



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg  
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management  
Studiengang Pflegewissenschaft/ Pflegemanagement

**Antonovskys Modell der Salutogenese**  
**Der Einfluss des Kohärenzgefühls**  
**auf die Gesundheit**

**Bachelorarbeit**  
**zur**  
**Erlangung des akademischen Grades**

**Bachelor of Science (B.Sc.)**

Vorgelegt von: Lars Lüdicke

Betreuer: Prof. Dr. Hans-Joachim Goetze  
Prof. Dr. Gabriele Claßen

Tag der Einreichung: 30. November 2012

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2012-0660-8

# Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	2
<b>1. Hinführung zum Thema.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Prävention und Gesundheitsförderung.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Das Modell der Salutogenese.....</b>	<b>9</b>
3.1 Gesundheits-Krankheitskontinuum.....	9
3.2 Generalisierte Widerstandsressourcen.....	11
3.3 Stressoren und Spannungszustände.....	12
3.4 Das Kohärenzgefühl.....	14
3.4.1 <i>Entwicklung des Kohärenzgefühls.....</i>	<i>16</i>
3.4.2 <i>Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit.....</i>	<i>17</i>
<b>4. Methodik.....</b>	<b>20</b>
4.1 Entwicklung des Fragebogens.....	20
4.2 Datenerhebung.....	23
4.3 Übertragung in SPSS mit der Codierliste.....	23
4.4 Auswertung.....	24
4.5 Interpretation.....	28
4.6 Limitationen und Ausblick.....	30
<b>5. Schlussbemerkungen.....</b>	<b>32</b>
Literaturverzeichnis.....	34
Anhang.....	38

## **Abstract**

Das Modell der Salutogenese sucht nach den Faktoren, die den Menschen gesund erhalten. Anders als in der Schulmedizin wird nicht nach Defiziten gesucht, sondern die Ressourcen identifiziert und gestärkt. Das Kohärenzgefühl ist der zentrale Punkt in Antonovskys Modell. Es ist die allgemeine Lebenseinstellung mit der man die täglichen Probleme bewältigt. Im ersten Teil wurde dieses Modell erklärt um anschließend in einer quantitativen Befragung die These zu prüfen, ob zwischen dem Kohärenzgefühl und der Gesundheit wirklich ein Zusammenhang besteht. Dazu wurde der von Antonovsky entwickelte „Fragebogen zur Lebensorientierung“ verwendet, mit dem man das Kohärenzgefühl messen kann. Die Ergebnisse dieser Befragung wurden anschließend ausgewertet und interpretiert.

The salutogenetic model looks for factors, which keep people healthy. In contrast to the clinical medicine it identifies and strenghtens ressources instead of looking for deficits. The sense of coherence is the main point of Antonovskys model. It is the general attitude which people use to cope with daily problems. The first part of this bachelor thesis illustrates this model to answer the question whether there is a connection between the sense of coherence and health. In the following part. Antonovsky's „Orientation to Life Questionnaire“, which can be measured with the sense of coherence, was used in a quantitative survey. The results of ths survey are subsequently evaluated and construed.

# 1. Hinführung zum Thema

Das Interesse an der Thematik dieser Bachelorarbeit entstand bei dem Umgang mit Antonovskys Ausführungen über Gesundheit. Er sieht Menschen nicht nur als gesund oder krank sondern beides zugleich. Sie besitzen gesunde und kranke Anteile. Je nachdem welche überwiegen, sind sie mehr gesund oder mehr krank. Die Gesundheit ist nicht nur vom eigenen Verhalten und den genetischen Anlagen abhängig. Nach ANTONOVSKY ist die Gesundheit vom Kohärenzgefühl abhängig.<sup>1</sup> Das Kohärenzgefühl ist die in der Sozialisation entwickelte Art und Weise, mit der die täglichen Probleme wahrgenommenen, darauf Handlungsstrategien entwickelt werden und die Sinnhaftigkeit des Lebens eingeschätzt wird.

Wenn man durch Introperspektive die eigenen Wahrnehmungs- und Handlungsstrategien analysiert und effektivere Methoden nutzt, dann wäre es möglich das Kohärenzgefühl zu verbessern und damit die eigene Gesundheit zu stärken. Dadurch, dass man bewusst gesund sein will und sein Denken danach ausrichtet, wäre es möglich, auch gesund zu sein.

Jedoch stellt sich die Frage, ob ein gutes Kohärenzgefühl wirklich ein Indikator für eine gute Gesundheit ist.

Ein aktuelles – und in der Zukunft noch verstärktes – Problem ist die Versorgung von Kranken mit den von ihnen benötigten Leistungen. Vor allem der demographische Aspekt lässt die Gesundheitskosten immer weiter wachsen. Eine Möglichkeit dem entgegen zu wirken, ist die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Der Einsatz von präventiven Maßnahmen gegenüber kurativen ist kostengünstiger. Anstatt die Krankheiten, Folgeerkrankungen und chronische Erkrankungen zu behandeln ist es ressourcenschonender den Menschen gesund zu erhalten.

Antonovskys Modell der Salutogenese stellt diesen Aspekt der Gesunderhaltung des Menschen in den Vordergrund. Das Wort Salutogenese setzt sich aus

---

<sup>1</sup> Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 162

den lateinischen Wort für Unverletztheit und Glück (Salus) und dem griechischen Wort für Entstehung (Genese) zusammen. Es wird in diesem Modell nach den Ressourcen gesucht, die den Menschen trotz krankheitserregenden Faktoren gesund erhalten. Wenn diese Ressourcen identifiziert und gestärkt werden können, kann als Konsequenz der Kostenexplosion im Gesundheitswesen entgegengewirkt werden.

Der Ansatz der Salutogenese ist in der Gesundheitsversorgung inzwischen nicht mehr völlig neu. Zum Einen hat Aaron Antonovsky seine Theorie schon 1987 in dem Buch „Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well“ vorgestellt. Zum Anderen berichten BENGEL ET AL., wie die Theorie schon in verschiedenen Gebieten, z.B. der Gesundheitsförderung und Prävention, der Psychosomatik und Psychotherapie und der Rehabilitation Anwendung gefunden hat.<sup>2</sup>

Aufgrund dieses Ansatzes, der ein vermehrtes Augenmerk auf die Ressourcen eines Menschen legt, ergibt sich eine neue Definition von Gesundheit. Selbst Menschen mit einem chronischen Leiden, die jedoch gelernt haben damit umzugehen und kaum Einschränkungen im Alltag wahrnehmen, wären nach der pathogenen<sup>3</sup> Bewertung immer noch krank. Nach dem Modell der Salutogenese besitzen diese Menschen mehr gesunde Teile als kranke und sind somit relativ gesund.

BENGEL ET AL beschreiben wie um 1980, die verbreitete Gesundheitsförderung in Kritik gerät. Der pathogenetisch ausgerichteten Medizin wurde vorgeworfen, wichtige Heilungsmöglichkeiten ungenutzt zu lassen, da sie allein Symptome bewertete, den Patienten jedoch nicht in Diagnose und Therapie einbeziehe. Im Modell der Salutogenese wurden viele Ansätze, Gedanken und politische Strömungen der 70er und 80er Jahre verarbeitet.<sup>4</sup>

---

2 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 69,73,77

3 Pathogenese = Wissenschaft zur Erklärung von Krankheitsentstehung und -entwicklung mit allen daran beteiligten Faktoren.

4 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 14f

Zeitgleich mit gemeindepsychologischen<sup>5</sup> Ansätzen, dem Konzept des Empowerments<sup>6</sup> und sozial-ökologischen<sup>7</sup> Ansätzen wurde das Modell entwickelt.

Mit der Ottawacharta der WHO (Weltgesundheitsorganisation) im Jahr 1986 wurde der Begriff der Gesundheitsförderung geprägt. Der Aufbau einer unterstützenden Umwelt, Maßnahmen der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und Entwicklung individueller Fähigkeiten wurden als Ansatz der Gesundheitsförderung gleichberechtigt nebeneinander gestellt.<sup>8</sup>

ANTONOVSKY beschreibt den Perspektivenwechsel der Salutogenese durch eine Metapher, in der er das Leben mit einem Fluss vergleicht:<sup>9</sup>

Die Menschen schwimmen in verschiedenen Flüssen, deren Verschmutzung, Gefahrenquellen, Strudel und Stromschnellen variieren. Niemand ist am sicheren Ufer. Die pathogenetisch orientierte Medizin legt das Augenmerk darauf, Ertrinkende aus dem Fluss zu ziehen. Die Salutogenese beschäftigt sich jedoch mit der Frage:

*„Wie wird man, wo immer man sich in dem Fluß befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt ist, ein guter Schwimmer?“<sup>10</sup>*

---

5 Die Gemeindepsychologie ist ein Teilgebiet der Psychologie, das den Blickwinkel vom Individuum auf die Gemeinschaft bzw. das Individuum als Teil der Gemeinschaft verschiebt. Es gibt vier Komponenten die für die Gemeindepsychologie wichtig sind: Mitgliedschaft zu einer Gruppe, Einfluss zwischen den Gruppenmitgliedern, die durch die Integration verwirklichte Befriedigung der Bedürfnisse und die geteilte, emotionale Verbindung. (van Uchelen, C. (2000) S.73)

6 Empowerment ist „[d]ie Befähigung von Individuen und Gruppen zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung und zu einer aktiven Gestaltung des eigenen Lebens und des Lebensfeldes“. (Klemperer, D. (2010) S. 170)

7 Löw beschreibt Sozioökologie unter dem Begriff Raumsoziologie als Untersuchungen, welche die Entstehung von sozialen Räumen (z.B. Städte oder Viertel) und die Interdependenzen die sich in solchen Räumen bilden, thematisieren. (Löw, M. (2001) S. 263)

8 Vgl. Viehhauser, R. (2000) S. 11

9 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 92

10 Antonovsky, A. (1997) S. 92

Mit dieser Arbeit soll das Interesse am salutogenetischen Modell gestärkt werden, indem zuerst die Bedeutung der Salutogenese verdeutlicht wird. Daraufhin wird das Modell der Salutogenese beschrieben, um dem Leser einen Einstieg in die Thematik zu ermöglichen. Um diese Themen ausreichend beschreiben zu können wurde, die Suchmaschine der Bibliothek Neubrandenburg genutzt sowie diverse Internetsuchmaschinen. Die verwendeten Stichwörter waren „Salutogenese“, „Antonovsky“, „Kohärenzgefühl“, „Pathogenese“ und „Gesundheitsmodelle“.

Weiterhin soll in dieser Arbeit die Frage geklärt werden, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Gesundheit gibt. Es wird von einem hypothetischen Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen ausgegangen.

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Fragebögen an Studenten der Hochschule Neubrandenburg verteilt. Die Methodik und Ergebnisse dieser Befragung sollen in dieser Arbeit beschrieben und ausgewertet werden.

## 2. Prävention und Gesundheitsförderung

Nach HURRELMANN, KLOTZ und HAISCH habe sich die Prävention aus der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts entwickelt.<sup>11</sup> Sie definieren Prävention als „die Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und damit die Verringerung ihrer Verbreitung und Verminderung ihrer Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität der Bevölkerung.“<sup>12</sup> Dem zugrunde liegt der Gedanke, dass die zukünftige Entwicklung des Krankheitsverlaufes für das Individuum oder für Bevölkerungsgruppen vorhergesagt werden kann. Durch Analyse der Auftrittswahrscheinlichkeit der Krankheit, der Voraussetzungen für den den Eintritt des Erkrankungsfalles und den Regeln des Krankheitsverlaufes kann eine Intervention gestartet werden, welche die Abwendung des Eintritts der Erkrankung und ihrer Folgen zum Ziel hat. Die Wirksamkeit einer präventiven Intervention wird danach beurteilt, in welchem Umfang der erwartete Krankheitsausbruch oder sich verschlimmernde Krankheitsverlauf verringert oder womöglich abgewendet werden kann.

HURRELMANN, KLOTZ und HAISCH beschreiben Interventionen als „das gezielte Eingreifen von öffentlich und/oder professionell autorisierten Handelnden, um sich abzeichnende Entwicklungen von Morbidität und Mortalität bei Einzelnen oder ganzen Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen.“<sup>13</sup> Sie zählen sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung zu den Interventionsformen.

Gesundheitsförderung ist ein sehr viel jüngerer Begriff als Prävention. Er etablierte sich nach der Konferenz der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1986. Die WHO definiert Gesundheitsförderung folgendermaßen:

*„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und*

---

11 Vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch (2007) S. 11

12 Hurrelmann, Klotz, Haisch (2007) S. 11

13 Hurrelmann, Klotz, Haisch (2007) S. 11f

*sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. 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. sie verändern können.“<sup>14</sup>*

HURRELMANN, KLOTZ und HAISCH charakterisieren den Unterschied zwischen Prävention und Gesundheitsförderung als den Unterschied von Pathogenese zu Salutogenese.<sup>15</sup> Bei der Pathogenese sollen Faktoren, welche die Gesundheit verschlechtern, ausgeschaltet bzw. gemindert werden, während bei der Salutogenese jene Faktoren, welche die Gesundheit schützen oder stärken, gefördert werden sollen. Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, die angenommene Entwicklung des Gesundheitszustandes eines Menschen oder einer Gruppe von Menschen so zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird.

Nach HURRELMANN, KLOTZ und HAISCH habe Antonovskys Modell der Salutogenese die Theorie der Prävention revolutioniert und den Begriff der Gesundheitsförderung geprägt.<sup>16</sup> Auch BENGEL ET AL.. sagen: „dass für viel Autoren die Umsetzung des Salutogenesemodells in der Prävention gleichbedeutend ist mit dem WHO-Konzept der Gesundheitsförderung.“<sup>17</sup> Jedoch beschreibt er auch, dass die tatsächliche Umsetzung des Modells nur vereinzelt geschieht und häufig präventiven oder gesundheitsfördernden Programmen nur eine salutogene Elemente zugeschrieben werden, ohne ein Verständnis für das Modell zu haben.

---

14 WHO (1986) zitiert nach Klemperer, D. (2010) S. 167

15 Vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch (2007) S. 13

16 Vgl. Hurrelmann, Klotz, Haisch (2007) S. 26

17 Bengel et al. (2001) S. 71

### 3. Das Modell der Salutogenese

BENGEL ET AL. stellen heraus, dass der Begriff „Salutogenese“ ein Neologismus ist und im Kontrast zum geläufigen Terminus der Pathogenese steht.<sup>18</sup> Schon allein an dieser Wortschöpfung lässt sich die Intention Antonovskys erkennen, einen Gegenpol zur Pathogenese zu schaffen.

#### 3.1 Gesundheits-Krankheitskontinuum

Das Neue an Antonovskys Gesundheitsbegriff, im Vergleich zu den vorherigen, ist, dass er Gesundheit nicht nur defizitorientiert beschreibt. So definierte die WHO Gesundheit im Jahr 1948 noch folgendermaßen: „Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“<sup>19</sup> Gesundheit umfasst in dieser Definition die Gesamtheit von körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Anteile, welche in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen. BENGEL ET AL. beschreiben diese Definition der Gesundheit als einen fixen Zustand der nicht erreichbar ist.<sup>20</sup>

*„Die statistische Norm von Gesundheit wird durch die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Eigenschaft des Organismus bestimmt: Was auf die Mehrzahl der Menschen zutrifft wird als gesund definiert. Abweichungen von diesen Durchschnittswerten sind dagegen als krank zu bezeichnen.“<sup>21</sup>*

ANTONOVSKY spricht sich gegen die dichotome Form der Trennung in gesund oder

18 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 24

19 WHO (1948) zitiert nach Franzkowiak, P. (2011) S. 60

20 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 16

21 Bengel et al. (2001) S. 16

krank aus, mit welcher die wissenschaftliche Medizin und das medizinische Versorgungssystem arbeiten.<sup>22</sup> Er setzt diesem System seine Vorstellung eines Kontinuums mit den Polen Gesundheit und Krankheit entgegen.

Am Einfachsten lässt sich dieses Kontinuum als eine Waage darstellen. Die Risiken als krankheitserregende Faktoren und die Ressourcen als gesundheitserhaltende Faktoren stellen hierbei die Gewichte in den beiden Waagschalen dar. Dabei setzt er Gesundheit mit dem vom Einzelnen wahrgenommenen körperlichen Wohlbefinden und Krankheit als dem vom Einzelnen wahrgenommenen körperlichen Unwohlsein gleich. Gemäß ANTONOVSKY würden sich epidemiologische Forschungen auf die Verteilung von Gruppen auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum konzentrieren, während sich klinische Mediziner darauf konzentrieren den Gesundheitszustand von einzelnen Personen dem Gesundheitspol näher zu bringen.<sup>23</sup> Nach FRANKE ist jeder gesund, der sich in einem ausgewogenen Zustand befindet und sich nach jedem Angriff auf die Gesundheit in kürzester Zeit wieder einpendelt.<sup>24</sup>

HÖFER beschreibt, wie fördernde und belastende Faktoren im ständigen Ungleichgewicht sind.<sup>25</sup> Die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ergibt sich aus der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Belastungen. Der Organismus ist bestrebt, gesunde Anteile zu stärken oder zumindest zwischen den gesunden und kranken Anteilen einen Ausgleich zu schaffen. Eine Therapie, die sich an dem salutogenetischen Modell orientiert, ist versucht nicht nur kranke Anteile – wie z.B. Symptome – zu lindern, sondern besonders die gesunden Anteile des Körpers zu stärken und die Ressourcen der betreffenden Person zu nutzen. Dies ist ein wesentlicher Unterschied zum pathogenetischen Ansatz, in welchem man lediglich versucht die Symptome zu behandeln.

---

22 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 22f

23 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 23

24 Vgl. Franke, A. (2006) S. 38

25 Vgl. Höfer, R. (2000) S. 76

### **3.2 Generalisierte Widerstandsressourcen**

Nach BENGEL ET AL. sei es die wichtigste Aufgabe des Organismus Stressoren abzuwehren.<sup>26</sup> Hierfür verfügen Menschen über verschiedene Widerstandskräfte, mit denen sie auf Probleme, Spannungen, Stresssituationen reagieren können. Diese Kräfte werden von ANTONOVSKY unter den Begriff „generalisierte Widerstandsressourcen“ zusammengefasst.<sup>27</sup> Generalisiert bedeutet, dass diese Ressourcen in jeglicher Art von Situation wirksam werden können. Sie helfen die Gesundheit zu erhalten oder zu fördern.

Stressoren und sich daraus entwickelnde Belastungen können Krankheiten auslösen, wenn sie mit Krankheitserregern und körperlichen Schwächen auftreten. Die Ressourcen wirken dem entgegen und helfen körperlich schädliche Spannungen zu überwinden.

Unter „generalisierten Widerstandsressourcen“ fasst Antonovsky nicht nur körpereigene Abwehrkräfte zusammen, sondern auch individuelle, kulturelle und soziale Fähigkeiten und Möglichkeiten, mit welchen man Probleme und Schwierigkeiten bewältigen kann. SCHNEIDER zählt dazu finanzielle Sicherheit, Selbstbewusstsein, Intelligenz, praktische Bewältigungsstrategien, soziale Unterstützung.<sup>28</sup> Nach HÖFER werden diese Ressourcen in der Kindheit bzw. im Jugendalter entwickelt.<sup>29</sup> Defizite entwickeln sich hingegen, wenn Kinder bzw. Jugendliche von ihrer Umgebung über- oder unterfordert werden bzw. an Entscheidungen nicht teilhaben können.

---

26 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 144

27 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 43f

28 Vgl. Schneider, C. (2000) S. 28 in Abel, T.(Hrsg)

29 Vgl. Höfer, R. (2000) S. 82f

### 3.3 Stressoren und Spannungszustände

*Nach ANTONOVSKY ist ein Stressor „eine von innen oder außen kommende Anforderung an den Organismus, die sein Gleichgewicht stört und die zur Wiederherstellung des Gleichgewichtes eine nicht-automatische und nicht unmittelbar verfügbare, energieverbrauchende Handlung erfordert.“<sup>30</sup>*

Wie schon im vorherigen Abschnitt angesprochen ist es die Hauptaufgabe des Organismus, Stressoren und Spannungszustände zu überwinden. Eine solche Überwindung von Stressoren hat eine gesundheitserhaltende bzw. gesundheitsfördernde Wirkung. Jedoch sagen BENGEL ET AL., dass bei Nicht-Überwindung des Stressors eine Stresssituation entsteht, welche die Person belastet.<sup>31</sup> Spannungsbewältigung kann nicht immer erfolgreich sein, weswegen Stressreaktionen und belastende Situationen ein allgegenwärtiges Problem sind (siehe Abb. 1).

HAFEN beschreibt, dass sich nicht jede Stressreaktion zwangsläufig gesundheitsschädigend auswirkt.<sup>32</sup> Eine Belastung kann auch eine neutrale oder sogar gesundheitsfördernde Wirkung haben. Erst wenn eine Stressreaktion mit vorhandenen Krankheitserregern, Schadstoffen und/oder körperlichen Schwachstellen auftritt kann dies zur Minderung der Gesundheit führen.

SCHNEIDER erklärt, wie Personen mit unterschiedlichem Kohärenzgefühl auch unterschiedlich auf denselben Reiz reagieren.<sup>33</sup> Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl können einen Reiz als neutral einschätzen den Menschen mit einem schwächeren Kohärenzgefühl als belastend und spannungserzeugend wahrnehmen. Wenn eine Person mit einem starken Kohärenzgefühl einen Reiz als Stressor wahrnimmt, dann kann sie unterscheiden, ob der Stressor bedrohlich, günstig oder irrelevant ist. Wenn der Stressor als günstig oder irrelevant

---

30 Antonovsky (1979) S. 72 zitiert nach Bengel et al. (2001) S. 32f

31 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 33

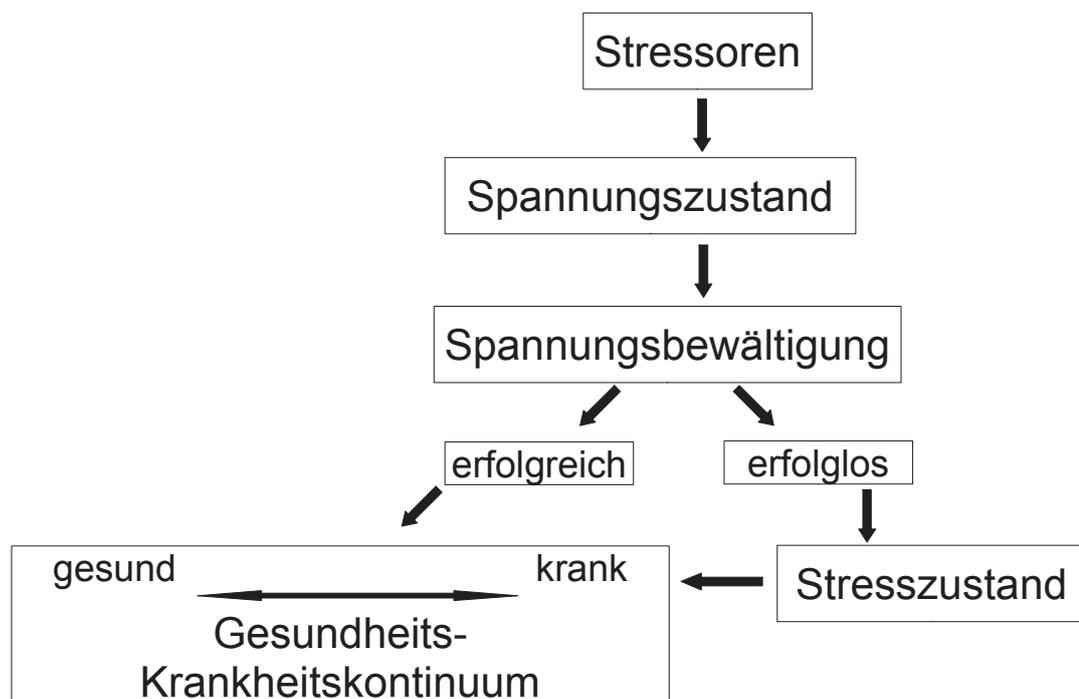
32 Vgl. Hafen, M. (2007) S. 59f

33 Vgl. Schneider, C. (2000) S. 27f in Abel, T.(Hrsg)

eingeschätzt wird, dann nimmt die betreffende Person an, dass die Anspannung auch ohne das Aktivieren von Ressourcen wieder aufhört.

Nach BENGEL ET AL. ist ein Stressor, der als bedrohlich eingeschätzt wird, nicht zwingend gesundheitsschädigend.<sup>34</sup> Durch das grundlegende Vertrauen, dass sich die Situation schon bewältigen lassen wird, ist sie geschützt. ANTONOVSKY geht davon aus, dass Personen mit einem starken Kohärenzgefühl auf bedrohliche Situationen angemessen und zielgerichtet reagieren, um die belastende Situationen zu überwinden.<sup>35</sup> Dagegen werden Personen mit einem schwachen Kohärenzgefühl von Stressoren leicht überwältigt, können nur diffus reagieren und werden handlungsunfähig.

Abb.1: Zusammenhang: Stressoren und Spannungsbewältigung



Eigene Darstellung in Anlehnung an Bengel et al. (2001) S. 36

34 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 33

35 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 130-132

### 3.4 Das Kohärenzgefühl

Der wichtigste Aspekt, um zu bestimmen wo sich eine Person auf dem Gesundheits-Krankheitskontinuum befindet, ist das Kohärenzgefühl oder „sense of coherence“ (SOC). BENDEL ET AL. beschreiben es als eine Größe, welche „eine allgemeine Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben“<sup>36</sup> definiert. Natürlich können Faktoren wie Krieg, Hunger oder schlechte hygienische Bedingungen die Gesundheit auch anderweitig beeinflussen. Jedoch gibt es in der Gruppe der Menschen, die diesen Faktoren ausgesetzt sind, einen Teil der trotzdem gesund bleibt. ANTONOVSKY geht davon aus, dass die geistig - seelische Einstellung zum Leben diese Menschen dazu befähigt, die in ihnen vorhandenen Ressourcen zu nutzen und gesund zu bleiben.<sup>37</sup>

Das Kohärenzgefühl setzt sich nach Antonovsky aus drei Aspekten zusammen:

1. Dem Gefühl der Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)  
ANTONOVSKY rechnet diesen Aspekt der kognitiven Seite des Erlebens zu.<sup>38</sup> Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl nehmen die Welt als klar strukturiert, vorhersehbar und erklärbar wahr. Außerdem fühlen sich diese Menschen von ihren Mitmenschen verstanden.
2. Dem Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (sense of manageability)  
Nach HÖFER beschreibt dieser Aspekt wie und mit welcher Überzeugung Menschen, die vor ihnen liegenden Probleme angehen.<sup>39</sup> Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl sind überzeugt, dass ihnen genug Res-

---

36 Bengel et al. (2001) S. 28

37 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 34

38 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 34f

39 Vgl. Höfer, R. (2000) S. 85

sources zur Verfügung stehen um mit Problemen fertig zu werden. Dabei ist es gleichgültig ob die betreffende Person die Probleme selbst löst, sich auf andere verlässt oder auf eine höhere Macht vertraut. Menschen denen diese Überzeugung fehlt, fühlen sich den Problemen ausgeliefert ohne irgendeine Möglichkeit zu haben darauf Einfluss nehmen zu können.

3. Dem Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (sense of meaningfulness)

Nach ANTONOVSKY gilt dieser Aspekt als der wichtigste unter den drei Aspekten des Kohärenzgefühls.<sup>40</sup>

*Das Gefühl von Sinnhaftigkeit charakterisiert „das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: daß wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, daß man Energie in sie investiert, daß man sich einsetzt und sich ihnen verpflichtet, daß sie eher willkommene Herausforderungen sind, als Lasten, die man gerne los wäre.“<sup>41</sup>*

Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind eher bereit Zeit und Arbeit in ihre Aufgaben zu investieren. Hingegen haben Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl kaum etwas im Leben, das ihnen als wichtig erscheint.

Anders als die anderen beiden Aspekte ordnet man das Gefühl von Sinnhaftigkeit als motivationalen Faktor ein. Es geht hierbei weniger um die Wahrnehmung bzw. das Erleben der Welt als vielmehr um einen Antrieb, mit dem man sich jeden Tag aufs Neue den Problemen des Lebens stellt.

---

40 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 35

41 Antonovsky, A. (1997) S.35f

### 3.4.1 Entwicklung des Kohärenzgefühls

Aufgrund von Erfahrungen und Erlebnissen mit der Umwelt entwickelt sich im Kinder- und Jugendalter das Kohärenzgefühl. Äußere Veränderungen wirken auf die innere Einstellung ein. Im jungen Erwachsenenalter sind Veränderungen noch möglich. Nach BENGEL ET AL. ist mit 30 Jahren das Kohärenzgefühl fest ausgebildet und bleibt relativ stabil.<sup>42</sup> ANTONOVSKY bezeichnet diesen Zeitraum als „die erste Dekade des Erwachsenenalters“.<sup>43</sup> Eine Veränderung ist dann nur durch schwerwiegende Umbrüche der sozialen, kulturellen Einflüsse oder der strukturellen Lebensbedingungen, wie z.B. Emigration, Wohnortwechsel, Veränderung des Familienstandes oder der Beschäftigungsverhältnisse möglich. Diese können die bisherigen Ressourcen stark beeinflussen und viele unerwartete Erfahrungen mit sich bringen. Es ist auch möglich das Kohärenzgefühl durch Psychotherapie zu verändern. Jedoch ist dies ein kontinuierlicher Prozess und erfordert harte Arbeit.

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls entwickeln sich nach ANTONOVSKY folgendermaßen:<sup>44</sup>

Der Aspekt der Verstehbarkeit wird dadurch gebildet, dass die vom Kind gemachten Erfahrungen ein in sich schlüssiges Weltbild ergeben und sich nicht widersprechen. Handhabbarkeit entwickelt sich durch Belastungen, die das Kind weder überlasten noch unterfordern. Der Aspekt der Sinnhaftigkeit wird in der Entwicklung gestärkt, wenn man die Erfahrung macht, dass man mit dem eigenen Handeln auf Situationen Einfluss nehmen kann.

Ein starkes Kohärenzgefühl entwickelt sich, wenn generalisierte Widerstandsressourcen vorhanden sind. Diese bewirken, dass man wiederholt in sich schlüssige Erfahrungen macht, welche das Kind weder über- noch unterfordern. BENGEL ET AL. weisen darauf hin, dass Erfahrungen, welche völlig zufällig und durch das eigene Handeln nicht beeinflussbar sind, die Entwicklung eines

---

42 Vgl. Bengel et al. (2001) S: 30f

43 Antonovsky, A. (1997) S. 114

44 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 95-100

schwachen Kohärenzgefühl fördern.<sup>45</sup> Um ein starkes Kohärenzgefühl auszubilden, bedarf es eines ausgewogenes Verhältnisses von Stetigkeit und Überraschung, von förderlichen und enttäuschenden Erfahrungen.

### 3.4.2 Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit

Die zentrale Annahme ANTONOVSKYS , welches es in dieser Arbeit zu überprüfen gilt, lautet, dass das Kohärenzgefühl die Gesundheit beeinflusst.<sup>46</sup> Jedoch, wie FRANKE feststellt, gibt Antonovsky in seinen Werken keine explizite Gesundheitsdefinition.<sup>47</sup> Es wird jedoch ersichtlich, dass er unter Gesundheit das körperliche Wohlbefinden versteht. Zusammenhänge zwischen Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit schließt er selbst nicht aus, bezweifelt jedoch eine unmittelbare kausale Korrelation. ANTONOVSKY bezieht sich mehr auf körperliche Gesundheit wenn er vom Einfluss des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit spricht.<sup>48</sup> Zum Zusammenhang vom Kohärenzgefühl und psychischer Gesundheit sagt er jedoch:

*„Sollten andere Forscher von Daten berichten, die Zusammenhänge des SOC mit anderen Aspekten des Wohlbefindens nachweisen, wäre ich natürlich geschmeichelt, aber werde von eher mäßigen Ergebnissen nicht enttäuscht sein.“<sup>49</sup>*

BENGEL ET AL. beschreiben, dass der direkte Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der physiologischen Gesundheit, den Antonovsky vermutet,

---

45 Vgl. Bengel et al. (2001) S: 31

46 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 163

47 Vgl. Franke, A. (1997) S.182

48 Vgl. Bengel et al. (2001) S: 43

49 Antonovsky, A. (1997) S. 163

nicht so nachgewiesen werden konnte.<sup>50</sup> Sie gehen dabei unter anderem auf eine schwedische Studie von Lundberg ein, in welcher man Antonovskys These damit erklärt, dass Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl eher dazu neigen, über ihren Gesundheitszustand zu klagen als Personen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzgefühl und somit durch selektive Wahrnehmung der Anschein entstehen kann, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der physischen Gesundheit gibt.<sup>51</sup> Weiterhin konnte in der erwähnten Studie nachgewiesen werden, dass das Risiko, an psychischen Beschwerden zu leiden bei Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl um das 3,5-fache geringer ist als bei Menschen mit einem niedrigen Kohärenzgefühl. Der Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der psychischen Gesundheit ist auch in anderen Studien mit „mehr oder weniger hohe[n], aber nichtsdestotrotz fast ausschließlich signifikante[n] Korrelationen“<sup>52</sup> belegt.

Nach VIEHAUSER geht Antonovsky davon aus, dass es unterschiedliche Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls auf die Gesundheit gibt.<sup>53</sup> Zum Einen nimmt er an, dass das Kohärenzgefühl hilft Stresszustände zu vermeiden und somit indirekt auf die Gesundheit Auswirkungen hat. Das Kohärenzgefühl filtert Informationen, so dass Menschen mit einem starken Kohärenzgefühl manche Reize gar nicht als Stressoren wahrnehmen.

Das Kohärenzgefühl wirkt außerdem bei der Spannungsbewältigung. Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl sind eher in der Lage, ihre Ressourcen zu nutzen und somit Spannungszustände erfolgreich abzuwehren. Dadurch kann das Entstehen eines Stresszustandes verhindert werden.

Wie bereits erwähnt geht ANTONOVSKY davon aus, dass es einen unmittelbaren Einfluss des Kohärenzgefühls auf die körperliche Gesundheit gibt.<sup>54</sup> Er bezieht

---

50 Vgl. Bengel et al. (2001) S: 44ff

51 Vgl. Lundberg (1997) zitiert nach Bengel et al. (2001) S: 46

52 Bengel et al. (2001) S. 44

53 Vgl. Viehhauser (2000) S. 76-80

54 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 162

sich dabei auf das Forschungsgebiet der Psychoneuroimmunologie<sup>55</sup>, das die Beziehungen zwischen psychologischen, neuroendokrinen und immunologischen Vorgängen untersucht. Er hält es für möglich, dass Personen mit hohem Kohärenzgefühl neuroimmunologische Ressourcen mobilisieren und somit eine Schädigung des Organismus unter Stress verhindern können.<sup>56</sup>

---

55 Forschungsergebnisse zeigen, dass das Immunsystem nicht mehr als autonom gelten kann, sondern dass auch psychische Prozesse Immunfunktionen beeinflussen können. (Vgl. Antonovsky (1997) S.146) Antonovsky beruft sich dabei auf Forschungsergebnisse von Schwarz(1979), Corson & Corsons (1983) (Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 142-148)

56 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 142-148

## **4. Methodik**

Das Ziel dieser Arbeit ist es festzustellen, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Gesundheit gibt. Aufgrund dieser Forschungsfrage und einem begrenzten finanziellen und zeitlichen Budget wurde eine Querschnittsstudie gewählt, in der Probanden zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden und den SOC- Fragebogen ausfüllten, mit dem man das Kohärenzgefühl empirisch messen kann, und

### ***4.1 Entwicklung des Fragebogens***

Mit dem Fragebogen sollte das Kohärenzgefühl und der Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsverhalten gemessen werden. Um das Kohärenzgefühl zu messen, bot es sich an den von Antonovsky entwickelten „Fragebogen zur Lebensorientierung“ zu verwenden.

Für die Frage zum Gesundheitszustand der Probanden wurde die erste Frage vom „Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand SF - 12“ von Bullinger und Kirchberger genutzt. Die Frage lautet: „Wie würden sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?“ Als Antwortmöglichkeit sind für diese Frage 5 Skalen vorgeben (von „Ausgezeichnet“ bis „Schlecht“). Die Rechte zu diesen Fragebögen liegen bei den jeweiligen Verlagen und es wurde vor deren Verwendung ihre Erlaubnis eingeholt.

### **Fragebogen zur Lebensorientierung (SOC – Skala)**

Die von Antonovsky entwickelte eine Skala zur Messung des Kohärenzgefühls,

den „Orientation to Life Questionnaire“ – den Fragebogen zur Lebensorientierung, welcher meist in der Literatur unter dem Begriff „SOC- Fragebogen“ zu finden ist, sollte es ermöglichen, sein Konzept einer empirischen Bewährung zu unterziehen und die zentrale These zu prüfen, das Kohärenzgefühl stehe mit der Gesundheit in einen kausalen Zusammenhang. Dabei betonte ANTONOVSKY jedoch, dass es viele verschiedene Möglichkeiten zur Messung des Kohärenzgefühls gibt und er auch über qualitative Untersuchungen erfreut wäre. Hierfür empfahl er die Techniken der Grounded Theory nach Glaser und Strauss.<sup>57</sup> Zur Entwicklung des Fragebogens führte er 51 Tiefeninterviews mit Menschen durch, welche schwersten Belastungen ausgesetzt waren und doch erstaunlicherweise gut mit ihrem Leben zurechtkamen. Er arbeitete mit einem von Guttman entwickelten Facetten-Design.

*„Der Forscher spezifiziert Facetten dessen, was es zu messen gilt, sowie die wichtigen Elemente jeder einzelnen Facette. Das Profil, oder „structure“ besteht aus einer bestimmten Kombination eines Elements in jeder Facette und bildet die Basis für die Formulierung der einzelnen Items. Ein Abbildungssatz, der die Facetten und Elemente präsentiert, subsumiert auf formale Weise in knapper Form das gesamte Potential der Fragebogenitems.“<sup>58</sup>*

Mit Hilfe diesem Facettendesign entstanden 29 Items mit jeweils Skalenwerten von 1 bis 7 als Antwortmöglichkeit. Eine Kurzform mit 13 Items liegt ebenfalls vor. Der Fragebogen wurde erstmals im Jahr 1983 veröffentlicht. Er erfüllte die Testgütekriterien, wie Test-Retest-Reliabilität und interne Konsistenz. Jedoch erwiesen sich die drei Komponenten – Handhabbarkeit, Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit – als nicht reproduzierbar. ANTONOVSKY hat selbst bestätigt, „daß die drei Komponenten empirisch nicht zu trennen“ sein.<sup>59</sup> Vielmehr kann mit diesen

---

57 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 71

58 Antonovsky, A. (1997) S. 80

59 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 88

Fragebogen nur ein Gesamtwert des Kohärenzgefühls ermittelt werden. Nach ANTONOVSKY muss für Fragen, welche die Komponenten und das Verhältnis der Komponenten zueinander betreffen, ein eigener Fragebogen entwickelt werden.<sup>60</sup>

Es gibt im Fragebogen zur Lebensorientierung sowohl negativ als auch positiv gepolte Items. Bei positiv gepolten Items geht der jeweilige Skalenwert (1 bis 7) in den SOC- Score ein, bei negativ gepolten Fragen erhält der niedrigste Skalenwert (1) den höchsten zu addierenden Wert und der höchste Skalenwert (7) den Wert 1.

**Abb. 2: Beispiel positiv gepoltes Item**

Haben Sie das Gefühl, ungerecht behandelt zu werden?

	1	2	3	4	5	6	7	
sehr oft								selten oder nie

eigene Darstellung

**Abb. 3: Beispiel negativ gepoltes Item**

Glauben sie , dass es in Zukunft immer Personen geben wird, auf die Sie zählen können?

	1	2	3	4	5	6	7	
Sie sind sich dessen ganz sicher								Sie zweifeln daran

eigene Darstellung

Um den SOC- Score zu berechnen werden alle Werte addiert. Das Ergebnis kann zwischen 29 und 203 liegen. Je höher der SOC- Score ist, desto stärker ist das Kohärenzgefühl.

---

60 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 89

## **4.2 Datenerhebung**

Die Verteilung der Fragebögen fand am 18.10.2012 vor der Mensa der Hochschule Neubrandenburg statt. Da die Mensa nur einen Eingang hat, konnten so möglichst viele potentielle Probanden angesprochen werden. Da die Zielgruppe der Forschungsfrage Studenten sind, wurde bei der Auswahl der Probanden versucht vornehmlich Studenten zum Ausfüllen des Fragebogens zu bewegen. Studenten, welche sich weigerten den Fragebogen auszufüllen, begründeten dies meist damit, dass sie unter Zeitdruck wären oder lehnten ohne Angabe von Gründen das Ausfüllen des Fragebogens ab.

Für die Datenerhebung wurden 185 Fragebögen vorbereitet. Davon wurden 167 verteilt. Die Probanden füllten die Fragebögen größtenteils in der Mensa aus und gaben diese beim Verlassen der Mensa zurück. Die Anzahl der am Ende ausgefüllten Fragebögen betrug 132.

## **4.3 Übertragung in SPSS mit der Codierliste**

Für die Bereitstellung von Daten zur Ergebnisaus- und bewertung war es notwendig, eine geeignete Methode zur Datenerfassung zu entwickeln. Die Codierliste ist eine Hilfe für die Übertragung der Daten aus den Fragebögen in die SPSS – Matrix. Sie gibt für jedes Item des Fragebogen an, welche Art von Information für dieses Item in SPSS eingetragen werden muss. Die Informationen aus den Fragebögen waren bis auf das Kommentarfeld quantitative Daten. Da das Kommentarfeld auf nur 14 Bögen genutzt wurde und die Nennungen nicht zielführend sind, wurden die Informationen des Kommentarfeldes in der weiteren Auswertung nicht weiter verarbeitet.

#### 4.4 Auswertung

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht signifikant in ihrem SOC- Score. Bei den 53 Männern liegt der SOC- Mittelwert bei 146,04, bei den 78 Frauen bei 134,75. Dieser Unterschied im SOC- Score ist nicht signifikant. ( $p=0,238$  T-Test). (siehe Tabelle 1)

Tabelle 1: Geschlecht

	Anzahl	prozentualer Anteil	SOC
männlich	53	40,2	146,04
weiblich	78	59,1	134,75
KA	1	,8	152
Gesamt	132	100,0	144,46

Von den 132 Befragten gaben nur 7 Personen an über 30 zu sein. Diese hatten einen durchschnittlichen SOC- Score von 144,5. Die 124 Personen unter 30 hatten einen durchschnittlichen SOC- Score von 144,39. (siehe Tabelle 2)

Tabelle 2: Alter

	Anzahl	prozentualer Anteil	SOC
Über 30	7	5,3	144,5
Unter 30	124	93,9	144,39
KA	1	,8	152
Gesamt	132	100,0	146,96

Da sich diese Arbeit nur mit den Studenten der Hochschule Neubrandenburg beschäftigt und von nur 3 Nicht - Studenten der ausgefüllte Fragebogen vorliegt, soll das Item: Student nicht ausgewertet werden.

Personen von 17 verschiedenen Studiengängen füllten den Fragebogen aus. Die Studiengänge Agrarwissenschaft, Lebensmitteltechnologie, Soziale Arbeit und Gesundheitswissenschaften waren besonders stark in der Befragung vertreten. Die Personen im Bachelorstudiengang Landschaftsarchitektur haben den höchsten durchschnittlichen SOC- Score. Wobei die Studenten des Bachelorstudienganges Naturschutz und Landnutzungsplanung den niedrigste durchschnittliche SOC- Score haben.

Es liegt die Vermutung nahe, dass Studenten von Gesundheits- oder sozialen Studiengängen, aufgrund einer thematischen Nähe zu Antonovskys Modell ein höheres Kohärenzgefühl haben als Studenten von anderen Studiengängen. Hierzu wurden die Studiengänge in 3 Kategorien aufgeteilt:

1. in den Fachbereich Gesundheit- Pflege- Management (GPM)
2. Soziale Arbeit, Beratung und Early Education
3. alle weiteren Studiengänge

Für den Fachbereich GPM ergab sich ein durchschnittlicher SOC- Score von 150, für die sozialen Studiengänge 140,44 und für die restlichen 145,22.

(siehe Tabelle 3)

Tabelle 3: Studiengänge

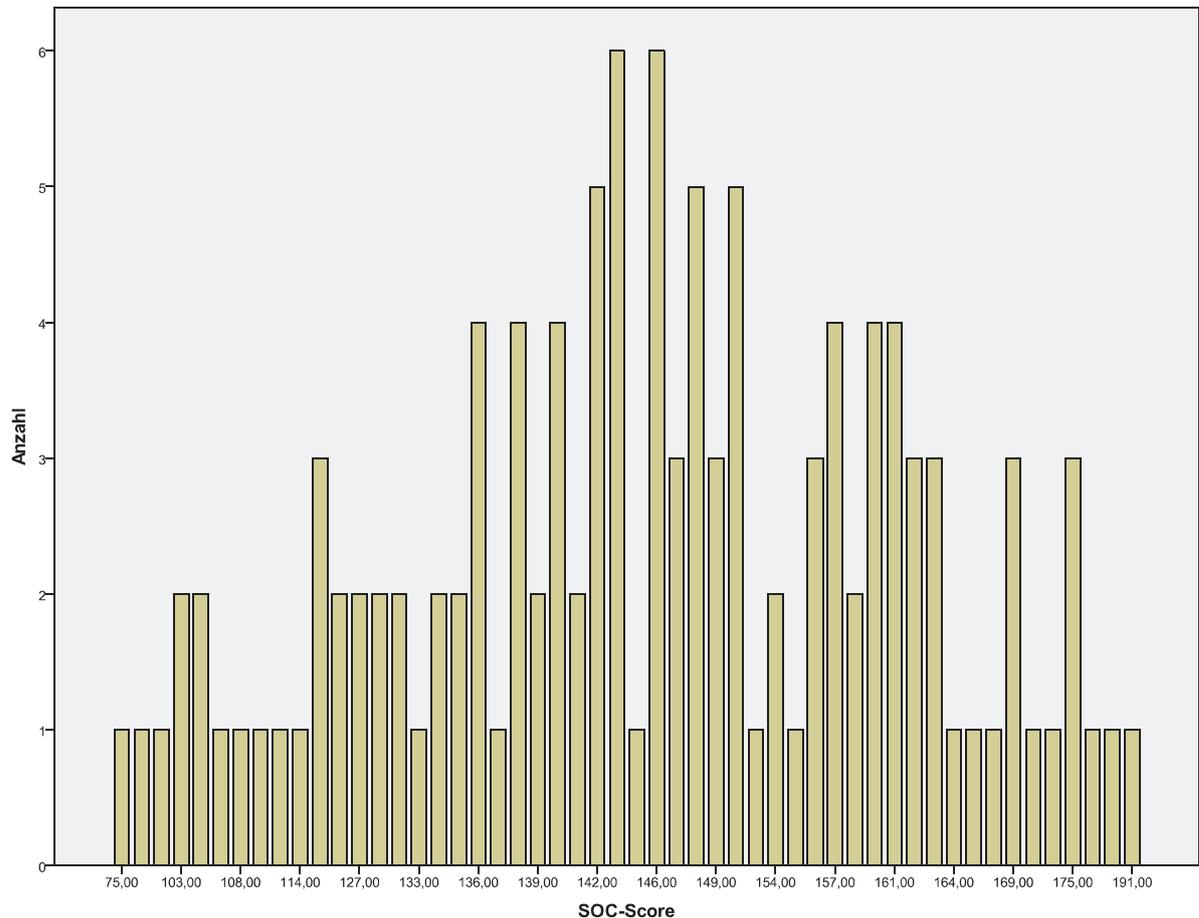
	Anzahl	prozentualer Anteil	SOC
Agrarwirtschaft BA	16	12,1	146,14
Lebensmitteltechnologie BA	14	10,6	148
Bioprodukttechnologie BA	8	6,1	144,25
Lebensmittel- und Bioprodukttechnologie MA	1	,8	158
Landschaftsarchitektur BA	2	1,5	165
Naturschutz und Landnutzungsplanung BA	6	4,5	119
Landschaftsarchitektur und Umweltplanung MA	4	3,0	136
Geodäsie und Messtechnik BA	3	2,3	139,67
Soziale Arbeit BA	21	15,9	139,41
Early Education	9	6,8	137,67
Beratung MA	3	2,3	146
Social Work MA	3	2,3	149
Pflegemanagement BA	7	5,3	145
Pflegemanagement MA	2	1,5	158
Gesundheitswissenschaften BA	12	9,1	143,58
Gesundheitswissenschaften MA	7	5,3	157
MSG	6	4,5	160,33
KA	8	6,1	134,75
Gesamt	132	100,0	144,46

Die Verteilung des SOC- Score unter den 132 Probanden ergibt eine typische Glockenform. Der Mittelwert ist 144,46, der Median 146 und die Spannweite 116. Der Chronbach Alpha der Stichprobe ist 0,87, was nach ANTONOVSKY auf einen beachtlichen Grad an innerer Konsistenz und Reliabilität hinweist.<sup>61</sup> Jedoch reichen die Trennschärfekoeffizienten von 0,06 bis 0,67. Da für die Berechnung des Gesamt SOC- Scores jedoch alle Items benötigt werden um eine

<sup>61</sup> Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 85

Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wird darauf verzichtet einzelne Items auszuscheiden.

Abb. 4: SOC- Score Häufigkeitsverteilung



eigene Darstellung

In der Gruppe der Probanden mit einem SOC- Score zwischen 134-153 sind 53 Fälle. Das sind 40,15% der Gesamtfälle, wobei das Verhältnis der Spannweite dieser Gruppe (9) zur Gesamtspannweite (116) 7,76% beträgt.

Der Zusammenhang zwischen SOC- Score und dem Gesundheitszustand zeigt sich in einer signifikanten Korrelation beider Variablen. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman liegt bei 0,478 ( $p < 0,01$ ).

## 4.5 Interpretation

Es zeigte sich, dass Männer und Frauen keinen signifikanten Unterschied im SOC- Score haben. Jedoch lag der durchschnittliche SOC- Score von Männern über dem durchschnittlichen SOC- Score von Frauen. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus einer Studie aus dem Jahr 1993 von ANSON, PARAN und NEUMANN.<sup>62</sup> In dieser Studie haben Frauen einen signifikant niedrigen SOC- Score als Männer, was dadurch erklärt wird, dass die Stellung der Frau in der Gesellschaft die Entwicklung eines starken Kohärenzgefühl oftmals verhindert. Durch ihre Sozialisation nehmen Frauen häufig eine eher abhängige Stellung ein.

Aufgrund des Studiendesigns wurde das Alter nur als Instrument zum Clustern genutzt. Nach ANTONOVSKY verändert sich das Kohärenzgefühl ca. nach dem 30. Lebensjahr nicht mehr.<sup>63</sup> Um diese These zu überprüfen, bedarf es einer Langzeitstudie. Der Unterschied der beiden Altersgruppen betrug nur 0,11 Punkte. Was die These nahelegt, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und SOC- Score gibt. Dies haben auch DUDEK und MAKOWSKA<sup>64</sup> und GEBERT, BRODA und LAUTERBACH<sup>65</sup> festgestellt, die die Meinung vertreten, dass es keinen Zusammenhang zwischen Alter und SOC- Score gibt. Dem widerspricht jedoch die Studie von LARSSON und KRALLENBERG<sup>66</sup>, die herausfanden, dass der SOC- Score mit zunehmenden Alter steigt. Da in dieser Befragung das Alter in nur zwei Gruppen unterteilt worden ist, sind keine aussagekräftigen Feststellungen zum Zusammenhang von Alter und SOC- Score möglich.

Die These, dass Studenten aus Gesundheits- oder sozialen Studiengängen einen höheren SOC- Score haben als Studenten aus anderen Studiengängen, ist mit den vorliegenden Daten kaum haltbar. Zwar war die Kategorie des Fachbereiches GPM diejenige mit dem höchsten SOC- Score, jedoch hatte die

---

62 Vgl. Anson, O.; Paran, E.; Neumann, L (1993) zitiert nach Bengel et al. (2001) S: 115

63 Vgl. Antonovsky, A. (1997) S. 105

64 Vgl. Dudek, B.; Makowska, Z. (1993) zitiert nach Bengel et al. (2001) S: 119

65 Vgl. Gebert, N.; Broda, M.; Lauterbach, W. (1997) zitiert nach Bengel et al. (2001) S: 121

66 Vgl. Larsson, G.; Krallenberg, K.O. (1996) zitiert nach Bengel et al. (2001) S: 125

Gruppe der sozialen Studiengänge den geringsten SOC- Score. Hinzukommt, dass der Unterschied zwischen den Gruppen nur jeweils 5 Punkte beträgt.

Die Korrelation zwischen dem Gesundheitszustand und dem SOC- Score ist die Quintessenz dieser Arbeit. In der Befragung ergab sich ein Korrelationskoeffizient nach Spearman von 0,478 ( $p < 0,01$ ). Nach BRÜHL ist dies nur eine geringe Korrelation.<sup>67</sup> Dies kann zum Einen damit erklärt werden, dass im Fragebogen keine Definition von Gesundheit gegeben wurde. Jeder Proband hat nach seiner eigenen Gesundheitsdefinition seinen Gesundheitszustand beschrieben. Weiterhin ist diese Beschreibung des eigenen Gesundheitszustandes in nur einer Frage und ohne weitere Instrumente abgebildet. Wie schon im Kapitel 3.4.2 beschrieben ist der Zusammenhang von körperlicher Gesundheit und dem Kohärenzgefühl entweder nicht vorhanden oder nicht ausreichend erforscht. So dass bei Probanden, die ihren Gesundheitszustand aus einer physischen Sichtweise beschrieben haben, der Zusammenhang zum Kohärenzgefühl fehlt.

Weiterhin gibt es aber auch andere Faktoren, welche auf die Gesundheit einwirken. Das können z.B. Alter, Geschlecht, Verhalten oder Bildung sein. Der Korrelationskoeffizient von Geschlecht und Gesundheitszustand nach Spearman beträgt 0,228 ( $p < 0,01$ ). Der nach Spearman berechnete Korrelationskoeffizient von Alter und Gesundheitszustand beträgt 0,057 ( $p < 0,522$ ). Beim 2. Korrelationskoeffizient beachte man, das in dem verwendeten Fragebogen das Alter nur in über und unter 30 eingeteilt wurde, weshalb man aus diesem Wert keine aussagekräftigen Information über den Zusammenhang von Gesundheit und Alter in dieser Stichprobe treffen kann.

BENGEL ET AL. berichten von Studien über das Kohärenzgefühl und der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustand.<sup>68</sup> Diese Studien hatten als Resultate Korrelationskoeffizienten mit den Werten zwischen 0,21 und 0,37. Studien über den SOC-Score und psychischer Gesundheit ergaben Korrelationskoeffizienten von 0,18 und 0,51, wobei Studien, die den Zusammenhang

---

67 Vgl. Brühl, A. (2006) S. 342

68 Vgl. Bengel et al. (2001) S. 46

vom Kohärenzgefühl mit der körperlichen Gesundheit untersuchten nur Korrelationskoeffizienten zwischen 0,10 bis 0,37 ergaben.<sup>69</sup>

Verglichen mit diesen Werten ist der in dieser Arbeit erhaltene Korrelationskoeffizient sehr hoch. Da dieser Wert sich am ehesten in die Studien über den Zusammenhang mit psychischer Gesundheit einordnen lässt, kann davon ausgegangen werden, dass die Probanden bei der Beantwortung der Gesundheitsfrage ihre psychische Gesundheit beschrieben haben.

#### **4.6 Limitationen und Ausblick**

Wie schon im vorherigen Abschnitt beschrieben ist die ungenaue Beschreibung der Gesundheit eine der größten Einschränkungen dieser Befragung. Da die Gesundheit in nur einer Fragestellung vorkam, kann die so ermittelte Gesundheit nicht genau definiert werden. In einer folgenden Befragung bietet es sich an, die Gesundheit mit mehreren Fragen wie dem SF 12 oder der Langform des SF 36 zu ermitteln. Aufgrund eines sehr begrenzten Budgets war dies in der vorliegenden Studie nicht möglich.

Die Stichprobe von 132 Studenten ist auch nur bedingt aussagekräftig für die Gesamtheit der Studenten der Hochschule Neubrandenburg, da alle Studenten in demselben Setting befragt wurden.

Die Entwicklung des Kohärenzgefühls, konnte nicht aussagekräftig bestimmt werden, wofür eine Langzeitstudie nötig wäre. Mit einer Langzeitstudie würde sich der Zusammenhang des Kohärenzgefühls mit dem Alter auch besser darstellen lassen. Es wäre möglich, Antonovskys These zu überprüfen, ob das Kohärenzgefühl nach dem 30. Lebensjahr wirklich stabil bleibt. Es wäre auch möglich, den SOC- Fragebogen und einen Fragebogen zu Lebensereignissen zu

---

<sup>69</sup> Vgl. Bengel et al. (2001) S. 44ff

nutzen, um mögliche kausale Faktoren für die Entwicklung und Änderung des Kohärenzgefühls zu finden.

Durch eine genauere Erfragung von soziodemographischen Faktoren ist es möglich, Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl, dem vorherigen Bildungsweg, der Herkunft, wie z.B dem Milieu oder der Schichtzugehörigkeit zu ermitteln. Dies bedarf aber einer eher qualitativen Studie.

## 5. Schlussbemerkungen

Antonovskys Modell der Salutogenese soll nicht die bisherige Gesundheitsversorgung ablösen. Antonovsky selbst sagt: dass er „auf keinen Fall die völlige Aufgabe der pathogenetischen Orientierung propagiere.“<sup>70</sup> Er sagt weiter:

„Ich plädiere vielmehr dafür, die beiden Orientierungen als komplementär zu betrachten und dafür, daß die intellektuellen und materiellen Ressourcen ausgeglichener verteilt werden, als die gegenwärtig der Fall ist.“<sup>71</sup>

Eine sich ergänzende Nutzung der beiden Systeme ist die beste Möglichkeit die Gesundheitskosten zu senken und das Gesundheitssystem zu entlasten. Beide Systeme haben einen Gesundheitsgewinn als Ziel. Separat behandeln sie jedoch nur einen Teil und lassen Potentiale ungenutzt.

Bei der Auswertung der Fragebögen sind mir Punkte aufgefallen, welche ich bei einer erneuten Bearbeitung des Themas anders angehen würde. So würde ich anstatt der 29- Item Version des „Fragebogen zur Lebensorientierung“ die 13-Item- Version verwenden. Dadurch wäre mehr Raum für weitere Fragen, die den Gesundheitszustand der Probanden beschreiben. Da in dem verwendeten Fragebogen nur eine Frage mit einer Skala von 1 bis 5 genutzt wurde, ist das Ergebnis nur bedingt aussagekräftig für die Gesundheit. Ein weiterer Punkt ist, dass das Alter nicht nur als eine Möglichkeit zum Clustern genutzt werden sollte. Auch wenn das Alter nur im Zusammenhang mit der Veränderung des Kohärenzgefühls sinnvoll analysiert werden kann um Antonovskys Modell zu prüfen, so kann es dennoch genutzt werden um Zusammenhänge mit der Gesundheit darzustellen.

In dieser Arbeit wurde untersucht, ob es einen Zusammenhang zwischen dem

70 Antonovsky, A. (1997) S. 30

71 Antonovsky, A. (1997) S. 30

Kohärenzgefühl und der Gesundheit, wie er von Antonovsky beschrieben wird, existiert. Die berechnete Korrelation bestätigt diese These. Jedoch bleibt zu überprüfen, ob dieser Zusammenhang ein direkter ist oder wie BENGEL ET AL. es beschreiben, über die Abfolge von Kohärenzgefühl – Gesundheitsverhalten – Gesundheit realisiert wird.<sup>72</sup> Weiterhin muss festgestellt werden, welche Faktoren neben dem Kohärenzgefühl die Gesundheit beeinflussen und wie diese mit der Gesundheit zusammenhängen.

Für diese Arbeit - als Beantwortung der Forschungsfrage - kann jedoch gesagt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Gesundheit gibt. Wie dieser Zusammenhang genau aussieht und welche Definition von Gesundheit man anwendet, kann Thema für eine andere Arbeit sein.

---

<sup>72</sup> Vgl. Bengel et al. (2001) S. 43

## Literaturverzeichnis

Abel, T.(Hrsg.) et al. (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl, Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, München; Juventa Verlag

Anson, O.; Paran, E.; Neumann, L (1993): Gender differences in health perceptions and their predictors, Social Science & Medicine in Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Antonovsky, A. (1997):Salutogenese, Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen; dgvt Verlagsgesellschaft

Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Stressforscher, Argument-Sonderband 196, Hamburg: Argument-Verl; S. 112- 130  
[http://kurse.fh-regensburg.de/kurs\\_20/kursdateien/L/1991Odyssee.pdf](http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/L/1991Odyssee.pdf)

Bühner, M. (2006): Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion, München; Pearson Studium

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Brühl, A. (2006): SPSS 14, Einführung in die moderne Datenanalyse, München; Pearson Education

Dudek, B.; Makowska, Z. (1993): Psychometric characteristics of the Orientation to Life Questionnaire for measuring the sense of coherence, Polish Psychological Bulletin in Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Franke, A.; Broda, M.(Hrsg.) (2006): Modelle von Gesundheit und Krankheit, Bern; Hans Huber Verlag

Franke, A. (1997): Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts S. 169 – 190 in Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen; dgvt Verlagsgesellschaft

Franzkowiak, P.; Homfeldt, H.; Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit, Weinheim und Basel; Juventa Verlag

Gebert, N.; Broda, M.; Lauterbach, W. (1997): Kohärenzgefühl und Konstruktives Denken als Prädiktoren psychosomatischer Belastung, Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation in Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (2007): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern; Hans Huber Verlag

Höfer, R. (2000): Jugend, Gesundheit und Identität, Studien zum Kohärenzgefühl, Opladen; Leske + Budrich

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J.(Hrsg.) (2007): Lehrbuch Prävention und

Gesundheitsförderung. Bern; Hans Huber Verlag

Jork, K.(Hrsg.); Peseschkian, N. (2003):Salutogenese und Positive Psychotherapie, Gesund werden – gesund bleiben, Bern; Hans Huber Verlag

Klemperer, D. (2010): Sozialmedizin – Public Health: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe, Bern; Hans Huber Verlag

Larsson, G.; Krallenberg, K.O. (1996): Sense of coherence, socioeconomic conditions and health, European Journal of Public Health in in Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Mensch gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, Köln; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Lamprecht, F.; Johnen, R. (Hrsg.) (1997): Salutogenese, Ein neues Konzept in der Psychosomatik?, Frankfurt am Main; Verlag für Akademische Schriften

Löw, M. (2001): Raumsoziologie, Frankfurt am Main; Suhrkamp Verlag

Schneider, C. (2000): Philosophische Überlegungen zu Aaron Antonovskys Konzept der Salutogenese, S. 21- 41 in Abel, T.(Hrsg.) et al. (2000): Salutogenese und Kohärenzgefühl, Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts, München; Juventa Verlag

Schnyder, U.(Hrsg.) et al. (1998): Handbuch der Salutogenese, Konzept und Praxis, Wiesbaden; Ullstein Medical Verlag

Van Uchelen, C. (2000): Individualism, Collectivism, and Community Psychology S. 65-78 in Rappaport, J.; Seidman, E. (2000): Handbook of Community Psychology, New York; Kluwer Academic/Plenum Publishers

Viehhauser, R. (2000): Förderung salutogener Ressourcen, Entwicklung und Evaluation eines gesundheitspsychologischen Trainingsprogramms, Regensburg; S. Roderer Verlag

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis**

### Abb.1: Zusammenhang: Stressoren und Spannungsbewältigung

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Bengel et al. (2001) S. 36

### Abb. 2: Beispiel positiv gepoltes Item

Quelle: Antonovskys „Fragebogen zur Lebensorientierung“ S. 193

### Abb. 3: Beispiel negativ gepoltes Item

Quelle: Antonovskys „Fragebogen zur Lebensorientierung“ S. 195

### Tabelle 1: Geschlecht

Quelle: eigene Darstellung

### Tabelle 2: Alter

Quelle: eigene Darstellung

### Tabelle 3: Studiengänge

Quelle: eigene Darstellung

### Abb. 4: SOC- Score Häufigkeitsverteilung

Quelle: eigene Darstellung

## Anhang

### Codierliste

Variable	Art der Eingabe
ID	Eingabe
Geschlecht	1= männlich; 2= weiblich; 3= keine Eingabe
Alter	1= über 30; 2= unter 30; 3= KA
Student	1= Student; 2= kein Student; 3= KA
Studiengang	11= Agrarwissenschaft BA
	12= Agrarwissenschaft Master
	13= Lebensmitteltechnologie BA
	14= Bioprodukttechnologie BA
	15= Lebensmittel- und Bioprodukt- Master
	21= Landschaftsarchitektur BA
	22= Naturschutz und Landnutzungsplanung BA
	23= Landschaftsarchitektur und Umweltplanung Master
	24= Geoinformatik BA
	25= Geodäsie und Messtechnik BA
	26= Geoinformatik und Geodäsie Master
	31= Soziale Arbeit BA
	32= Early Education BA
	33= Beratung Master
	34= Social Work Master
	41= Pflege BA
	42= Pflege Master
	43= Gesundheitswissenschaften BA
	44= Gesundheitswissenschaften Master
	45= MSG
	5= KA
SOC1 - SOC29	Eingabe
Gesundheitszustand	1= Ausgezeichnet; 2= sehr gut; 3= gut; 4= weniger gut; 5= schlecht
Kommentar	Eingabe