

1 Salutogenese und Resilienz – Psychische Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen

Jana Bäuerlen

1.1 Einleitung

Bei Beschäftigten im Gesundheitswesen geht es den ganzen Arbeitstag um die Gesundheit von anderen – da kann manchmal der Blick auf die eigene Gesundheit aus dem Sichtfeld geraten. Hier soll es nun um die Gesundheit derjenigen gehen, deren berufliche Aufgabe es ist, die Gesundheit von anderen professionell wiederherzustellen, zu schützen oder zu fördern.

Arbeitsplätze im Gesundheitswesen (z. B. Ärzte, Pflegekräfte, Sozialarbeiter, therapeutische Berufe) gehören zu den psychosozialen Berufsfeldern mit überwiegend personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Neben teilweise starker körperlicher Beanspruchung durch Hebe- und Lagertätigkeiten und auch hohen biologischen sowie chemischen Belastungen sind diese Arbeitsbereiche insbesondere durch ein erhebliches berufsspezifisches psychosoziales Belastungsspektrum gekennzeichnet, wie z. B. dem Umgang mit schwerkranken Patienten und der Arbeit in rotierenden Schichten zu Tages-, Nacht- und Wochenendzeiten (z. B. Pelikan et al. 2014). Der Gesundheitssektor weist europaweit das insgesamt vierthöchste Gesundheitsbelastungsrisiko auf, bei den psychischen Belastungen sogar das höchste (Eurofound 2007). Die Gesundheitsberichterstattung der gesetzlichen Krankenversicherungen dokumentiert seit Jahren eine überdurchschnittliche Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen von Pflegekräften im Zusammenhang mit – auch stressbedingten – Muskel-Skelett-Beschwerden (Harling 2014).

Die heutige soziale Realität einer globalisierten Arbeitswelt mit ihren tiefgreifenden ökonomischen und sozialen Wandlungsprozessen hat die organisatorischen Bedingungen von Erwerbsarbeit auch in den Einrichtungen des Gesundheitswesens nachhaltig verändert. Folge ist insbesondere eine zunehmende Ökonomisierung (verschärfte Kostensteuerung aller betrieblichen Abläufe), die zu einer Intensivierung und Verdichtung der Arbeitsabläufe führt (z. B. Brödner und Lay 2002). Der entsprechend steigende psychosoziale Belastungsdruck ist für viele Beschäftigten spürbar, chronische Stress- und Überlastungserscheinungen mit all ihren langfristigen, gesundheitlichen Auswirkungen nehmen zu und sind als äußerst ernstzunehmende Phänomene zu betrachten.

Neben den strukturell-gesellschaftlichen Problemen und ihren Erfordernissen für politische Gestaltung verlangt dies auch ein Handeln auf der betrieblichen Ebene, nämlich ein Umdenken und Weiterdenken bei der Ausbildung, beruflichen Sozialisation und Weiterbildung und der Unterstützung von Beschäftigten, die im Gesundheitsbereich langfristig arbeiten wollen oder müssen, hinsichtlich der Frage,

wie die Gesundheit der Beschäftigten nachhaltig erhalten und gefördert werden kann. Zunehmende Brisanz erhält dies dadurch, dass laut Arbeitsmarktprognosen der demografische Wandel in Kombination mit nicht ausreichend attraktiven Arbeitsbedingungen sowohl für den Pflegebereich als auch für die ärztlichen Berufe bereits jetzt in Teilbereichen zu einem Arbeitskräftemangel führe. Die Notwendigkeit und der Bedarf für Prävention und Gesundheitsförderung sind offensichtlich, und nicht allein wegen des erheblichen Kostenfaktors durch arbeitsbedingte Erkrankungen (Pelikan et al. 2014; Ulich und Wülser 2012).

Hinsichtlich der nachhaltigen Erhaltung und Förderung der Gesundheit der Beschäftigten ist es dringend angeraten, eine grundlegende perspektivische Ausweitung vorzunehmen und den Blick auf Belastungen und deren Vermeidung (*Prävention*) um den Blick auf Ressourcen als Gesundheitspotenziale und deren Stärkung zu ergänzen. Der Autor, der dies wegweisend erkannt und ausgearbeitet hat, war der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe, Epidemiologe und Stressforscher Aaron Antonovsky (1979). Er entwickelte das Modell der Salutogenese (von lat. *salus*: Heil, Wohlbefinden, Zufriedenheit; griech. *genesis*: Entstehung). Die hiervon inspirierte Resilienzforschung konzipiert Resilienz (von lat. *resilire*: zurückspringen, abprallen) als *psychische Widerstandsfähigkeit* von Menschen, die sie befähigen, widrige Verhältnisse und schwierige Situationen, z. B. auch psychosoziale Belastungen, meistern zu können (Bengel et al. 2009). Beide Konzepte erforschen die Faktoren und Variablen, die zur Entstehung und Erhaltung von psychischer Gesundheit wesentlich beitragen, die sog. Ressourcen, Schutz- oder auch Resilienzfaktoren, und liefern so eine wissenschaftliche Basis für nachhaltige Strategien der Gesundheitsförderung.

Die Gesunderhaltung der Beschäftigten zu unterstützen, ist eine zentrale aktuelle Herausforderung für Entscheidungsträger im Gesundheitswesen. Ein nachhaltig wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) muss ganzheitlich ausgerichtet sein und individuelle Förderungsmöglichkeiten der Verhaltensprävention mit betrieblichen Gestaltungsmöglichkeiten der Verhältnisprävention verbinden (z. B. Ulich und Wülser 2012).

1.2 Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz und ihre gesundheitlichen Auswirkungen

Das zentrale Tätigkeitsfeld in Gesundheitsberufen besteht in der Interaktion mit anderen Menschen. Dieser hohe soziale Anteil ist nicht per se als belastend zu sehen, kann jedoch einige Schwierigkeiten in sich bergen (Böhle und Glaser 2006). Die Besonderheiten der primär an Menschen und ihren Bedürfnissen ausgerichteten Tätigkeiten liegen in der langfristigen *Beziehungs- und Unterstützungsarbeit* des professionellen Helfens, was vergleichsweise hohe sozioemotionale Anforderungen mit sich bringt. Hier sei bspw. genannt, die eigenen Emotionen wie Angst und Ekel zu regulieren, aber auch einem verzweifelten Patienten Mut zu machen,

die berufsimmanente Konfrontation mit dem Tod sowie Gewalt- oder Belästigungserfahrungen durch z. B. Patienten. Bei entsprechend langer Dauer und Intensität kann dies zu starker emotionaler Beanspruchung, psychischer Überforderung oder gar zu Erschöpfung und psychosomatischen Beschwerden führen (Holz et al. 2004).

Hinzu kommen noch weitere Belastungsfaktoren, die mit der generellen Arbeitsorganisation dieser Arbeitstätigkeiten zu tun haben, wie z. B. gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitszeiten wie Schicht-, Nacht- und Wochenendarbeit mit zusätzlichen negativen Konsequenzen für die Vereinbarkeit von Arbeits- und Privatleben, hohe Überstundenquote, permanenter Zeitdruck, hohes Ausmaß an Arbeitsunterbrechungen, schwierige Pausenregelungen, geringe Entlohnung und wenig soziale Anerkennung bei gleichzeitig hohem Erwartungsdruck (z. B. Pflegepersonal) (Pelikan et al. 2014; Bäuerlen 2013). Im Zuge der in den letzten Jahrzehnten stark fortgeschrittenen Ökonomisierung auch in der Gesundheitsversorgung und der feststellbaren zunehmenden Arbeitsverdichtung wurden die genannten psychosozialen Anforderungen noch erhöht. Hierbei nicht unerheblich sind in diesem Zusammenhang entstehende Zielkonflikte zwischen Effizienzdenken und dem wertebasierten Arbeitsethos in Gesundheitsberufen einem *helfenden Beruf*: Das Gefühl, den Anforderungen nicht gerecht werden zu können, die ihnen aufgetragenen Aufgaben vollständig *und* zum Wohle der Patienten durchzuführen, ist extrem belastend. Es gibt zahlreiche Studien zu den Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz Krankenhaus (z. B. Iseringhausen 2010), wobei die Belastungsfaktoren der Pflegekräfte (z. B. Braun et al. 2004) besser untersucht sind als die der Ärzte (z. B. Schwartz und Angerer 2010). Auch gibt es bisher noch wenige Studien zur (psychischen) Gesundheit von Psychologen und Psychotherapeuten (z. B. Reimer et al. 2005).

Als theoretische Erklärung für die Entstehung von (arbeitsbedingtem) Stress hat sich weitgehend das von der Forschergruppe um den Psychologen Richard S. Lazarus entwickelte transaktionale Stressmodell durchgesetzt (Lazarus und Launier 1981). Infolgedessen werden Arbeitsanforderungen nur dann belastend bzw. stressrelevant, wenn sie von der betroffenen Person auch als negativer, bedrohlicher Stressor bewertet werden und somit Bewältigungshandeln erfordern. Der Bewertungsprozess wird wesentlich beeinflusst von den individuell angenommenen, zur Verfügung stehenden Ressourcen wie z. B. eigene Handlungsfähigkeiten oder auch soziale Unterstützungspotenziale. Stress ist also immer eine subjektive Interpretation (Franke 2006). Das Phänomen Stress bezeichnet »eine zusammenhängende zentralnervöse Aktivierung auf affektiver, kognitiver, neuronal-endokriner und motorischer Ebene« (Siegrist 2005, S. 304). Diese Aktivierung entsteht typischerweise, aber keineswegs ausschließlich, wenn eine stark aversive und subjektiv relevante Situation als nicht bewältigbar erscheint. Stress ist also zunächst eine Mobilisierung von Energiereserven. Wiederholtes oder fortbestehendes Stresserleben gefährdet jedoch die Gesundheit, denn der Körper benötigt notwendigerweise eine Abwechslung von Anspannungs- und Entspannungsphasen, um in den regenerativen Phasen die Energiespeicher auch wieder aufzuladen. Wenn die Regeneration ausbleibt, bewirkt Dauerstress mittelfristig Erkrankungsprozesse und langfristig die Entstehung von ernsthaften physischen sowie psychi-

schen Gesundheitsbeeinträchtigungen, wie z.B. (chronische) Kopfschmerzen, Anpassungs- und Belastungsstörungen, Muskel-Skelett-Beschwerden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, depressive Störungen oder auch eine Schwächung der Immunkompetenz des Körpers (Franke 2006).

Neben dem skizzierten Stressmodell von Lazarus gibt es noch andere Konzepte zur Erklärung von arbeitsbedingtem Stress (Faltermaier 2005; Franke 2006; Ulich und Wülser 2012), die dem transaktionalen Stressverständnis zwar nicht widersprechen, aber doch bestimmte Aspekte unter Auslassung anderer besonders hervorheben. Zwei etablierte Konzepte seien hier kurz genannt: So hebt zum einen das Anforderungs-Kontroll-Modell (demand-control-model) von Karasek und Theorell (1990) hervor, dass in Arbeitssituationen das Missverhältnis von hohen psychischen Anforderungen und niedrigem Handlungs- und Entscheidungsspielraum entscheidend für die Entstehung von Stress ist. Zum anderen betont das Modell beruflicher Gratifikationskrisen von Siegrist (1996), dass ein Gleichgewicht zwischen der beruflichen Verausgabung und den dafür erhaltenen Gratifikationen, wie Einkommen, soziale Anerkennung und auch Arbeitsplatzsicherheit, herrschen muss. Ein andauerndes Missverhältnis von hohem Arbeitseinsatz bei gleichzeitig geringer Entlohnung und Anerkennung (Gratifikationskrise) führt zu ausgeprägten Stressreaktionen und in der Folge zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Eine weitere Auswirkung von chronischem Stress wird unter dem Phänomen des Burnout als *Ausgebrannt-Sein* aufgrund von psychisch belastenden Arbeitsbedingungen gefasst. Es ist ein spezifisches Störungsbild mit Symptomen auf der physischen, psychischen und der Verhaltensebene. Zunächst wurde Burnout vor allem im Zusammenhang mit beruflicher Arbeit in psychosozialen Feldern untersucht, dessen Auftreten ist jedoch nicht als darauf beschränkt zu sehen (Weber 2007). Im Anschluss an das verbreitete Konzept von Maslach und Leiter (2001) wird die Symptomatik des *Ausgebrannt-Seins* mit drei wesentlichen Elementen beschrieben:

- *emotionale Erschöpfung*, die sich in einem vorwiegend psychischen Erschöpfungszustand äußert, wie auch dem Gefühl von Überforderung und der Angst vor dem nächsten Arbeitstag
- *Depersonalisation* im Umgang mit den Patienten, also eine innere Distanziertheit, die von Zynismus geprägt sein kann, und die zu einem ausschließlich sachlichen, gefühllosen Verhalten führt
- *verminderte Leistungszufriedenheit*, also der Eindruck, den gestellten Anforderungen nicht mehr genügen zu können, bedingt durch eine negative Einschätzung der persönlichen Kompetenz und beruflichen Leistungsfähigkeit

Die Entstehung des Burnout-Syndroms ist ein schleichender, oft lang dauernder Prozess. Bleiben die Symptome unbeachtet, kann dies ähnliche wie oben beschriebene schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen nach sich ziehen (hierzu Weber 2007).

1.3 Salutogenese und Resilienz – Zentrale Erklärungskonzepte von (psychischer) Gesundheit

Prospektive Strategien zum Umgang mit den aufgezeigten psychosozialen Herausforderungen gehen über den präventiven Ansatz der Vermeidung von gesundheitsgefährdenden Belastungen bzw. der Verminderung von Risiken und Gefahren hinaus (Hurrelmann et al. 2014). Die theoretische Grundlage hierfür bieten Erklärungsmodelle, die neben der Vermeidung von Belastungen individuell verfügbare Ressourcen als Potenzial zur Belastungsbewältigung in den Mittelpunkt rücken (► Kap. 1.3.1). Die hier wohl prominentesten Konzepte der Salutogenese (► Kap. 1.3.2) und der Resilienz (► Kap. 1.3.3) betonen konsequent die Faktoren, die die Gesundheit bzw. Widerstandsfähigkeit eines Individuums schützen oder fördern, die sog. Ressourcen oder auch Resilienzfaktoren (► Kap. 1.3.4).

Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellte Jürgen Bengel mit Mitarbeitern im Jahre 1998 eine erste umfassende Expertise über den Diskussionsstand und Stellenwert in Theorie und Praxis von Antonovskys Modell der Salutogenese (Bengel et al. 2001); etwa zehn Jahre später wurde die theoretische und empirische Weiterentwicklung des salutogenetischen Modells zu einer Schutzfaktoren- und Resilienzforschung für den Bereich Kinder und Jugendliche in einer weiteren Expertise aufgegriffen (Bengel et al. 2009). Die letzte Expertise aus dem Jahre 2012 bereitet den Stand der Forschung zu psychologischen Schutz- und Resilienzfaktoren für die Gesundheit von Erwachsenen mit Blick auf den wichtigen Impuls durch die salutogenetische Forschung auf (Bengel und Lyssenko 2012).

1.3.1 Ressourcenorientierung – Eine Erweiterung der Perspektiven

Bis zur zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dominierte die *pathogenetische* Tradition der »Belastungsforschung« (Badura 1981, S. 16) die Sozial- und Gesundheitswissenschaften.

Das hier zugrundeliegende biomedizinische Erklärungsmodell besagt, dass jeder Krankheit eine im Körper oder auch im psychosozialen Bereich lokalisierbare Ursache zuzuordnen ist.

Zentrales Erkenntnisinteresse sind also die Bedingungsfaktoren, die zur Entstehung von Krankheit, der Pathogenese (von griech. *pathos*: Leiden, Schmerz; griech. *genesis*: Entstehung), ursächlich beitragen bzw. ihre Bewältigung behindern. Folglich wird Gesundheit dann durch die vorausschauende Abwehr bzw. Prävention dieser *Risikofaktoren* erreicht. Der hier implizierte *ingeschränkte* Gesundheitsbegriff, welcher Gesundheit eher als ein Ergebnis des *Nicht-krank-Seins* definiert, wurde Gegenstand kritischer Auseinandersetzungen. Ebenso wurden die Grenzen einer hauptsächlich naturwissenschaftlich-*kurativen* Medizin angesichts der deutlichen Zunahme chronisch-degenerativer Erkrankungen vermehrt wahrgenommen. Die Relevanz der psychosozialen Bedingungsfaktoren sowie der

Präventionsansatz rückten zunehmend in den Blick (Faltermaier 2005; Franke 2006; Bäuerlen 2013).

In den 1970er Jahren entwickelten sich Forschungsansätze, die der von Badura (1981, S. 16) als »Ressourcenforschung« bezeichneten Richtung ihre Anfänge gaben (z. B. Antonovsky 1979). Grundlegend ist ein erweitertes und positiv gefasstes Gesundheitsverständnis, nämlich ein das Wesen der Gesundheit selbst charakterisierendes Verständnis von Gesundheit als Heil- und Wohlsein. Bereits in der Gründungsakte der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 22. Juli 1946 findet sich solch eine positiv formulierte und umfassende Sicht auf Gesundheit: »Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen« (WHO 1946, zit. n. Franzkowiak und Sabo 1998, S. 60). Zentrale Erkenntnisinteressen sind entsprechend die gesundheitserhaltenden *Schutzfaktoren* (Ressourcen), die den Menschen befähigen, trotz gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund zu bleiben oder wieder zu werden. Der Fokus liegt sonach auf den Bedingungen und Voraussetzungen der Entstehung und des Erhalts von Gesundheit. Begrifflich fand dies seinen Niederschlag, insofern der wohl bekannteste Repräsentant der Ressourcenperspektive, Aaron Antonovsky, seinen Ansatz als ein Modell der *Salutogenese* bezeichnete.

In dem von der WHO noch weiter aktualisierten Gesundheitsbegriff wird auch noch die *dynamisch-transaktionale* Dimension von Gesundheit deutlich: Die Menschen sollen »ihre physischen, geistigen und emotionalen Fähigkeiten voll zum Einsatz bringen können«, also »die grundlegende Gelegenheit erhalten, ihr Gesundheitspotenzial zu entwickeln und auszunutzen, um ein gesellschaftlich und wirtschaftlich erfülltes Leben zu führen« (WHO Regionalbüro für Europa 1985, S. 6 f., 36 f.). Gesundheit wird als individuelle Kompetenz oder Befähigung für eine aktive Lebensbewältigung verstanden.

1.3.2 Das Modell der Salutogenese nach A. Antonovsky

Die theoretische Grundlegung des salutogenetischen Modells formuliert Aaron Antonovsky in seinen beiden Hauptwerken »Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being« (1979) und »Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well« (1987b). Die deutsche Übersetzung erschien zehn Jahre später unter dem Titel »Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit« (1997).

Im Rahmen einer medizinischen Untersuchung (1970) zu den Auswirkungen der Menopause bei in Israel lebenden Frauen machte Antonovsky die für ihn *überwältigende* Entdeckung, dass ein beachtenswerter Anteil einer Gruppe von ehemals in Konzentrationslagern inhaftierten Frauen bei relativ guter psychischer und physischer Gesundheit war. Hieran anschließend widmete er seine Forschungsaktivitäten der generellen Erforschung der Bedingungen von Gesundheit und formulierte die Grundfrage der Salutogenese: »Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position« (Antonovsky 1997, S. 15)?

Elementar für das salutogenetische Modell ist dieses Gesundheitsverständnis, wonach es sich bei Gesundheit und Krankheit nicht um sich ausschließende statische Zustände handelt, sondern um gedachte Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums (Antonovsky 1997; Franke 2006). Der Mensch befindet sich immer zwischen den beiden Polen Gesundheit (health-ease) und Krankheit (dis-ease). Antonovsky (1997, S. 23) führt hierzu aus: »Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.« Stressoren, Krankheit und Tod werden als notwendige Bestandteile des Lebens in diesem Kontinuum integriert. Über die Position auf dem Kontinuum entscheidet Antonovsky zufolge im Wesentlichen die Gewichtung innerer und äußerer Schutzfaktoren (Ressourcen) im Zusammenspiel mit Belastungsfaktoren.

Antonovsky legt in seinem Modell den Fokus auf psychosoziale Stressoren, die im Unterschied zu physikalischen und biochemischen Stressoren nicht zwangsläufig schädigende Auswirkungen haben müssen, sondern nur als potentiell pathogen zu betrachten sind. Stressoren können sogar gesundheitsfördernd wirken, wenn sie nämlich erfolgreich bewältigt werden können. Hierfür sind individuelle Prozesse der Wahrnehmung, Bewertung und Verarbeitung verantwortlich. Eine erfolgreiche Bewältigung (Coping) führt zu einer Bewegung in Richtung Gesundheitspol, nicht erfolgreiches Coping führt zu Stressreaktionen und in der Folge möglicherweise zu einer Bewegung in Richtung Krankheitspol (Antonovsky 1997).

Die Effizienz der Stressorbewältigung hängt im salutogenetischen Modell von der Verfügbarkeit von Faktoren ab, die Antonovsky als *generalisierte Widerstandsressourcen* (Generalized Resistance Resources, GRRs) bezeichnet und in drei Arten unterteilt (Antonovsky 1979, 1997):

- Personenbezogene GRRs, wie z. B. körperliche Abwehrkräfte, kognitiv-emotionale Fähigkeiten, soziale Kompetenzen sowie flexible Bewältigungsstrategien
- interpersonal-relationale GRRs, wie z. B. soziale Unterstützungsmöglichkeiten
- makrosoziokulturelle GRRs, wie z. B. kulturelle Stabilität

Zum einen ermöglichen die Widerstandsressourcen als aktivierbares Potenzial in konkreten Belastungssituationen einen konstruktiven Umgang mit Stressoren, schützen und begünstigen so die Gesundheit (*Puffereffekt*). Zum anderen bewirken sie belastungsunabhängig eine Bewegung in Richtung auf den Gesundheitspol, weil sie das allgemeine Wohlbefinden steigern, Kompetenzen erweitern oder das Selbstwertgefühl stärken (*Direkteffekt*). Insgesamt führen sie zu Lebenserfahrungen, die den Menschen *Konsistenz* im Sinne eines Verständnisses für Zusammenhänge, eine *Balance von Über- und Unterforderung* sowie Partizipationsmöglichkeiten im Leben erleben lassen (Antonovsky 1997). Auf Basis dieser Erfahrungen im Laufe von Kindheit, Jugend und frühem Erwachsenenalter entwickeln Menschen eine relativ stabile allgemeine Orientierung im Leben, die Antonovsky als *sense of coherence* (SOC), übersetzt als *Kohärenzgefühl* oder auch *Kohärenzsinn*, bezeichnet. Es besteht aus drei Komponenten (Antonovsky 1993):

- dem Gefühl der *Verstehbarkeit*: die eigene innere und äußere Lebenswelt wird als weitgehend verstehbar und erklärbar wahrgenommen

- dem Gefühl der *Handhabbarkeit* bzw. *Bewältigbarkeit*: die nötigen Ressourcen werden als verfügbar angenommen, um die Anforderungen im Leben im Prinzip bewältigen zu können
- dem Gefühl der *Sinnhaftigkeit* bzw. *Bedeutsamkeit*: Anforderungen im Leben werden als sinnvolle und bedeutsame Herausforderungen betrachtet, die es wert sind, sich dafür zu engagieren

Die internationale Forschung zur empirischen Bestätigung und Weiterentwicklung des salutogenetischen Modells ist umfangreich (hierzu Bengel et al. 2001; Bengel und Lyssenko 2012; Faltermaier 2005; Bäuerlen 2013). Es wird auf Probleme der empirischen Erfassung angesichts der Komplexität des Modells hingewiesen und weiterer Forschungsbedarf formuliert, aber insgesamt wesentliche Bestandteile des Modells bestätigt. So zeigen Studienergebnisse signifikante Zusammenhänge zwischen einem starken Kohärenzgefühl und Parametern psychischer Gesundheit.

1.3.3 Die Resilienzforschung

Beeinflusst durch die Forschungsergebnisse von Aaron Antonovsky und der ressourcenorientierten bzw. salutogenetischen Perspektivenerweiterung entwickelte sich seit den 1970er Jahren im Bereich der Entwicklungspsychologie die Resilienzforschung zunächst in Großbritannien und Nordamerika. Seit Ende der 1980er Jahre findet die Resilienzforschung auch in Deutschland zunehmend Resonanz und Verbreitung und hat sich mittlerweile als interdisziplinäre Forschungsrichtung etabliert (Bengel und Lyssenko 2012).

Den ersten und wichtigsten Beitrag lieferten die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner und ihre Kollegin Ruth S. Smith mit einer Längsschnittstudie, die auch als Pionierstudie der Resilienzforschung gilt (Werner und Smith 1982). Über 40 Jahre lang wurde die Entwicklung von fast 700 Kindern des Jahrgangs 1955 auf der Hawaii-Insel Kauai beobachtet. Sie fanden dabei heraus, dass ein Teil der Kinder mit einer besonders hohen Risikobelastung zu Beginn ihres Lebens, wie z. B. extremer Armut oder psychischen Erkrankungen der Eltern, sich trotzdem psychisch gesund entwickelte. Die Autorinnen schrieben diesen Kindern eine erworbene psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz) zu, die sie vor den potenziellen negativen Auswirkungen ihrer Risikobelastung geschützt hat, also eine konstruktive Verarbeitung von psychosozialen Belastungen ermöglicht hat. Hierbei identifizierten sie verschiedene protektive Faktoren, wie z. B. enge und tragfähige Familienbeziehungen, eine emotionale Bezugsperson (Gleichaltrige oder Erwachsene), positive Selbstwirksamkeitserwartungen und hohe soziale Kompetenzen (hierzu auch Werner 2007).

Es folgten zahlreiche Längsschnittuntersuchungen mit dem zentralen Erkenntnisinteresse auf den individuellen Widerstandskräften bei Kindern und Jugendlichen, die es ihnen ermöglichen, sich trotz widriger Bedingungen und hoher Risiken positiv zu entwickeln bzw. gesund aufzuwachsen, also zur Entwicklung von Resilienz beitragen (als synoptischer Überblick der Studien Bengel et al. 2009).

Seit den 1990er Jahren hat sich die Resilienzforschung auf den Erwachsenenbereich ausgeweitet mit der entsprechenden Frage nach den Widerstandskräften, die Erwachsene angesichts widriger Umstände psychisch gesund bleiben bzw. keine schweren Störungen entwickeln lassen, also die erfolgreiche Bewältigung von Stressoren ermöglichen. Untersuchungsgegenstand sind sowohl chronisch widrige Bedingungen (wie z. B. sozioökonomische Benachteiligung, chronische Erkrankungen, Konflikte im Arbeitsleben) wie auch akute Stressbedingungen und potenziell traumatische Erfahrungen (wie z. B. Unfälle, gewalttätiger Übergriff eines Patienten, Tod einer nahestehenden Person, Kriegserlebnisse). Da die Erforschung der Schutzfaktoren immer im Zusammenhang auf in Qualität und Intensität sehr unterschiedliche Stressoren erfolgt, bleibt noch stärker als bereits bei der umfangreichen Liste der Schutzfaktoren im Kinder- und Jugendalter die Frage offen, inwiefern den empirisch belegten Schutzfaktoren eine generelle Wirkung zuzuschreiben ist oder ob sie eher spezifisch für bestimmte Situationen sind (Bengel und Lyssenko 2012).

Es gibt sehr unterschiedliche Auffassungen darüber, was denn nun Resilienz genau ist. Im weitesten Sinne wird mit Resilienz »die psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber biologischen, psychologischen und psychosozialen Entwicklungsrisiken« (Wustmann 2004, S.18) bezeichnet. Auch besteht weitgehend Übereinstimmung darin, Resilienz als Ergebnis des Zusammenspiels verschiedener Einflussfaktoren zu betrachten und mit folgenden zentralen Merkmalen zu beschreiben (Bengel und Lyssenko 2012). Demnach ist Resilienz

- *dynamisch*: Resilienz ist ein dynamischer Anpassungs- und Entwicklungsprozess in Abhängigkeit von den Erfahrungen und bewältigten Ereignissen, entwickelt sich im Laufe des Lebens eines Menschen und in der Interaktion zwischen Individuum und Umwelt.
- *variabel*: Resilienz ist nicht über den gesamten Lebenslauf stabil.
- *situationsspezifisch*: Resilienz ist nicht auf alle Lebensbereiche eines Menschen übertragbar, also nicht universell und allgemeingültig.
- *multidimensional*: Resilienz bezieht sich auf verschiedene Dimensionen, die auch unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. So spielen sowohl biologische, psychologische, psychosoziale als auch soziokulturelle Einflussfaktoren eine Rolle.

Die Einflussfaktoren – auch als Ressourcen, Widerstandskräfte oder Schutz- bzw. Resilienzfaktoren bezeichnet – werden im Rahmen der Forschungen zum Erwachsenenalter in drei Bereiche unterteilt: (a) individuelle Merkmale (personale Faktoren), (b) der jeweiligen Lebensumwelt (soziale Faktoren) und (c) dem größeren soziokulturellen Zusammenhang (soziokulturelle Faktoren).

Insofern könnte folgende Definition breiten Konsens bieten: »Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen« (Welter-Enderlin 2006, S. 13).

1.3.4 Ressourcen und Resilienzfaktoren als Gesundheitspotenziale

Die Grundannahmen und Fragestellungen von Salutogenese und Resilienz sind ähnlich, sie betonen konsequent die Faktoren, die die Gesundheit bzw. Widerstandsfähigkeit eines Individuums schützen oder fördern, die sog. Ressourcen oder auch Resilienzfaktoren. Es werden aber verschiedene Akzente vor allem auch bei der Wirkweise dieser Gesundheitspotenziale gesetzt (vgl. Bengel und Lyssenko 2012). Die Resilienzforschung konzentriert sich mehr auf den Prozess der positiven Anpassung und Entwicklung trotz widriger Bedingungen und der Belastungsbewältigung. Sie betrachtet den Einsatz von Schutz- bzw. Resilienzfaktoren immer nur angesichts einer bestehenden Belastung (Puffereffekt von Ressourcen). Die Salutogenese legt den Schwerpunkt auf Ressourcen zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit. Antonovsky betrachtet in seinem Modell der Salutogenese auch den Puffereffekt, beschreibt aber darüber hinaus Ressourcen auch als eigenständige *salutogene* Faktoren mit einer unmittelbar fördernden und stabilisierenden Wirkung auf die Gesundheit, unabhängig vom Vorhandensein von Belastungen (Direkteffekt von Ressourcen) (Antonovsky 1993; Bäuerlen 2013).

Das Modell der Salutogenese gilt auch weiterhin als das theoretisch am weitesten entwickelte Modell zur Analyse der Entstehens- und Erhaltensbedingungen von Gesundheit und kann darum als multidisziplinäre, handlungsleitende Rahmentheorie für den Bereich der praktischen Gesundheitsförderung fungieren in Ergänzung mit verwandten Gesundheitskonzepten (wie u. a. der Resilienzforschung) (Faltermaier 2005).

Die Erkenntnisse der salutogenetischen und Resilienzforschung resümierend und mit der weiteren Schutzfaktoren- bzw. Ressourcenforschung ergänzt, lassen sich Ressourcen in zwei Gruppen unterteilen (Faltermaier 2005; Bengel und Lyssenko 2012).

a) Innere bzw. personale Ressourcen, also physische und psychische Merkmale der Person selbst:

- Körperlich-konstitutionell: günstige genetische Anlagen für die körperliche Konstitution, Immunkompetenz, körperliche Fitness und ein gutes Körpergefühl
- Psychisch (Persönlichkeitsmerkmale und Handlungskompetenzen): In der kaum noch zu überblickenden Fülle an Studien (vgl. zum Überblick Bengel und Lyssenko 2012) sind folgende bereits sehr gut untersuchte Persönlichkeitskonstrukte auszumachen, wie z. B. die Widerstandsfähigkeit (hardiness) gegen negative Auswirkungen von Stress (nach Kobasa 1979), internale Kontrollüberzeugungen (locus of control) hinsichtlich der eigenen Gesunderhaltung (nach Rotter 1966), positive Selbstwirksamkeitserwartungen (self-efficacy) in Bezug auf die eigene erfolgreiche Ausführung gewünschter Handlungen (nach Bandura 1977) sowie ein hohes Ausmaß an Kohärenzgefühl (nach Antonovsky 1979, 1987b). Hierzu zählt auch Wissen um gesundheitsbezogene Zusammenhänge. Als personale, gesundheitserhaltende Handlungskompetenzen gelten rationale, flexible und vorausschauende