

Bachelor-Arbeit
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**
Kurs **BB 2018-2022**

Susanne Feuersänger

Trotzdem psychisch gesund - dank Salutogenese

**Sozialpädagogische Fachkräfte im Umgang mit herausfordernden externalisierenden
Verhaltensweisen der Klientel in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung**

Diese Arbeit wurde am **15. August 2022** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repositorium veröffentlicht und sind frei zugänglich.

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Schulleitung

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2022

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Leitung Bachelor

Abstract

Die Bachelorarbeit beschäftigt sich mit den Themenbereichen Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit sozialpädagogischer Fachkräfte in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe angesichts gegen sie gerichteter externalisierender herausfordernder Verhaltensweisen (HEVE) der Klientel. Es wird untersucht, inwiefern Ansätze der Salutogenese dabei unterstützen können.

Mittels Fachliteratur werden relevante Begriffe erläutert, die Prävalenz externalisierender HEVE, ihre Ursachen und Folgen beschrieben und die Verbindung zur Salutogenese hergestellt. Ihre Orientierung auf Gesundheit empfiehlt sie als theoretische Basis. Das Gesundheitsmodell der Salutogenese von Aaron Antonovsky, seine Konzepte und relevante Forschung werden dargelegt.

Es zeigt sich, dass externalisierende HEVE allgegenwärtige und unvermeidbare Stressoren sind, weshalb Ressourcenstärkung Vorrang vor ihrem Abbau hat. Salutogene Interventionen schaffen kohärente Arbeitsbedingungen, als Voraussetzung für die Bewältigung von Stressoren und Ausgleich ihrer pathogenen Wirkung. Ausgewählte Interventionen werden Individuums-, Team- und Organisationszentriert beschrieben.

Ihre Wirksamkeit setzt strategisches Gewicht, Ganzheitlichkeit, Multidimensionalität, Partizipation und aktives Lernen voraus. Verstehbare, handhabbare und bedeutsame Arbeitsbedingungen ermöglichen konsistente, partizipative Arbeitserfahrungen in ausgewogener Belastungsbalance, was das arbeitsbedingte Kohärenzgefühl und damit die Gesundheit stärkt.

Unter all diesen Voraussetzungen sind externalisierende HEVE salutogene Herausforderungen und nicht krankmachende Belastungen.

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei allen, die mich in der Entwicklung des Themas meiner Bachelorarbeit bestärkt und mir geholfen haben, die Arbeit zu verfassen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Professorin Meier Magistretti, die mich in der Umsetzung der Idee zur Bachelorarbeit bestärkt, aber auch herausgefordert hat, mir Sporn und Ansporn war. Sie hatte einen grossen Anteil daran, dass ich mich an diese mir völlig neue Thematik herangewagt und sie schliesslich zu meinem Thema gemacht habe.

Mein besonderer Dank gilt auch meinem unermüdlichen Praxisausbildner Marcel Bochsler, der mich nicht nur mit seiner Begeisterung für die Arbeit mit mehrfach belasteten, traumatisierten Kindern und Jugendlichen angesteckt hat, sondern auch mit der Begeisterung dafür, verstehen zu wollen, zu hinterfragen, neu zu denken, mich zu reflektieren; der mich immer wieder fachlich herausgefordert hat, mich in schwierigen Momenten gecoacht und aufgefangen hat – der Fels in der Brandung in einem anspruchsvollen Setting und im vierjährigen berufsbegleitenden Studium.

Mein Dank gilt vor allem meinem Mann, ohne den es nicht denkbar gewesen wäre, meinem beruflichen Lebensweg mit über 50 Lebensjahren noch einmal eine neue Wendung zu geben. Er hat mich von Anfang an bestärkt, mich unterstützt und mir in den vielen Tagen, in denen ich schulisch absorbiert war, in jeder Hinsicht den Rücken freigehalten.

Susanne Feuersänger

Tuggen, 15. August 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Schulleitung	II
Abstract	III
Danksagung	IV
Abkürzungsverzeichnis	VII
Abbildungsverzeichnis	VIII
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Fragestellung	1
1.2 Motivation und Berufsrelevanz	3
1.3 Ziel und Adressat_innen	5
1.4 Abgrenzung	6
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	8
2 Externalisierende HEVE – Prävalenz, Ursachen, Folgen	8
2.1 Zentrale Begriffe	9
2.1.1 Kinder- und Jugendhilfe	9
2.1.2 Stationäre Heimerziehung	9
2.1.3 Intensivbetreuung	9
2.1.4 Externalisierende HEVE	10
2.1.5 Psychische Gesundheit	10
2.2 Prävalenz	11
2.3 Ursachen	12
2.4 Folgen.....	14
2.4.1 Begriffserklärungen	14
2.4.2 Folgen	15
2.5 Der «abweichende Fall»	18
3 Salutogenese	19
3.1 Begriffsklärung Gesundheit	19
3.2 Entstehungsgeschichte	20
3.3 Salutogenese	20
3.3.1 Gesundheitsmodell der Salutogenese	20
3.3.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	21
3.3.3 Stressoren	22
3.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR)	24
3.3.5 Kohärenzgefühl (SOC)	26

4	Forschungsergebnisse	28
4.1	Generelles Kohärenzgefühl.....	28
4.1.1	SoC-Skala	28
4.1.2	Kohärenzgefühl im Lebensverlauf.....	28
4.1.3	Alltagserfahrungen und Kohärenzgefühl	29
4.2	Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl.....	31
4.2.1	Merkmale.....	31
4.2.2	Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen	31
4.2.3	Das Gesundheitsmodell im Kontext der Arbeit.....	32
5	Salutogene Handlungsansätze	34
5.1	Gesundheitsförderung.....	34
5.2	Salutogene Stressoren.....	35
5.3	Individuumszentrierte Ansätze	37
5.3.1	Tandem für neue Mitarbeitende	37
5.3.2	Selbstoptimierung	40
5.4	Teamzentrierte Ansätze	42
5.4.1	Work-SoC-Skala	42
5.4.2	JD-R-Modell	44
5.5	Organisationszentrierte Ansätze	46
5.5.1	Salutogene Organisation	46
5.5.2	Kohärenzgefühl als Lernprozess	48
6	Diskussion und Fazit.....	50
6.1	Diskussion	51
6.2	Praxisbezug	53
6.3	Fazit.....	54
7	Literaturverzeichnis.....	56

Die gesamte vorliegende Bachelorarbeit wurde von der Autorin verfasst.

Abkürzungsverzeichnis

BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGSGB	Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.
GWR	Generalisierte Widerstandsressourcen
HEVE	Herausfordernde Verhaltensweisen
JD-R-Modell	Job Demands-Resources-Model (Arbeitstätigkeit-Anforderungen-Ressourcen-Modell; eigene Übersetzung)
MAZ	Modellversuch zur Abklärung und Zielerreichung
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SA	Soziale Arbeit
SOC	Kohärenzgefühl (sense of coherence)
TWSG	Therapeutische Wohn- und Schulgruppe
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979; zit. in Faltermaier, 2017, S. 76).....	21
Abbildung 2:	Vereinfachte Darstellung des ursprünglichen Modells der Salutogenese von Antonovsky für den Kontext der Arbeit (Antonovsky, 1987; zit. in Jenny et al., 2017, S. 198 / eigene Übersetzung)	33
Abbildung 3:	Das Selbstoptimierungsmodell der Selbstfürsorge (eigene Darstellung auf der Basis von Jenny et al., 2017, S. 203 / eigene Übersetzung).....	41
Abbildung 4:	Work-SoC-Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls (Bauer et al., 2015, S. 23).	43
Abbildung 5:	JD-R-Gesundheitsmodell (leicht modifiziert nach Jenny et al., 2017, S. 201) / eigene Übersetzung)	44

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Fragestellung

Die Formen externalisierender herausfordernder Verhaltensweisen (HEVE), denen sozialpädagogische Fachkräfte im beruflichen Alltag sozialer Institutionen begegnen, sind vielfältig. Sie reichen von Selbst- und Fremdgefährdung über Sachbeschädigung, Verweigerung, Bedrohung und Provokation bis zu sexualisiertem Verhalten. Ob verbal oder nonverbal, angekündigt oder plötzlich, gezielt oder impulsiv, kontrolliert oder unberechenbar – in der Fachwelt gelten diese Verhaltensweisen als besonders herausfordernd, weil sozialpädagogische Fachkräfte darauf meist unmittelbar eine Interventionsantwort finden müssen, um eine Krise abzuwenden. In diesen Situationen geraten sie selbst häufig in die Rolle von Opfern, Bedrohten oder Beteiligten (Büschi & Calabrese, 2019, S. 6–7).

Eine epidemiologische Studie im Rahmen eines Modellversuchs zur Traumapädagogik, die im Jahr 2012 in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe in der Deutschschweiz durchgeführt wurde und an der 319 Mitarbeitende teilnahmen, zeigte auf, dass externalisierende HEVE ein alltägliches Phänomen in den untersuchten Einrichtungen sind. Die Studie belegte empirisch das erhöhte Risiko sozialpädagogischer Fachkräfte, Opfer dieser schwierigen Verhaltensweisen der Klientel zu werden. Besonders häufig gaben die Teilnehmenden an, in den drei Monaten vor der Befragung Beschimpfungen und Beleidigungen (79 %) sowie verbale Bedrohungen (53 %) erlebt zu haben. Aber auch tätliche Angriffe (24 %), gezieltes Fertigmachen (15 %), Sachbeschädigung (10 %) sowie Bedrohungen mit einer Waffe (9 %) und Anspucken (9 %) nannten die Befragten. Diese Untersuchungsergebnisse belegen, dass in der Deutschschweiz in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe gegen Fachkräfte gerichtete externalisierende HEVE ein Tatbestand sind (Steinlin et al., 2015a, S. 27-30).

Ob das Opfererleben bei den betroffenen sozialpädagogischen Fachkräften zu Belastungsreaktionen führt, war Gegenstand einer weiteren epidemiologischen Fragebogenstudie im Jahr 2012. Diese war ebenfalls Teil des erwähnten Modellversuchs zur Traumapädagogik in Einrichtungen der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Deutschschweiz. Diese Fragebogenstudie mit 319 beteiligten sozialpädagogischen Fachkräften zeigte, dass viele als Folge der Viktimisierung an Belastungsreaktionen leiden. 18 % der Befragten berichteten von Burnout-Symptomen und 24 % gaben körperliche Einschränkungen und Beschwerden an. Zwei Prozent erwähnten einzelne Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und 1 % erfüllten alle PTBS-Kriterien. 49 % der Befragten, die einen Angriff oder eine akute Bedrohung erlebt oder beobachtet hatten, reagierten mit Hilflosigkeit, Angst oder

Entsetzen. Beachtenswert ist die Dauer der Belastungsreaktionen. Bei 18 % der Betroffenen dauerten sie vier Wochen und länger (Steinlin et al., 2015b, S. 12–13). Diese nachgewiesenen Belastungsreaktionen belegen nach Meinung der Autorin empirisch, dass externalisierende HEVE der Klientel in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe ein Risiko für die psychische Gesundheit der Fachkräfte sind. Die genannte Studie führte aber auch zu einem anderen bemerkenswerten Ergebnis, das nur am Rande Erwähnung findet und nicht genau verifiziert wird: Ein grosser Teil der Fachkräfte zeigte keine Belastungsreaktionen und blieb psychisch gesund (Steinlin et al., 2015b, S. 17).

Die Autorin der vorliegenden Bachelorarbeit hat sich die Frage gestellt, welche wissenschaftlichen Erklärungen herangezogen werden können, um zu verstehen, warum ein Teil der Fachkräfte psychisch gesund bleibt. Erklärungswissen hat sie in den Theorien zum Gesundheitsmodell der Salutogenese, seinen Konzepten und in einschlägigen Forschungsergebnissen gefunden. Ziel der Autorin ist, aus diesen wissenschaftlichen Erklärungen Handlungsansätze für alle sozialpädagogischen Fachkräfte in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe abzuleiten und damit die Hauptfragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit zu beantworten. Diese lautet:

Inwiefern können Ansätze der Salutogenese in der beruflichen Praxis der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe genutzt werden, um die sozialpädagogischen Fachkräfte so zu unterstützen, dass ihre psychische Gesundheit trotz der von Klient_innen gegen sie gerichteten externalisierenden herausfordernden Verhaltensweisen erhalten bleibt und gefördert werden kann?

Zur Herleitung der Hauptfragestellung der Bachelorarbeit bedient sich die Autorin zweier Unterfragestellungen, die wie folgt lauten:

- 1. Inwiefern sind externalisierende, herausfordernde Verhaltensweisen der Klientel, die sich gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte richten, ein relevantes Phänomen im Alltag der stationären Heimerziehung in der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz, welche Auswirkungen haben sie für die Gesundheit der sozialpädagogischen Fachkräfte und in welcher Hinsicht sind diese problematisch?*
- 2. Welchen theoretischen Rahmen bieten das Gesundheitsmodell der Salutogenese und seine Konzepte im Kontext der Arbeit für den Umgang mit Stressoren für die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden?*

Das folgende Kapitel erklärt die Motivation der Autorin, sich mit diesen Fragestellungen auseinanderzusetzen und warum sie der Meinung ist, dass diese Auseinandersetzung relevant für die Berufspraxis ist.

1.2 Motivation und Berufsrelevanz

Die vorliegende Bachelorarbeit ist das logische Resultat eines langjährigen persönlichen Ringens der Autorin um *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* der kleinen und grossen Herausforderungen im eigenen privaten und beruflichen Leben – und damit ein Ringen um ihre eigene Gesundheit. Dies ist ihr erst im Schreibprozess dieser Bachelorarbeit bewusst geworden.

Die Autorin dieser Bachelorarbeit beendet gerade ihr viertes Ausbildungsjahr zur Sozialpädagogin in einer therapeutischen Wohn- und Schulgruppe (TWSG), also in einem intensivbetreuten Setting der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe. Die TWSG ist eine Versorgungsstruktur für sechs Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Beeinträchtigung, psychischen Störungen und herausfordernden Verhaltensweisen. Ihre multiplen Problemlagen verlangen mehr als eine ambulante psychiatrische Versorgung und sind durch bisherige Settings und die jeweiligen Herkunftssysteme nicht mehr handhabbar. Nach der Krisenbewältigung und dauerhaften Stabilisierung der Gesamtsituation im ersten Schritt, arbeitet das interdisziplinäre Team mit den Klient_innen daran, den Übertritt in ein weniger intensiv betreutes Setting möglich zu machen (Stiftung Bühl, ohne Datum).

In der TWSG sind gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte gerichtete externalisierende HEVE der Klientel ein alltägliches Phänomen. In den ersten beiden Ausbildungsjahren empfand die Autorin dieses Phänomen als die grösste berufliche Belastung, zumal sie am Beginn ihrer Ausbildung und Berufstätigkeit kaum auf Ressourcen zurückgreifen konnte, um externalisierende HEVE und deren Folgen zu verstehen und zu bewältigen. Das führte zu einem permanenten Zustand der Überforderung und schliesslich negativen Auswirkungen auf ihre psychische und physische Gesundheit, ihr Wohlbefinden und die Qualität ihrer sozialen Beziehungen. Sie stellte sich deshalb die Sinnfrage hinsichtlich ihrer Berufswahl und hinterfragte, ob sie in diesem Setting auf Dauer gesund und motiviert bleiben kann. Mit diesen Fragen war sie im Team der TWSG nicht allein. Sie hat erlebt, dass Kolleg_innen ihre Tätigkeit aufgrund der Häufigkeit und Intensität externalisierender HEVE in der TWSG infrage stellten und auch beendeten. Personalabgänge bedeuten für das Team einen Verlust von Erfahrung und Know-how.

Gleichzeitig arbeitet die Autorin mit Kolleg_innen im Team, die unter gleichen Umständen über lange Jahre motiviert und psychisch gesund geblieben sind. Die Suche nach der Antwort, wie sie dies schaffen, die fortschreitende persönliche Entwicklung der Autorin, ihre Ausbildungsreife und beruflichen Erfahrungen, die engere Zusammenarbeit im Team, häufigere Supervisionen, ein Coaching und eine Therapie setzten einen vielschichtigen persönlichen Lern- und

Entwicklungsprozess in Gang. Die Autorin hat gelernt, ihre verfügbaren Ressourcen wahrzunehmen, zu aktivieren, adäquat einzusetzen bzw. fehlende Ressourcen aktiv einzufordern sowie ihre eigenen Grenzen zu erkennen, zu akzeptieren und zu schützen. Ebenso ist es ihr nun möglich, die Balance zwischen Überlastung und Unterforderung zu finden, ihre eigenen Leistungsansprüche zu reduzieren sowie ein gesundheitsförderliches Arbeitsumfeld einzufordern und aktiv mitzugestalten. Heute empfindet die Autorin externalisierende HEVE als Herausforderung und Lernchance, nicht mehr als Belastung. Mit jeder Bewältigung – ob erfolgreich oder nicht – wächst ihr Wissen, ihr Erfahrungsschatz und das grundlegende Gefühl, dass sie externalisierende HEVE verstehen und handhaben kann und dass ihre Arbeit für sie eine grosse Sinnhaftigkeit hat. Sie engagiert sich mehr, fühlt sich stärker und ihr allgemeiner Gesundheitszustand hat sich positiv entwickelt.

Diese Bachelorarbeit markiert damit einen Endpunkt in der persönlichen und beruflichen Entwicklung und ein Stück weit das Ende des «Nichtwissens» der Autorin. Bis zu Beginn der Beschäftigung mit der Fragestellung der Bachelorarbeit war sie der Meinung, dass ihr Lebensweg und auch ihr beruflicher Weg persönliche Wege sind, die nur für sie selbst einen Sinn ergeben. Dann hat die Autorin durch die Beschäftigung mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese begriffen, dass ihre heutige Orientierung, ihre Haltung im Leben und auch in ihrer Arbeit einen Namen haben: sie sind *salutogen*. Die Autorin glaubt, dass ihr *salutogener* Weg für andere Mitarbeitende auch möglich ist, wenn die Voraussetzungen stimmen. Somit markiert die vorliegende Bachelorarbeit gleichzeitig einen Anfangspunkt in der Entwicklung der Autorin. Sie ist der erste Schritt dahin, die Theorie der Salutogenese in ihrem interdisziplinären Arbeitsumfeld bekannt zu machen und Handlungswege aufzuzeigen.

Die Autorin ist überzeugt davon, dass die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit der sozialpädagogischen Fachkräfte höchste Priorität im Umgang mit externalisierenden HEVE der Klientel haben sollte. Das ist vor dem Hintergrund der Erfahrungen der Autorin und ihrer heutigen Sicht eine zwingende Voraussetzung für die Arbeit mit einer mehrfach belasteten Klientel in der Berufspraxis.

Die Autorin vermutet, dass Belastungsreaktionen und psychische Krankheiten in Folge der Opferwerdung der Fachkräfte nicht nur ein Kostenfaktor für die institutionellen Arbeitgeber_innen sind. Sie weiss aus eigenem Erleben, dass die Belastungsreaktionen auch die professionelle Arbeit mit der Klientel beeinflussen. Psychisch belastete Fachkräfte sind ihres Erachtens kaum in der Lage, angemessen zu interagieren und zu intervenieren. Krankheitsausfälle bedeuten unter Umständen risikoreiche Beziehungsabbrüche zu bereits hoch belasteten Kindern mit auffälligen Bindungsmustern, die negativ verstärkt werden können.

1.3 Ziel und Adressat_innen

Adressat_innen der vorliegenden Bachelorarbeit sind sozialpädagogische Fachkräfte und ihre institutionellen Arbeitgeber_innen in intensivbetreuten stationären Settings der Heimerziehung in der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz. Die Autorin vermutet, dass auch weitere Fachpersonen in diesem Handlungsfeld, beispielsweise Heilpädagog_innen, von der vorliegenden Bachelorarbeit profitieren können.

Mit der in Kapitel 1.1 hergeleiteten Hauptfragestellung verändert die Autorin eine Betrachtungsweise, die zuerst die negativen Symptome externalisierender HEVE ins Zentrum stellt und sich darauf konzentriert, Symptome und Ursachen dafür zu mindern oder zu beseitigen. Stattdessen steht im Mittelpunkt der vorliegenden Bachelorarbeit die Frage nach der psychischen Gesundheit *aller* sozialpädagogischen Fachkräfte in diesen Settings und nach determinierenden Bedingungen und Wirkfaktoren, um deren psychische Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Trotzdem ist es nach Meinung der Autorin unerlässlich, die Adressat_innen für das Ausmass der externalisierenden HEVE und die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden zu sensibilisieren. Nur so lassen sich notwendige Ressourcen ausreichend begründen und einfordern.

Antworten auf die Fragestellung dieser Bachelorarbeit sollen das Gesundheitsmodell der Salutogenese und seine Konzepte sowie einschlägige Forschungsergebnisse liefern. Die salutogene Fragestellung beschäftigt sich damit, wie Menschen bei potenziell gesundheitsgefährdenden Herausforderungen gesund bleiben. Die Autorin möchte jene Wirkfaktoren ergründen, die diese Menschen trotz herausfordernder Umstände und Ereignisse nicht erkranken oder im Krankheitsfall gesunden lassen (Bengel et al., 2001, S. 28). Die salutogene Fragestellung korrespondiert nach Auffassung der Autorin auffällig mit der Forschungsfrage der vorliegenden Bachelorarbeit. Deshalb ist die Autorin überzeugt davon, dass das Gesundheitsmodell der Salutogenese und seine Konzepte Erklärungen liefern, warum Fachkräfte trotz Opferwerdung gesund bleiben und dass sich aus den Erklärungen gesundheitsförderliche Handlungsansätze für die berufliche Praxis der sozialpädagogischen Fachkräfte ableiten lassen.

Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit ist deshalb nicht nur, die sozialpädagogischen Fachkräfte und ihre institutionellen Arbeitgeber_innen für externalisierende HEVE und ihre Folgen für die psychische Gesundheit der Mitarbeitenden zu sensibilisieren. Sie will die Adressat_innen vor allem die Theorie der Salutogenese näher bringen und in erster Linie von der Wirksamkeit salutogener Handlungsansätze für die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit aller sozialpädagogischen Fachkräfte überzeugen, die in der intensivbetreuten stationären

Heimerziehung arbeiten und täglich mit den gegen sie gerichteten externalisierenden HEVE der Klientel konfrontiert sind.

1.4 Abgrenzung

Der Fokus dieser Bachelorarbeit liegt wie erwähnt auf den *sozialpädagogischen Fachkräften*, auch wenn andere Berufsgruppen in ihrem beruflichen Alltag ebenso von externalisierenden HEVE betroffen sind, beispielsweise Heilpädagog_innen und Psycholog_innen. Dieser Fokus entspringt der beschriebenen persönlichen Motivation der Autorin, aber auch dem Ziel, die vorliegende Bachelorarbeit inhaltlich nicht zu überfrachten. Die Autorin hält es jedoch für möglich, dass auch weitere Berufsgruppen von den Ergebnissen dieser Bachelorarbeit profitieren können.

Resultat dieser Bachelorarbeit sollen praxisnahe salutogene Handlungsansätze für die *intensivbetreute stationäre Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe* sein. Die Fragestellung der Bachelorarbeit mit dem Fokus auf dieses Setting ist aus der persönlichen Motivation der Autorin heraus entstanden. Sie will ihre Tätigkeit in einer intensivbetreuten TWSG nach Studienende fortsetzen, die Salutogenese in diesem Setting bekannt machen und wenn möglich, den Theorie-Praxis-Transfer unterstützen.

Die Autorin weiss aus eigenem Erleben, dass in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung die *externalisierenden HEVE* nicht die einzigen Herausforderungen der sozialpädagogischen Fachkräfte sind. Dies stützt beispielsweise auch eine Onlinebefragung der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) unter 274 Studierenden für die Praxis verschiedener Settings der Sozialen Arbeit (SA) auf (Isenhardt et al., 2019, S. 17). Das selbst erlebte Ausmass externalisierender HEVE in der Berufspraxis und deren Auswirkungen haben die Autorin aber bewogen, sich auf die externalisierenden HEVE zu fokussieren. Die Studienlage bestätigt ihr, dass dieses Thema auch in der Forschung verstärkt wahrgenommen wird, also relevant ist (siehe Kapitel 1.1 und 2.2). Die Autorin vermutet, dass die Umsetzung der Handlungsansätze als Outcome dieser Bachelorarbeit generell eine positive Wirkung bei der Bewältigung beruflicher Anforderungen entfalten kann, nicht nur im Umgang mit externalisierenden HEVE.

Die Autorin siedelt die Handlungsansätze dieser Bachelorarbeit bewusst im Bereich *Gesundheitserhaltung und -förderung* an, nicht in der *Gesundheitsprävention*, die nur am Rande Erwähnung findet. In der Fachliteratur wird der grundlegende Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung deutlich. Erklärtes Ziel der Prävention ist, Krankheiten zu verhindern, indem Risiken abgebaut und vermieden werden. Prävention braucht somit Wissen darüber, wie Krankheiten entstehen. In der Gesundheitsförderung steht ein anderes Ziel im

Vordergrund, weshalb sich andere Fragen ergeben und anderes Wissen notwendig ist. Erklärtes Ziel ist, Gesundheit zu erreichen, indem man Ressourcen aufbaut und stärkt. Dazu ist die Frage zu beantworten, wie Gesundheit entsteht (Faltermaier, 2017, S. 345–347). In den Augen der Autorin sind Handlungsansätze in der Gesunderhaltung und -förderung umfassender gedacht, weil sie sich nicht auf die Verhinderung von Risiken bekannter Krankheiten beschränken – was ihrer Meinung nach zu kurz gedacht ist: Risiken lassen sich nicht immer mindern oder vermeiden, wie beispielsweise die externalisierenden HEVE in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung. Gesundheitsprävention hat zwar ihre Berechtigung und es ist sinnvoll, Gesundheitsrisiken zu minimieren, der Autorin geht es in erster Linie darum, die Menschen im Umgang mit Risiken grundsätzlich zu stärken. Damit werden Risiken, wie externalisierende HEVE bewältigbar und zu gesundheitsförderlichen Herausforderungen und auf Dauer nicht zu krankmachenden Belastungen. Wie das gehen kann, will die Autorin in ihrer Bachelorarbeit aufzeigen.

Die Autorin hat sich bewusst *für das Gesundheitsmodell der Salutogenese* und seine Konzepte und *gegen das Konzept der Resilienz* als theoretischen Rahmen entschieden. Zum einen korrespondiert die salutogene Fragestellung mit der Forschungsfrage (siehe Kapitel 1.1 und 1.3). Zum anderen betritt die Autorin mit dieser theoretischen Einbettung für sie absolutes wissenschaftliches Neuland. Die Bachelorarbeit bietet somit die Möglichkeit, sich persönlich gründlich mit dem Gesundheitsmodell der Salutogenese und seinen Konzepten auseinanderzusetzen.

Um den Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit nicht zu sprengen, liegt der Fokus auf der *psychischen Gesundheit* der sozialpädagogischen Fachkräfte. Die physische Gesundheit findet am Rande Erwähnung.

Die Literaturrecherche ergab eine grosse Vielfalt an Fachliteratur zur Salutogenese, ihren Konzepten und entsprechende Forschungsergebnisse. Ein grosser Teil davon wurde in englischer Sprache veröffentlicht. Da die Englischkenntnisse der Autorin nicht ausreichen, um diese Quellen wissenschaftlich zu erschliessen und wiederzugeben, hat sie vornehmlich auf deutschsprachige Fachliteratur zurückgegriffen und unverzichtbare englische Quellen übersetzen lassen. Auf einige wesentliche Quellen musste sie aufgrund des finanziellen Aufwandes der Übersetzung allerdings verzichten. Trotz dieser Einschränkung bei den Quellen kann diese Bachelorarbeit aus Sicht der Autorin einen wertvollen Beitrag zum Thema leisten und aufzeigen, dass das Gesundheitsmodell der Salutogenese, seine Konzepte und die daraus abzuleitenden Handlungsansätze in der Praxis für die Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit der sozialpädagogischen Fachkräfte und die Institutionen relevant sind.

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Diese Bachelorarbeit besteht aus sechs Kapiteln. Nach dem einleitenden ersten Kapitel setzt Kapitel 2 die Schwerpunkte auf die Prävalenz, Folgen und Ursachen externalisierender HEVE. Nach einer Einführung der zentrale Begriffe Kinder- und Jugendhilfe, stationäre Heimerziehung, Intensivbetreuung, externalisierende HEVE und psychische Gesundheit wird ausgeführt, inwieweit gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte gerichteten externalisierenden HEVE der Klientel ein relevantes Phänomen im Alltag der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz sind. Anhand entsprechender Studienergebnisse werden die Folgen für die psychische Gesundheit der Fachkräfte beschrieben und erklärt, inwiefern die problemhaft sind. Kapitel 2.5 leitet mit den Ausführungen zu den «abweichenden Fällen» auf die theoretische Einbettung der vorliegenden Bachelorarbeit über – die Salutogenese.

Kapitel 3 und 4 erläutern den theoretischen Hintergrund, vor dem die Hauptfragestellung dieser Bachelorarbeit bearbeitet wird. Kapitel 3 beschreibt ausführlich das Gesundheitsmodell der Salutogenese und erläutert die wichtigen Komponenten «Gesundheits-Krankheits-Kontinuum», «Stressoren», «Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR)» und das «Kohärenzgefühl». Kapitel 4 widmet sich wichtigen Forschungserkenntnissen zum generellen Kohärenzgefühl und arbeitsbezogenen Kohärenzgefühl.

Kapitel 5 leitet ausgewählte Handlungsansätze in Form von salutogenen Interventionen aus dem Gesundheitsmodell der Salutogenese, seinen Konzepten und den einschlägigen Forschungsergebnissen her. Beschrieben werden die Interventionen auf den Ebenen des Individuums, des Teams und der Organisation.

Das Kapitel 6 beantwortet abschliessend die Hauptfragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit in konzentrierter Form, zieht berufsrelevante Schlussfolgerungen, enthält ein persönliches Fazit und weist auf allfällige Lücken in der Forschung hin.

2 Externalisierende HEVE – Prävalenz, Ursachen, Folgen

Zum besseren Verständnis werden in diesem Kapitel zuerst zentrale Begriffe erläutert, die in der gesamten Bachelorarbeit vorkommen (2.1). Anschliessend beschäftigen sich die Ausführungen der Reihe nach mit der Prävalenz (2.2), den Ursachen (2.3) und den Folgen (2.4) externalisierender HEVE. Das Kapitel schliesst ab mit dem Hinweis auf die «abweichenden Fälle» (2.5) in den Studien, also auf diejenigen Fachkräfte, die trotz Viktimisierung gesund bleiben, eine Abweichung, die in den bis dahin erfolgten Erläuterungen zu kurz kommt, aus Sicht der Autorin jedoch relevant ist.

2.1 Zentrale Begriffe

Aus der Hauptfragestellung dieser Arbeit ergeben sich die zentralen Begriffe zum Thema. Im Folgenden wird deshalb eingegangen auf die Kinder- und Jugendhilfe, die stationäre Heimerziehung, die Intensivbetreuung, externalisierende HEVE und die psychische Gesundheit.

2.1.1 Kinder- und Jugendhilfe

Auf die stationäre Heimerziehung in der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz bezieht sich die Autorin in der gesamten vorliegenden Bachelorarbeit. Zunächst ist «Jugendhilfe» in der Schweiz ein Sammelgriff «für den gesamten Bereich der ‹öffentlichen und gemeinnützigen› Angebote und Dienste für Kinder, Jugendliche und Familien» (Schnurr, 2012, S. 69). Auch wenn in der Schweiz vornehmlich der Begriff «Jugendhilfe» leitend ist, verwendet die Autorin in der vorliegenden Bachelorarbeit den Sammelbegriff «Kinder- und Jugendhilfe», den auch Fachexpert_innen empfehlen, um den Einbezug der Kinder sicherzustellen und ein spezielles Augenmerk zu geben (ebd., S. 70).

2.1.2 Stationäre Heimerziehung

Die Heimerziehung wird zu den Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz gerechnet und gilt als «wichtigste Form der öffentlich verantworteten Erziehung eines jungen Menschen ausserhalb der Herkunftsfamilie» (Schnurr, 2012, S. 83). Heimerziehung ist meist auf eine bestimmte Zeit ausgerichtet (ebd.).

Im Ergebnis eines Strukturierungsversuches für das Angebot der Kinder- und Jugendhilfe, nehmen Fachexpert_innen eine Unterteilung in «teilstationäre und stationäre Formen der Heimerziehung» vor (Piller & Schnurr, 2006, S. 113). Der Begriff «stationär» meint die Unterbringung und Erziehung in Heimen, also «an einem anderen Lebensort», im Unterschied zu «teilstationären» Formen, beispielsweise Tagesgruppen (ebd.).

2.1.3 Intensivbetreuung

Die Hauptfragestellung dieser Bachelorarbeit fokussiert die *intensivbetreute* stationäre Heimerziehung in der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz. Das Deutsche Netzwerk Intensivbetreuung definiert Intensivbetreuung als «die Betreuung, Beratung oder Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung und schweren psychischen Störungen und/oder schwerwiegend herausforderndem Verhalten» (Müller, 2013, S. 13). Die *intensive* Betreuung unterscheidet sich von der *normalen* Regelbetreuung laut dem Netzwerk wie folgt: Intensivbetreuung zeichnet sich zum einen durch eine höhere Quantität aus, das heisst einen in der Regel hohen Personalschlüssel und spezielle Konzepte, die in ihren Anforderungen weit über dem

Regelbedarf liegen. Zum anderen besteht ein ausserordentlicher Anspruch an die Qualität der Betreuung. In der Praxis bedeutet das eine theoriebasierte Arbeit mit speziell zugeschnittenen Konzepten und einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit. Die Arbeit muss zudem immer auf den individuellen Bedarf zugeschnitten sein; sie muss den Einzelfall ganzheitlich, systemökologisch betrachten und zielgeleitet eine Entwicklungsperspektive vor Augen haben (ebd., S. 13–18). Diese Entwicklungsperspektive muss ein Übertritt der Klientel in ein weniger strukturiertes Setting sein. Dafür eignet sich die Klientel Alternativen zu ihrem bisherigen Verhalten und Strategien der Bewältigung an (Büschi et al., 2021, S. 3).

Die Fachliteratur gibt Hinweise darauf, dass die meisten sozialpädagogischen Fachkräfte, die in intensivbetreuten Settings arbeiten, dies mit einer hohen Motivation tun. Das ist darauf zurückzuführen, dass ihre Berufswahl in der Intensivbetreuung ein ganz bewusster Entscheid ist. So können sich Teams entwickeln, die motivational im beruflichen Alltag unterwegs sind. Die erwähnte hohe Quantität und Qualität in der Intensivbetreuung ermöglicht es Fachkräften, bei der Arbeit auf viele Ressourcen zuzugreifen (Theunissen, 2019; zit. in Büschi et al., 2021, S. 5). Zudem ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass sich die Mitglieder dieser Teams fachlich und methodisch zu Expert_innen entwickeln (Büschi et al., 2021, S. 5).

2.1.4 Externalisierende HEVE

In der Fachliteratur sind neben dem Begriff *herausfordernde Verhaltensweisen* weitere Bezeichnungen für das Phänomen zu finden, beispielsweise «Verhaltensauffälligkeiten», «Gewalt und Aggression» oder «abweichendes Verhalten» (Büschi & Calabrese, 2019; Oud et al., 2019; Theunissen, 2021). Die Autorin verwendet in der vorliegenden Bachelorarbeit den Begriff herausfordernde Verhaltensweisen mit dem attributiven Zusatz «externalisierend». Fachpersonen zählen zu den externalisierenden HEVE «selbst- und/oder fremdverletzende oder sachbeschädigende, sexualisierte, verweigernde Verhaltensweisen, Bedrohungen, Provokationen», die sich «verbal als auch nonverbal» gegen sich selbst oder Dritte richten, die mit Ankündigung oder ad hoc eintreten, die «gezielt ausgeübt und gerichtet wirken oder aber eher impulsiv, unkontrolliert und unberechenbar» (Büschi & Calabrese, 2019, S. 6–7). Externalisierende HEVE meinen somit umfassend und treffend das Phänomen, mit Ausnahme der Selbstverletzung, um das es in der vorliegenden Bachelorarbeit geht. Dieser Begriff kommt zudem dem persönlich erlebten Verhaltensweisen der Klientel der Autorin und dem Verständnis in einer intensivbetreuten TWSG am nächsten.

2.1.5 Psychische Gesundheit

Im Fokus dieser Bachelorarbeit steht die Erhaltung und Förderung der *psychischen Gesundheit* der sozialpädagogischen Fachkräfte. Das vorliegende Verständnis basiert auf der

Definition der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO]): «Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft leisten kann» (WHO, 2019, S. 1). Mit dieser Definition wird die psychische Gesundheit für alle Menschen als basal, schützens- und erhaltenswert deklariert und nicht nur für Menschen mit einer definierten Störung. Die WHO benennt als Wirkfaktoren auf die psychische Gesundheit neben Persönlichkeitsmerkmalen die sozialen Umstände, in denen Individuen leben und ihre Umgebung. Sie weist zudem auf die dynamischen Wechselwirkungen zwischen diesen Faktoren hin, die Risiko oder Schutz für die personale psychische Gesundheit sein können (ebd.).

Ob und wie weit externalisierende HEVE in der Kinder- und Jugendhilfe ein relevantes Thema sind, ist Inhalt des folgenden Kapitels 2.2.

2.2 Prävalenz

Einschlägige Fachliteratur und Forschungsergebnisse zur Prävalenz externalisierender HEVE zeigen, dass das Phänomen eine unumstrittene Tatsache in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz ist. Die Ergebnisse einer 2012 durchgeführten Studie (siehe Kapitel 1.1) belegen die Alltäglichkeit des Erlebens externalisierender Verhaltensweisen in Einrichtungen der stationären Kinder- und Jugendhilfe in der Deutschschweiz. Zugleich weist die Studie das erhöhte Risiko sozialpädagogischer Fachkräfte aus, Opfer dieser Verhaltensweisen der Klientel zu werden (Steinlin et al., 2015a, S. 27).

Die Ergebnisse der Studie von Steinlin et al. (2015a) wird durch eine Onlinebefragung der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) aus dem Jahr 2018 gestützt. In dieser Studie wurden Daten zur Häufigkeit persönlich erlebter, gegen Fachkräfte gerichteter Formen von Gewalt, ausgeübt durch die Klientel erhoben. 274 Studierende der ZHAW nahmen an der Befragung teil. Voraussetzung war, dass sie in den 12 Monaten zuvor in der Sozialen Arbeit (SA) tätig gewesen waren. Damit blieben 236 Studierende aus dem Bachelor- und Masterstudiengang übrig, deren Daten ausgewertet wurden. Diese waren in den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen der SA tätig, 15,5 % jedoch in der Arbeit mit körperlich und geistig Behinderten (Isenhardt et al., 2019, S. 9–10). Unabhängig von ihrem Arbeitsbereich gaben 76 % der Befragten an, im untersuchten Zeitraum mindestens einmal Gewalt durch Klient_innen erfahren zu haben. 28,8 % waren ein- oder zweimal, 47,2 % sogar häufiger betroffen. 68,1 % der Befragten berichteten «verbale Gewalt», 51,4 % «Gewalt gegen Sachen» und 25,7 % «physische Gewalt». Auffällig ist, dass diese Gewaltformen am häufigsten im Arbeitsbereich «körperliche und geistige Behinderung» auftraten, unabhängig davon, ob es sich um «verbale

Gewalt» (83,9 %) «Gewalt gegen Sachen» (80,6 %) oder «physische Gewalt» (61,3 %) handelte. Die Studienverantwortlichen kamen zum Schluss, dass die Art der Klientel, entscheidend dafür ist, ob die Fachkräfte Opfer einer untersuchten Gewaltform werden. Weiter konnte die Studie aufzeigen, dass das Risiko der Viktimisierung der Fachkräfte, in der Arbeit mit behinderten Menschen und mit Kindern und Jugendlichen, die Verhaltensauffälligkeiten zeigen, am grössten ist. Genauso bemerkenswert ist, dass die Arbeit mit psychisch Kranken das Risiko für die Fachkräfte erhöhen kann, Opfer verbaler Gewalt zu werden (Isenhardt et al., 2019, S. 12–15).

Auch wenn die Verantwortlichen beider Studien übereinstimmend konstatieren, dass weitere empirische Forschung nötig ist, sehen sie die Alltäglichkeit externalisierender HEVE der Klientel, die sich gegen Fachkräfte richten, durch die Studienergebnisse bestätigt (Steinlin et al., 2015a; Isenhardt et al., 2019). Steinlin et al. (2015a) bezeichnen die pädagogische Arbeit der Fachkräfte in den untersuchten Settings deshalb als «gefahr geneigte Tätigkeit» (S. 22).

Externalisierende HEVE passieren nicht zufällig, sondern haben Ursachen, auf die im folgenden Kapitel 2.3 eingegangen wird.

2.3 Ursachen

Die Fachwelt ist sich einig, dass Verhaltensauffälligkeiten einer Person zwar nicht innewohnen, wohl aber an ihr festzumachen sind. Übereinstimmung herrscht auch, dass die Ursachen multifaktoriell und systemökologisch als Ausdruck eines gestörten Verhältnisses zwischen Individuum und Umwelt zu verstehen sind. Die Klientel versucht, mit Verhaltensauffälligkeiten Probleme zu bewältigen, weil ihr adäquatere Möglichkeiten fehlen. Diese Versuche nehmen andere Personen als von der Norm abweichend und sozial unangemessen wahr (Büschi & Calabrese, 2019; Theunissen, 2021).

In ihrer Berufspraxis sieht sich die Autorin in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung einer Klientel gegenüber, die multiple Problemlagen aufweisen. Diese reichen von Traumata über geistige Beeinträchtigungen und psychische Störungen bis zu Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten. Die Autorin vermutet die Ursachen für externalisierende HEVE der Klientel in deren Problemlagen. Dass multiple Problemlagen tatsächlich Ursache externalisierender HEVE sein können und kein Einzelfall in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe sind, zeigen die Ergebnisse eines Modellversuchs zur Abklärung und Zielerreichung (MAZ) in stationären Massnahmen. Dieser fand von 2007 bis 2010 in 64 Institutionen der Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe in allen Sprachregionen der Schweiz statt. 483 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene zwischen 6 und 26 und deren sozialpädagogische Bezugspersonen (Repräsentationsuntersuchung im Fremdurteil) nahmen daran teil. Der

Modellversuch konnte nachweisen, dass die Klientel in diesem Handlungsfeld generell hoch belastet ist, multiple Problemlagen aufweist, die ursächlich für externalisierende HEVE sind (Schmid et al., 2013a, S. 128–130). Bemerkenswert am Ergebnis ist, dass 80 % der Kinder und Jugendlichen ein traumatisches Ereignis erlebt hatten, über 30 % sogar mehr als drei. Eine grosse Anzahl der Befragten berichtete von mehr als einer Fremdplatzierung. Das geschilderte Ausmass an Traumata und Fremdplatzierungen ist eine bemerkenswerte Akkumulation psychosozialer Risikofaktoren, die sich in einer hohen Prävalenz psychischer Belastungen ausdrückt. Bei 74 % der Befragten trat mindestens eine psychische Erkrankung auf, bei über 44 % waren es sogar zwei und mehr. Externalisierende Störungen wie Störungen im Sozialverhalten (dissoziales und aggressives Verhalten) waren auffällig gehäuft und mit Abstand am meisten vertreten (Schmid et al., 2013b, S. 4–5).

In der Fachliteratur lassen sich auch Hinweise finden, dass eine geistige Beeinträchtigung ursächlich für problematische Verhaltensmuster sein kann. Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung verfügen über weniger kognitive, kommunikative und soziale Kompetenzen. Wegen dieser Einschränkungen sind sie mit alltäglichen sozialen Interaktionen überfordert, was zu problematischen Verhaltensmustern führen kann, wenn adäquate Bewältigungsmöglichkeiten fehlen (Sarimski, 2011, S. 515). Die Fachwelt führt externalisierende HEVE im Handlungsfeld der stationären Behindertenhilfe zudem auf das andauernde asymmetrische Machtgefälle zwischen der Klientel und den Betreuenden zurück und die dadurch entstehenden Ohnmachtsgefühle und Abhängigkeiten der Klientel von den Fachkräften (Hennicke, 1999, S. 148).

Die Fachliteratur weist weiter darauf hin, dass es zu einer Konzentration von Gewalt kommen kann, wenn mehrere hoch belastete Klient_innen unter einem Dach leben. Die persönliche tägliche Erfahrung von Gewalt kann zur «wechselseitigen Verstärkung» und zu «dysfunktionalen Bewältigungsstrategien» bei allen Beteiligten führen (Glasenapp, 2013, S. 95).

Weitgehende Übereinstimmung herrscht in der Fachwelt auch darüber, dass externalisierende HEVE der Klient_innen gegenüber sozialpädagogischen Fachkräften in Einrichtungen der stationären Heimerziehung an der Tagesordnung und nicht auszuschliessen sind (Schmid et al., 2015; Hennicke, 1999).

Die Autorin vermutet aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung in einer intensivbetreuten TWSG in der Kinder- und Jugendhilfe, dass externalisierende HEVE der Klientel gegen die Fachkräfte zu Belastungsreaktionen und zu Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit bei sozialpädagogischen Fachkräften führen können. Ob sich diese Vermutung durch Forschungsergebnisse verifizieren lässt, soll das folgende Kapitel 2.4 klären.

2.4 Folgen

Bevor Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen externalisierender HEVE der Klientel gegen sozialpädagogische Fachkräfte behandelt werden (2.4.2), sollen im ersten Unterkapitel 2.4.1 relevante Begriffe im Zusammenhang mit verschiedenen Belastungs- und Anpassungsstörungen geklärt werden.

2.4.1 Begriffserklärungen

Die nachfolgenden Erklärungen zu den Belastungsstörungen basieren auf den «Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen», die in der ICD-10 unter F43 beschrieben sind. Die Störungen müssen in erster Instanz kausal auf das «belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände» zurückzuführen sein (Dilling et al., 2019, S. 170–171).

Nach Meinung der Autorin können externalisierende HEVE auslösende Faktoren für Belastungsstörungen sein. Sie können als «belastendes Ereignis», beispielsweise als tätlicher Angriff, oder «andauernd, unangenehm» auftreten, beispielsweise mit gezieltem Fertigmachen oder verbalen Beschimpfungen. Als Belastungsstörungen werden nach den Ausführungen im ICD-10 «Akute Belastungsreaktionen», «Posttraumatische Belastungsstörung» (PTBS) und «Anpassungsstörungen» unterschieden (Dilling et al., 2019, S. 170–176).

Akute Belastungsreaktionen

Akute Belastungsreaktionen können sich bei psychisch gesunden Menschen «als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickeln» (Dilling et al., 2019, S. 171), die für gewöhnlich nach einigen Stunden oder Tagen abklingt. Symptomatisch zeigt sich eine akute Belastungsreaktion

«in einer Art von «Betäubung» mit einer gewissen Bewusstseinsminderung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (...) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (...)» (Dilling et al., 2019, S. 171–172).

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Die PTBS ist eine starke Reaktion, die wenige Wochen bis Monate als Folge eines belastenden Ereignisses bzw. einer kürzeren oder längeren belastenden Situation auftreten kann. Die Situation ist mit einer ungewöhnlichen Bedrohung oder einem katastrophenartigen Ausmass verbunden. Gemäss ICD-10 sind typische Merkmale, dass das Trauma wiederholt erlebt wird, und zwar in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen. Damit verbunden

ist ein stetiges Gefühl von «Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit». Die Betroffenen sind oft gleichgültig gegenüber Anderen, teilnahmslos, freudlos und zeigen Vermeidungshalten bei Aktivitäten und Situationen, die an das Trauma erinnern. Menschen, die an einer PTBS leiden, können auch eine «vegetative Übererregtheit» zeigen, schreckhaft sein und «Schlafstörungen» haben. Angst und Depression sowie Suizidgedanken gelten ebenso als Merkmale einer PTBS (Dilling et al., 2019, S. 173–174).

Anpassungsstörungen

Die ICD-10 definiert Anpassungsstörungen als «Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten» (Dilling et al., 2019, S. 175). Die Merkmale einer Anpassungsstörung reichen von «depressiver Stimmung, Angst, Sorge (oder einer Mischung von diesen)» über gefühlt «mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können» bis zu «Störungen des Sozialverhaltens» (ebd.).

Burnout

Das Burnout ist zwar ein häufig genannter Begriff in der Fachwelt, wird bisher aber nicht als eigenständiges klinisches Krankheitsbild geführt. In der Fachliteratur findet das Burnout als «starke Befindensbeeinträchtigung» und «starkes gesundheitliches Risiko» Erwähnung. Es wird beschrieben als «Zustand emotionaler Erschöpfung mit den drei Komponenten Erleben verminderter Leistungsfähigkeit, emotionaler Erschöpfung und Depersonalisation» (Maslach, 2000; zit. in Kunze, 2011, S. 603).

Die Autorin hat nach Studien gesucht, welche die Auswirkungen des Opfererlebens der sozialpädagogischen Fachkräfte durch gegen sie gerichtete externalisierende HEVE der Klientel untersuchen. Darauf geht das folgende Kapitel ein.

2.4.2 Folgen

Fachexpert_innen konstatieren, dass Fachkräfte in der Sozialen Arbeit in ihrer beruflichen Praxis täglich situativ intervenieren müssen, um Krisen abzuwenden. Dabei besteht ein grosses Risiko, dass sie selbst physisch geschädigt und/oder bedroht werden. Wiederholen sich solche Situationen, können sich psychische und physische Belastungen entwickeln (Büschi & Calabrese, 2019, S. 7). Zwar gibt es Studien in Handlungsfeldern der SA zu den gesundheitlichen Folgen der von der Klientel gegen Fachkräfte gerichteten externalisierenden HEVE, in der

Schweiz allerdings nicht in dem Masse, wie es für die Autorin wünschenswert ist. Deshalb greift sie in der vorliegenden Bachelorarbeit auch auf Erkenntnisse aus dem Gesundheitswesen zurück, denn externalisierende HEVE, die von Patient_innen ausgehen und gegen das Fachpersonal gerichtet sind, erscheinen ebenfalls als relevant für das vorliegende Thema.

Die Häufigkeit von Belastungsreaktionen als Folge externalisierender HEVE gegen sozialpädagogische Fachkräfte war ebenfalls Gegenstand der bereits erwähnten epidemiologischen Fragebogenstudie 2012 (siehe Kapitel 1.1 und 2.2). Von 319 befragten sozialpädagogischen Fachkräften leiden viele an Belastungsreaktionen als Folge des Opfererlebens. 18 % berichteten von Burnout-Symptomen und 24 % gaben körperliche Einschränkungen und Beschwerden an. 2 % berichteten von einzelnen Symptomen einer PTBS und 1 % erfüllten alle PTBS-Kriterien. 49 % der Befragten, die einen Angriff oder eine akute Bedrohung erlebt oder beobachtet hatten, reagierten mit Hilflosigkeit, Entsetzen oder mit Angst, einem Symptom der Anpassungsstörung. Beachtenswert ist die Dauer der Belastungsreaktionen: Bei 18 % der Betroffenen hielten sie vier Wochen und länger an (Steinlin et al., 2015b, S. 12–13).

Eine weitere Studie aus dem Gesundheitswesen zu psychischen und sozialen Folgen nach einem Patient_innen-Übergriff fand 2007 in psychiatrischen und anderen Gesundheitsinstitutionen in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) statt. In einer ersten Phase nahmen 46 Fachpersonen teil, in einer zweiten Phase 88. Wichtigstes Ergebnis war, dass Patient_innen-Übergriffe schwere psychische Folgen für die betroffenen Fachkräfte haben können, beispielsweise eine PTBS. Berichtet wird hierbei die Chronifizierung des Krankheitsverlaufes bei Personen mit PTBS (Richter, 2007, S. 77–79).

Die bisher beschriebenen Studienergebnisse lassen den Schluss zu, dass externalisierende Verhaltensweisen der Klientel, die gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe gerichtet sind, ein Risiko für die psychische Gesundheit der Fachkräfte sind. In der Fachliteratur wird auf eine mögliche Chronifizierung psychischer Symptome hingewiesen, was wiederum mehr Arbeitsunfähigkeitstage der Mitarbeitenden und damit höhere Gesundheitskosten verursachen kann (Kleiber, 2011, S. 7–8).

Es soll nach Meinung der Autorin nicht unerwähnt bleiben, dass die Überforderung und Belastungsreaktionen der sozialpädagogischen Fachkräfte auch nicht ohne Folgen für die Klientel bleiben. Steinlin et al. (2015b) weisen auf die Möglichkeit hin, dass Fachkräfte mit Burnout-Symptomen die Betreuungsqualität nicht aufrecht erhalten können, was zu einem Milieu führen kann, das schwierige Verhaltensweisen sogar befördert (S. 8-9). In der Fachliteratur gibt es auch Hinweise darauf, dass hoch belastete Klient_innen mit ihrem Verhalten die stationäre Heimerziehung überfordern und es zu mehrfachen Abbrüchen der Hilfemassnahmen kommt, die immer auch einen Abbruch der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen bedeuten. Das

verstärkt die ohnehin schon schwierigen Bindungsmuster der Klientel und erhöht die Probleme, sich überhaupt auf sichere Bindungen einzulassen (Schmid, 2007, S. 38). Die Autorin weist in diesem Zusammenhang auch auf die Beziehungsabbrüche hin, die aus krankheitsbedingten Ausfällen aufgrund chronifizierter psychischer Symptome resultieren können, mit den, wie sie vermutet, gleichen zu erwartenden negativen Folgen für die Bindungsmuster der Klientel.

Aus Sicht der Autorin dieser Bachelorarbeit ist das beschriebene Risiko sozialpädagogischer Fachkräfte auch auf intensivbetreute Settings der stationären Heimerziehung in der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz übertragbar, da sie ein Handlungsfeld der stationären Heimerziehung sind (siehe Kapitel 2.1.3). Auch wenn die Autorin für dieses Setting keine repräsentativen Daten zur Häufigkeit externalisierender HEVE der Klientel gegen Fachkräfte gefunden hat, lässt sich vermuten, dass sie in diesem Setting gehäuft vorkommen. Die Autorin führt dies ursächlich auf das Zusammentreffen und Zusammenleben einer hochbelasteten Klientel mit multiplen Problemlagen zurück (siehe Kapitel 2.3). Auch das Netzwerk Intensivbetreuung schliesst in seine Definition der Zielgruppe der Intensivbetreuung Menschen mit einer «geistigen Beeinträchtigung» und «schweren psychischen Störungen und/oder schwerwiegend herausforderndem Verhalten» ein (Müller, 2013, S. 13). Diese multiplen Problemlagen werden in der Forschung als Ursachen externalisierender HEVE angesehen, wie Kapitel 2.3 bestätigt hat. Fachexpert_innen weisen explizit darauf hin, dass die Arbeit in der Intensivbetreuung die Fachkräfte stark belastet und stressreich ist. Damit verbunden ist ein erhöhtes Risiko für Eigentraumatisierung, Burnout oder Ermüdung (Büschi et al., 2021; Glasenapp, 2013).

Bisher standen in der vorliegenden Bachelorarbeit leidverursachende externalisierende HEVE, deren leidvolle Entstehung und Auswirkungen dieser Verhaltensweisen und Krankheit im Fokus. Externalisierende HEVE sind gemäss den bisherigen Erläuterungen ein fester Tatbestand in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz und damit in intensivbetreuten Settings. Sie lösen bei einem Teil der sozialpädagogischen Fachkräfte Belastungsreaktionen aus (siehe Kapitel 1.1, 2.1, 2.4). Das Ausmass der Belastungsreaktionen rechtfertigt nach Meinung der Autorin, alle Möglichkeiten der Prävention und Intervention auszuschöpfen, um externalisierende HEVE so weit möglich abzubauen – und damit das, was Fachkräfte belastet und krank macht. Das ist allerdings nur eingeschränkt möglich, weil externalisierende HEVE ein unvermeidliches Alltagsphänomen in der beruflichen Praxis sind (siehe Kapitel 2.3). Dies weiss die Autorin auch aus persönlicher Erfahrung. Sie ist der Meinung, dass Lösungswege, die den Fokus ausschliesslich auf Prävention sowie auf Therapie der Professionellen richten, die erkrankt sind oder unter einer psychischen Belastungsstörung leiden, zu kurz greifen. Allein mit der Feststellung des Zusammenhangs zwischen den gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte gerichteten externalisierenden HEVE der Klientel und den

Belastungsreaktionen der Fachkräfte und dem Abbau der HEVE ist kein wirklicher Fortschritt in der Gesunderhaltung und -förderung der Fachkräfte möglich. Für ein Weiterkommen ist es im Sinne Antonovskys wichtig, den «abweichenden Fall» zu betrachten. Die Überschrift für das folgende Kapitel 2.5 bezieht sich auf eine Aussage Antonovskys: «Der Salutogenetiker betrachtet, ohne die Bedeutung des Erfahrenen zu verschmähen, den abweichenden Fall» (Antonovsky, 1997, S. 29). Genau darum soll es im folgenden Kapitel gehen.

2.5 Der «abweichende Fall»

Bei den bisher erläuterten Studien kommt eine wesentliche Erkenntnis zu kurz. Die in Kapitel 2.4.2 erwähnte epidemiologische Studie bestätigt zwar das Risiko von Belastungsreaktionen in Folge der Viktimisierung der sozialpädagogischen Fachkräfte (Steinlin et al., 2015b, S. 12-13). Die Studienergebnisse weisen aber nur am Rande auf ein anderes bemerkenswertes Ergebnis hin: Einem grossen Teil der Fachkräfte gelingt es unter gleichen Umständen, psychisch gesund zu bleiben, zeigt keine Belastungsreaktionen (Steinlin et al., 2015b, S. 17).

Dass ein Teil der sozialpädagogischen Fachkräfte bei gleichem Opfererleben in den Studien keine Belastungsreaktionen gezeigt wird, führt unweigerlich zur Frage nach den Gründen. Bei der Suche nach Erklärungswissen in der Fachliteratur ist die Autorin dieser Bachelorarbeit auf das Gesundheitsmodell der Salutogenese, seine Konzepte und einschlägige Forschungsergebnisse gestossen. Hier hat sie Antworten gefunden. Salutogen orientierte Forscher richten ihre Aufmerksamkeit auf den «abweichenden Fall» und was in abweichenden Fällen den Menschen schützt. Sie stellen Fragen wie: «Welche Raucher bekommen keinen Lungenkrebs» und was ist es, das sie davor schützt? (Antonovsky, 1997, S. 29). Die salutogene Fragestellung beschäftigt sich damit, was Menschen trotz Konfrontation mit potenziell gesundheitsgefährdenden Herausforderungen gesund erhält. Sie möchte die Wirkfaktoren ergründen, die erklären, warum diese Menschen trotz herausfordernder Umstände und Ereignisse nicht erkranken oder im Krankheitsfall gesunden (Bengel, 2001, S. 27).

Die so formulierte salutogene Fragestellung korrespondiert mit der Hauptfragestellung dieser Bachelorarbeit. Das Modell der Salutogenese, seine Konzepte und einschlägige Forschungsergebnisse können aus Sicht der Autorin Erklärungen liefern, warum Fachkräfte im Umgang mit externalisierenden HEVE gesund bleiben. Auch lassen sich daraus vielversprechende Handlungsansätze für die berufliche Praxis aller Fachkräfte ableiten, welche die sozialpädagogischen Fachkräfte dabei unterstützen, ihre psychische Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Die Autorin verändert somit bewusst die Betrachtungsweise: Im Mittelpunkt stehen nicht die krankmachenden externalisierenden HEVE sondern die Frage nach der psychischen Gesundheit *aller* sozialpädagogischen Fachkräfte und deren determinierende Wirkfaktoren.

Da die zentrale Frage der Theorie der Salutogenese ist, wie Gesundheit entsteht (Faltermaier, 2017, S. 75), hat sich die Autorin entschieden, ihre Hauptfragestellung mithilfe des Gesundheitsmodells der Salutogenese und seinen Konzepten (Antonovsky, 1997) sowie verschiedenen einschlägigen Forschungsergebnissen zu beantworten. Das Kapitel 3 stellt folglich das Gesundheitsmodell der Salutogenese und seine wichtigsten Konzepte vor.

3 Salutogenese

Zur Einführung in die Theorie werden in diesem Kapitel die Entstehungsgeschichte der Salutogenese, das Gesundheitsmodell der Salutogenese und seine Konzepte erläutert. Zuerst soll erklärt werden, von welchem Verständnis des Begriffes *Gesundheit* die Autorin der Bachelorarbeit ausgeht.

3.1 Begriffsklärung Gesundheit

Die Beschäftigung mit der Gesundheit und dem Gesundheitsmodell der Salutogenese setzt ein Grundverständnis von dem voraus, was Gesundheit ist. Bei der Einsicht der Fachliteratur hat die Autorin keine einheitliche Definition des Begriffes «Gesundheit» gefunden, weshalb Gesundheit vorliegend nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstanden werden soll. Die WHO definiert Gesundheit in ihrer Verfassung als einen «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen». Darüber hinaus schreibt die Verfassung der WHO in Art. 1 bzw. in der Einleitung den Besitz des «bestmöglichen Gesundheitszustandes» als menschliches Grundrecht fest, ohne Unterschied. Damit geht die WHO in ihrer Auffassung von Gesundheit weit über die Abwesenheit von Krankheit hinaus, weshalb Fachleute darin einen positiven Definitionsversuch sehen (Faltermaier, 2017, S. 41). Die Bundesversammlung hat die Verfassung der WHO ratifiziert und sie ist in der Schweiz am 7. April 1948 in Kraft getreten (Fedlex, 2020). Auch das empfiehlt nach Meinung der Autorin ihre Anwendung.

Auch Faltermaier (2017) konstatiert die Uneinheitlichkeit bestehender Definitionen für Gesundheit, weshalb er Gesundheit an folgenden Merkmalen festmacht: Gesundheit als ganzheitliches Phänomen äussert sich körperlich, psychisch und wird sozial konstruiert. Was unter «gesund» zu verstehen ist, lässt sich zwar objektiv bestimmen, wird jedoch von der betreffenden Person subjektiv wahrgenommen und beschrieben. Gesundheit determiniert, ob ein Mensch im Alltag handlungsfähig ist und leistungsfähig bleibt, wenn er Herausforderungen bewältigen muss. Faltermaier versteht Gesundheit als dynamischen Prozess, der ständig in Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt ausgehandelt wird und eine aktive Anpassungsleistung des Individuums verlangt. Er weist auf den engen Bezug von Gesundheit und Krankheit hin

sowie darauf, dass ein kranker Mensch sich gesund fühlen kann und umgekehrt. Ein Merkmal von Gesundheit ist für ihn, wie das Individuum Störungen – also auch Krankheiten – bewältigen kann. Der Übergang von Gesundheit zu Krankheit sieht er deshalb fließend und verweist auf das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum im Gesundheitsmodell der Salutogenese (Faltermaier, 2017, S. 41–44; siehe Kapitel 3.3.2). Wie das Gesundheitsmodell der Salutogenese entstanden ist, soll im Kapitel 3.2 beschrieben werden.

3.2 Entstehungsgeschichte

Der amerikanisch-israelische Gesundheitswissenschaftler Aaron Antonovsky entwickelte das Gesundheitsmodell der Salutogenese Ende der 1970er Jahre. Seine Forschung führte den Medizinsoziologen unter anderem über die Stressforschung zur Salutogenese. Eine epidemiologische Studie zu den Auswirkungen der Menopause bei israelischen Frauen, die den Holocaust überlebt hatten, zeigte zwar, dass der grössere Teil mehr Symptome in der Menopause hatte, ein nicht unerheblicher Teil war jedoch bei relativ guter Gesundheit. Die Ergebnisse der Studie warfen bei Antonovsky die Frage auf, wie es dieser Gruppe Frauen gelungen war, gesund zu bleiben (Faltermaier, 2017, S. 74). Er begann mit einer tiefergehenden Forschung nach den Ursachen. Die Analyse der Ergebnisse waren der Ausgangspunkt für die Entwicklung des Gesundheitsmodells der Salutogenese und des Konzeptes des Kohärenzsinns (Lindström & Eriksson, 2019, S. 27). Im Kapitel 3.3 werden das Gesundheitsmodell und seine Konzepte theoretisch eingeführt.

3.3 Salutogenese

3.3.1 Gesundheitsmodell der Salutogenese

Salutogenese bedeutet «Ursprung der Gesundheit» und ist zusammengesetzt aus lateinisch *salus* (dt. «Gesundheit») und dem Anhang *-genese*, abgeleitet vom griechischen Wort *genesis*, das sich mit «Ursprung» übersetzen lässt (Lindström & Eriksson, 2019, S. 37).

Im Zentrum des salutogenen Ansatzes stehen Gesundheitsressourcen und gesundheitsförderliche Prozesse (ebd., S. 38). Eine pathogen orientierte Sicht fragt nach den Ursachen der Krankheit, während die salutogene Sichtweise sich bemüht, die Ursprünge von Gesundheit zu ergründen. Dazu stellt sie die Frage, warum Menschen sich auf den positiven Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zubewegen (Antonovsky, 1997, S. 15).

Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist der erste von vier wichtigen Bausteinen, mit denen sich das Modell der Salutogenese (siehe Abbildung 1) beschreiben lässt. Die weiteren

Bausteine sind die Stressoren, die generalisierten Widerstandsressourcen (GWR) und das Kohärenzgefühl (SOC), auf die in den folgenden Kapiteln eingegangen wird.

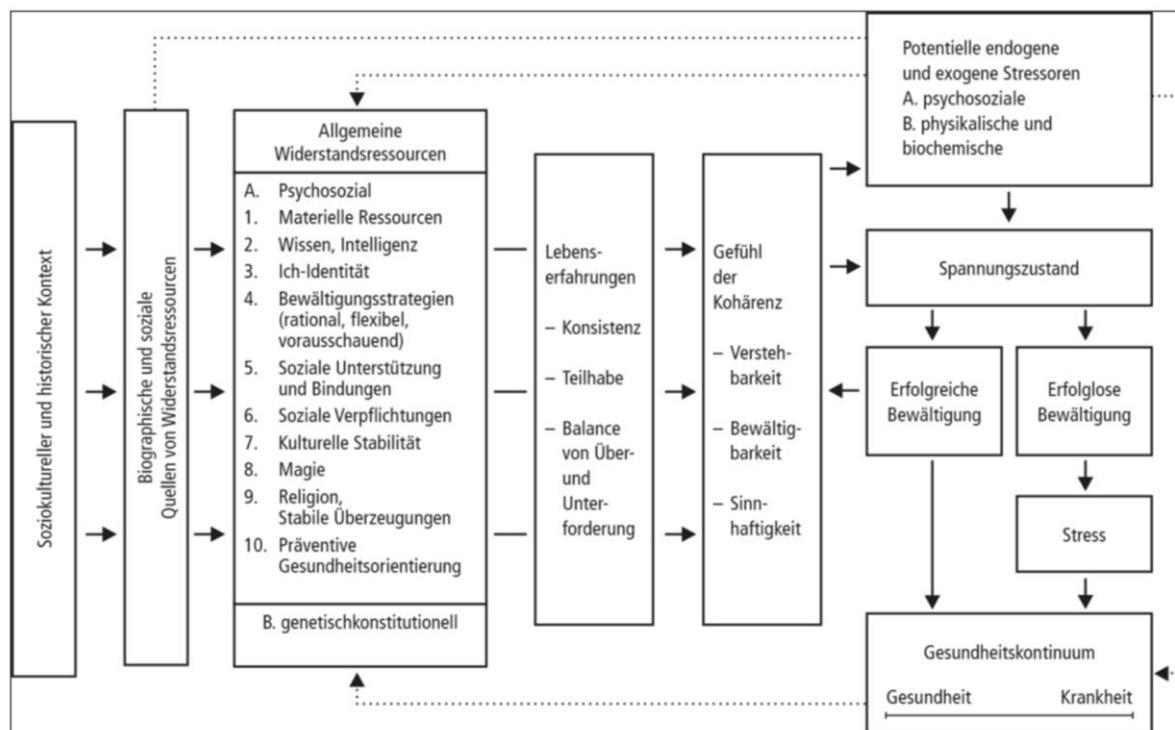


Abbildung 1: Das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1979; zit. in Faltermaier, 2017, S.76)

3.3.2 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Das Modell der Salutogenese erklärt Gesundheit als veränderliche Größe. Gesundheit ist nicht nur das Gegenstück zur Krankheit, sondern vielschichtig als *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum* gedacht. Alle Menschen befinden sich fortwährend in einem Bewegungsprozess auf dem Kontinuum zwischen absoluter Gesundheit (positiv) und absoluter Krankheit (negativ) (siehe Abbildung 1). Betrachtet man Gesundheit als einen solchen fortwährenden Prozess, ist es unmöglich, Menschen nur in krank oder gesund zu unterteilen (Faltermaier, 2017, S. 77). Diese salutogene Perspektive einer permanenten Bewegung in einem sich ständig verändernden Ungleichgewicht von Gesundheit und Krankheit, verhindert den Trugschluss, dass allein die Beseitigung krankmachender Faktoren den Menschen gesund macht. Absolute Gesundheit ist ebenso illusorisch wie absolute Krankheit. Menschen, die sich gesund fühlen, können kranke Anteile in sich tragen und umgekehrt (Wydler et al., 2010, S. 22). Einer Antwort auf die Frage, wie ein Mensch sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum auf den Zustand der Gesundheit zubewegen kann, nähert sich das nächste Kapitel mit Erläuterungen des zweiten wichtigen Bausteins im Modell der Salutogenese (siehe Abbildung 1): den Stressoren.

3.3.3 Stressoren

Antonovskys salutogene Orientierung gründet auf der Annahme, dass menschliches Leben in Heterostase geschieht – in einem dynamischen Zustand permanenter Veränderung, der durch Ungleichgewicht und Instabilität gekennzeichnet ist. Das Gegenteil ist die Homöostase, also ein Zustand des Gleichgewichts und der Stabilität (Wydler et al., 2010, S. 21–22). Weitere Kernmerkmale lebender Organismen sind neben der Heterostase das Altern und eine fortschreitende Entropie (Antonovsky, 1997, S. 27–29). Negative Entropie meint die Fähigkeit eines Systems, sich gegen die Entropie auszurichten. Übertragen auf die Gesundheit ist ihr Verlust ein permanenter Prozess, der zum Leben gehört. Zugleich bedeutet dies aber auch, dass Gesundheit immer wieder herzustellen ist (Bengel et al., 2001, S. 25–26).

Antonovsky kam über die Stressforschung zum Modell der Salutogenese (siehe Kapitel 3.2), weshalb er störende Faktoren im Leben als Stressoren bezeichnet (Lindström & Eriksson, 2019, S. 30). Zum Leben in Heterostase gehört, dass der menschliche Organismus allgegenwärtig mit Stressoren konfrontiert ist (Antonovsky, 1997, S. 27). Antonovsky (1997) definiert Stressoren als «Herausforderungen, für die es keine unmittelbar verfügbaren oder automatisch adaptiven Reaktionen gibt» (S. 43). Er weist auf die entropiefördernde Auswirkung des Stressors hin, was Lebenserfahrungen bewirkt, «die durch Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung und fehlende Teilhabe an Entscheidungsprozessen» charakterisiert sind (ebd., S. 44). Antonovsky entwickelt den Begriff des Spannungszustandes als zentrale Folge der Stressoren (ebd., S. 43). Seine Annahme ist, dass Menschen bei der Konfrontation mit Stressoren in einen Spannungszustand geraten, den sie bearbeiten und meistern müssen (ebd., S. 16). Für andere Fachleute sind alle Reize oder Stimuli dann Stressoren, wenn sie Stress verursachen. Erst die Wirkung macht für sie einen Reiz oder Stimuli zu einem Stressor (Bengel et al., 2001, S. 32).

Antonovsky unterscheidet nach Dauer und Qualität ihrer Wirkung in Anlehnung an die Stressforschung drei Arten von Stressoren: *chronische Stressoren*, *Stress-Lebensereignisse* und *tägliche Widrigkeiten*. Den *chronischen Stressoren* ist immanent, dass sie andauernd und generalisiert sind. Sie beeinflussen die Stärke des Kohärenzgefühls (siehe Kapitel 3.3.5) entscheidend (Antonovsky, 1997, S. 44). Für Faltermaier (2017) ergeben sie sich beispielsweise aus der sozialen Rolle, aus Lebenssituationen, wie dem Kontext Arbeit. *Stress-Lebensereignisse* ragen nach Antonovsky (1997) heraus – beispielsweise der Tod von Angehörigen, eine Scheidung – und können eine Folgenkaskade auslösen. Trotz der Anspannungssituation, die sie erzeugen, und auch wenn eine adaptive Antwort auf das Ereignis und seine Folgen nicht sofort möglich ist, sind diese Stress-Lebensereignisse nicht entscheidend für die Stärke des Kohärenzgefühls. Umgekehrt bewirkt die Stärke des Kohärenzgefühls (siehe Kapitel 3.3.5), ob

Ereignisse positive, negative oder neutrale Auswirkungen auf die Gesundheit haben (S. 44–45). Die *täglichen Widrigkeiten* werden in der Fachliteratur auch als kleine Mühseligkeiten des Alltags bewertet, beispielsweise defekte Haushaltsgeräte oder verlorene Gegenstände (Faltermaier, 2017, S. 103). Diese spielen für Antonovsky (1997) nur eine untergeordnete Rolle für das Kohärenzgefühl, auch wenn es darauf keine sofortige adaptive Antwort gibt (S. 44–45). Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die chronischen Faktoren die bedeutendsten Risikofaktoren für das Kohärenzgefühl sind, und damit auch für die Position des Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.

Steht der Mensch vor einer Anforderung, ist die Wahrnehmung eines Reizes subjektiv. Nimmt der Mensch den Reiz wahr, bewertet er kognitiv, ob er diesen als Stressor einordnet, der ihn in Anspannung versetzt (Faltermaier, 2017, S. 105). Die niedrigere Reizschwelle von Personen mit einem schwächeren Kohärenzgefühl bewirkt, dass sie eher angespannt sind als Personen mit starkem Kohärenzgefühl. Bewerten Personen mit starkem Kohärenzgefühl einen Reiz als Stressor, der sie in Anspannung versetzt, können sie ihn als bedrohlich, günstig oder irrelevant einordnen. Nur bei einem als bedrohlich empfundenen Reiz wird die Person auf ihre verfügbaren Ressourcen zurückgreifen, dies jedoch angemessen und mit dem Gefühl, die Situation bewältigen zu können (Bengel et al., 2001, S. 33).

Können Menschen die Anspannung meistern, wirkt die Bewältigung erhaltend oder förderlich auf die Gesundheit. Eine Spannungsbewältigung ohne Erfolg löst hingegen eine Stressreaktion aus (Bengel et al., 2001, S. 33). Stärke und die Dauer einer Stressreaktion sind ausschlaggebend für die Belastungsreaktion und ob diese ein krankhaftes Ausmass annimmt (Faltermaier, 2017, S. 105). Stressreaktionen müssen nicht krank machen, sondern können neutral oder auch gesundheitsförderlich sein (Bengel et al., 2001, S. 33). Es ist eine subjektive Bewertung des Menschen, ob Stress als Eustress oder Distress eingeordnet wird. *Eustress* ist positiver Stress. Die Situation ist für den Menschen zwar herausfordernd, wird aufgrund seiner Ressourcen aber als bewältigbar bewertet, was anregt und motiviert. *Distress* dagegen ist negativ, weil er aufgrund von Ressourcenmangel als belastend oder bedrohlich eingeordnet wird. Eine andauernde, vielleicht chronische Stressreaktion kann sich negativ auswirken (Goal, 2021).

Stressoren sind also nicht per se eine Krankheitsursache und damit schädlich für den Organismus. Deshalb ist es wenig Erfolg versprechend, einseitig die Strategie zu verfolgen, Stressoren als Risikofaktor für die Gesundheit zu betrachten und sie fortwährend mindern zu wollen (Antonovsky, 1997, S. 29–30).

Salutogene Orientierung fokussiert sich auf Gesundheit und das, was sie erhält – nicht einseitig auf den Stress und seine Verhinderung. Zum Umgang mit unvermeidbaren Stressoren im

Leben stellt eine salutogene Orientierung die Frage, unter welchen Bedingungen Stressoren erfolgreich bewältigt werden (Faltermaier, 2017, S. 78). Antonovsky verwendet hierbei den Begriff der «aktiven Adaption» (Antonovsky, 1997, S. 27). Die Autorin versteht darunter die Fähigkeit des menschlichen Organismus, mit unerwarteten, allgegenwärtigen Stressoren aktiv umzugehen, den von ihnen ausgelösten Spannungszustand zu bewältigen und dabei nach geeigneten Ressourcen zu suchen, sie zu aktivieren und angemessen sowie zielführend einzusetzen.

Antonovsky erklärt mit zwei Schlüsselkonzepten, wie sich Spannungszustände erfolgreich bewältigen lassen: mit dem Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen (GWR) und mit dem Konzept des Kohärenzgefühls (Antonovsky, 1997, S. 16). Beide Konzepte sind wichtige Bausteine zur Erklärung des Modells der Salutogenese (siehe Abbildung 1). In den nächsten beiden Kapiteln wird auf diese Konzepte eingegangen, zunächst auf die GWR.

3.3.4 Generalisierte Widerstandsressourcen (GWR)

Im Ausdruck «generalisierte Widerstandsressourcen» weist das Attribut «generalisierte» zunächst auf die universelle und situationsunabhängige Wirksamkeit der Ressourcen hin. Der Wortteil «Widerstand» steht dafür, dass die Ressourcen erhöhend auf die Widerstandsfähigkeit einwirken (Bengel et al., 2001, S. 34).

Antonovsky selbst beschreibt GWR als «jedes Merkmal einer Person, Gruppe oder Umwelt, die eine wirksame Spannungsbewältigung erleichtern kann» (Antonovsky, 1979; zit. in Faltermaier, 2017, S. 77). Er erklärt weiter, dass GWR konsistente, partizipative und durch Belastungsbalance (zwischen Überbelastung und Unterforderung) gekennzeichnete Lebenserfahrungen möglich machen, die wiederum eine wichtige Determinante für ein starkes Kohärenzgefühl sind (Antonovsky, 1997, S. 43). GWR lassen sich individuell in der Person, aber auch im unmittelbaren, weiteren und gesellschaftlichen Umfeld verorten (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). Fachexpert_innen kritisieren allerdings die Unklarheit bestehender Erklärungen für den Begriff Ressourcen (Faltermaier, 2017, S. 185).

Faltermaier hat versucht, System in die Vielzahl von Gesundheitsressourcen zu bringen, wobei er Antonovskys Ausführungen und wirksame Gesundheitsressourcen einbezieht, welche die Ressourcenforschung belegen kann. Zunächst unterscheidet er interne und externe Gesundheitsressourcen. *Interne* unterteilt er in personal-psychische und körperliche, *externe* in sozial-interpersonale, soziokulturelle und materielle (Faltermaier, 2017, S. 185-192).

Mit Tabelle 1 versucht sich die Autorin der Bachelorarbeit an einer eigenen übersichtlichen Darstellung der von Faltermaier im Text beschriebenen Gesundheitsressourcen.

Interne Gesundheitsressourcen	Externe Gesundheitsressourcen
<p>Personal-psychische Ressourcen</p> <p>Kontrollüberzeugung z. B. des eigenen Beitrags zur Gesundheit</p> <p>Selbstwirksamkeitsüberzeugung z. B. zur Bewältigung und Umsetzung eines Gesundheitsverhaltens</p> <p>Funktionaler Optimismus Global zuversichtlich-hoffnungsvolle Lebenseinstellung als protektives Merkmal</p> <p>Gesundheitswissen & Intelligenz Für Erleichterung der Belastungsbewältigung und rationalen Umgang mit eigener Gesundheit</p> <p>Widerstandsfähigkeit <i>Commitment:</i> Ausmass innerer Verpflichtung und engagierte Grundhaltung <i>Challenge:</i> Tendenz, Belastungen als Herausforderung wahrzunehmen <i>Control:</i> internale Kontrollüberzeugung</p> <p>Selbstwertgefühl</p> <p>Copingstrategien <i>Rational:</i> angemessene und realitätsnahe Einschätzung von Stressoren <i>Flexibel:</i> flexible Auswahl von Handlungsoptionen im Hinblick auf situative Anforderungen <i>Vorausschauend:</i> Antizipieren langfristiger Konsequenzen</p> <p>Soziale Kompetenzen Angemessene Wahrnehmung anderer Personen und sozialer Beziehungen Verbal und nonverbal adäquate, klare, verständliche Kommunikation Fähigkeiten zur Gestaltung von Beziehung und zum Umgang mit interpersonalen Konflikten</p> <p>Körperlich-konstitutionelle Ressourcen</p> <p>Immunkompetenz</p> <p>Stabilität des vegetativen und kardiovaskulären Systems</p> <p>Körperliche Fitness</p> <p>Körpergefühl</p>	<p>Sozial-interpersonale Ressourcen</p> <p>Soziale Unterstützung In einer Belastungssituation tatsächlich geleistete oder wahrgenommene Hilfe durch Personen aus dem sozialen Umfeld <i>Emotionale Unterstützung:</i> Vermittlung von Empathie, Sorge, Liebe, Vertrauen über intime und persönliche Gespräche <i>Instrumentelle Unterstützung:</i> direkte Hilfeleistung bei der Problemlösung oder indirekte praktische Unterstützung <i>Informationelle Unterstützung:</i> Person erhält Informationen, die bei Auseinandersetzung mit Problem helfen <i>Evaluative Unterstützung:</i> Vermittlung von Informationen, die einer Person eine bessere Einschätzung ihrer selbst ermöglichen (positive und kritische Rückmeldungen)</p> <p>Soziales Netzwerk Soziale Beziehung als Netz und Quelle sozialer Unterstützung z. B. Vertrauenspersonen, Partner_in, Familienmitglieder, Verwandte, Freund_innen, Arbeitskolleg_innen, Nachbar_innen</p> <p>Soziokulturelle Ressourcen</p> <p>Kulturelle Stabilität</p> <p>Religiöse oder philosophische Überzeugungen</p> <p>Materielle Ressourcen Verfügbarkeit von Geld, Vermögen, Gütern und Dienstleistungen</p>

Tabelle 1: Gesundheitsressourcen (eigene Darstellung; auf der Basis von Faltermaier, 2017, S. 185–192)

Die genannten GWR sind laut Expert_innenmeinung zunächst ein Fundus an Ressourcen, die eine Person hat und worauf sie zugreifen kann. Dieser Erfahrungsschatz ist aber nur wertvoll, wenn die Person sich ihrer verfügbaren Ressourcen bewusst ist und sie angemessen abrufen kann, um einen Spannungszustand zu meistern, den ein Stressor auslöst. Personen mit einem starken Kohärenzgefühl sind im Bewältigungsprozess im Vorteil (Antonovsky, 1997, S. 130–131). Erst wenn die GWR angemessen eingesetzt werden, wirken sie gesundheitsfördernd (Lindström & Eriksson, 2019, S. 40).

GWR unterstützen Menschen, einen Spannungszustand zu meistern, weil sie damit innerlich eine adäquate Haltung einnehmen können oder weil die GWR helfen, eine notwendige Handlung angemessen auszuführen (Wydler et al., 2010, S. 27). GWR haben also aktivierbares Potenzial bei der Bewältigung von Spannungszuständen. Hinzu kommt eine weitere Funktion: GWR ermöglichen wichtige Lebenserfahrungen, die das Kohärenzgefühl stärken (Bengel et al., 2001, S. 34). Was kohärente Lebenserfahrungen sind und wie das Konzept des Kohärenzgefühls zu verstehen ist, behandelt das nächste Kapitel.

3.3.5 Kohärenzgefühl (SOC)

Antonovsky (1997, S. 43) kennzeichnet Lebenserfahrungen dann als kohärent, wenn sie (1) «Konsistenz» aufweisen und damit verstehbar werden, (2) wenn sie eine «Balance zwischen Überlastung und Unterforderung» aufweisen und damit handhabbar werden und wenn sie (3) durch «Partizipation bei der Gestaltung des Ergebnisses» gekennzeichnet sind und damit bedeutsam werden.

Weiter definiert Antonovsky (1997) das Kohärenzgefühl als

«eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, daß

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einen die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen» (S. 36).

In der Fachliteratur wird das Kohärenzgefühl nicht als Personenmerkmal oder Strategie verstanden, sondern als Lebensorientierung des Menschen, aber auch als Grundhaltung, die darüber entscheidet, ob ein Mensch im Umgang mit Anforderungen flexibel auf bestehende Ressourcen zugreifen und sie nutzbringend und angemessen einsetzen kann, um die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39; Bengel et al., 2001, S. 28). Je stärker das Kohärenzgefühl umso förderlicher ist seine Wirkung auf die Gesundheit (Bengel et al., 2001, S. 28). Postuliert wird auch, dass das Kohärenzgefühl ein «dynamisches Gefühl»

ist, da laufend neue Lebenserfahrungen und Erlebnisse dazukommen, die sich darauf auswirken (Bengel et al., 2001, S. 29).

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls, die *Verstehbarkeit*, die *Handhabbarkeit* und die *Bedeutsamkeit*, beeinflussen sich gegenseitig. Die Komponente *Bedeutsamkeit* ist besonders wichtig, weil sie als Triebkraft des Menschen wirkt und verschiedenen Lebensbereichen Bedeutung, also Sinn verleiht. Nur wenn Menschen entscheiden, dass bestimmte Lebensbereiche für sie bedeutsam sind, werden sie ihre Energie in sie investieren, sie verstehen und bewältigen wollen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). Damit sind die Grenzen eines starken Kohärenzgefühls angesprochen. Mit dessen Hilfe sind nicht unweigerlich alle Lebensbereiche oder das gesamte Leben verstehbar, handhabbar und bedeutsam, sondern nur jene Lebensbereiche, die ein Individuum subjektiv als bedeutsam auswählt. Allerdings gibt es auch Bereiche mit so grundlegender Bedeutung, dass sie ein starkes andauerndes Kohärenzgefühl verunmöglichen, wenn sie nicht zu den sinnhaften Lebensbereichen des Menschen gehören. Das sind «eigene Gefühle, unmittelbare interpersonelle Beziehungen, *seine wichtigste eigene Tätigkeit* und existenzielle Fragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte und Isolation)» (Antonovsky, 1997, S. 39).

Ausschlaggeben für ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl ist für Antonovsky, inwieweit es die gesellschaftlichen Umstände den Menschen ermöglichen, auf GWR zurückzugreifen. Sind wiederkehrende konsistente Erfahrungen, Teilhabe und eine gute Belastungsbalance zwischen Überbelastung und Unterforderung möglich, stärkt dies nach und nach das Kohärenzgefühl (Bengel et al., 2001, S. 31). Alles in allem ist das Kohärenzgefühl selbst eine Ressource, auf die Menschen bei Problemen verschiedenster Art und zur Bewältigung von Lebensereignissen zurückgreifen können (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39).

In der Fachliteratur lassen sich Hinweise auf verschiedene positive Effekte eines starken Kohärenzgefühls finden. So ist es determinierend für die erfolgreiche Bewältigung im Umgang mit Stressoren und eine hohe Flexibilität im Handeln (Antonovsky, 1997, S. 184). Für Personen mit einem starken Kohärenzgefühl sind Reize nicht sofort Stress. Sie reagieren gut auf Unterstützung, fordern diese rechtzeitig ein und können sie annehmen. Für diese Menschen sind Gesundheitsinformationen wertvoll und sie verzichten auf Verhalten, das die Gesundheit schädigen könnte. Ein starkes Kohärenzgefühl setzt somit erfolgreiche Copingstrategien in Gang, was der Gesundheit zuträglich ist (Antonovsky, 1990; zit. in Antonovsky, 1997, S. 184–185).

Diese positiven Effekte werfen einmal mehr die Frage auf, wie ein starkes Kohärenzgefühl aufgebaut, erhalten und gefördert werden kann. Antworten sind auch in den Forschungsergebnissen zum Gesundheitsmodell der Salutogenese und seinen Konzepten zu finden,

welchen sich das folgende Kapitel 4 widmet und die zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit relevant erscheinen.

4 Forschungsergebnisse

4.1 Generelles Kohärenzgefühl

In diesem Kapitel soll es um wesentliche Forschungsergebnisse rund um das generelle Kohärenzgefühl gehen. Dabei werden die Fragen beantwortet, ob das Kohärenzgefühl messbar ist, ob es über die gesamte Lebensspanne veränderbar ist und inwieweit alltägliche Erfahrungen im Umgang mit Ressourcen das Kohärenzgefühl stärken können.

4.1.1 SoC-Skala

Wenn von der unterschiedlichen Wirkung eines starken oder schwachen Kohärenzgefühl auf die Gesundheit die Rede ist, wirft dies nach Meinung der Autorin der Bachelorarbeit die Frage auf, wie sich die Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit messen lässt. Erst auf Grundlage solcher ermittelter Daten ist es ihrer Meinung nach möglich, Interventionen zu begründen, zu planen und umzusetzen.

Antonovsky hat daran gearbeitet, empirisch eine Korrelation zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit nachzuweisen. Dafür entwickelte er einen Fragebogen, die SoC-Skala, die er 1983 veröffentlichte (Antonovsky, 1997, S. 71). Die SoC-Skala enthält 29 Fragen zu den drei Größen *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* (Sinnhaftigkeit). Die SoC-Skala findet inzwischen weltweit Anwendung, wurde von der Forschung validiert und für unterschiedliche Forschungsdesigns angepasst (Antonovsky, 1997, S. 83–88).

Fachexpert_innen bestätigen mit ihren Forschungen den Zusammenhang zwischen Kohärenzgefühl und Gesundheit, vor allem aber eine enge Korrelation mit der psychischen Gesundheit (Eriksson & Lindström, 2006). Beispielsweise liess sich nachweisen, dass ein starker Kohärenzsinn protektiv gegen Angststörungen, Depression, Burnout sowie Hoffnungslosigkeit wirkt und eng verknüpft ist mit Gesundheitsressourcen, unter anderem Widerstandsfähigkeit, Bewältigungskompetenzen oder Optimismus (Eriksson & Lindström, 2006; zit. in Lindström & Eriksson, 2019, S. 65).

4.1.2 Kohärenzgefühl im Lebensverlauf

Interventionen zur Stärkung des Kohärenzgefühls setzen nach Meinung der Autorin voraus, dass sich das Kohärenzgefühl über die gesamte Lebensdauer hinweg aufbauen lässt.

Antonovskys erste Annahme, dass die Entwicklung des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter mit 30 Lebensjahren abgeschlossen ist, hat sich als nicht haltbar erwiesen, wie empirische Untersuchungen zeigen (Eriksson & Lindström, 2005, 2006). Das lässt den Schluss zu, dass Prozesse, die das Kohärenzgefühl stärken, lebenslang möglich sind.

Auch Antonovsky (1997) kam später zu dem Ergebnis, dass Änderungen des Kohärenzgefühls im Erwachsenenalter möglich sind, wenn auch nur durch radikale Umbrüche in der soziokulturellen, strukturellen Umwelt oder durch langwierige, schwierige Therapien (S. 118–120).

Nach Meinung der Autorin ist der Übergang zwischen den Lebensbereichen Privatleben, in dem Menschen Alltagserfahrungen machen und dem Arbeitsleben fließend, was Auswirkungen auf das Kohärenzgefühl hat und erfordert, diese Bereiche ganzheitlich zu sehen, wie das nächste Kapitel aufzeigen wird.

4.1.3 Alltagserfahrungen und Kohärenzgefühl

Wie in Kapitel 3.3.3 dargelegt, mass Antonovsky (1997) den «täglichen Widrigkeiten» des Alltags eine eher geringe Auswirkung auf die Entwicklung des Kohärenzgefühls zu (S. 44–45). Erste Forschungsergebnisse geben Alltagserfahrungen inzwischen ein stärkeres Gewicht für die Veränderungen der Stärke des Kohärenzsinnes (Maas, 2019, S. 140). Beispiele für Lernerfahrungen sind individuelle Erlebnisse wie Nachbarschaftskonflikte, aber auch Änderungen äusserer Ressourcen, wie die Schliessung eines wichtigen Erholungsortes. Solche Änderungen können Stressreaktionen erzeugen (ebd.). Die Schliessung eines Kindergartens ist nach Meinung der Autorin ein Beispiel, dass den direkten Einfluss auf den Kontext der Arbeit erkennen lässt, weil die Schliessung Auswirkung auf die Möglichkeit der Teilnahme am Arbeitsprozess hat, wenn keine alternativen Lösungen gefunden werden können.

In der Fachliteratur wird ausgeführt, dass Alltagserfahrungen mehr Gewicht bekommen für die Entwicklung des Kohärenzgefühls, wenn sie systematisch gemacht und in verschiedenen Situationen realisiert werden. Alltagserfahrungen können dann als Übungsfeld für den vielseitigen, flexiblen Einsatz von Ressourcen verstanden werden und vermitteln Erfahrungswerte über die kontextabhängige Funktionalität, die Möglichkeiten und Grenzen von Ressourcen. Dies kann dazu führen, dass die Ressourcen immer generalisierter, also universeller anwendbar werden. Ein gleichberechtigter Austausch sozialer Gruppen über Ressourcen und das «aktive Engagement» mit einer Ressource haben sich dabei als wirksames Übungsfeld für den Umgang mit Ressourcen und deren adäquatem Einsatz erwiesen. Das aktive Engagement, beispielsweise in einem Vorstand des Gemeindezentrums, ermöglicht es, Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Ressourcen zu beeinflussen. Damit kann der eigene Entscheidungs- und Handlungsrahmen wachsen. Dieser aktive Prozess beeinflusst die drei

Komponenten des Kohärenzgefühls – Verstehbarkeit, Bewältigbarkeit und Bedeutsamkeit – und trägt zur Ressourcenaneignung bei, was das Kohärenzgefühl stärkt (Maas et al., 2017; Maas, 2018; zit. in Maas, 2019, S. 140–145).

Die Autorin dieser Bachelorarbeit schliesst aus diesen Forschungsergebnissen, dass der Alltag ein wichtiges Übungsfeld für den Umgang mit Ressourcen ist, das es systematisch zu nutzen gilt. Für eine positive Entwicklung des Kohärenzgefühls erscheint es lohnenswert, Ressourcen bewusst in verschiedenen Situationen einzusetzen, sich aktiv mit einer Ressource auseinanderzusetzen und sich mit anderen sozialen Gruppen über Ressourcen auszutauschen. Das kann zu einer Potenzierung von Ressourcen führen und vielleicht zur Generalisierung. Je grösser der Fundus an GWR ist, auf die Menschen zurückgreifen können, desto besser können sie Anspannungssituationen bewältigen. Das hat schliesslich positive Auswirkungen auf das Kohärenzgefühl.

Der Fakt, dass Alltagserfahrungen doch ein höheres Gewicht bei Veränderungen der Stärke des Kohärenzsinner haben (Maas, 2019, S. 140), verdeutlicht nach Meinung der Autorin auch, dass bei der Entwicklung und Anwendung salutogener Interventionen das Prinzip der Ganzheitlichkeit zu berücksichtigen ist. Fachexpert_innen weisen auf die Notwendigkeit hin, bei salutogenen Handlungsansätzen die Schnittstelle zwischen Arbeits- und Privatleben zu berücksichtigen, da die Grenzen beider Lebensbereiche immer mehr verschwimmen (Jenny et al., 2017, S. 207).

Die Autorin ist der Meinung, dass salutogene Interventionen zum Leben der Betroffenen passen müssen. Mitarbeitende sollen beispielsweise bei der Planung und Einführung neuer Arbeitszeitmodelle mit einbezogen werden, da diese sich auf ihren privaten Lebensbereich auswirken. Sie werden diese Modelle nur unterstützen, wenn sie diese als sinnvoll erachten, sie gut mit ihrem privaten Lebensbereich (beispielsweise Kinderbetreuung) zu vereinbaren sind (handhabbar) und wenn die Arbeitszeiten eine gute Belastungsbalance zwischen Unterforderung und Überbelastung ermöglichen (bewältigbar) und beispielsweise mit der Kindererziehung vereinbar ist.

In der vorliegenden Bachelorarbeit liegt der Fokus auf dem Kontext der Arbeit. Zuerst bezog sich die Forschung Antonovskys zum Kohärenzgefühl auf das Individuum (Lindström & Eriksson, 2019, S. 41). Inzwischen hat sich gezeigt, dass sich das Konzept des Kohärenzgefühls auch auf die Organisationsebene übertragen lässt, beispielsweise in Unternehmen und Institutionen (Bauer & Jenny, 2012; Forbech & Hanson, 2013; Nilson et al., 2012; zit. in Lindström & Eriksson, S. 44). Wie das Konzept des Kohärenzgefühls auf diesen Kontext angewendet wird, ist Thema des folgenden Kapitels 4.2.

4.2 Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl

4.2.1 Merkmale

Wie in Kapitel 3.3.5 ausgeführt, ist für Antonovsky (1997) der Lebensbereich «wichtigste eigene Tätigkeit» grundlegend wichtig, um ein starkes andauerndes Kohärenzgefühl überhaupt aufbauen zu können. Er sollte also unbedingt zu den Lebensbereichen der Menschen gehören, die arbeiten, die er als sinnhaft für sich auswählt (S. 39). Übertragen auf den Kontext dieser Bachelorarbeit, versteht die Autorin die Arbeit der sozialpädagogischen Fachkräfte in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung als eine solche «wichtigste eigene Tätigkeit», in der sich Fachkräfte aufgrund der Sinnhaftigkeit engagieren und mit Motivation einsetzen.

Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl wird in der Fachliteratur als «die wahrgenommene Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der aktuellen Arbeitssituation einer Person, die durch die Interaktion individueller Charakteristika (Persönlichkeit und individuelle Ressourcen) sowie Charakteristika der Arbeitsumgebung (Strukturen und Prozesse) beeinflusst wird» (Vogt et al., 2013; zit. in Bauer et al., 2015, S. 22). Fachleute erklären weiter, dass Arbeit dann *verstehbar* ist, wenn die Erwerbstätigen sie als strukturiert, konsistent und klar wahrnehmen. Die *Handhabbarkeit* drückt hingegen das Empfinden der Erwerbstätigen aus, auf genügend Ressourcen zurückgreifen zu können, um die Arbeitsanforderungen zu bewältigen. Schliesslich ist die Arbeit *sinnhaft*, wenn sich der Einsatz und das Engagement dafür lohnen. Arbeit muss konsistent sein, darf weder unterfordern noch überfordern (gute Belastungsbalance) und die Erwerbstätigen müssen Kontrolle ausüben können, also aktiv an Entscheidungsprozessen teilnehmen können, um damit ihren Erfahrungsschatz bedeutend zu erweitern (Jenny & Bauer, 2019, S. 168–169). Fachexpert_innen beschreiben, dass Arbeitsbedingungen weitreichende, entscheidende Auswirkungen für das Kohärenzgefühl haben und in Folge «für die Gesundheit einer Person, einer Familie und sogar einer Gemeinschaft» (Jenny et al., 2017, S. 198).

Bevor im Kapitel 4.2.3 auf das für den Kontext der Arbeit adaptierte Gesundheitsmodell der Salutogenese eingegangen wird, sollen im folgenden Kapitel zum besseren Verständnis die darin verwendeten Kategorien «Arbeitsanforderungen» und «Arbeitsressourcen» definiert und soweit möglich beschrieben werden.

4.2.2 Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen

Fachexpert_innen haben im Rahmen der Forschung zur Erklärung von Burnout und Arbeitsengagement die beiden Kategorien Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen definiert und genauer beschrieben. *Arbeitsanforderungen* «repräsentieren physische, psychische, soziale

und organisatorische Aspekte der Arbeit, die eine, in der Regel länger andauernde, physische und/oder psychische Anspannung erfordern, und demzufolge mit bestimmten physiologischen und/oder psychischen Kosten zusammenhängen». Als Beispiele werden «hohe zeitliche und inhaltliche Anforderungen», die als «Arbeitsdruck» wahrgenommen werden, eine «aversive Arbeitsumgebung» wie «chemische Stoffe oder Lärm» genannt. Dazu kommen «emotionale Anforderungen» wie Zeitdruck und schwierige Klient_innen (Bakker und Sanz-Vergel, 2013; zit. in Demerouti & Nachreiner, 2018). Externalisierende HEVE gegen sozialpädagogische Fachkräfte seitens der Klientel rechnet die Autorin der Bachelorarbeit zu den «emotionalen Anforderungen».

Arbeitsressourcen als Teil der GWR (siehe Abbildung 2) werden definiert als «die physischen, psychischen, sozialen und organisatorischen Arbeitsbedingungen, die (1) funktional für das Erreichen der arbeitsbezogenen Ziele sind, (2) Arbeitsanforderungen und damit zusammenhängende physische und psychische Kosten reduzieren und (3) persönliches Wachstum und persönliche Entwicklung stimulieren». Arbeitsressourcen auf Organisationsebene sind beispielsweise Teilhabe an Entscheidungsprozessen, die «Arbeitsplatzsicherheit», die Entlohnung, Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung. Arbeitsressourcen können sich auf Arbeitsaufgaben beziehen wie Autonomie und Diversität. In Bezug auf Interpersonalität sind Ressourcen wie «soziale Unterstützung durch Kollegen und Führungskräfte, Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten» gemeint (Demerouti & Nachreiner, 2018).

Gegenstand des folgenden Kapitels ist das Gesundheitsmodell der Salutogenese, dass für den Kontext der Arbeit adaptiert wurde (Jenny et al., 2017, S. 198) (siehe Abbildung 2).

4.2.3 Das Gesundheitsmodell im Kontext der Arbeit

Das für die Arbeit adaptierte Gesundheitsmodell der Salutogenese verdeutlicht die Wechselwirkungen der Komponenten (siehe Abbildung 2).

Dargestellt ist, dass *Arbeitsressourcen* als Teil der *generalisierten Widerstandsressourcen* *kohärente Arbeitserfahrungen* ermöglichen, die zum Aufbau des *Kohärenzgefühls* der Beschäftigten beitragen. Das Kohärenzgefühl wiederum nimmt Einfluss darauf, wie ein Individuum *Stressoren* im Arbeitsleben – die *Arbeitsanforderungen* und die von ihnen verursachten Spannungen – wahrnimmt, bewertet und bewältigt (Jenny et al., 2017, S. 198.).

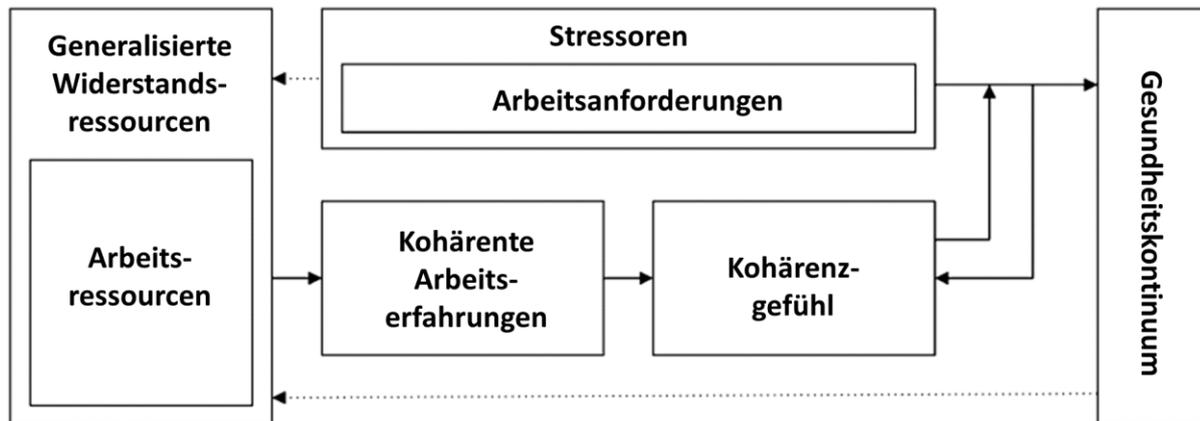


Abbildung 2: Vereinfachte Darstellung des ursprünglichen Modells der Salutogenese von Antonovsky für den Kontext der Arbeit (Antonovsky, 1987; zit. in Jenny et al., 2017, S. 198 / eigene Übersetzung)

Folgende Erkenntnisse zu den Wechselwirkungen im Modell der Salutogenese für den Kontext der Arbeit sind empirisch abgesichert: Ein starkes Kohärenzgefühl ist in mehrfacher Hinsicht von Vorteil. Erstens nehmen Beschäftigte mit einem starken Kohärenzgefühl die Anforderungen in ihrem Arbeitsumfeld eher als Herausforderungen denn als Bedrohung wahr, wodurch sie weniger Stresssymptome erleben. Zweitens sorgt ein starkes Kohärenzgefühl für die Zuversicht, dass ihnen Ressourcen zur Verfügung stehen, um die Arbeitsanforderungen zu bewältigen. Drittens fällt es Beschäftigten mit starkem Kohärenzgefühl leichter, angemessene Bewältigungsstrategien im Umgang mit Arbeitsanforderungen und eventuell daraus erwachsenden Anspannungen auszuwählen. Die erfolgreiche Bewältigung wiederum ist entscheidend für die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (siehe Kapitel 3.3.2). Zudem wirkt sich die Internalisierung der Erfahrung einer erfolgreichen Bewältigung rückwirkend positiv auf den Aufbau des künftigen Kohärenzgefühls aus. Schliesslich ist ein guter Gesundheitszustand eine Voraussetzung, um GWR und Arbeitsressourcen aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Genauso gut können Stressfaktoren jedoch die GWR schwächen (Hakanen et al., 2008; Salanova et al., 2011; zit. in Jenny et al., 2017, S. 198).

Ein starkes arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl wirkt in vielerlei Hinsicht positiv. Es schützt laut Studien vor Burnout (Kalimo et al., 2003; zit. in Bauer et al., 2015, S. 21) und schwächt negative Auswirkungen ungünstiger Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit ab (Jenny et al., 2017, S. 199). Wichtig für ein starkes arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl, so die Forschung, sind ein gutes Organisationsklima und Arbeitsplatzsicherheit (Feldt et al. 2000; zit. in Jenny et al., 2017, S. 199). Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen wirken den pathogenen Wirkungen von Stressoren im Kontext der Arbeit nicht nur entgegen, sie wirken direkt als positiver Gesundheitsverstärker (Jenny et al., 2017, S. 197), weshalb nach Meinung der Autorin der Aufbau

kohärenter Arbeitsbedingungen in Organisationen prioritär gegenüber dem Abbau von Stressoren vorangetrieben werden sollte, wobei letztere nicht vernachlässigt werden dürfen.

Dieses Kapitel hat die positiven Effekte eines starken arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls und kohärenter Arbeitsbedingungen verdeutlicht. Wie und mit welchen Mitteln sich die in Kapitel 3 und 4 ausgeführten Theorien und Forschungsergebnisse in Form von salutogenen Handlungsansätzen in die Arbeitspraxis der intensivbetreuten stationären Heimerziehung transferieren lassen, ist Gegenstand von Kapitel 5.

5 Salutogene Handlungsansätze

5.1 Gesundheitsförderung

Ziel der Bachelorarbeit ist es, Handlungsansätze zur Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit der sozialpädagogischen Fachkräfte abzuleiten, weshalb es nach Meinung der Autorin relevant ist, zuerst den Begriff der *Gesundheitsförderung* zu definieren.

Die WHO hat 1986 die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung mit dem Ziel «Gesundheit für alle» verabschiedet. Diese Charta enthält folgende Definition: «Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen» (WHO, 1986). Diese Definition zeigt nach Meinung der Autorin, dass Gesundheit und ihre Förderung sich nicht von aussen verordnen lässt, sondern auf Selbstverantwortung und Befähigung der Menschen für die eigenverantwortliche Gesundheitsförderung basieren muss.

Nach Meinung von Fachexpert_innen ist das Ziel der Gesundheitsförderung umfassend und stellt die Gesundheit in ihrer positiven Bedeutung ins Zentrum. Dies macht die salutogene Ausrichtung deutlich, obwohl der Begriff «Salutogenese» in der Charta nicht genannt wird (Faltermaier, 2017, S. 345).

Die Zielstellung der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung lautet:

«Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten» (WHO, 1986).

Wenn in dieser Bachelorarbeit von Gesundheitsförderung die Rede ist, erfolgt dies im Verständnis der Definition der WHO.

Wie bedeutend Gesundheitsförderung ist, macht die *Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert (1997)* deutlich. Sie betont nicht nur die Gesundheit als «grundlegendes Menschenrecht», sie führt auch aus, dass Gesundheitsförderung eine «Schlüsselinvestition» für die «soziale und ökonomische Entwicklung» der Menschen ist. An dieser Stelle wird aber auch betont, dass «Investitionen und Massnahmen» notwendig sind, damit die Gesundheitsförderung «einen entscheidenden Einfluss auf die Determinanten für Gesundheit ausüben» kann (S. 1). Das Kapitel 5 konkretisiert nach Meinung der Autorin die Aussage der Jakarta-Erklärung und beschreibt ab Kapitel 5.3 ausgewählte arbeitsbezogene salutogene Handlungsansätze (Interventionen) und gibt damit Antworten auf die Hauptfragestellung der vorliegenden Bachelorarbeit.

Für die Autorin erscheint es aufgrund der Erkenntnisse aus der Fachliteratur wenig Erfolg versprechend, einseitig nach Interventionen zu suchen, die die Risikofaktoren externalisierende HEVE der Klientel, verhindern oder mindern. Wie Kapitel 2.3 verdeutlicht hat, ist das nicht bzw. nur begrenzt möglich. Die Autorin geht sogar noch einen Schritt weiter: Sie verändert ihre Perspektive und betrachtet externalisierende HEVE der Klientel grundsätzlich als Herausforderungen und nicht mehr als Risikofaktoren, was sie im folgenden Kapitel als ihre persönliche Meinung ausführen wird, bevor in Kapitel 5.3 die salutogenen Handlungsansätze konkretisiert werden.

5.2 Salutogene Stressoren

In den vergangenen Jahren scheint es nach Meinung der Autorin vermehrt Forschungsprojekte zu geben, die sich mit externalisierenden HEVE gegen Fachpersonen in der Sozialen Arbeit, aber auch in anderen Handlungsfeldern beschäftigen (siehe Kapitel 2.2 und 2.4.2). Alle von der Autorin eingesehenen Studien untersuchen externalisierende HEVE aus pathogener Sicht als Risikofaktoren für die Gesundheit der Fachkräfte. Die Handlungsempfehlungen daraus fokussieren in der Regel Interventionen, die Risiken mindern oder beseitigen sollen. Die Autorin ist geneigt, Fenger (2015) Recht zu geben, der ausführt: «... über die Entstehung von Leiden nachzudenken, liegt uns offenbar näher als das Nachdenken über die Gesundheit und deren Entstehung» (S. 147).

Aufgrund ihrer Erfahrung und der Erkenntnisse aus der Fachliteratur spricht für die Autorin nichts dagegen, die externalisierenden herausfordernden HEVE der Klientel in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung *grundsätzlich* als Herausforderungen zu sehen, die gesundheitserhaltend oder -förderlich wirken können. Tatbestand ist, dass externalisierende

HEVE gegen die Fachkräfte in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe alltäglich und fest an dieses Handlungsfeld gekoppelt sind (siehe Kapitel 2.2). Das Zusammenleben einer hochbelasteten Klientel mit multiplen Problemlagen und der Zwangskontext, in dem ein asymmetrisches Machtgefälle zwischen Fachkräften und Klientel nicht zu verhindern ist, wurden als Ursachen identifiziert (siehe Kapitel 2.3). Dies fördert auch einen Konsens in der Fachwelt zutage, dass diese Verhaltensweisen nicht zu verhindern sind.

Vor dem Hintergrund einer bewussten Entscheidung der sozialpädagogischen Fachkräfte für das intensivbetreute Arbeitsfeld (siehe Kapitel 2.1.3) lässt sich eine hohe Motivation und ein starkes Engagement der Fachkräfte vermuten, ihre Energie in die Bewältigung der Arbeitsanforderungen zu investieren. Menschen engagieren sich in Lebensbereichen, die sie für sich als bedeutsam erklärt haben (siehe Kapitel 3.3.5). Trotz des bewussten Entscheides für die Arbeit in der Intensivbetreuung und der hohen Motivation können die Permanenz und das Ausmass der externalisierenden HEVE die Erwartungen der Fachkräfte und ihre verfügbaren Ressourcen übertreffen. Dennoch muss dies nicht auf Dauer einen ungesunden Stress auslösen, sondern kann eine gesundheitserhaltende und sogar -förderliche Lebenserfahrung für Mitarbeitende sein, nämlich dann, wenn eine Reflexion – persönlich, im Team und auf Organisationsebene erfolgt, warum Bewältigungsprozesse scheitern. Dies muss eine Diskussion aller Beteiligten auf allen Ebenen darüber auslösen, wie Arbeitsbedingungen gestaltet sein müssen und welche Ressourcen benötigt werden, damit Bewältigungsprozesse erfolgreich sind. Diese Diskussionen müssen wiederum der Auslöser für Interventionen sein, auch wenn diese mit Investitionen verbunden sind. Die erfolgreiche Bewältigung der Stressoren externalisierender HEVE hängt davon ab, wie Mitarbeitenden, die Teams und die Organisation sich zu erfolglosen Bewältigungsversuchen stellen. Wird die Verantwortung auf den Mitarbeitenden abgewälzt oder auf Teams, wird es keine Verbesserung geben können, mit negativen Auswirkungen für das Kohärenzgefühl und damit auf die Gesundheit. Mitarbeitende, die mit den erfolglosen Bewältigungsversuchen und ihren Folgen für die Gesundheit alleine gelassen werden, werden sich aufgrund des fehlenden Kohärenzgefühls früher oder später die Sinnfrage an ihrem Arbeitsplatz stellen.

Wie erwähnt sind es die Konzepte Kohärenzgefühl und GWR, die Menschen im Umgang mit Stressoren gesund erhalten, also entscheidenden Einfluss auf den Bewältigungsprozess nehmen (Antonovsky, 1997, S. 16). Auf den Kontext der Arbeit übertragen müssen Interventionen, wenn sie salutogen sein sollen, darauf abzielen, die Arbeitsressourcen und das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl der sozialpädagogischen Fachkräfte im Kontext der Arbeit zu erweitern bzw. zu stärken. Dies muss von Arbeitsantritt an erfolgen, unabhängig von Berufserfahrung, Alter und ähnlichen Merkmalen. Aus salutogener Sicht geht es um die Gesundheit für alle. Nach Meinung der Autorin dieser Bachelorarbeit sind gegen sozialpädagogische Fachkräfte

gerichtete externalisierende HEVE der Klientel grundsätzlich als Herausforderungen zu sehen. Diese Perspektive ist aber nur möglich, wenn kohärente Arbeitsbedingungen so viele Arbeitsressourcen zur Verfügung stellen, dass über die Internalisierung kohärenter Arbeitserfahrungen bei der Bewältigung dieser Arbeitssituationen das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl erhalten und gestärkt wird. Diese Stärkung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls ist über die Dauer der Beschäftigung im gesamten Lebenslauf möglich (siehe Kapitel 4.1.2), was auch für das generelle Kohärenzgefühl gilt (siehe Kapitel 4.1.3).

Salutogene Interventionen, die Arbeitsressourcen zur Verfügung stellen und kohärente Arbeitsbedingungen schaffen, sind der entscheidende Schlüssel dafür, ob externalisierende HEVE in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung grundsätzlich als bewältigbare, gesundheitsförderliche Herausforderungen und nicht als krankmachende Arbeitsbelastungen angesehen werden können (siehe Kapitel 4.2.1 und 4.2.3).

Im nächsten Kapitel geht es darum, ausgewählte Interventionen vorzustellen. Salutogene Interventionen sind laut Fachexpert_innen auf drei Ebenen sinnvoll, um kohärente Arbeitsbedingungen zu schaffen: auf Ebene des Individuums, des Teams und der Organisation (Jenny et al., 2017, S. 206). Im Kapitel 5.3 werden individuumszentrierte Handlungsansätze beschrieben, bevor auf die Teamebene (Kapitel 5.4) und die Ebene der Organisation (Kapitel 5.5) gewechselt wird.

5.3 Individuumszentrierte Ansätze

In der Fachliteratur ist zu lesen, dass salutogene Interventionen auf der individuellen Ebene auf eine aktive und tiefgreifende Auseinandersetzung mit sich selbst und dem eigenen Arbeitsumfeld abzielen. Die Interventionen konzentrieren sich auf persönliche Stärken, Ressourcen, Werte und die Berufung zur eigenen Arbeit sowie auf die Fähigkeiten, diese zu erfahren und zu reflektieren (Jenny et al., 2017, S. 206). Nachfolgend wird zuerst die Idee des Tandems vorgestellt (5.3.1), eine salutogene Intervention, welche die Ressourcen und persönlichen Stärken im Umgang mit externalisierenden HEVE der Klientel positiv unterstützen soll, gleichzeitig aber auch eine positive Wirkung auf der Teamebene hat. Anschliessend geht es um die Selbstoptimierung (5.3.2).

5.3.1 Tandem für neue Mitarbeitende

Die Autorin der vorliegenden Bachelorarbeit hat die Idee des Tandems selbst entwickelt. Aus der Fachliteratur ist ihr keine vergleichbare salutogene Intervention bekannt. Die Idee eines Tandems ist Ergebnis der Berufserfahrung aus ihrer vierjährigen berufsbegleitenden

Ausbildung zur Sozialpädagogin in einer intensivbetreuten TWSG und wird deshalb auch aus Erfahrungswissen hergeleitet.

Die Autorin hat die Erfahrung gemacht, dass der Arbeitsstart in einer intensivbetreuten stationären Einrichtung der Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe für neue Mitarbeitende ohne entsprechende Berufserfahrung herausfordernd sein kann – besonders die externalisierenden HEVE der Klientel, die sich gegen die Fachkräfte richten. Vor dem Hintergrund der theoretischen Erkenntnisse zu den Stressoren und zur Stressbewältigung (siehe Kapitel 3.3.3) erklärt sich, dass neue Mitarbeitende noch nicht ausreichend auf Ressourcen zurückgreifen können, um Krisensituationen adäquat zu bewältigen. Externalisierende HEVE werden als Stressoren wahrgenommen und die Mitarbeitenden folglich in einen Anspannungszustand versetzt. Da sie diesen nicht bewältigen können, nehmen sie solche Situationen oft als bedrohlich wahr. Die Folgen sind andauernder Stress und regelmässig auch Vermeidungsverhalten, das heisst: die Mitarbeitenden meiden die betreffenden Klient_innen und Situationen eskalierender externalisierender HEVE bewusst oder unbewusst. Dauert dieser Zustand an führt es zur Schwächung des Kohärenzgefühls der Mitarbeitenden mit negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit aber auch Motivation und Arbeitsengagement.

Externalisierende HEVE sind wie gezeigt ein alltägliches Phänomen in der Intensivbetreuung (siehe Kapitel 2). Das Zusammenleben von mehreren multipel belasteten Klient_innen potenziert externalisierende HEVE. So können Stressoren zu chronischen Stressoren werden, aus Stress wird chronischer Stress, der eine dauerhafte Überbelastung mit sich bringen kann (siehe Kapitel 3.3.3). Zwei Konzepte der Salutogenese können als Ressource gesehen werden, um Spannungszuständen erfolgreich zu bewältigen: GWR und das Kohärenzgefühl (siehe Kapitel 3.3.4). Auf den Kontext der Arbeit übertragen, sind dies Arbeitsressourcen und das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl (siehe Kapitel 4.2). Der Zugriff auf ausreichende Arbeitsressourcen ermöglicht Mitarbeitenden kohärente Arbeitserfahrungen, die verstehbar, bewältigbar und bedeutsam sind. Soziale Unterstützung ist eine GWR aber auch Arbeitsressource (siehe Kapitel 3.3.4 und 4.2.2). Soziale Unterstützung umfasst emotionale, instrumentelle, informationelle und evaluative Unterstützung (siehe Tabelle 1).

Die Autorin hat aus der eigenen Geschichte ihrer Ausbildung gelernt, dass chronischer Stress vor allem die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann. Auszubildende werden in der Regel von Praxisausbilder_innen begleitet, die sie sozial in jeder Hinsicht unterstützen. Die Autorin hat diese Begleitung als ausserordentlich wertvoll erlebt; sie war ein Grund, warum sie nicht aufgegeben und trotz einer Sinnkrise und abfallender Leistung zur ursprünglich hohen Motivation und zu grossem Arbeitsengagement zurückgefunden hat. Besonders wertvoll waren ein entlastender Erfahrungsaustausch und wertschätzende Rückmeldungen.

Das hat die Autorin auf die Idee des Tandems für neue Mitarbeitende gebracht. Zum einen geht es hierbei um die Erweiterung des sozialen Netzwerkes durch Arbeitskolleg_innen als Quelle sozialer Unterstützung. Zum anderen geht es um emotionale Unterstützung, beispielsweise in einem Gespräch, instrumentelle Unterstützung, beispielsweise bei Problemlösungen, um informationelle Unterstützung bei der Problembewältigung und um evaluative Unterstützung in Form von positiven und kritischen Rückmeldungen (siehe Tabelle 1).

Das Tandem ist weder gedacht als Ersatz für ein professionelles Einarbeitungsprogramm noch als Praxisausbildung und auch nicht als soziale Unterstützung durch Vorgesetzte oder ein Ersatz für eine Supervision. Das würde aus Sicht der Autorin den zeitlichen und inhaltlichen Rahmen sprengen.

Die Idee ist, das Tandem für eine Zeit von sechs Monaten zu installieren. Tandempartner_innen sollen Mitarbeitende mit mindestens drei Jahren Berufserfahrung im intensivbetreuten Setting sein, die über grosses Fach- und Methodenwissen sowie hohe Sozial- und Selbstkompetenz verfügen. Die Vorgesetzten ermöglichen mit der Gestaltung der Dienstpläne wöchentlich wiederkehrende gemeinsame Dienstzeiten sowie alle zwei Wochen ein gemeinsames Zeitfenster von einer Stunde für gemeinsame Gespräche des Tandems. Dieser mündliche Austausch soll störungsfrei, zwang- und formlos ausserhalb des Settings erfolgen (beispielsweise bei einem Spaziergang).

Das Tandem ist in der Gestaltung frei und entscheidet selbst über Art und Inhalt der Gespräche. Ziel ist, einen vertrauensvollen Rahmen für einen lockeren Erfahrungsaustausch unter Kolleg_innen zu schaffen, der im Alltag zeitlich häufig nicht realisierbar ist. In diesem Rahmen können externalisierende HEVE, die zu Arbeitsbelastungen führen können, frühzeitig erkannt und bearbeitet werden. Das schwierige Verhalten kann erklärt und vor dem Hintergrund der eigenen Geschichte im vertrauensvollen Rahmen reflektiert werden. Dabei können neue Mitarbeitende vom Erfahrungswissen der Tandempartner_innen profitieren, Unterstützung anfordern und Rat einholen.

Für Tandempartner_innen hat die Aufgabe ebenfalls positive Effekte: Sie erhalten Wertschätzung für das eigene Arbeitsengagement und ihre Erfahrungen, können ebenfalls lernen und sich in das Team einbringen, was einen motivationalen Effekt haben kann. Die Idee des Tandems kann zudem als Beitrag zum salutogenen Lernen gewertet werden (siehe Kapitel 5.4.1), das für alle Mitarbeitenden möglich sein muss – auch für «ausgelernte».

Diese Intervention kann als salutogen bezeichnet werden, weil sie dazu beiträgt, dass die Arbeitsbedingungen verstehbar, bewältigbar und bedeutsam für neue Mitarbeitende werden (kohärent) und eine wirksame Spannungsbewältigung bei externalisierenden HEVE erleichtern

(siehe Kapitel 3.3.4). Kohärente Arbeitsbedingungen fördern nachweislich die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden.

Im folgenden Kapitel 5.3.2 wird eine typische salutogene Intervention auf der individuellen Ebene vorgestellt, die den Fokus auf persönliche Ressourcen, Werte und die Berufung zur eigenen Arbeit legt sowie auf die Fähigkeiten, diese zu erfahren und zu reflektieren.

5.3.2 Selbstoptimierung

Das Modell der Selbstoptimierung ist aus einer qualitativen Untersuchung im Gesundheitswesen zum Arbeitsengagement hervorgegangen. Dabei wurde untersucht, wie das Arbeitsengagement aufrechterhalten und gefördert werden kann (Vinje, 2007; Vinje & Mittelmark, 2006; zit. in Jenny et al., 2017, S. 203).

Die Komponente Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit des Kohärenzgefühls nimmt eine besondere Rolle als Triebkraft des Menschen ein, wie Kapitel 3.3.5 aufgezeigt hat. Menschen investieren nur in das Verstehen und die Bewältigung eines Lebensbereiches, wenn dieser für sie bedeutsam ist (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). Das gilt auch für den Lebensbereich Arbeit. Eine weitere wichtige Bedingung für das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl ist eine gute Belastungsbalance zwischen Unterforderung und Überlastung (Jenny & Bauer, 2019, S. 168–169).

In der Fachliteratur gibt es jedoch Hinweise darauf, dass in speziellen Berufen wie der Pflege die Komponente Bedeutsamkeit oder Sinnhaftigkeit eine Schlüsselrolle innehat. Die Sinnsuche, das Erfahren von Sinn und das Festhalten des Sinns der Arbeit sind Triebkraft für das Arbeitsengagement. Das Gefühl der Berufung wird zum Motivator und wenn dieses mit dem Beruf übereinstimmt, verstärkt sich das Arbeitsengagement. Eine solche Arbeitssituation ist für Mitarbeitende dann zutiefst befriedigend und sinnvoll – was zugleich mehr Arbeitsfreude und Vitalität bedeutet. Der Wunsch, das arbeitsbezogene Wohlbefinden zu schützen und zu erhalten, verstärkt den gesundheitsförderlichen Prozess (Jenny et al., 2017, S. 203).

Die Forschung erbringt jedoch auch den Nachweis, dass das Arbeitsengagement ein zweischneidiges Schwert ist, nämlich wenn berufliches Engagement zu Erschöpfung und Burnout führt (Vinje & Mittelmark, 2007; zitiert in Jenny et al., 2017, S. 203). Dazu können ein starkes Pflichtgefühl und hohe Leistungsansprüche an sich selbst und andere beitragen. Die Komponente Bedeutsamkeit geht dann zulasten der Handhabbarkeit. Schliesslich führt diese Entwicklung zu Frust, weil man den eigenen hohen ethischen Ansprüchen nicht genügt, aber sie führt auch zum Wunsch, diese schädigenden Erfahrungen zu vermeiden (Vinje & Mittelmark, 2007; zit. in Jenny et al., 2017, S. 204). Daraus lässt sich das Modell der Selbstoptimierung, ableiten, das in Abbildung 3 dargestellt ist.

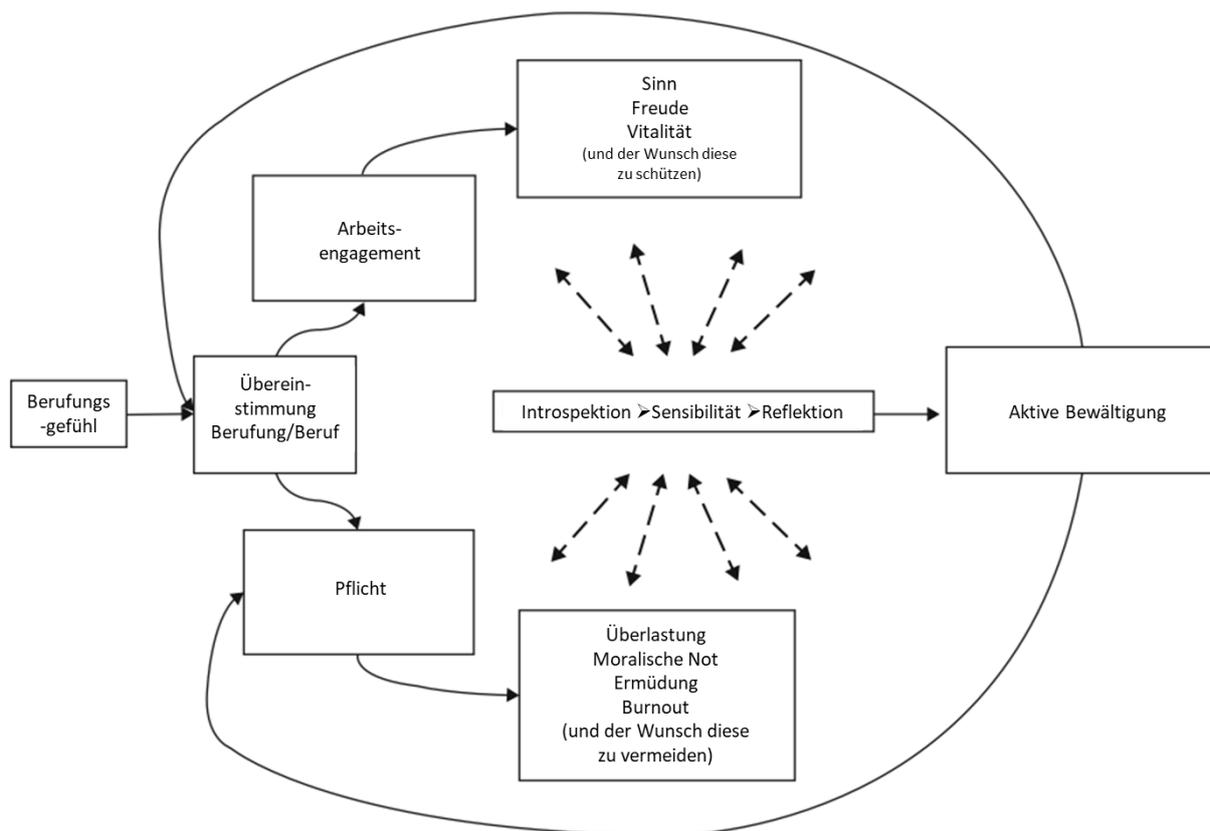


Abbildung 3: Das Selbstoptimierungsmodell der Selbstfürsorge (eigene Darstellung auf der Basis von Jenny et al., 2017, S. 203 / eigene Übersetzung)

Der Selbstoptimierungsprozess zielt darauf ab, sinnvolles Arbeitsleben zu fördern, zu schützen und zu verbessern (Jenny et al., 2017, S. 204). Selbstanpassung lässt sich als Wahrnehmungs- und Reaktionsprozess beschreiben, um Sinn, Freude und Vitalität im Arbeitsleben zu finden, zu schützen und wiederzugewinnen. Die Selbstoptimierung ist adaptiv, weil sie zu Veränderungen führt, die das Arbeitsengagement wieder erhöhen. Der Wunsch, Sinn, Freude und Vitalität in der Arbeit wiederzufinden, stimuliert die Introspektion, die Sensibilität und die Reflexion von Mitarbeitenden (Vinje, 2007; zit. in Jenny et al., 2017, S. 204). Introspektion meint die Selbstbeobachtung in Form von Sensibilität. Sensibilität ist eine vorgedankliche, nonverbale Fähigkeit, passiv empfänglich zu sein für eigene Signale, aber auch Signale von anderen, die dann reflektiert werden (Nortvedt & Grimen, 2004; Vinje & Mittelmark, 2006; zit. in Jenny et al., 2017, S. 204).

Der Wunsch, Überlastung und Burnout zu vermeiden bzw. das Arbeitsengagement wiederzugewinnen, führt zu einem Prozess der aktiven Bewältigung, in dem Mitarbeitende ihre hohen Leistungsansprüche an sich und andere senken und/oder den Arbeitsplatz wechseln oder die Arbeitsbedingungen verändern (siehe Pfeile von «aktiver Bewältigung» zu «Pflicht» bzw. «Übereinstimmung von Berufung und Beruf» in Abbildung 3) (Jenny et al., 2017, S. 204).

Der Mensch kann nur aus einer kulturell wertvollen Arbeit Kraft schöpfen (Antonovsky, 1987a; zit. in Jenny et al., 2017, S. 204). Dazu muss der Arbeitsplatz historisch und gesellschaftlich angesehen sein. Die persönlichen, beruflich verankerten und von der Organisation bzw. vom Arbeitsplatz geforderten Werte müssen übereinstimmen. Nur so kann man das Gefühl der Bedeutsamkeit erfahren und die eigene Arbeit macht Sinn (Vinje & Ausland, 2013; Vinje & Mittelmark, 2008; zit. in Jenny et al., 2017, S. 204).

Fachleute bezeichnen das Konzept der Selbstoptimierung als «salutogenen Kapazitätsaufbau», weil es dazu führt, die Arbeitssituation als gut zu bewerten, und den Wunsch weckt und erhält, die eigenen Ressourcen in den Arbeitsplatz einzubringen. Dieser Kompetenzaufbau, der auf Ebene des Individuums oder eines Teams geschehen kann, trägt dazu bei, das arbeitsbedingte Kohärenzgefühl zu stärken und fördert das Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Jenny et al., 2017, S. 204). Diese salutogene Intervention ist nach Meinung der Autorin dieser Bachelorarbeit auch auf das Handlungsfeld intensivbetreuter stationärer Heimerziehung übertragbar, da auch dort Mitarbeitende mit einer hohen Motivation tätig sind (siehe Kapitel 2.1.3). Sie selbst hat genau diesen Prozess durchlebt und als besonders wertvoll und lehrreich empfunden. Geholfen hat dabei ein intensives Coaching, dass geholfen hat, die eigenen hohen Leistungsanforderungen zu senken und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie handhabbar wurden, ein Vorgang der aktiven Bewältigung.

Im Kapitel 5.4 wird eine salutogene Intervention auf Teamebene vorgestellt.

5.4 Teamzentrierte Ansätze

Für Fachexpert_innen sind salutogene Interventionen auf der Teamebene idealerweise partizipative Prozesse, bei denen sich Teams oder ganze Unternehmen bemühen, die Arbeitsanforderungen zu reduzieren und die Arbeitsressourcen zu verbessern (Bauer & Jenny, 2013; zit. in Jenny, 2017, S. 205). Im folgenden Kapitel wird ein solcher partizipativer Optimierungsprozess beschrieben – die Messung der arbeitsbedingten Kohärenz.

5.4.1 Work-SoC-Skala

Fachexpert_innen betrachten die Analyse der bestehenden Arbeitsbedingungen mithilfe von Messungen und Vergleichen als Kernelement von partizipativen Optimierungsprozessen, die auf der Teamebene aber auch auf der individuellen Ebene möglich sind. Dabei werden persönliche Ressourcen, Arbeitsanforderungen und -ressourcen, aber auch die Gesundheit und das Wohlbefinden sichtbar. Die Messung ist die Voraussetzung für die späteren Optimierungen (Inauen et al., 2012; zit. in Jenny et al., 2017, S. 206). Ein Instrument, um Arbeitsbedingungen zu messen und sichtbar zu machen, ist die Work-SoC-Skala.

Fachleute haben das Konzept des Kohärenzgefühls auf die Organisationsebene adaptiert, um es für Arbeitssettings erfassen zu können. Die Messung dieses arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls (Work-SoC) erfolgt mit einer Skala (Bauer et al., 2015, S. 20). In Abbildung 4 ist die Work-SoC-Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls dargestellt. Die Entwickler der Skala nahmen die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls als Ausgangspunkt: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Darauf bauten sie die Skala mit neun Items und je drei Adjektivpaaren pro Dimension auf (Bauer et al., 2015, S. 23).

Wie empfinden Sie persönlich Ihre momentane Arbeit bzw. Arbeitssituation im Allgemeinen?
(Kreuzen Sie auf jeder Zeile an, was Ihren Empfindungen am ehesten entspricht.)

bewältigbar	<input type="radio"/>	nicht bewältigbar						
sinnlos	<input type="radio"/>	sinnvoll						
strukturiert	<input type="radio"/>	chaotisch						
beeinflussbar	<input type="radio"/>	unbeeinflussbar						
unbedeutend	<input type="radio"/>	bedeutend						
übersichtlich	<input type="radio"/>	unübersichtlich						
steuerbar	<input type="radio"/>	nicht steuerbar						
nicht lohnend	<input type="radio"/>	lohnenswert						
vorhersehbar	<input type="radio"/>	unvorhersehbar						

Abbildung 4: Work-SoC-Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls (Bauer et al., 2015, S. 23).

Mit diesem Messinstrument lässt sich unkompliziert ermitteln, inwieweit die Arbeit bzw. die Arbeitssituation für eine Person verständlich, handhabbar und sinnhaft ist. Dazu werden die aktuellen Arbeitsbedingungen als entscheidende Determinante zur Untersuchung herangezogen. Die Skala ist für die Forschung somit ein gutes Instrument, um zu ermitteln, wie «gesundheitsrelevant» die Arbeitsbedingungen in der Realität einzelner Arbeitssettings sind (Bauer et al., 2015, 20).

Wichtig ist die Art einer Messung, weil sie sich stark darauf auswirkt, wie Optimierungsmaßnahmen in der Praxis konkret gestaltet werden (Jenny et al., 2017, S. 205). Die Forschung sollte deshalb ein breites Spektrum an pathogenen und salutogenen Gesundheitsmassnahmen gleichermaßen berücksichtigen (Mittelmark & Bull, 2013; zit. in Jenny et al., 2017, S. 205). Fachexpert_innen konstatieren allerdings Nachholbedarf in der Praxis der Forschung für salutogene Gesundheitskonzepte, denn noch überwiegt die pathogene Perspektive (Lindström, 2005; zit. in Jenny et al., 2017, S. 205). Umso wichtiger ist aus Sicht der Autorin dieser Arbeit, die Work-SoC-Skala bekannter zu machen und breiter anzuwenden, zumal die Skala in einer grossen Interventionsstudie inzwischen validiert werden konnte, und dies mit

generalisierbaren Ergebnissen (ebd., S. 23). Die Autorin hat bei der Einsicht der Fachliteratur festgestellt, dass eine detaillierte, praxistaugliche Anleitung zur Anwendung und Auswertung der Skala nicht zu finden war. Die Messung ist in der von ihr erschlossenen Literatur eher unspezifisch beschrieben. Soll sie in der Praxis Anwendung finden, werden einfache Anleitungen notwendig. Die Autorin vermutet, dass es diese in der englischsprachigen Fachliteratur geben kann, was für sie durch die Sprachbarriere nicht überprüfbar ist.

Das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R-Modell) ist ein weiteres Instrument, um Arbeitsressourcen und -belastungen in Teams zu messen und aufzuzeigen, wie sie sich zur Gesundheit von Mitarbeitenden verhalten. Das Modell wird im nächsten Kapitel erklärt.

5.4.2 JD-R-Modell

Nach Fachexpert_innen dient das Modell der Erklärung der positiven und negativen psychischen Gesundheit der Mitarbeitenden im Kontext der Arbeit über die Balance von Arbeitsressourcen und Arbeitsbelastung (Faltermaier, 2017, S. 123).

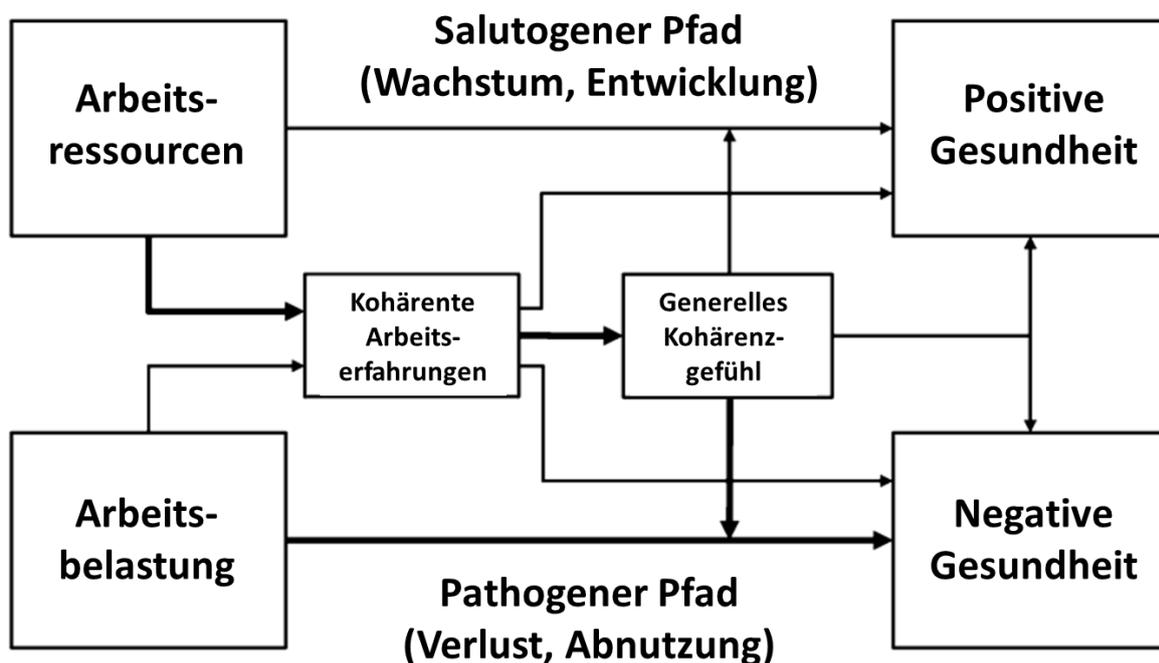


Abbildung 5: JD-R-Gesundheitsmodell (leicht modifiziert nach Jenny et al., 2017, S. 201) / eigene Übersetzung)

Das JD-R-Gesundheitsmodell (siehe Abbildung 5) wurde ursprünglich als arbeitspsychologisches Modell entwickelt, um Burnout zu erklären. Zunächst werden im Modell Arbeitsbedingungen in «Arbeitsressourcen» (*resources*) und «Arbeitsbelastungen» (*demands*) unterschieden (Jenny & Bauer, 2019, S. 169). *Arbeitsressourcen* sind «positiv bewertete physische, soziale oder organisatorische Aspekte der Arbeit, die funktional sind, um Ziele zu erreichen,

Belastungen zu reduzieren und persönliches Wachstum und Entwicklung zu stimulieren» (Schaufeli & Taris, 2014, zit. in Jenny & Bauer, 2019, S. 169). Beispiele für Arbeitsressourcen sind «berufliches Wissen, Entscheidungsmöglichkeiten und Autonomie in der Arbeit sowie soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen» (Faltermaier, 2017, S. 124) (siehe auch Kapitel 4.2.2).

Arbeitsbelastungen dagegen sind «negativ bewertete physische, soziale und organisatorische Aspekte der Arbeit, die eine anhaltende (physische und psychologische) Anstrengung erfordern und daher mit bestimmten physiologischen und psychologischen Kosten verbunden sind» (Jenny & Bauer, 2019, S. 169). Beispiele für Arbeitsbelastungen sind «berufliche Überforderung, schweres Heben, soziale Konflikte am Arbeitsplatz oder Arbeitsplatzunsicherheit» (ebd.) (siehe Kapitel 4.2.2).

Das JD-R-Modell bildet zwei Prozesse ab: einen gesundheitsschädigenden und einen motivationalen. Der *pathogene (gesundheitsschädigende) Pfad* zeigt den negativen, gesundheitsschädigenden Prozess chronischer Arbeitsbelastung. Häufen sich die Arbeitsanforderungen, beispielsweise durch Arbeitsbelastungen und Zeitdruck, hat dies negative Folgen für die Gesundheit und führt beispielsweise zu Erschöpfung oder Burnout. Der *salutogene (motivationale) Pfad* zeigt den Prozess der positiven Wirkung von Arbeitsressourcen. Soziale Unterstützung oder Autonomie können z. B. zu einem hohen Arbeitsengagement führen (Jenny et al., 2017, S. 200).

Negative Gesundheit bedeutet im JD-R-Gesundheitsmodell, dass die körperliche, geistige und soziale Selbstreproduktion beeinträchtigt ist. Dies kann z. B. verbunden sein mit Rückenbeschwerden, aber auch mit Angstzuständen oder sozialer Entfremdung. Positive Gesundheit ist, wenn sich der Mensch körperlich, mental und sozial selbst erfüllen kann. Dies drückt sich beispielsweise aus in körperlicher Fitness, Selbstakzeptanz oder Zugehörigkeitsgefühlen (Jenny & Bauer, 2019, S. 170).

Arbeitsressourcen haben viele positive Effekte und unterstützen dabei, Arbeitsbelastungen zu bewältigen (Jenny & Bauer, 2019, S. 170). Können Mitarbeitende auf viele Arbeitsressourcen zurückgreifen, wirken sie zudem motivational auf das Jobengagement, um die Jobziele zu erreichen. Das wiederum verstärkt die Leistungsfähigkeit. Arbeitsressourcen dienen aber auch als Puffer, wenn Arbeitsanforderungen negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben (Schaufeli & Taris, 2014; zit. in Faltermaier, 2017, S. 124–125). Fachexpert_innen schreiben den positiven Effekten von Arbeitsressourcen auch die «Förderung persönlichen Wachstums, des Lernens und der Entwicklung» zu (Jenny & Bauer, 2019, S. 170–171).

Zusammenfassend dient das JD-R-Modell nach Meinung der Autorin dazu, in Teams Arbeitsbedingungen zu eruieren, die sich positiv oder negativ in Bezug auf Gesundheit und Motivation der Mitarbeitenden verhalten. Arbeitsressourcen übernehmen viele wichtige regulierende Aufgaben zur Reduktion von Belastungen, zur Stärkung von Motivation und Arbeitsengagement, als Puffer zur Abfederung negativer Auswirkungen von Arbeitsanforderungen. Sie fördern aber auch persönliches Wachstum, das Lernen. Die Autorin empfiehlt Teams der intensivbetreuten stationären Heimerziehung die Anwendung des Modells, um herauszufinden mit welchen Arbeitsressourcen die negativen Auswirkungen der Arbeitsanforderungen externalisierender HEVE der Klientel gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte am besten abgedeckt werden können.

Auch bei diesen Modell konstatiert die Autorin eine ihrer Meinung nach eher unspezifische Beschreibung der genauen Anwendung in der Praxis, die es für Laien schwermachen wird, das Modell anzuwenden. Auch hier vermutet die Autorin Anleitungen in englischer Sprache, die für sie nicht erschliessbar sind. Sollte es diese nicht geben, wären praxistaugliche, anwendungsbereite, einfache Anleitungen wünschenswert für den Theorie-Praxis-Transfer.

Was gesunden Organisationen auszeichnet und wie wichtig die strategische Ausrichtung von Organisationen bei der Implementierung salutogener Interventionen ist, das ist unter anderem Inhalt des folgenden Kapitels 5.5.

5.5 Organisationszentrierte Ansätze

5.5.1 Salutogene Organisation

Fachexpert_innen definieren die salutogene Organisation als «eine Organisation, in der pathogene Arbeitsprozesse gering ausgeprägt sind, während salutogene Arbeitsprozesse hoch ausgeprägt sind». Zum einen heisst das, die Arbeitssituation so zu gestalten, dass der Aufbau von Arbeitsressourcen vorrangig gestärkt wird, weil das zu kohärenten Arbeitsbedingungen und einem kohärenten Arbeitserleben führt; dies stärkt wiederum das Kohärenzgefühl und in Folge die Gesundheit der Mitarbeitenden. Gleichzeitig werden Stressoren auf ein bewältigbares Mass gemindert, um das krankheitsbedingte Risiko für Mitarbeitende zu verringern (Jenny & Bauer, 2019, S. 172).

Für den Aufbau von Arbeitsressourcen spricht nach Meinung von Fachleuten auch, dass diese in Organisationen über die Zeit allmählich aufgebaut werden, stabiler sind und somit beständiger als Arbeitsbelastungen, die auch unter dem Einfluss von externen Wirkfaktoren, wie ökonomischen und arbeitsmarktlichen Erfordernissen, stehen. Deshalb ist es nachhaltiger, in den

Aufbau von Ressourcen zu investieren, als in die Minderung und Beseitigung von Arbeitsbelastungen (Jenny & Bauer, 2019, S. 171).

Die Autorin vertritt die Meinung, dass eine salutogene Ausrichtung der Arbeit in Organisationen und damit eine kohärente Gestaltung von Arbeitsbedingungen nur gelingt, wenn der Rückhalt in der strategischen und operativen Geschäftsführung vorhanden ist. Fachexpert_innen bestätigen dies und plädieren dafür, dass eine salutogene Aufstellung und Ausrichtung von Organisationen strategisches Gewicht erhalten muss, um sich in der Unternehmenspolitik und -routine durchzusetzen (Jenny et al., 2017, S. 207).

Die Autorin der Bachelorarbeit stellt aber auch fest, dass Organisationen Wirtschaftseinheiten sind, die unter Kostendruck stehen. Das erklärt, warum sie, wie Fachleute konstatieren, in der Praxis lieber dem pathogenen «Reparaturansatz» den Vortritt geben, der Krankheit verhindern soll (Richter et al., 2011, S. 53). Die Autorin der Bachelorarbeit vermutet, dass der Ressourcenaufbau auf den ersten Blick kostenintensiv ist, dass er sich auf lange Sicht jedoch rechnet. In ihren Augen muss die Forschung den Führungsetagen die überzeugenden Argumente liefern. Richter et al. (2011) bestätigen ein Defizit bei der Ermittlung der Effektivität salutogener, ressourcenorientierter Interventionen (S. 53). Fachexpert_innen konstatieren dazu: «Wir haben noch nicht gelernt (die Effektgrößenmasse) in ihre ökonomische Bedeutung zu übersetzen und den Entscheidungsträgern verständlich zu vermitteln» (Wittmann, 2009; zit in Richter et al., 2011, S. 55).

Eine Herausforderung ist für Organisationen zudem, die unterschiedlichen Organisationsebenen mit ihren Zielen, Interessen und strategischen Ausrichtungen in Einklang zu bringen (Bauer et al., 2015, S. 207). Nach Meinung der Autorin wird dies in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe besonders deutlich. Institutionen müssen wirtschaftlich arbeiten, aber auch ressourcenorientiert denken. Weiter sind intensivbetreute Settings gekennzeichnet durch eine hohe Quantität und Qualität der Arbeit (siehe Kapitel 2.1). Dies hat seinen Preis und benötigt Ressourcen weit über dem Regelbedarf: Theoriebasierte und qualitativ hochwertige Arbeit mit hohen Anforderungen braucht Ressourcen auf der Individualebene zur Selbsterhaltung und Selbstoptimierung; und Teams der Intensivbetreuung brauchen Kanäle zum Austausch und zur Reflexion, beispielsweise Supervisionen, Einzelsupervisionen, Coachings, den interdisziplinären Austausch. Daran wird deutlich, welche Herausforderung auf der Führungsebene der Organisationen zu bewältigen sind.

Nach Fachleuten gelten Mitarbeitende als wichtigster Vermögenswert in Unternehmen, der sich zusammensetzt aus «Bildung, Wissen, speziellen Erfahrungen und Fertigkeiten [...], aber auch aus dem psychischen Befinden und der körperlichen Fitness der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Voraussetzung für hohe Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft»

(Badura, 2010, Vorwort). Fallen Mitarbeitende krankheitsbedingt aus, ist dies mit erheblichen Kosten für Organisationen verbunden. Da Mitarbeitende einen grossen Teil ihres Lebens mit Erwerbsarbeit verbringen, hat die Erwerbsarbeit einen starken Einfluss auf die Gesundheit (Faltermaier, 2017, S. 361). Wenn Mitarbeitende so viel Zeit in Organisationen verbringen, haben Organisationen nach Meinung der Autorin die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden ein grosses Stück weit selbst in der Hand. Somit liegt es an den Organisationen, partizipativ mit den Mitarbeitenden kohärente Arbeitsbedingungen zu gestalten, die gesundheitserhaltend und -förderlich sind. Salutogen handeln, heisst den Fokus auf die Stärkung der Ressourcen zu legen und Risiken komplementär auf ein annehmbares Mass zu mindern.

Vor dem Hintergrund der theoretischen Erkenntnisse aus dem Gesundheitsmodell der Salutogenese und der einschlägigen Forschungsergebnisse empfiehlt die Autorin, dass die Organisationen sich an der WHO-Definition von Gesundheit orientieren (siehe Kapitel 3.1) und die Arbeit und die Arbeitsbedingungen so organisieren, wie es die WHO-Charta fordert, das heisst «als Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit» (WHO, 1986).

Nach Meinung der Autorin ist das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl als Ergebnis des permanenten Lernens zu sehen, das durch Arbeitserfahrungen ermöglicht wird. Arbeitsressourcen ermöglichen kohärente Arbeitserfahrungen (verstehbar, handhabbar, bedeutsam), die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (siehe Kapitel 4.2). Eine wichtige Aufgabe für salutogene Organisationen ist, diesen Lernprozess zu ermöglichen und damit das Kohärenzgefühl und die Gesundheit der Mitarbeitenden zu stärken. Wie salutogenes Lernen in der Berufspraxis ermöglicht werden kann, beschreibt das folgende Kapitel.

5.5.2 Kohärenzgefühl als Lernprozess

Nach Meinung der Autorin dieser Bachelorarbeit bringt es Lindström (2012) auf den Punkt, wenn er sagt: «SOC ist ein lebenslanges, reflektiertes und interaktives Lernen, das schon im Mutterleib beginnt» (S. 4). Die Stärkung des Kohärenzgefühls ist wie in Kapitel 4.1 erwähnt ein Prozess, der ein Leben lang andauert und sich mit zunehmendem Alter verstärken kann (Eriksson & Lindström, 2005, 2006).

Die Autorin dieser Bachelorarbeit vermutet, dass der lebenslange Aufbau eines Kohärenzgefühls nur mit lebenslangem Lernen im Sinne von Lindström möglich ist. Sie erlebt in ihrer beruflichen Praxis aber, dass bei den sozialpädagogischen Fachkräften kaum nennenswertes Vorwissen zum Gesundheitsmodell der Salutogenese vorhanden ist. Das führt zur Frage, wie den Mitarbeitenden die salutogene Orientierung nähergebracht werden kann. Die Fachliteratur weist darauf hin, dass erst das praktische Erleben salutogenen Arbeitens und die Stärkung des eigenen Kohärenzgefühls Mitarbeitenden die *Bedeutsamkeit* der Salutogenese

nahebringt. Wenn Salutogenese durch das eigene Erleben für sie Sinn ergibt, verstehbar und handhabbar ist, werden sie diese auch im Arbeitskontext anwenden wollen (Lüscher-Gysi, 2019, S. 285).

Fachexpert_innen sehen in der Praxis verschiedene Handlungsansätze für salutogenes Lernen. Erstens sollen salutogene Arbeitsinstrumente bereitgestellt werden, welche die Ressourcen und nicht die Defizite fokussieren (ebd., S. 285–286). Für die Autorin heisst das aus ihrer Erfahrung, beispielsweise klientelbezogene Tagesjournale generell ressourcenorientiert auszurichten. Im Alltag der Intensivbetreuung wird durch herausfordernde Verhaltensweisen eine pathogene, problemorientierte Sicht auf die Klientel befördert, was sich durch die Ressourcenorientierung ändert.

Ein zweiter Ansatz ist, eine salutogene Arbeitsumgebung nach einem verstehbaren Konzept zu schaffen, das handhabbar ist und Sinn macht. Eine salutogene Arbeitsumgebung heisst Funktionalität der Einrichtung, Praktikabilität der Räume und Ordnung. Dazu ist ein Ort zu konzipieren, der konzentriertes Arbeiten, Ruhezeiten und Gesprächsräume öffnet sowie Auf tanken und Privatsphäre ermöglicht. Eine salutogene Arbeitsumgebung bezieht sich aber auch auf einen respektvollen, ehrlichen Umgang und eine gewaltfreie Kommunikation. Dazu gehören zudem tragfähige Teams, machtfreie Hierarchien sowie ein klarer und respektvoller Führungsstil (ebd., S. 287).

Drittens muss salutogenes Arbeiten ermöglicht werden: Mitarbeitende sollen sich erholen und Spannungen regulieren können, um die Handhabbarkeit zu gewährleisten. Von Bedeutung sind hierbei Arbeits- und Pikettpläne, die genügend Ruhezeiten ermöglichen und bei Abwesenheit müssen Vertretungen bestimmt sein. Wichtig sind zudem Teamsitzungen, Supervision, Coaching durch Vorgesetzte und viel Eigenverantwortung bei Pensum und Arbeitszeit. Weiter sind ein Mitspracherecht bei Arbeitsinhalten, die Mitverantwortung für das Wohlbefinden des Teams und nicht zuletzt ein salutogener Umgang mit der eigenen Person nötig (ebd., S. 288).

Viertens müssen Theorie und Praxis der Salutogenese den Fachkräften bekannt gemacht werden. Der Theorie-Praxis-Transfer kann beispielsweise in Fortbildungen, Fallbesprechungen, oder Einzelcoaching geschehen. In der Verantwortung stehen hier die Vorgesetzten und Ausbilder, die salutogenes Arbeiten verinnerlichen, vorleben und weitergeben, damit salutogenes Arbeiten verstehbar, handhabbar und bedeutsam wird (ebd., S. 288–289).

Fünftens muss salutogenes Lernen für alle möglich sein, also nicht nur für Fachkräfte in der Ausbildung, sondern für sämtliche Mitarbeitenden – auch jene, die auf eine lange Arbeitszeit zurückblicken. Dazu braucht es eine Atmosphäre, die lebenslanges Lernen fördert, eine gute

Fehlerkultur, die Fehler als Lernchance begreift, für Fragen aller Art offen ist, Mitarbeitende von Druck befreit und Scheitern als Teil des Lernprozesses sieht. Zudem braucht es Zeiträume, in denen intellektuelles, praktisches, emotionales und soziales Lernen möglich ist (ebd., S. 289–290).

Ein Merkmal salutogenen Lernens ist die Bindung zu einer Bezugsperson im Team oder in der Führung. Dies ist insbesondere für Lernende zentral (ebd., S. 293). Das letzte genannte Merkmal salutogenen Lernens sieht die Autorin der vorliegenden Bachelorarbeit für ihre in Kapitel 5.4.1 beschriebene Idee des Tandems für neue Mitarbeitende, die sie auch stark im Sinne von «Lernenden» begreift.

Schliesslich geht es nach Meinung der Autorin beim Erlernen salutogenen Arbeitens darum, die Mitarbeitenden zu ermächtigen und salutogenes Arbeiten verstehbar, handhabbar und bedeutsam zu gestalten. Das heisst vor allem, dass Mitarbeitende nicht nur über ausreichend Arbeitsressourcen verfügen müssen, sondern sich dieser auch bewusst sind und sie in Bewältigungssituationen aktiveren und angemessen einsetzen. Das muss gelernt sein.

Anmerkung der Autorin

Der Autorin ist bewusst, dass die im Kapitel 5 ausgeführte Auswahl salutogener Handlungsansätze (Interventionen) nur einen Bruchteil möglicher Interventionen darstellt. Es geht ihr darum, einen ersten Überblick über die Möglichkeiten zu geben, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Es ist bei der Autorin der Eindruck entstanden, dass die in der Fachliteratur eingesehenen salutogenen Interventionen eher unspezifisch beschrieben werden, so dass ein unmittelbarer Theorie-Praxis-Transfer erschwert ist. Ausnahmen bilden das selbst hergeleitete «Tandem für neue Mitarbeitende» (siehe Kapitel 5.3.1) und die in Kapitel 5.5.2. beschriebenen Massnahmen zum Kohärenzgefühl als Lernprozess. Es werden in der Berufspraxis einfache, anwendungsbereite, praxistaugliche Anleitungen benötigt, sonst bleiben Interventionen wie das Modell der Selbstoptimierung, die Work-SoC-Skala und das JD-R-Modell Theorie. Möglich ist, dass diese sich in der englischsprachigen Literatur finden lassen, die von der Autorin nicht erschlossen werden kann.

Im abschliessenden Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Bachelorarbeit in konzentrierter Form resümiert.

6 Diskussion und Fazit

In der Diskussion werden die wichtigsten Inhalte der vorliegenden Bachelorantwort zur Beantwortung der Teilfragestellungen und Hauptfragestellung zusammengefasst. Im Kapitel 6.2

werden Praxisbezüge hergestellt und Kapitel 6.3 zieht ein Fazit aus den Ergebnissen der Bachelorarbeit.

6.1 Diskussion

Die in Kapitel 2 ausgeführten Forschungsergebnisse und Erkenntnisse aus der Fachliteratur zeigen auf, dass externalisierenden HEVE der Klientel, die sich gegen die sozialpädagogischen Fachkräfte in der stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe der Schweiz richten, ein fester Tatbestand im beruflichen Alltag sind und in der Arbeit mit einer multipel belasteten Klientel nicht ausgeschlossen werden können. Die Forschung belegt weiter, dass es für die Fachkräfte ein Risiko für die psychische Gesundheit ist, wenn sie Opfer von externalisierender HEVE der Klientel werden. Chronifizieren sich psychische Symptome, kann dies mit Arbeitsunfähigkeit und höheren Gesundheitskosten für die Arbeitgeber_innen verbunden sein. Arbeitsunfähigkeit aber auch Überforderung der Fachkräfte kann sich durch Abnahme der Betreuungsqualität und mögliche Beziehungsabbrüche negativ auf die Klientel auswirken. Die Erkenntnisse und Forschungsergebnisse lassen sich auf die intensivbetreute stationäre Heimerziehung übertragen.

Die Forschung zeigt, dass ein grosser Teil der Fachkräfte trotz Viktimisierung keine Belastungsreaktionen zeigt und psychisch gesund bleibt. Erklärungen für diese «abweichenden Fälle» hat die Autorin in der Fachliteratur zum Gesundheitsmodell der Salutogenese, seinen Konzepten sowie einschlägigen Forschungsergebnissen gefunden. Salutogen orientierte Forschung beschäftigt sich mit den «abweichenden Fällen» und warum sich Menschen im Umgang mit allgegenwärtigen Stressoren auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung Gesundheit bewegen. Vor dem Hintergrund des Gesundheitsmodells der Salutogenese sind externalisierende HEVE als chronische Stressoren einzuordnen, weil sie in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung andauernd und generalisiert auftreten. Sie sind in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung ein alltägliches Phänomen und nicht auszuschliessen. Die Schaffung kohärenter Arbeitsbedingungen, die die Förderung von Arbeitsressourcen voraussetzt, wirkt sich stärkend auf das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl und damit positiv auf Gesundheit aus. Obwohl die Schaffung kohärenter Arbeitsbedingung im Vordergrund steht, darf die Minderung der Stressoren auf ein annehmbares Mass nicht vernachlässigt werden, um krankheitsbedingte Risiken zu vermindern.

Mit Kapitel 5 lässt sich schliesslich die Hauptfragestellung dieser Bachelorarbeit beantworten: *Inwiefern können Ansätze der Salutogenese in der beruflichen Praxis der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe genutzt werden, um die sozialpädagogischen Fachkräfte so zu unterstützen, dass ihre psychische Gesundheit trotz der durch die*

Klient_innen gegen sie gerichteten externalisierenden herausfordernden Verhaltensweisen erhalten bleibt und gefördert werden kann?

Weil Arbeitsressourcen und ein starkes arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl ausschlaggebend für die Bewältigungsprozesse im Umgang mit Stressoren sind, sollten sie gezielt aufgebaut bzw. gestärkt werden. Das geschieht mit salutogenen Interventionen, die kohärente Arbeitsbedingungen und damit die Gesundheit zum Ziel haben. Kohärente Arbeitsbedingungen sind konsistent, weisen eine gute Belastungsbalance zwischen Unterforderung und Überlastung aus und ermöglichen den Mitarbeitenden, Kontrolle auszuüben, also aktiver Teil von Entscheidungsvorgängen zu sein. So können sie ihren Erfahrungsschatz bedeutend erweitern, was die psychische Gesundheit aller Mitarbeitenden erhält und fördert. Das arbeitsbezogene Kohärenzgefühl kann in jedem Lebensalter der Beschäftigten über die Gestaltung kohärenter Arbeitsbedingungen aufgebaut werden.

Salutogene Interventionen müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllen, damit sie ihre gesundheitserhaltende und -förderliche Wirkung entfalten können. Sie müssen in den Organisationen *strategisches Gewicht* erhalten, um sich in der Unternehmenspolitik und -routine durchzusetzen. Organisationen selbst müssen *salutogen* sein. Salutogene Interventionen sind *partizipativ*, denn ihr Erfolg ist abhängig vom Einbezug der Mitarbeitenden in der Planung und Umsetzung. Erst dann sind salutogene Interventionen kohärent, also verstehbar, handhabbar und vor allem bedeutsam. Salutogene Interventionen haben einen *ganzheitlichen Zugang*, das heisst, sie müssen nicht nur bedeutsam sein für die Organisation, sondern vor allem subjektiv bedeutsam für die einzelnen Mitarbeitenden. Bei zunehmend fließenden Übergängen zwischen den Lebensbereichen Arbeit und Privatleben müssen Mitarbeitende salutogene Interventionen mit ihrem Privatleben vereinbaren können. Salutogene Interventionen erfordern *aktives salutogenes Lernen* in jedem Alter, mit dem Ziel, optimale Herausforderung zu erreichen – weder zu überfordern noch zu unterfordern. Salutogene Interventionen sind *multidimensional* auf den Ebenen Individuum, Teams und Organisationen zu denken. Sie brauchen trotz allenfalls konkurrierender Ziele und einer widersprüchlichen Logik den Konsens aller Ebenen. Damit ist klar: Die Erhaltung der psychischen Gesundheit ist keine Privatsache der Individuen.

Aus dem Gesundheitsmodell der Salutogenese, seinen Konzepten und der einschlägigen Forschung lassen sich individuumszentrierte, teamzentrierte und organisationszentrierte Handlungsansätze für die intensivbetreute stationäre Heimerziehung ableiten. Ausgewählte sind im Kapitel 5 ausführlich beschrieben. Die Anwendung der in den Kapiteln 5.3.2, 5.4.1 und 5.4.2 beschriebenen Interventionen kann nur dann empfohlen werden, wenn in jedem Fall praxistaugliche Anleitungen dafür existieren, die einen leichten Theorie-Praxis-Transfer ermöglichen.

6.2 Praxisbezug

Die vorliegende Bachelorarbeit verdeutlicht die Bedeutung der Erhaltung und Förderung der psychischen Gesundheit der sozialpädagogischen Fachkräfte in der intensivbetreuten stationären Heimerziehung der Kinder- und Jugendhilfe.

Zum einen sind sie mit ihrem Wissen, Kompetenzen, Erfahrungen und ihrer psychischen und physischen Gesundheit ein Garant für Arbeitsleistung und Arbeitsengagement und damit ein wichtiger Vermögenswert von Organisationen wie sozialen Institutionen (siehe Kapitel 5.5.1). Die *Jakarta Erklärung* für das 21. Jahrhundert weist die Gesundheitsförderung sogar als «Schlüsselinvestition» für die «soziale und ökonomische Entwicklung» der Menschen überhaupt aus (siehe Kapitel 5.1). Damit erklärt sich, dass sie, wenn sozialpädagogische Fachkräfte mit «Expert_innenwissen» krankheitsbedingt ausfallen, weil sich psychische Symptome chronifizieren, ein beachtlicher Kostenfaktor für ihre Organisationen sind (siehe Kapitel 2.4.2).

Zum anderen haben die Fachkräfte einen wichtigen sozialen Auftrag zu erfüllen. Sie betreuen, beraten und fördern mehrfach belastete Klient_innen mit dem Ziel, ihnen den Übertritt in ein weniger strukturiertes Setting zu ermöglichen. Sie machen das in der Regel mit einer hohen Motivation und grossen Engagement, weil sie sich in den meisten Fällen bewusst für diese Arbeit entscheiden. Die Arbeit in der Intensivbetreuung stellt einen hohen Anspruch an die Quantität und Qualität ihrer Arbeit weit über dem Regelbedarf (siehe Kapitel 2.1.3). Sie sind jedoch in ihrer Arbeit Risikofaktoren für ihre psychische Gesundheit ausgesetzt, den gegen sie gerichteten externalisierenden HEVE der Klientel (Kapitel 2.4.2).

Für dieses Risiko möchte die Autorin der Bachelorarbeit die Fachkräfte und ihre institutionellen Arbeitgeber_innen sensibilisieren. Dabei bleibt sie jedoch nicht stehen. Entsprechend der Jakarta Erklärung, die betont, dass die «Schlüsselinvestition» Gesundheitsförderung «Investitionen und Massnahmen» notwendig macht, damit Gesundheitsförderung wirksam sein kann (siehe Kapitel 5.1), benötigen die Fachkräfte kohärente Arbeitsbedingungen mit ausreichend Ressourcen, damit sie die Arbeitsanforderungen erfolgreich bewältigen können und psychisch gesund bleiben (siehe Kapitel 4.2.1 und 5). Nur institutionelle Arbeitgeber, die ihre Mitarbeitenden in der Erhaltung und Förderung ihrer psychischen Gesundheit unterstützen, haben psychisch gesunde Mitarbeitende, die ihren sozialen Auftrag erfüllen können. Für sie sind externalisierende HEVE gesundheitsförderliche Herausforderungen und keine krankmachenden Arbeitsbelastungen. Dafür braucht es salutogene Organisationen und Interventionen (siehe Kapitel 5).

Um Organisationen von diesen Investitionen zu überzeugen, werden Argumente für die die Effektivität salutogener, ressourcenorientierter Interventionen aus der Forschung benötigt (siehe Kapitel 5.5.1).

Sind die in Kapitel 6.1 beschriebenen Voraussetzungen erfüllt, führen salutogene Interventionen zu mehr psychischer Gesundheit, Arbeitsengagement, Leistungsfähigkeit und Arbeitsfreude. Hier sieht die Autorin die Gefahr, dass diese positive Entwicklung in Führungsetagen von Organisationen falsch verstanden wird und dazu verleiten kann, die Arbeitsanforderungen erhöhen zu wollen. Das erlebt die Autorin in ihrer beruflichen Praxis, wenn Vorstöße des höheren Managements darauf abzielen, die Anzahl von Klient_innen zu erhöhen oder Klient_innen mit immer komplexeren Problemlagen aufzunehmen, was dann in Folge wieder zu Problemen in der Bewältigung der Arbeitsanforderungen führt. Hier ist also Vorsicht geboten. Mitarbeitende, Teams und vor allem Teamleitungen sollten gegebenenfalls vehement Gegensteuer geben, um die positiven Effekte salutogener Interventionen nicht wieder zunichte zu machen.

6.3 Fazit

Trotz anfänglicher Bedenken wegen fehlender Sprachkenntnisse und einem enormen Respekt vor der Komplexität der für sie völlig neuen Theorie der Salutogenese ist die Autorin, trotz einiger Defizite und Unschärfen, mit dem Outcome der vorliegenden Bachelorarbeit zufrieden. Sie hat ihr Ziel erreicht und sich einen breiten Überblick über das Wissen zum Gesundheitsmodell der Salutogenese, seinen Konzepten und entsprechender Forschung verschafft. Sie hat sich salutogenes Wissen aneignen können, zum einen, um es ganz bewusst für sich selbst und die Klientel nutzbar zu machen, zum anderen als Grundlage für den Versuch, die Theorie in die Praxis ihres zukünftigen Arbeitsfeldes einer TWSG zu transferieren.

Dabei sieht die Autorin jedoch zwei Hürden. Die komplexen salutogenen Handlungsansätze zeigen sich in ihrer Darstellung teilweise etwas unspezifisch und lassen eine Praxistauglichkeit vermissen, die sie für die einfache Anwendung in der Berufspraxis empfiehlt. Hier werden einfache anwendungsbereite Handlungsanleitungen in deutscher Sprache benötigt. Diese hat die Autorin in der eingesehenen Fachliteratur nicht gefunden. Der Autorin ist ebenfalls bewusst, dass die im Kapitel 5 ausgeführte Auswahl salutogener Handlungsansätze (Interventionen) nur einen Bruchteil möglicher Interventionen darstellt. Damit geben sie einen Einblick in die Möglichkeiten, der sich eher an der Oberfläche bewegt, mehr aber nicht.

Die zweite Hürde sieht die Autorin der Bachelorarbeit darin, dass der Zugang zu Fachliteratur und Forschungsergebnissen zur Salutogenese nicht niederschwellig genug ist, was sie an der Sprache festmacht. Zahlreiche Fachliteratur und Forschungsergebnisse zur Salutogenese

liegen nur in englischer Sprache vor. Das sie selbst mit der für sie zu hohen Zugangsschwelle zu kämpfen hatte, zeigt sich in der Anzahl der Sekundärzitate. Diesbezüglich sieht die Autorin einen Handlungsbedarf für die Wissenschaft, Wissen anwendungsbereit und mit niederschwelligem Zugang für die Praxis aufzubereiten und zu vermitteln.

Die Autorin sieht in ihrer Arbeit mehrere Defizite. Sie ist sich bewusst, dass sie eine wichtige Determinante des Kohärenzgefühls nicht ausreichend ausgeführt hat, die gesellschaftlichen Umstände, die entscheidend dafür sind, inwieweit Menschen überhaupt Zugriff auf GWR haben und damit ein starkes Kohärenzgefühl aufbauen können. Es ist ein lohnenswertes Thema für eine weitere Bachelorarbeit und hätte den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt. Zudem fällt beim Lesen auf, dass die Begriffe GWR und Arbeitsressourcen aber auch Kohärenzgefühl und arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl noch nicht sauber genug voneinander abgegrenzt sind. Die Autorin sieht Erklärungen darin, dass die Übergänge zwischen den Lebensbereichen Arbeit und Privatleben fließend sind und es auch enge Wechselwirkungen zwischen den beiden Lebensbereichen gibt.

Alles in allem überwiegt für die Autorin der positive Outcome der Bachelorarbeit.

7 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke, Übers.). dgvt.
- Badura, Bernhard (2010). Vorwort zur zweiten Auflage. In Bernhard Badura, Uta Walter & Thomas Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Aufl., Vorwort). Springer.
- Bauer, Georg F., Vogt, Katharina, Inauen, Alice & Jenny Gregor J. (2015). Work-SoC – Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23 (1), 20–30.
- Bengel, Jürgen, Strittmatter, Regine & Willmann, Hildegard (2001). *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung: Band 06. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert* (erw. Neuauflage). BZgA.
- Büschi, Eva & Calabrese, Stefania (2019). Zu diesem Buch. In Eva Büschi & Stefania Calabrese (Hrsg.), *Herausfordernde Verhaltensweisen in der Sozialen Arbeit* (S. 6–13). Kohlhammer.
- Büschi, Eva, Calabrese, Stefania, Georgi-Tscherry, Pia & Kasper, Daniel (2021). Spannungsfelder im Kontext der Intensivbetreuung. In Stefania Calabrese, Daniel Kasper, Eva Büschi & Pia Georgi-Tscherry (Hrsg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion. Reader zur Tagung vom 6. Februar 2020 in Luzern* (S. 3–12). Interact.
- Demerouti, Evangelia & Nachreiner, Friedhelm (2018). *Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung*. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41449-018-0100-4.pdf>
- Dilling, Horst, Freyberger, Harald (Hrsg.) & Cooper, J. E. (2019). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (9. aktualisierte Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2019). Hogrefe.
- Eriksson, Monica & Lindström, Bengt (2005). Validity of Antonovskys sense of coherence scale: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 (6), 460–466. <https://jech.bmj.com/content/59/6/460>
- Eriksson, Monica & Lindström, Bengt (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>

- Faltermaier, Toni (2017). *Gesundheitspsychologie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). W. Kohlhammer.
- Fedlex (2020). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* (Übersetzung). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de#toolbar
- Fengler, Jörg (2015). Ausgebrannte Teams: Das 6-Faktoren-Präventionsmodell. In Jörg Fengler & Andrea Sanz (Hrsg.), *Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese* (Jubiläumsausgabe, S. 147–189). Klett-Cotta.
- Glasenapp, Jan (2013). Wirkung und Nebenwirkung von Intensiv-Betreuung – ein Beipackzettel. In Jan Glasenapp & Klaus Hennicke (Hrsg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion. Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie* [Dokumentation]. Arbeitstagung der DGSGb in Kooperation mit dem Netzwerk Intensivbetreuung am 15.3.2013 in Kassel. <https://dgsgb.de/downloads/materialien/Band30.pdf>
- Goal, Sandra (2021). *Eustress und Distress: Psychische Belastung hat verschiedene Gesichter*. <https://www.aok.de/bw-gesundnah/psyche-und-seele/eustress-und-distress-teufelchen-und-engelchen>
- Hennicke, Klaus (1999). «WER IST TÄTER, WER IST OPFER?». Spiralen der Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe und wie sie zu unterbrechen sind. In Michel Seidel & Klaus Hennicke (Hrsg.), *Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 147–187). Diakonie.
- Isenhardt, Anna, Mayer, Klaus & Baier, Dirk (2019). Sozialarbeitende als Opfer von Gewalt. *Ergebnisse einer Studienbefragung*. <https://www.zhaw.ch/storage/shared/sozialarbeit/News/bericht-sozialarbeitende-opfer-zhaw.pdf>
- Jenny, Gregor J., Bauer, Georg F., Vinje Forbech, Hege, Vogt, Katharina & Torp, Steffen (2017). The Application of Salutogenesis to Work (Traducta, Übers.). In Maurice B. Mittelmark, Shifra Sagy, Monica Eriksson, Georg F. Bauer, Jürgen M. Pelikan, Bengt Lindström, & Geir Arild Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (Second Edition, S. 197–210). Springer.
- Jenny, Gregor J. & Bauer, Georg F. (2019). Salutogene Arbeit und Organisation. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), Bengt Lindström & Monica Eriksson, *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 167–176). Hogrefe.

- Kleiber, Dieter (2011). *Immer hart an der Grenze der Belastbarkeit. Burnout – Syndrom, Ursachen, Ansätze zur Prävention und Intervention*. <https://docplayer.org/16044168-Engagiert-flexibel-ausgebrannt.html>
- Kunze, Daniela (2011). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Alten- und Krankenpflege. In Eva Bamberg, Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 595–614). Hogrefe.
- Lindström, Bengt (2012, 26. April). *Ein gesunder Start ins Leben: Salutogenese und Gesundheit rund um Geburt und frühe Mutterschaft*. Referat gehalten an der Tagung «Ein gesunder Start ins Leben». <https://www.hslu.ch/-/media/campus/common/files/dokumente/sa/fachtagungen-und-kongresse/archiv/diverse-themen/ein-gesunder-start-ins-leben-2012/sa-auszug-aus-dem-referat-von-bengt-lindstroem.pdf?la=de-ch>
- Lindström, Bengt & Eriksson, Monica (2019). Grundlagen der Salutogenese. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), Bengt Lindström & Monica Eriksson, *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 23–107). Hogrefe.
- Lüscher-Gysi, Carole (2019). Salutogenese aus der Sicht von Studierenden: lernen, salutogen zu arbeiten. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), Bengt Lindström & Monica Eriksson, *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 281–296). Hogrefe.
- Maas, Ruca Elisa Katrin (2019). Kohärenzsinn und Alltagserlebnisse. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), Bengt Lindström & Monica Eriksson, *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 167–176). Hogrefe.
- Müller, Andreas (2013). Intensivbetreuung in der Behindertenhilfe – Worüber sprechen wir? In Jan Glasenapp & Klaus Henricke (Hrsg.), *Intensivbetreuung in der Diskussion – Orientierungspunkte für Diagnostik und Therapie* (S. 13–18). Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V (DGSGB).
- Oud, Nico, Nau, Johannes & Gernot, Walter (2019). Aggression und Gewalt – ein Problem. In Johannes Nau, Gernot Walter & Nico Oud (Hrsg.), *Aggression, Gewalt und Aggressionsmanagement. Lehr- und Praxishandbuch zur Gewaltprävention für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe* (S. 35–58, 2. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Hogrefe.
- Piller, Edith Maud & Schnurr, Stefan (2006). Zum Umgang mit «Problemjugendlichen» in der Schweiz. *Erziehungsresistent?* In Matthias D. Witte & Uwe Sander (Hrsg.),

- «*Problemjugendliche*» als besondere Herausforderung für die Jugendhilfe (S. 93–120). Schneider. <http://hdl.handle.net/11654/20714>
- Richter, Dirk (2007). *Patientenübergänge – Psychische Folgen für Mitarbeiter. Theorie, Empirie, Prävention* (1. Aufl). https://www.unfallkasse-nrw.de/fileadmin/server/download/Sonderschriften/S_023-Patientenuebergänge.pdf
- Richter, Peter, Buruck, Gabriele, Nebel, Claudia & Wolf, Sandra (2011). Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In Eva Bamberg, Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S.25-60). Hogrefe.
- Sarimski, Klaus (2011). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung – Prävalenz und Prävention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60 (7), S. 510-526.
- Schnurr, Stefan (2012). Grundleistungen der Kinder- und Jugendhilfe. In Schweizerische Eidgenossenschaft (Hrsg.), *Gewalt und Vernachlässigung in der Familie: notwendige Massnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und der staatlichen Sanktionierung, Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats Fehr (07.3725) vom 5. Oktober 2007* (S. 66–109). <http://hdl.handle.net/11654/20645>
- Schmid, Marc (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Juventa.
- Schmid, Marc, Steinlin, Céilia & Fegert, Jörg M. (2015). Die Rekonstruktion des «sicheren Ortes». Überlegungen zum Umgang mit grenzverletzendem Verhalten gegenüber pädagogischen Mitarbeitenden. *Trauma & Gewalt*, 9 (1), S. 34-47.
- Schmid, Marc, Kölch, Michael, Fegert, Jörg M. & Schmeck Klaus (2013a). *Abschlussbericht für den Fachausschuss für die Modellversuche und das Bundesamt für Justiz. Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)*. [file:///C:/Users/Susanne%20Feuers%C3%A4nge/Downloads/maz-schlussberich-d%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Susanne%20Feuers%C3%A4nge/Downloads/maz-schlussberich-d%20(4).pdf)
- Schmid, Marc, Kölch, Michael, Fegert, Jörg M. & Schmeck, Klaus (2013b). *Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Erkenntnisse des Modellversuchs Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen (MAZ.)*. [file:///C:/Users/Susanne%20Feuers%C3%A4nge/Downloads/zusammenfass-maz-d%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Susanne%20Feuers%C3%A4nge/Downloads/zusammenfass-maz-d%20(2).pdf)

Steinlin, Célia, Fischer, Sophia, Dölitzsch, Claudia, Fegert, Jörg M. & Schmid, Marc (2015a). Pädagogische Arbeit in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, eine gefahrgeneigte Tätigkeit. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Trauma & Gewalt*, 9 (1), S. 22–33.

Steinlin et al., 2015b, Steinlin, Célia, Dölitzsch, Claudia, Fischer, Sophia, Lüdtke, Janine, Fegert, Jörg M. & Schmid, Marc (2015b). Burnout, Posttraumatische Belastungsstörung und Sekundärtraumatisierung. Belastungsreaktionen bei pädagogischen Fachkräften in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der Schweiz. *Trauma & Gewalt*, 9 (1), S. 6-21.

Stiftung Bühl Wädenswil (ohne Datum). *Therapeutische Wohnschulgruppe*. <https://www.stiftung-buehl.ch/wir-bieten/heilpaedagogische-schule/therapeutische-wohnschulgruppe-twsg>

Theunissen, Georg (2021). *Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Basiswissen für Erziehung, Unterricht, Förderung und Therapie* (7. aktualisierte und erweiterte Aufl.). Julius Klinkhardt.

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946 (SR 0.810.1). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1948/1015_1002_976/de

World Health Organization (WHO) (2019). *Psychische Gesundheit – Faktenblatt*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf

World Health Organization (WHO) (1997). *Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert*. <http://docplayer.org/33158232-Die-jakarta-erklaerung.html>

World Health Organization (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf

Wydler, Hans, Kolip, Petra & Abel, Thomas (Hrsg.). (2010). *Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts* (4. Aufl.). Juventa.