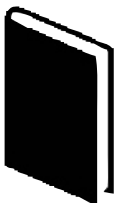


# Was hält Pflegende gesund?

Der Beitrag Personaler Kompetenz zur  
Gesunderhaltung von Pflegenden  
Eine salutogenetische Analyse

Jaqueline Bomball, Anne Marie Aylin Niebuhr



Jacobs Verlag

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einführung – Ziele, Erkenntnisinteresse und Relevanz der Arbeit</b> .....	<b>13</b>
1.1 Die Grundannahme der Forschungsarbeit.....	18
1.2 Aufbau der Arbeit.....	22
<b>2 Definitiorische und theoretische Einordnung von Personaler Kompetenz und Gesundheit in Pflegeberufen</b> ..	<b>24</b>
2.1 Definition des Konzeptes „Personale Kompetenz“.....	24
2.1.1 Der BIG-FIVE-INVENTORY S – eine Theorie zur Persönlichkeitsentwicklung.....	34
2.1.1.1 Die Dimension „Negative Emotionalität“/ Neurotizismus.....	36
2.1.1.2 Die Dimension „Extraversion“.....	37
2.1.1.3 Die Dimension „Offenheit für Erfahrung“.....	38
2.1.1.4 Die Dimension „Verträglichkeit“: „Kooperation versus Konkurrenz“.....	39
2.1.1.5 Die Dimension „Gewissenhaftigkeit“.....	41
2.2 Erklärungsansätze und begriffliche Abgrenzung zur Personalen Kompetenz.....	44
2.2.1 Das Konzept Persönlichkeit.....	45
2.2.2 Das Konzept Selbstkompetenz.....	50
2.2.3 Das Konzept Identität.....	54
2.2.4 Das Konzept Emotionale Kompetenz.....	60
2.2.5 Zusammenfassung.....	66
2.3 Definition Gesundheit.....	73
2.3.1 Der Gesundheitsbegriff – Hinführung zur Gesundheit.....	73
Exkurs Wohlbefinden.....	75
2.3.2 Orientierung am Krankheitsbegriff.....	79
2.3.3 Die Salutogenese als zentrales Gesundheitsmodell.....	81
2.3.3.1 Der Sense of Coherence.....	83
2.3.3.2 Die Widerstandsressourcen.....	85
2.3.3.3 Das Zusammenspiel von Kohärenzgefühl, Sense of Coherence und den Widerstandsressourcen.....	86
2.3.4 Zusammenfassung.....	88
2.4 Allgemeine Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention.....	90
2.4.1 Pathogenese und Krankheitsprävention.....	91
2.4.2 Salutogenese und Gesundheitsförderung.....	93
2.4.4 Ansätze und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Pflegeberufen.....	104
Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	109
2.4.5 Zusammenfassung.....	116
2.5 Die Verbindung von Personaler Kompetenz, Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention aus Sicht der Salutogenese.....	117

2.5.1 Stress, Coping und das transaktionale Stressmodell von Lazarus	120
2.5.2 Erkenntnisse der Resilienzforschung zu Personaler Kompetenz und Gesundheit	126
2.5.3 Das Systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell	131
2.5.4 Das Modell der Selbstwirksamkeit	134
2.5.6 Zusammenfassung	140
<b>2.6 Personale Herausforderungen des Pflegeberufes und deren gesundheitlichen Auswirkungen</b>	<b>142</b>
2.6.1.1 Der Umgang mit Abhängigkeit	145
2.6.1.2 Beziehungs-, Interaktions- und Kommunikationsarbeit	149
2.6.1.3 Emotionsarbeit	154
2.6.1.4 Gefühlsarbeit	158
2.6.1.5 Nähe-Distanz-Balance	162
2.6.1.6 Arbeiten im interdisziplinären Team	163
2.6.2 Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen in Pflegeberufen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit	167
2.6.2.1 Personalmangel und Arbeitsvolumen	167
2.6.2.1 Der Widerspruch zwischen Anspruch und Realität	172
2.6.3 Zusammenfassung	187
<b>2.7 Die Verankerung Personaler Kompetenzentwicklung in den Pflegeausbildungen aus gesundheitlicher Perspektive</b>	<b>189</b>
2.7.1 Rahmenbedingungen für Personale Kompetenzentwicklung in den Pflegeausbildungen	191
2.7.2 Das Prinzip Gesellschaftsorientierung	192
2.7.3 Das Prinzip Subjektorientierung	195
2.7.4 Das Prinzip Handlungs- und Praxisorientierung	200
2.7.5 Das Prinzip Wissenschaftsorientierung	202
2.7.6 Personale Kompetenzentwicklung in den Lernfeldern am Beispiel der Altenpflegeausbildung	204
2.7.7 Pflegebildungstheoretische Verankerung von Personaler Kompetenz	209
2.7.8 Gesundheitsförderung in der Pflegeausbildung	215
2.7.9 Zusammenfassung	228
<b>2.8 Zusammenfassung</b>	<b>229</b>

### **3 Methodisches Design der Untersuchung**..... **233**

3.1 Forschungsleitende Fragen	233
3.2 Ablauf der empirischen Untersuchungen	234
3.2.1 Schritt 1: Definition Personaler Kompetenz	235
3.2.2 Schritt 2: Identifikation von gesunderhaltenden bzw. gesundheitsfördernden Aspekten der Personalen Kompetenz	238
3.2.3 Schritt 3: Ableitung von Konsequenzen für die Pflegeausbildung und Gesundheitsförderung in der Pflege	239
3.3 Zugang zum Feld	241
3.4 Zielgruppen- und Stichprobenauswahl	242
Exkurs: „Regionale Fortbildungsbedarfsanalyse bei alternden Belegschaften in der stationären und ambulanten Altenpflege -	

Entwicklung, Umsetzung und Evaluation mobiler Inhouse-Schulungen zur Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen“ .....	244
3.5 Ethische Überlegungen.....	245

## **4 Darstellung der Ergebnisse der empirischen Untersuchungen.....248**

4.1 Ergebnisse der Befragung der Pflegelehrer/innen .....	248
4.1.1 Strukturdaten der Befragten.....	249
4.1.1.1 Strukturdaten nach Dauer der Lehrtätigkeit.....	251
4.1.1.2 Strukturdaten nach Praxisbegleitertätigkeit.....	254
4.1.2 Personale Kompetenzen und ihre Bedeutung für die Ausbildung von Pflegenden.....	257
4.1.3 Begrifflichkeiten zur Personalen Kompetenz.....	269
4.1.4 Maßnahmen zur Förderung personaler Kompetenzen.....	272
4.2 Ergebnisse der Sekundäranalyse.....	274
4.2.1 Strukturdaten der Befragten.....	277
4.2.2 Gesundheitsverhalten und –zustand der Befragten.....	288
4.2.3 Die Arbeitsfähigkeit der Befragten.....	296
4.2.4 Die Verbindung von Arbeit und Gesundheit.....	299
4.2.4 Der Sense of Coherence der Befragten.....	308
4.2.5 Der BIG-FIVE der Befragten.....	310
4.3 Ergebnisse der Befragung der Pflegepraktiker/innen.....	311
4.3.1 Strukturdaten der Befragten.....	311
4.3.2 Gesundheitsförderung in der Pflegepraxis.....	316
4.3.3 Personale Kompetenzen und ihre Bedeutung für die Pflegearbeit.....	324
4.3.4 Maßnahmen zur Förderung personaler Kompetenzen.....	328

## **5 Diskussion der Ergebnisse und Beantwortung der Forschungsfragen.....330**

5.1 Aspekte der Personalen Kompetenz in Pflegeberufen aus Sicht der Gesunderhaltung.....	331
5.1.1 Die Definition Personaler Kompetenz aus Sicht der Pflegelehrkräfte.....	331
5.1.2 Wichtige Attribute der Personalen Kompetenz bezogen auf die berufliche Handlungskompetenz sowie Gesunderhaltung / Gesundheitsförderung aus Sicht der Pflegelehrkräfte.....	336
5.1.3 Einzug der Personalen Kompetenzentwicklung in die Ausbildung von Pflegenden.....	357
5.1.4 Einzug der Personalen Kompetenzentwicklung in die Gesundheitsförderung von Pflegenden im Beruf.....	365
5.1.5 Zusammenfassung.....	376
5.2 Unterschiede bezüglich der Personalen Kompetenz zwischen „gesunden Pflegenden“ und „weniger gesunden“ Pflegenden.....	377
5.2.1 Unterschiede zwischen „gesunden“ und „weniger gesunden“ Pflegenden im Sense of Coherence und BIG-FIVE.....	378

5.2.2 Merkmale der Personalen Kompetenz gesunder Pflegender.....	382
5.2.3 Zusammenfassung.....	393
5.3 Kritische Reflexion der Forschungsarbeit.....	<b>396</b>
<b>6 Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>404</b>
<b>7 Handlungsempfehlungen.....</b>	<b>414</b>
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	443

# 1 Einführung – Ziele, Erkenntnisinteresse und Relevanz der Arbeit

Es ist seit geraumer Zeit zum Pflege Thema Nummer eins geworden: Der demografische Wandel, gekennzeichnet durch eine immer älter werdende Gesellschaft, stellt insbesondere für das Gesundheitswesen eine große Herausforderung dar. Die steigende Lebenserwartung, einhergehend mit chronischen Krankheiten, Multimorbidität und einer Zunahme an demenziell erkrankten Menschen, erfordert gut ausgebildetes, engagiertes und leistungsfähiges Pflegepersonal, das diesen veränderten Anforderungen gewachsen ist und eine hohe Pflegequalität gewährleisten kann.

Die gestiegenen Ansprüche an die Pflege führen bei gleichzeitig schwierigen strukturellen Rahmenbedingungen (u. a. durch die Einführung der Pflegeversicherung und der DRGs<sup>1</sup>) zu enormen Anforderungen an die Berufsgruppe der Pflegenden. Folglich sind psychische und physische Höchstbelastungen berufs- und institutionsbedingt Teil des Pflegealltags. Überlastungen gehen wiederum mit einer Minderung der Pflegequalität einher (vgl. z. B. BGW 2007) und wirken sich somit nicht nur nachteilig auf den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Pflegenden, sondern gleichermaßen auf Patient/innen und Bewohner/innen aus (vgl. Wissenschaftsrat 2012).

Die qualitative und quantitative Personalsituation in der Pflege wird seit einigen Jahren kritisch diskutiert. Fehlende qualifizierte Nachwuchskräfte, Berufsausstiege, eine hohe Fluktuation sowie alarmierende Krankenstände prägen das Bild. So verlassen beispielsweise bereits nach zwei Jahren 50% der Berufseinsteiger/innen wieder den Altenpflegeberuf (vgl. Horbach u. a. 2007). Schon heute leiden in vielen Regionen Deutschlands Krankenhäuser sowie stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen unter akutem Personalmangel, welcher sich vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen weiter verstärken wird. Schon für das Jahr 2025 geht aus Berechnungen des Bundesinstitut für Berufsbildung und des Statistischen Bundesamts ein Bedarf von 940.000 Vollzeitpflegekräften hervor (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). Dem gegenüber steht ein prognostiziertes Angebot von 828.000 Personen (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Gerade in dem Berufsfeld Pflege ist die Quantität und Qualität der Personalausstattung von Einrichtungen ein entscheidender Faktor für die Qualität der Arbeit - die Pflege kranker und alter Menschen. Von Seiten der Politik, der Kostenträger und der Anbieter von Pflegedienstleistungen

---

<sup>1</sup> Diagnosis Related Groups sind Fallpauschalen die zur Abrechnung von Pflegeleistungen genutzt werden.

müssen verstärkte und gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, um den aktuellen und zukünftigen Fachkräftemangel zu beseitigen bzw. die Personalsituation nachhaltig zu sichern. Laut Experten/innenmeinung ist ein Gewinn von Fachkräften sowie eine Verringerung der hohen Fluktuation über die Verbesserung der Arbeitsplatzsituation mittels betrieblicher Ansätze nebst Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Nachqualifizierungen des dort tätigen Personals zu erreichen (Robert Bosch Stiftung 2000; S. 16f.). Weitere Maßnahmen sind eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit, um über die gesellschaftliche Aufwertung des Berufsfeldes Pflege eine Erhöhung des Berufsverbleibs und der Berufseinmündung von qualifiziertem Pflegepersonal zu bewirken. Darüber hinaus – so ein wesentliches Ergebnis der BEA-Studie<sup>2</sup> – sind die Pflegeeinrichtungen gefordert, zukünftig mehr Ausbildungsplätze zur Verfügung zu stellen (vgl. IPP 2006). Denn entgegen des steigenden Fachkräftemangels bleiben immer noch zahlreiche Ausbildungsplätze aufgrund fehlender Praxisplätze unbesetzt. Ferner werden innerhalb der Pflegeausbildung - trotz der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen von 2003 und 2004 - weitere Bemühungen notwendig sein, um die Qualität der Pflegeausbildungen den sich stetig wandelnden Anforderungen und Tätigkeitsspektren der Praxis anzupassen.

Um der sich abzeichnenden Personalknappheit zu begegnen, wird es zukünftig auch notwendig werden, den persönlichen und biographischen Hintergründen, Ressourcen und Problematiken der Pflegekräfte verstärkt Bedeutung beizumessen, d. h. die Personalen Kompetenzen der Pflegekräfte stärker zu fokussieren. Denn gerade die emotional-zwischenmenschlichen Belastungen sowie fehlende Kompetenzen zur Selbstregulation in Stresssituationen sind es, welche arbeitsinduzierte Krankenstände hervorrufen, die hohen Burnout- und Fluktuationstendenzen der Pflegekräfte begünstigen (vgl. Hasselhorn u. a. 2005 - NEXT-Studie) und die Verbleibs- und Leistungsmotivation mindern (vgl. Bausch-Weiss 2004). Gerade das Berufsfeld Pflege verlangt aufgrund des dort zu bewältigenden Aufgabenspektrums in höherem Maße als in anderen Berufsfeldern neben den fundierten fachlichen, sozialkommunikativen und methodischen eben auch ausgeprägte Personale Kompetenzen von den Fachkräften.

Während die Forschungslandschaft hier facettenreiche Ergebnisse liefert, liegen weder zur Gesundheitsförderung noch zur Entwicklung Personaler Kompetenz innerhalb der Pflegeausbildung dezidierte

---

<sup>2</sup> Die BEA – Studie (Bundesweite Erhebung der Ausbildungsstrukturen an Altenpflegeschulen) wurde vom iap (Institut für angewandte Pflegeforschung, später IPP) unter Leitung von Prof. Dr. Stefan Görres durchgeführt und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert und ist bisher die auf nationaler Ebene repräsentativste Erhebung dieser Art (BMFSFJ 2006).

Forschungsergebnisse vor. Laut einer aktuellen Studie des Instituts für Public Health und Pflegeforschung (vgl. Bomball et.al 2010; Schwanke et.al 2011) zeigte eine bundesweite Erhebung zu Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung an Pflegeschulen, dass Auszubildende bereits innerhalb der Ausbildung hohen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt sind und durchschnittlich ein Drittel der Schüler/innen ihren Gesundheits- und Wohlbefindenzustand subjektiv als schlecht einschätzt. Im Vergleich dazu empfindet der bundesdeutsche Durchschnitt der Altersgruppe 18 bis 30-Jährigen seine subjektive Gesundheit nur zu 11,1% mittelmäßig bis sehr schlecht (vgl. Robert Koch-Institut 2010). Ähnliche Werte lassen sich für die Pflegekräfte in der Praxis finden. Bisherige Diskussionen begründen die kritische Situation in der Pflege vor allem (und zu Recht) mit den vorherrschenden restriktiven Rahmenbedingungen und fehlenden gesunderhaltenden Rahmenbedingungen. Der Zusammenhang von Personaler Kompetenz und Gesundheit ist hingegen bislang weniger Anlass fachlicher und wissenschaftlicher Diskussionen. Wir gehen in dieser Arbeit aber davon aus, dass der Pflegeberuf auch unter guten Bedingungen ein Tätigkeitsfeld bleibt, in dem die Mitarbeiter/innen besonderen Herausforderungen und Belastungen ausgesetzt sind, die sie nur auf der Basis ausgeprägter Personaler Kompetenz zu bewältigen vermögen. Das gilt zweifelsohne auch für die Qualität ihrer täglichen Arbeit.

Eine Vielzahl von Pflegeforscher/innen und Pflegepädagogen/innen haben darauf hingewiesen, dass die Personale Kompetenz als zentrale Voraussetzung innerhalb des Modells der Beruflichen Handlungskompetenz<sup>3</sup>; also neben dem qualitativen Gelingen der beruflichen Tätigkeiten, auch zur Gesundheitsförderung von Beschäftigten von übergeordneter Bedeutung<sup>4</sup> ist (vgl. Oelke 2005, Olbrich 1999; Raddatz/Peschers 2007). Insbesondere ganzheitliche Gesundheitskonzepte wie z. B. das Konzept der Salutogenese (vgl. Antonowsky 1997, 1993), Stressbewältigungs- und Copingmodelle, wie z. B. das Anforderungs-Ressourcen-Modell (vgl. Becker 2004) und das transaktionale Lazarus-Modell (1991) oder Konzepte, die die Stärkung von Selbstpflegekräften (vgl. Orem 1997) und Empowerment (vgl. Equal 2005) betonen, legen dabei den Grundstein für den Zusammenhang zwischen Gesundheit an sich und Personaler Kompetenz. Die Entwicklung der Personalen Kompetenz hat Auswirkungen auf die Gesundheit - vom geeigneten Umgang mit Stress und Belastungen bis hin zur Burnoutprävention - und ist dementsprechend

---

<sup>3</sup> Berufliche Handlungskompetenz setzt sich aus Fach-, Methoden-, Sozial- und Personaler Kompetenz zusammen.

<sup>4</sup> Vgl. Franken 2004, 2009; INQA 2006; Schwerdt 2005; Badura u. a. 2004; Bausch-Weis 2004; Zimmer 2003, 2000,1997; Weidner u. a. 2003; Kuhlmeier & Winter, 2000; Büssing u. a. 2003; Domnowski 2005; Süßmuth 2005 Raddatz, Peschers 2007, BzGA 2005 u. v. a.



wichtig für Berufsgruppen, bei denen die Arbeit zahlreiche Belastungssituationen mit sich bringt (vgl. Raddatz/Peschers 2007). Hierzu legen verschiedene arbeitspsychologische Forschungsergebnisse dar, „wie sehr individuelle Interpretationen darüber entscheiden, ob Menschen unter Stress geraten oder nicht und wie sie damit umgehen“ (Mohr, Semmer 2002; S. 77, vgl. auch Lazarus 1991; Becker u. a. 2004, 1994; Schwarzer 2000). Anhand langjähriger psychologischer Forschungen zum Anforderungs-Ressourcen-Modell (Becker 2004, 1994) wird deutlich, dass es gewisse personale Ressourcen sind, die in Stresssituationen und bei starken beruflichen Anforderungen als gesundheitliche Schutzfaktoren wirken (ebd. 2004; S. 12ff.).

Pflegeberufe gelten prinzipiell als Risikogruppe für physische und psychische Beeinträchtigungen - von körperlichen Beschwerden über Depressionen bis hin zu Burnout- und Depersonalisierungstendenzen (vgl. u. a. Zimmer 2000, 2003; Nübling u. a. 2005; Simon 2006; Hasselhorn u. a. 2005; Amelang 1996, Aries 1993). Daraus entsteht bei Pflegenden eine Negativspirale zwischen persönlichem Unwohlsein/ fehlender Gesundheit und sinkendem Pflegeniveau. Während die restriktiven Rahmenbedingungen von Pflegeberufen und deren gesundheitliche Auswirkungen seit Längerem Schwerpunkt wissenschaftlicher Untersuchungen sind, wird der Einfluss der Personalen Kompetenz auf die Gesundheit erst vereinzelt Gegenstand wissenschaftlichen Arbeitens.

Bislang verläuft die Auseinandersetzung mit der Personalen Kompetenzentwicklung von Pflegekräften innerhalb der pflegepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Diskussion noch vereinzelt und unsystematisch (vgl. Kirchhoff 2009). Die Recherche zur Erklärung Personalener Kompetenz von Pflegekräften zeigt, dass sich Forschungen bisher erst auf einzelne Aspekte oder Subkategorien beziehen, nicht aber ein Gesamtkonzept Personalener Kompetenzentwicklung in den Pflegeausbildungen vorlegen.

So gibt es u. a. pflegewissenschaftliche Forschungsarbeiten, die:

- sich mit der Empathie auseinandersetzen (vgl. Bischoff-Wanner 2002, Arens 2007, Wittneben 2003)
- die Reflexionsfähigkeit bearbeiten (vgl. z. B. Oelke 2005)
- auf die Notwendigkeit einer äußerst differenzierten Selbst- und Fremdwahrnehmung für Pflegekräfte hinweisen (vgl. u. a. Olbrich 1999; Köhl/ David 2010).

Napiwotzky stellte bereits 1998 fest, dass innere Vielfalt „Voraussetzung für Handlungsfähigkeit in verschiedensten Kontexten, in denen wir uns

bewegen“, ist (S. 21). Die Anerkennung dieser inneren Vielfalt ist ein Ergebnis der Entwicklung von Selbstbewusstsein, denn erst die Auseinandersetzung mit den vielfältigen Seiten in uns im Gegensatz zu eingeschränkten Denkweisen und Lebensformen, einseitigen Normen, Werten und Ideen ermöglicht den Menschen ein umfassendes Bild ihrer selbst und legt damit den Grundstein für die berufliche Handlungskompetenz. Die personengebundenen Anforderungen an den Pflegeberuf gehen mit einer nicht zu unterschätzenden Schnittmenge an gesundheitsfördernden Kompetenzen einher. Die vorliegende Arbeit wird dies sichtbar machen und zeigen, dass der Kompetenzaufbau in Richtung Personale Kompetenz innerhalb der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften parallel einen Kompetenzaufbau in Richtung persönlichen Gesundheitsschutzes und Gesundheitsförderung begünstigt. Während Personale Kompetenz erstens als Kriterium und Basis beruflicher Handlungskompetenz gewertet wird, versteht sie sich zweitens als Kriterium für einen langen und gesunden Verbleib im Beruf. Welche Komponenten der Personalen Kompetenz das bewirken, soll mit dieser Arbeit geklärt werden.

Die Relevanz dieser Arbeit lässt sich zusammengefasst in zwei zentralen Punkten darlegen:

- Erstens: Es liegen bislang keine Forschungsergebnisse vor, die systematisch eine Verbindung zwischen Personaler Kompetenz und Gesunderhaltung von Pflegenden schaffen. Diese sind aber elementar, um passende Konzepte zu entwickeln, die sowohl in der Ausbildung als auch später im Beruf Gesundheit nachhaltig fördern können.
- Zweitens: Es fehlen bislang eindeutige und gültige Definitionen für Personale Kompetenz in Pflegeberufen, die nutzbar wären, um eine Verbindung von Gesundheit und Personaler Kompetenz herzustellen.

## **1.1 Die Grundannahme der Forschungsarbeit**

Fakt ist, dass trotz der nachgewiesenen hohen strukturell und beruflich bedingten Anforderungen und Belastungen, die sich in nahezu allen Pflegeeinrichtungen in einem ähnlich ausgeprägten Maß finden lassen, dennoch eine Vielzahl von Pflegekräften gesund, motiviert und lange Zeit im Pflegeberuf verbleibt (vgl. Abb. 1). Die Grundannahme dieser Dissertation ist, dass die Personale Kompetenz einen nicht unerheblichen Teil zur Gesunderhaltung von Pflegenden beiträgt. Was deren Personale Kompetenz kennzeichnet bzw. „gesunde“ von „kranken“ Pflegenden unterscheidet, ist bislang nicht geklärt und soll Forschungsschwerpunkt dieser Arbeit sein. Die Autorinnen gehen auf Basis des Gesundheitsmodells „Salutogenese“ von Aron Antonovsky davon aus, dass es eine Vielzahl von berufsrelevanten Kompetenzen gibt, die gleichzeitig gesundheitsrelevante Ressourcen sind. Wir gehen nicht davon aus – und das sei an dieser Stelle bereits explizit für die gesamte Forschungsarbeit betont –, dass Personale Kompetenzen restriktive Rahmenbedingungen auszugleichen vermögen. Obwohl indirekte Effekte zu vermuten sind – nämlich, dass personalgestärkte Pflegende auch ein höheres Selbstbewusstsein für ihre Rechte und berufliche Identität mitbringen – wird diese Verbindung zu keinem Zeitpunkt der Arbeit den Kampf um diese Rechte der Pflegenden berühren. Die Rahmenbedingungen für Pflegende sind zu verbessern, denn Verhaltensprävention (z. B. durch Personale Kompetenzentwicklung) verlangt eine angemessene Verhältnisebene und entsprechende Konditionen (z. B. gesellschaftliche Wertschätzung, adäquate Bezahlung, ausreichend Personal, nach aktuellen Führungs- und Managementerkennnissen ausgebildete Führungskräfte).

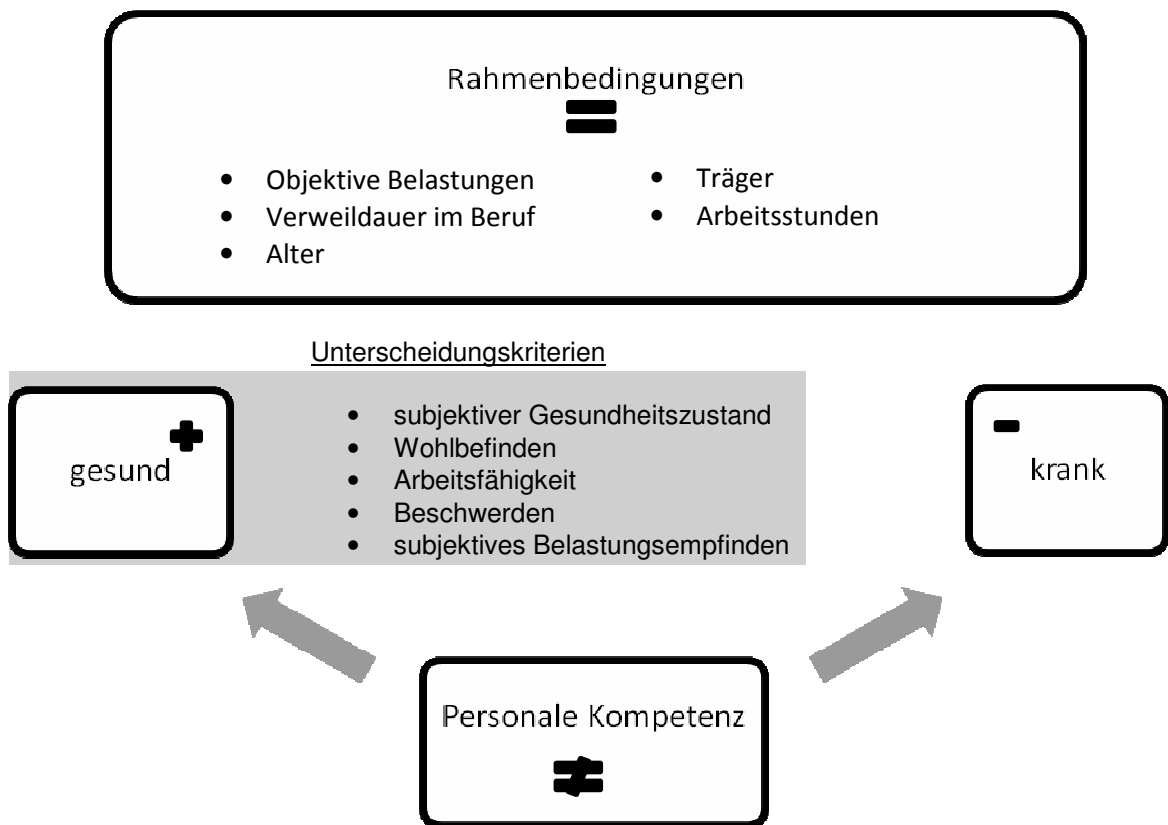


Abbildung 1: Grundannahme der Forschungsarbeit

Die Salutogenese als einer der führenden Ansätze ganzheitlicher Gesundheitsförderung bietet einen geeigneten, validierten und stabilen theoretischen Bezugsrahmen zur inhaltlichen Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Personaler Kompetenzentwicklung in Pflegeberufen (vgl. Raddatz/Peschers 2007, Aries/ Ritter-Zuppiger 1999) und soll daher als Grundlage der Dissertation genutzt werden (vgl. Kapitel 2.3.3). Das dort beschriebene Kohärenzgefühl wird nicht nur wegen seiner zentralen Stellung in der salutogenetischen Theorie als Positiv-Indikator für Gesundheit herangezogen, sondern vor allem deshalb, weil dieses von Antonovsky (1997) konzipierte Konstrukt jene kognitiven Aspekte, welche sich für Gesundheit als relevant erwiesen haben, gut in sich vereint (Lasshofer 2006).

Studien, die aus salutogenetischer Sicht die Gesundheit von Pflegenden in den Blick nehmen, gibt es bislang erst in überschaubarer Anzahl (vgl. Schulz/ Bruland 2009), während umfassende Untersuchungen, die speziell für den Pflegeberuf relevante Personale Kompetenz aus salutogenetischer Sicht betrachten, gar nicht vorhanden sind. Obwohl es für die Relevanz von Personaler Kompetenz vor dem Hintergrund der Gesundheitsförderung von Pflegekräften zahlreiche Hinweise gibt und sogar Antonovsky selbst bei der Entwicklung des Modells der Salutogenese Pflegende als Personen, die