperliche Aktivität zur Aufrechterhaltung der Gesundheit und Vermeidung chronischer Erkrankungen beiträgt (Chodzko-Zajko et al., 2009; Scriba & Schwartz, 2009). Die Verhaltensprogramme enden typischerweise damit, dass den Teilnehmern Handlungspläne und Selbstkontrollstrategien zur Vermeidung gesundheitsgefährdender Lebensstile übergeben werden. In der Realität kann jedoch beobachtet werden, dass nach sechs bis zwölf Monaten die Teilnehmer(innen) derartiger Verhaltensmaßnahmen das ursprüngliche Risikoverhalten wieder praktizieren (Reinhard, 2003). Damit gelingt die Initialisierung der Verhaltensmaßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung annehmbar, der nachhaltige Erfolg der Maßnahmen stellt sich bislang nicht ein (Reinhard, 2003; Horváth, 2009). Zusätzlich ist bei diesen Maßnahmen die Allokationsproblematik zu beobachten (Huber & Weiß, 2015; Ziesche, 2015). Diese äußert sich, indem die Personen mit hoher Risikoproblematik mit den Maßnahmen nicht erreicht werden (Huber & Weiß, 2015). In einer Metaanalyse zur Evaluierung der Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion gelangen Pieter und Wolf (2014) zu dem Ergebnis, dass die Wirksamkeit der verhaltensorientierten Maßnahmen zur Stressreduktion fraglich ist.

Angesichts der Defizite der Verhaltensinterventionen wurde die Erweiterung um Ansätze zur Verhältnismodifikation im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung postuliert, bei denen die personalen, strukturellen, sozialen und kulturellen Interventionsebenen berücksichtigt werden. Entstanden ist diese umfas-

sende Sichtweise im Rahmen sozio-ökologischer Modelle zur Gesundheitsförderung (Hurrelmann & Laaser, 2012). Die gemeinsame Annahme besteht in dem Wissen, dass die Gesundheit durch komplexe Wirkungskausalitäten bestimmt wird. Im Kontext der Verhältnisprävention sind für die gesundheitsfördernde Gestaltung der Arbeit neben Arbeitsumgebung und Arbeitsmitteln die Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation relevante Einflussgrößen (Schubert, 2015; Sokoll, Kramer & Bödeker, 2008). Ungeachtet dieser Einsicht konnten sich die Verhältnismaßnahmen bislang in der Praxis noch nicht in ausreichendem Maße durchsetzen, der Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung beruht immer noch auf den personenbezogenen Interventionen (Ulich, 2015). Nach Schubert (2015) ist in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein Umdenken notwendig. Die potenziell gesundheitsgefährdenden organisatorischen Strukturen müssen verstärkt in den Fokus rücken.

Erschwerend kommt hinzu, dass dem überwiegenden Teil der Programme zur Gesundheitsförderung der Nachweis der Effektivität und der Wirtschaftlichkeit nicht gelingt (Glöde, 2010; Huber, 2014a; Kirsten, 2006). Neuner (2016) fordert in diesem Kontext eine qualitätsorientierte Gesundheitsförderung mit effizienter Wirksamkeitskontrolle. Die Kosten-Effektivitäts-Analyse und die Kosten-Nutzenwert-Analyse werden als etablierte Instrumente zur Validierung der Effizienz der Gesundheitsmaßnahmen genutzt (Glöde, 2010). Glöde (2010) konstatiert, „dass die in bisherigen Studien durchgeführten Effizienzanalysen allgemein akzeptierte Zuverlässigkeits- und Gültigkeitskriterien des betrieblichen Rechnungswesens nicht erfüllen“ (S. 46). Diese Sichtweise wird auch von Huber und Weiß (2015) vertreten, welche die grundsätzlich fehlende Evidenz für die unzureichende Etablierung der Gesundheitsförderung in den Betrieben verantwortlich machen. Auch Ziesche (2015) konkludiert im Rahmen der Metaanalyse, dass die aktuelle deutsche Studienlage zu den Nutzenpotenzialen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht ausreichend ist.

Die Defizite bei der Evaluation der Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sind auf die ungenügende Qualität der Instrumente zur Erfolgsmessung und auf unzureichende Erklärungsansätze hinsichtlich der Wirkungsweise der Gesundheitsförderung auf Organisationen und Beschäftigte zurückzuführen (Glöde,

2010; Walter, Plaumann & Lehmann, 2014). Die betriebliche Gesundheitsförderung kann jedoch ohne belastbare Evaluation nicht erfolgreich sein (Huber, 2010b). Zur Rechtfertigung unternehmerischer Maßnahmen und Aktivitäten müssen diese der Kosten- und Erfolgskontrolle oder zumindest der Effektivitäts- und Effizienzrechnung unterliegen (Hoitsch, 2007).

Aus diesem Grunde eignen sich diese Instrumente für den Einsatz im Rahmen des Gesundheitsmanagements lediglich bedingt. Eine Rechtfertigung für die Investition in Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können diese nicht valide bieten (Glöde, 2010).

2.3 Fazit

Die bestehenden Ansätze der Gesundheitsförderung sind aus folgenden Gründen für den Einsatz in Unternehmensberatungen lediglich eingeschränkt tauglich:

1. Die bestehenden Ansätze zur Gesundheitsförderung konzentrieren sich auf tayloristische Arbeitsorganisationen mit deren spezifischen gesundheitlichen Gefährdungspotenzialen, die nicht auf wissensbasierte Dienstleistungsunternehmen übertragen werden können (Gerlmaier 2005).
2. Die betriebliche Gesundheitsförderung beschränkt sich auf das Angebot und die Evaluation einzelner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, ohne dass ein ganzheitliches Konzept zugrunde liegt (Metschar, 2013; Schubert, 2015).
3. Die bestehenden Konzepte zur Gesundheitsförderung bleiben hinter dem Anspruch eines evidenzbasierten Gesundheitsmanagements zurück (Huber, 2014a).
4. Wesentliche strategische Anforderungen hinsichtlich der Allokation, der Volition und der Evaluation sind in der Gesundheitsförderung nicht umgesetzt (Horváth et al., 2009; Huber, 2014a). Die Ansätze berücksichtigen weder die strategische Perspektive in ausreichendem Maße, noch die berufsspezifischen Belastungen und gesundheitsfördernden Ressourcen (Horváth et al., 2009).
5. Bislang besteht kein einheitlicher Standard für die Planung und die Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen (Huber, 2013).

6. Die Etablierung und die Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements setzt voraus, dass valide und verlässliche Bewertungskriterien zur Evaluation und Steuerung der Maßnahmen vorliegen (Horváth et al., 2009; Huber, 2014a). Dies erfordert die systematische Erhebung der Daten zur Belastungs- und Gesundheitssituation in IT-Beratungsunternehmen, welche zusätzlich die frühzeitige Diagnose möglicher Fehlentwicklungen erlauben (Gerlmaier, 2005).

Für die erfolgreiche Implementierung der Gesundheitsförderung in Unternehmensberatungen müssen ebendiese Defizite aufgegriffen werden. Hierfür ist die Professionalisierung der Gesundheitsförderung vonnöten, welche konsequent beratungsspezifische Belastungsprofile und gesundheitsfördernde Ressourcen berücksichtigt. Schubert (2015) stellt drei wesentliche Anforderungen an das betriebliche Gesundheitsmanagement im Kontext psychischer Gesundheitsgefährdungen vor: die Aufklärung der Entscheidungsträger, die Erstellung von Belastungsprofilen auf Basis strukturierter Datenerhebungen und die Durchführung belastungsprofilspezifischer ganzheitlicher Maßnahmen. Diese müssen in ein Gesamtkonzept integriert werden, welches die strategische Planung und die Evaluation ermöglicht und sich nicht nur auf die Planung und Durchführung gesundheitsfördernder Maßnahmen beschränkt. Hierfür werden in den folgenden Kapiteln die Grundlagen erarbeitet.



<http://www.springer.com/978-3-658-18182-6>

Gesundheitsmanagement für
Unternehmensberatungen
Wirkung von Sport und Stress auf die psychische
Gesundheit und Wertschöpfung
Mock, T.
2017, XIII, 271 S. 17 Abb., Softcover
ISBN: 978-3-658-18182-6