

Kohärenzgefühl von Asylsuchenden in Deutschland Eine empirische Studie zu Antonovskys Konzept der Salutogenese

Anke Bay, Magdalene Beck, Irmgard Teske & Bertram Szagun

[Forum Gemeindepsychologie, Jg. 14 (2009), Ausgabe 1]

Zusammenfassung

Asylsuchende sind durch eine Fülle von Stressoren belastet, dazu gehören organisierte Gewalt, lebensbedrohliche Fluchtbedingungen, Verlusterlebnisse und eine deprivierende Lebenslage in Deutschland. Antonovskys Konzept der Salutogenese präsentiert das Kohärenzgefühl (SOC) als übergeordnete Lebensorientierung, die derartigen Stressoren Ressourcen entgegenstellt und zur Gesunderhaltung beiträgt. Mittels des 13-Item SOC-Fragebogens wurden 63 Asylbewerber/innen interviewt, außerdem wurden soziodemographische und gesundheitsbezogene Daten erhoben. Die SOC-Scores verschiedener Teilgruppen wurden betrachtet. Der SOC-Mittelwert dieser Untersuchungsgruppe liegt mit 49,6 hochsignifikant unter deutschen Normmittelwerten. Zusammenhänge bestehen zwischen Kohärenzgefühl und Variablen zu Gesundheit, Bildung und Erwerbsstatus. Die Ergebnisse stehen im Einklang mit Antonovskys Hypothesen und scheinen die transkulturelle Gültigkeit des Salutogenese-Konzepts sowie die transkulturelle Anwendbarkeit des SOC-Fragebogens zu stützen.

Schlüsselwörter: Kohärenzgefühl, SOC, Antonovsky, Salutogenese, Asylbewerber, Flüchtlinge, interkulturell

Summary

Sense of Coherence among Asylum Seekers in Germany An Empiric Study about Antonovsky's Salutogenetic Model

Asylum seekers are burdened with lots of stressors like organized violence, life-threatening situations while fleeing, loss, bereavement and deprived living conditions in Germany. The salutogenetic model by Antonovsky presents the sense of coherence (SOC) as a general orientation to life, which provides resources and encourages good health to counteract such stressful experiences. 63 asylum seekers were interviewed by the 13-item SOC questionnaire, sociodemographic and data about health was collected. The SOC-scores of different sub-groups were analysed. The mean SOC value of this sample group amounts to 49.6 and is significantly lower than German standardized mean SOC values. There are clear correlations between SOC values and variables concerning health, education and employment status. The findings are in accord with Antonovsky's hypotheses and seem to support the cross-cultural validity of the salutogenetic model as well as the cross-cultural applicability of the SOC questionnaire.

Key words: sense of coherence, SOC, Antonovsky, salutogenesis, asylum seekers, refugees, cross-cultural

1. Einführung und Hintergrund

1.1. Das Konzept der Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese wurde in den 1970er und 80er Jahren von Aaron Antonovsky entwickelt und hat in den letzten Jahren innerhalb der psychologischen, soziologischen und medizinischen Forschung

zunehmende Aufmerksamkeit gefunden (Schumacher et al., 2000, S. 472). Bei einer Untersuchung von jüdischen Frauen in Israel, die den Holocaust des Nationalsozialismus überlebt hatten, stellte Antonovsky fest, dass ein erstaunlich großer Anteil der Frauen trotz dieser extremen Herausforderungen Jahrzehnte später über eine insgesamt recht gute emotionale Gesundheit (Huber, 1998, S. 51) verfügte. Aufgrund dieser überraschenden Beobachtung widmete Antonovsky sein Lebenswerk fortan der Erforschung dieses Wunders, des Wunders des Gesundbleibens (Franke, 1997, S. 13). Dabei ging Antonovsky von der Vorstellung aus, dass kein Mensch völlig krank oder gesund ist, sondern dass sich jeder Mensch auf einem Kontinuum zwischen den beiden Polen Gesundheit und Krankheit befindet. Auf der Grundlage dieser Vorstellung sucht die Salutogenese Faktoren, die dem lebensimmanenten Trend nach Auflösung und Ent-Gesundung entgegenwirken und zu erfolgreichem Coping führen.

Als Antwort auf die salutogenetische Frage entwickelte Antonovsky das Konzept des *Kohärenzgefühls*. Untersucht wird dabei der abweichende Fall (der oft die Mehrheit darstellt!), in dem ein Mensch trotz eines Stressors nicht erkrankt, sondern relativ gesund bleibt oder sogar gestärkt aus einer Krise hervorgeht (Antonovsky, 1997, S. 29). Die Erkenntnisse der Salutogenese bereichern und ergänzen die Konzepte von Pathogenese und Prävention (a.a.O., S. 29-30) und Antonovsky fordert eine Gleichstellung dieser drei Konzepte, die auch mit einer ausgeglichenen Verteilung der intellektuellen Ressourcen und der materiellen Mittel verbunden sein sollte (a.a.O., S. 30).

1.2. Das Kohärenzgefühl

Das Konzept des Kohärenzgefühls (englisch: sense of coherence, SOC) ermöglicht zwei grundlegende Aussagen: Zum einen ist es eine Determinante dafür, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält (Antonovsky, 1997, S. 33). Zum anderen formuliert es die Voraussetzungen, die nötig sind, um sich in Richtung des gesunden Pols (ebd.) auf dem Kontinuum zu bewegen.

Antonovsky unterteilte das Kohärenzgefühl in drei Komponenten: *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit*, die allerdings empirisch nicht voneinander getrennt werden können. Er definierte das Kohärenzgefühl wie folgt: Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, ausdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind [Verstehbarkeit]; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen [Handhabbarkeit]; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen [Bedeutsamkeit] (a.a.O., S. 36).

Das Konzept des Kohärenzgefühls korreliert mit einigen psychologischen Konstrukten wie Ängstlichkeit und Depression, kann aber dennoch als eigenständiges Konstrukt betrachtet werden (Udris et al., 2000, S. 136-137).

1.3. Der SOC-Fragebogen

Zur Messung des Kohärenzgefühls und zur Überprüfung der salutogenetischen Hypothese entwickelte Antonovsky einen 29-Item Fragebogen zur Lebensorientierung (kurz auch SOC-Fragebogen), der als Antwortkategorie eine bipolare, siebenstufige Likert-Skala umfasst (Pourgholam-Ernst, 2002, S. 66). Durch eigene Überprüfungen des SOC-Fragebogens kam Antonovsky zu dem Ergebnis, dass der Fragebogen einen hohen Grad an innerer Konsistenz und Reliabilität aufweist (Antonovsky, 1997, S. 85) und als valide angesehen werden kann, was inzwischen in anderen Studien bestätigt wurde (a.a.O., S. 86; Schumacher et al., 2000, S. 473).

1.4. Transkulturelle Anwendbarkeit

Das Salutogenese-Konzept war von Beginn an transkulturell ausgerichtet. Es basiert auf einer Pilotstudie, in der Antonovsky 51 Frauen in Israel untersuchte, die aus 18 verschiedenen Ländern stammten (Antonovsky, 1997, S. 72). Somit handelte es sich um eine transkulturelle Stichprobe, d.h. die untersuchten Frauen waren durch Einflüsse aus mehreren Kulturen geprägt. Im Folgenden werden die Begriffe transkulturell (lat. trans = über, über etw. hinweg) und kulturübergreifend synonym verwendet. Im Gegensatz zu dem Begriff interkulturell, der sich auf zwei oder mehr abgegrenzte, homogene Kulturen bezieht, umfasst der Begriff transkulturell alle Phänomene in einer globalisierten Welt, die dazu führen, dass Individuen durch verschiedene kulturelle Einflüsse geprägt werden.

Laut Antonovsky wird das Kohärenzgefühl durch verschiedene Kulturen unterschiedlich beeinflusst, denn gesellschaftliche und historische Bedingungen determinieren die zur Verfügung stehenden Ressourcen sowie die Defizite eines Menschen bzw. der Gesellschaft. So schaffen die kulturspezifischen Lebensbedingungen prototypische Erfahrungsmuster (a.a.O., S. 92). Nicht alle Kulturen und Subkulturen sind einem ausgeprägten Kohärenzgefühl gleich dienlich (a.a.O., S. 94-95), deswegen ist es möglich, generelle statistische Vorhersagen über das Kohärenzgefühl einer bestimmten Kultur zu treffen (a.a.O., S. 102). .. in Londons Kensington und Johannesburgs Soweto unterscheiden .. [die Stressoren und Ressourcen] sich beträchtlich (a.a.O., S. 95). Innerhalb einer Kultur gibt es jedoch viele individuelle Variationen (ebd.).

Obwohl Menschen durch eine Kultur oder mehrere Kulturen geprägt und begrenzt werden, geht Antonovsky davon aus, dass sowohl das Salutogenese-Konzept als auch der SOC-Fragebogen kulturübergreifend angewendet werden können (a.a.O., S. 83). Dies begründet Antonovsky damit, dass er aus seinen Untersuchungen die entscheidenden Fragen zu allen Bereichen des Lebens (a.a.O., S. 113) herausgefiltert hat und somit das Kohärenzgefühl eine sehr abstrakte, generelle Lebensorientierung abbildet (a.a.O., S. 95).

Trotz der enormen kulturellen Unterschiede mögen ... [die Stressoren und Ressourcen] in der Stockholmer Mittelschicht, bei einer Facharbeiterfamilie der Mormonen in Salt Lake City und einer ultraorthodoxen jüdischen Familie in Jerusalem annähernd gleich sein (ebd.).

Antonovsky hat die Lebenserfahrungen, die das SOC prägen, allerdings nur in Gesellschaften untersucht, in denen die Arbeit (Haus- und Erwerbsarbeit) die größte Bedeutung hat. Kollektivistische Kulturen, in denen die verwandtschaftlichen Beziehungen die größte Bedeutung haben, hat er nicht untersucht, weil er dies aufgrund der von ihm angenommenen Übergeordnetheit des Konzepts nicht für nötig befand (a.a.O., S. 113). Laut Franke stammen alle bis 1997 veröffentlichten Daten aus liberalen, demokratischen, kapitalistischen Gesellschaften und um zu prüfen, ob das Salutogenese-Konzept transkulturell verallgemeinert werden kann, müssten Studien an anderen Bevölkerungsgruppen oder in Gesellschaften durchgeführt werden, in denen die Vorstellungen von Ich und sozialer Gruppe anders sind als in von Juden- und Christentum geprägten Kulturen (Franke, 1997, S. 178). Inzwischen wurden verschiedene Versionen des SOC-Fragebogens in mindestens 33 Sprachen in 32 verschiedenen Ländern angewendet (Eriksson, 2007, S. 3, 26-27), darunter auch in eher kollektivistisch bzw. interdependent orientierten Ländern wie Brasilien, Bulgarien, China, Kolumbien, Japan, Russland, Singapur, Südafrika und Thailand (a.a.O., S. 26-27). Trotz der erheblichen kulturellen Unterschiede im Verständnis von und im Umgang mit Krankheit und Gesundheit kommt Eriksson in einer Synthese von weltweit 458 Publikationen und 13 Dissertationen (a.a.O., S. 3) zu dem Ergebnis, dass unabhängig von Ethnizität und Nationalität starke Zusammenhänge zwischen SOC und subjektiver Gesundheit bestehen (a.a.O., S. 223). Sie folgert aus den untersuchten Daten, dass der SOC-Fragebogen transkulturell anwendbar zu sein scheint (a.a.O., S. 129). Allerdings liegt bisher keine kulturvergleichende Studie vor, die unmittelbar überprüft, ob mit den verschiedenen Versionen des SOC-Fragebogens tatsächlich in allen Sprachen und Kulturen dasselbe oder zumindest ein vergleichbares Konstrukt gemessen wird.

Pourgholam-Ernst wendete das Salutogenese-Konzept und den 29-Item SOC-Fragebogen für in Deutschland

lebende ausländische Frauen an, die aus 47 verschiedenen Ländern stammten und zum großen Teil kollektivistischen Kulturen angehörten (Pourgholam-Ernst, 2002, S. 79). Sie begründet die transkulturelle Anwendbarkeit von Antonovskys Modell damit, dass insbesondere die Komponente der Handhabbarkeit verschiedene kulturelle Haltungen integriert. In Anlehnung an Rotters Konzept der Kontrollüberzeugung (a.a.O., S. 16) stellt sie fest, dass die Handhabbarkeitskomponente den Ursprung des Kontrollgefühls bewusst offen lässt (a.a.O., S. 25). In individualistischen Gesellschaften führt eher eine interne Kontrollüberzeugung, also das Vertrauen in die eigenen erfolgreichen Handlungen, zu einem starken Handhabbarkeitsgefühl. In kollektivistischen Gesellschaften wird das Gefühl der Handhabbarkeit eher durch eine externe Kontrollüberzeugung gestärkt, damit ist das Vertrauen auf Handlungen anderer (z.B. Verwandte, Institutionen, Gott) gemeint (a.a.O., S. 16-26).

1.5. Anwendbarkeit im Bereich psychischer Gesundheit

Antonovsky selbst stellt in erster Linie einen Zusammenhang von Kohärenzgefühl und *körperlicher* Gesundheit her, während er sich zu psychischer Gesundheit kaum äußert und einen Zusammenhang stark infrage stellt (Antonovsky, 1997, S. 163). Empirisch konnte Antonovsky diese Annahme jedoch nicht bestätigen. In Studien von anderen Forschern wurden eher Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und der *psychischen* Gesundheit gefunden, während der Einfluss des Kohärenzgefühls auf die körperliche Gesundheit weniger eindeutig bis gar nicht nachgewiesen werden konnte (Bengel et al., 2001, S. 43-44). In einer Reihe von Studien konnten fast ausschließlich signifikante Korrelationen zwischen SOC und Maßen der psychischen Gesundheit (a.a.O., S. 44) gefunden werden, sogar in Untersuchungen an repräsentativen Bevölkerungstichproben (ebd.). Dabei wurden positive Korrelationen zwischen SOC und Wohlbefinden sowie Lebenszufriedenheit gefunden. Negative Korrelationen wurden zwischen SOC und dem Risiko psychischer Beschwerden sowie zwischen SOC und verschiedensten Maßen psychischer Gesundheit gefunden. Beispiele für Maße psychischer Gesundheit, die mit dem SOC negativ korrelieren, sind Verstimmtheit, Ruhelosigkeit, Konzentrationsprobleme, Müdigkeit, Ängstlichkeit und Depressivität (ebd.). In einigen Untersuchungen wurde deutlich, dass körperliche und psychische Gesundheit hoch miteinander korrelieren (Jork et al., 2003, S. 23). Folglich ist bei der Untersuchung des Salutogenese-Konzepts eine Spaltung in körperliche und psychische Gesundheit fragwürdig. Franke konstatiert: Wenn auch die Gesundheitsdefinition der WHO vielleicht noch nicht der Weisheit letzter Schluss ist in dem in ihr ausgesprochenen Grundgedanken, dass Gesundheit ein Ganzes ist, dessen körperliche, psychische und soziale Anteile miteinander integriert sein müssen, halte ich sie für nicht zu widerlegen (Franke, 1993, S. 172).

Daraus folgt, dass Antonovskys Modell der Salutogenese auf Gesundheit als Ganzes angewendet werden kann und muss. Dies ist auch aus seinem Konzept selbst heraus sinnvoll, da die Parameter, anhand derer das SOC gemessen wird, sich nicht auf körperliche Dispositionen und Ressourcen beziehen, sondern auf psychisch-mentale Haltungen. Außerdem entwickelte Antonovsky sein Modell anhand der Untersuchung von Menschen, die große traumatische Ereignisse (nämlich den Holocaust der NS-Zeit), somit also große psychische und körperliche Beeinträchtigungen erlitten hatten, welche sowohl körperliche als auch psychische und psychosomatische Gesundheitsbeeinträchtigungen nach sich ziehen konnten und insofern spricht Antonovsky auch selbst von Menschen mit einem starken SOC als psychisch gesund: bedenken Sie, was es bedeutet, dass 29 Prozent einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers eine gute psychische Gesundheit zuerkannt wurde (Antonovsky, 1997, S. 15). Aufgrund dieser Schlüsse scheint es uns sinnvoll, Antonovskys Konzept im Weiteren auf ein ganzheitliches, umfassendes Verständnis von Gesundheit anzuwenden, welches körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen mit einbezieht.

1.6. Hintergründe zur Situation von Asylsuchenden in Deutschland

Der Gesundheitszustand von Asylsuchenden wird durch eine Fülle von Belastungsfaktoren beeinträchtigt. In ihren Heimatländern erleben viele Flüchtlinge, bevor sie sich zur Flucht entschließen, unterschiedlichste Formen von *organisierter Gewalt*: Unterdrückung, Vertreibung, Folter, systematische Vergewaltigungen, Krieg und Bürgerkrieg sowie Armut, soziales Elend und Naturkatastrophen. Die *Flucht* selbst bedeutet, dass Menschen ihr Heimatland in der Regel nicht freiwillig, sondern unter Zwang verlassen müssen. Sie erfolgt häufig unter lebensgefährdenden und menschenunwürdigen Bedingungen, oftmals organisiert durch illegale, ausbeuterische Schleuserbanden.

Ein weiteres Feld von Belastungsfaktoren ist der Prozess der *Migration*, der für die Betroffenen zum einen mit zahlreichen Verlusten von Angehörigen, Freunden, sozialem Umfeld, Heimat und allem Vertrauten verbunden ist und sie zum anderen mit einer Fülle von neuen, fremden, unsicheren und deprivierenden Situationen konfrontiert. Es kommt häufig zu innerfamiliären Zerreißproben, Generationenkonflikten und Trennungsphasen von Bezugspersonen. Auch Selbstzweifel, Ohnmachtsgefühle, Entwurzelungserlebnisse sowie Rollenverluste und -diffusionen gehen oft mit der Migration einher (Collatz, 1997, S. 104-105; Rohr et al., 2002, S. 22-23). Migrant/innen sind mit Sprachbarrieren und Zugangsbarrieren des Versorgungssystems konfrontiert (Collatz, 1997, S. 101). Sie haben häufig Bildungs- und Informationsdefizite (David et al., 1998, S. 200) sowie geringere Chancen auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt. Die Migration erfordert also vielfältige Anpassungsleistungen (Krones, 2001, S. 101) und kann mit ihren Begleitumständen ... im Sinne eines Stressphänomens verstanden werden (Pourgholam-Ernst, 2002, S. 49). Dieser Migrationsstress kann sowohl zu erheblichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen als auch zu erhöhter Belastbarkeit, wenn Individuen durch die Migration gute Coping-Strategien entwickeln (Krones, 2001, S. 101). Epidemiologische Daten zeigen jedoch, dass die Belastungsfaktoren sehr häufig die Gesundheit von Migrant/innen beeinträchtigen und die Gesundheitslage von Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur einheimischen deutschen Bevölkerung unterdurchschnittlich ist. Hier einige Beispiele dafür: Migrant/innen leiden deutlich früher an schweren chronischen Erkrankungen (Winkler, 2003, S. 172), weisen eine höhere Frühberentungs- und Unfallquote im jüngeren Erwachsenenalter auf (Krones, 2001, S. 96) und sind durch ihren Gesundheitszustand stärker eingeschränkt (Winkler, 2003, S. 172). Die Säuglingssterblichkeit bei in Deutschland geborenen Migrantenkindern ist höher als bei deutschen Kindern (Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen, 2002, S. 31).

Durch die *Situation der Asylbewerber/innen in Deutschland*, insbesondere durch die spezifische Lebenssituation und die besondere Rechtslage, sind Asylsuchende weiteren Stressoren ausgesetzt. Dazu gehören unter anderem der mangelnde Standard und eine defizitäre hygienische Situation in den Staatlichen Gemeinschaftsunterkünften, die psychosozialen Auswirkungen von Anpassungs- und Integrationsproblemen, die gesundheitsbelastenden Auswirkungen des unsicheren Rechtsstatus und die Auswirkungen von Arbeitslosigkeit (Mohammadzadeh et al., 2003, S. 120).

Entsprechend dem Gesetz über die Aufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen (FlüAG) sind Flüchtlinge in Baden-Württemberg (wo die Untersuchung durchgeführt wurde, siehe Punkt 2.2) verpflichtet, während des oft jahrelangen Asylverfahrens in Staatlichen Sammelunterkünften zu leben. Dort stehen ihnen 4,5m² Wohnraum in Mehrbettzimmern zur Verfügung und Duschen, Toiletten und Küchen müssen gemeinschaftlich genutzt werden (§§5-6 FlüAG). Gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) dürfen Asylsuchende innerhalb des ersten Jahres in Deutschland nur geringfügig gemeinnützig arbeiten; auch danach ist es für sie äußerst schwierig, Arbeit zu finden und eine Arbeitserlaubnis zu erhalten (§61 AsylVfG; §5 AsylbLG). Bedürftige Asylbewerber/innen erhalten Leistungen, die rund 35% unter den Leistungen des SGB XII liegen und bis auf ein Taschengeld von 40 Euro pro Monat in Form von Sachleistungen gewährt werden (§§2-3 AsylbLG). Der Anspruch auf medizinische Leistungen ist für Asylsuchende per Gesetz auf ein Minimum von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen beschränkt (§4 AsylbLG). Dies ist mit der Menschenwürde und dem Sozialstaatsgebot des Grundgesetzes kaum vereinbar (Hutter et al., 1999, S. 20). In der Praxis werden diese Einschränkungen darüber hinaus rechtswidrig ausgeweitet und bürokratisch verzögert (Classen, 2005, S. 92).

Weitere Belastungsfaktoren sind mangelnde Integration, Diskriminierung, der über Jahre unsichere Aufenthaltsstatus und die geringe Aussicht auf ein Bleiberecht in Deutschland, was mit ständiger Angst vor Abschiebung in das Heimatland verbunden ist. Dies steht wesentlichen und existenzsichernden Bedürfnissen entgegen (Ubben, 2001, S. 117).

Insgesamt kann angenommen werden, dass Asylbewerber/innen eine ähnlich stark belastete Untersuchungsgruppe darstellen wie die von Antonovsky untersuchten jüdischen Frauen. Im Gegensatz zu Antonovskys Stichprobe, bei der die Extrembelastungen bereits Jahrzehnte zurück lagen, hält die belastende Lebenssituation bei Asylsuchenden jedoch bis in die Gegenwart hinein an und eine Besserung ist in vielen Fällen nicht absehbar. Durch diese Fülle an Stressoren entwickeln viele Asylbewerber/innen chronische physische, psychische und psychosomatische Krankheitszustände. Besonders häufig tritt das klinische Diagnosebild der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf, die Psychologische Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz fand unter Asylbewerber/innen in Deutschland eine PTBS-Prävalenz von 40% (Psychologische Ambulanz für Flüchtlinge, 2004, S. 31).

2. Stichprobe und Methoden

2.1. Untersuchungsleitende Fragestellungen

Das zentrale Forschungsinteresse beschäftigte sich mit der Anwendung des Salutogenese-Konzepts auf Asylbewerber/innen. Dies wurde mittels einer Befragung mit dem SOC-Fragebogen erforscht. Dabei konnte erstens vermutet werden, dass das Kohärenzgefühl von Flüchtlingen, die in Deutschland Asyl beantragen, aufgrund der Fülle von lebensgeschichtlichen und gegenwärtigen Stressoren besonders schwach ist. Zweitens stellte sich die Frage, ob sich in dieser Stichprobe Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und soziodemographischen bzw. gesundheitlichen Daten zeigen, die in Einklang mit Antonovskys Hypothesen zum Kohärenzgefühl stehen. Drittens stellen Asylsuchende eine transkulturelle Untersuchungsgruppe dar, die überwiegend kollektivistisch geprägt ist. So galt es zu prüfen, ob sich aus der Untersuchung von Asylbewerber/innen Hinweise auf die transkulturelle Gültigkeit von Antonovskys Salutogenese-Konzept und die transkulturelle Anwendbarkeit des SOC-Fragebogens ergeben. Da ein großer Teil der Untersuchungsgruppe noch kaum über deutsche Sprachkenntnisse verfügte, war es viertens von Interesse, ob und wenn ja wie die sprachlichen und kulturellen Herausforderungen bewältigt werden konnten.

2.2. Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden in einer Staatlichen Gemeinschaftsunterkunft in Baden-Württemberg 63 Asylbewerber/innen untersucht, die aus 15 verschiedenen Ländern stammen. Geordnet nach Häufigkeit, beginnend mit dem am stärksten vertretenen Herkunftsland, sind dies folgende Länder: Türkei, Irak, Serbien-Montenegro, Indien, Kamerun, Nigeria, Pakistan, Algerien, Burkina Faso, Liberia, Georgien, Kongo, Komoren, Iran und Gambia. Darüber hinaus wurden 28 verschiedene Volkszugehörigkeiten und 22 verschiedene Muttersprachen gezählt. Die Aufenthaltsdauer in Deutschland betrug für 26 Personen (41,3%) ein Jahr oder weniger, für 25 Personen (39,7%) zwei bis drei Jahre und für 12 Personen (19%) vier oder mehr Jahre. Die Stichprobe setzt sich aus 53 Männern und 10 Frauen zusammen. Das Alter der Befragten betrug zwischen 18 und 63 Jahren, der Durchschnitt lag bei 31,1 Jahren, der häufigste Wert bei 24 Jahren. Da der SOC-Fragebogen für Minderjährige ungeeignet ist (vgl. Franke, 1997, S. 181; Pourgholam-Ernst, 2002, S. 75), wurden Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von der Befragung ausgeschlossen. Siehe hierzu auch Tabelle 1 (s.u.).

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten in der Staatlichen Gemeinschaftsunterkunft (GU), in der die Befragung

durchgeführt wurde, insgesamt 130 Asylsuchende. Davon waren 15 minderjährig. 11 Personen stammten aus China, Korea und Vietnam. Sie konnten aufgrund zu großer sprachlicher Probleme nicht interviewt werden. Von den verbleibenden 104 Personen wurden 63 interviewt, 41 Personen konnten aus unterschiedlichen Gründen nicht befragt werden: Einige waren während des gesamten Befragungszeitraums nicht in der GU anzutreffen, beispielsweise aufgrund von Berufstätigkeit oder Abwesenheit aus Angst vor Abschiebung. Andere waren aufgrund von Misstrauen bzw. sehr extremen psychischen Belastungen nicht bereit, an der Befragung teilzunehmen. Eine Person war intellektuell nicht in der Lage, die Fragen zum Kohärenzgefühl zu beantworten. Bei einem Fragebogen konnte der SOC-Wert aufgrund von fehlenden Angaben nicht berechnet werden, auch in anderen Fragebögen fehlten z.T. einzelne Werte (vgl. Tabelle 1).

2.3. Herausforderungen in der interkulturellen Kommunikation

Die Kommunikation mit Asylbewerber/innen kann durch verschiedene Faktoren erschwert werden. Dazu gehören neben dem Fehlen einer gemeinsamen Sprache v.a. Bildungs- und Informationsdefizite sowie Unterschiede der kulturellen und religiösen Konzepte und Verhaltensweisen (vgl. Wesselmann et al., 2004, S. 17-21). Auch unterschiedliche Kommunikations- und Höflichkeitsregeln (Gutteta, 2002, S. 33), Probleme der non-verbale Kommunikation, Differenzen im Kommunikationsstil und ein mangelndes oder falsches Erfassen des sozialen, familiären und rechtlichen Hintergrunds können zu gravierenden Missverständnissen führen (Wesselmann et al., 2004, S. 61). Des Weiteren kann die Kommunikation beeinträchtigt werden durch gegenseitig falsche Vorstellungen über den anderen, Fremdheitsgefühle, latente und manifeste Vorurteile auf beiden Seiten sowie subtile Wohlstands-chauvinistische Äußerungen (Gutteta, 2002, S. 41-42). Manche Flüchtlinge hatten keine Möglichkeiten, ein ähnlich hohes Bildungsniveau wie in Deutschland üblich zu erreichen, darüber hinaus ist das zur Verfügung stehende Wissen für ein Leben in Deutschland oft nicht besonders nützlich (a.a.O., S. 42). Im gesundheitlichen Bereich nehmen Kultur und Religion Einfluss auf die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit, das Entstehen und die Verbreitung von Krankheiten, die Erfahrung, krank zu sein, und die Art und Weise, damit umzugehen, die Interpretation und das Umgehen mit Gefühlen und Schmerzen, die Entwicklung von gesundheits- und krankheitsorientierten Verhaltensgewohnheiten (Wesselmann et al., 2004, S. 24).

Um diesen Herausforderungen in der Kommunikation zu begegnen, sind in erster Linie Vertrauen und eine tragfähige Beziehung wichtig. Vor allem für sehr misstrauisch gewordene traumatisierte Flüchtlinge ist es schwierig, Vertrauen zu entwickeln (Gutteta, 2002, S. 40). Trotz der Schwierigkeiten, eine/n Fremde/n zu verstehen, sollte diese/r immer mit Toleranz und Respekt behandelt werden und der persönliche Standpunkt muss in der Arbeit mit Flüchtlingen frei von Diskriminierungen bleiben (a.a.O.: S. 42). Insgesamt sind also Empathie, eine Vertrauensbasis und interkulturelle Kompetenz eine wichtige Grundlage für die interkulturelle Kommunikation. Darüber hinaus gibt es verschiedene Methoden, den Herausforderungen von Sprache und Kultur zu begegnen. Von Bedeutung für die vorliegende Untersuchung waren die schriftliche Form der Information, das persönliche Interview und die Arbeit mit Laien-Dolmetscher/innen.

Die *schriftliche Form der Kommunikation* bietet den Vorteil, dass man durch Übersetzungen auf einfache Weise Mehrsprachigkeit nutzen kann (Wesselmann et al., 2004, S. 45). Beim *persönlichen Interview* gibt es die Möglichkeiten, sich entweder in einfachem Deutsch, langsam und deutlich gesprochen, durch Gestik und Beispiele veranschaulicht, oder über eine dritte gemeinsame Sprache (in der Regel Englisch) zu verständigen (a.a.O., S. 48). Dies wird schwierig, wenn die Gesprächsinhalte die alltägliche Ebene der Verständigung überschreiten (vgl. a.a.O., S. 50).

Wo die Möglichkeit zur Arbeit mit professionellen Dolmetschern aus organisatorischen oder Kostengründen nicht möglich ist, wird die Sprachmittlung im sozialen und medizinischen Bereich in der Regel spontan organisiert und von eher zufällig anwesenden Laien geleistet. Beim Einsatz dieser Zufallsdolmetscher

handelt es sich um individuelle Notlösungen ... (Borde, 2003, S. 30-31). Dieser Einsatz von *Laien-Dolmetscher/innen* ist oft die einzig praktikable Lösung (Salman, 2000, S. 96). Sie ist mit z.T. erheblichen Schwierigkeiten verbunden: Die Übersetzungsqualität kann sehr unterschiedlich sein und ist kaum überprüfbar (Wesselmann et al., 2004, S. 53). Laien-Dolmetscher/innen übersetzen evtl. nicht inhaltsgetreu sondern fügen eigene Deutungen oder Antwortvorschläge hinzu oder sie mildern das Gesagte bzw. Gefragte ab, weil sie ihr Gegenüber schonen und nicht konfrontieren wollen (vgl. Sejdijaj et al., 2002, S. 46-47). Sie halten in der Regel keine professionelle Distanz ein und es werden keine Vereinbarungen über Schweigepflicht und Gesprächsregeln getroffen (ebd.).

Neben diesen Nachteilen bietet die Arbeit mit Laien-Dolmetscher/innen jedoch auch einige entscheidende Vorteile: Sie sind in der Regel Landsleute und auch Betroffene. So können sie sich gut in die Personen einfühlen, für die sie übersetzen, und verstehen sehr genau, worum es geht und wie bestimmte Äußerungen gemeint sind (Wesselmann et al., 2004, S.52-53). Sie kennen also die Situation und kulturelle Gesprächsgewohnheiten und verfügen damit über ein Einfühlungsvermögen und Fachwissen, das professionellen Dolmetschern oft fehlt (ebd.). Es besteht in der Regel großes Vertrauen zwischen Migrant/in und Laien-Dolmetscher/in, da diese meistens Verwandte, Freunde oder Landsleute und oft in derselben Lebenssituation sind (vgl. Sejdijaj et al., 2002, S. 46-47). Die gegenseitige Hilfsbereitschaft ist unter Migrant/innen gewöhnlich sehr groß, so dass derartige Hilfeleistungen für sie selbstverständlich und üblich sind (Wesselmann et al., 2004, S. 50).

2.4. Methoden der Befragung

Für die Befragung wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem soziodemographische und gesundheitsbezogene Faktoren sowie Aspekte der Lebensorientierung erhoben wurden. Für die Untersuchung der Lebensorientierung wurde die 13-Item Kurzform des SOC-Fragebogens verwendet, die eine gute interne Konsistenz aufweist (Cronbachs $\alpha=0,84$; Rimann et al., 1998, zit. n. Schumacher et al., 2000, S. 473). Diese Kurzform ist für Asylbewerber/innen geeigneter als die 29-Item Version des SOC-Fragebogens, denn die lange Version ist in der Durchführung sehr aufwändig und enthält einige Fragen, die für Asylsuchende unpassend sind, z.B. ist Frage 1 aufgrund der meist noch sehr lückenhaften Deutschkenntnisse missverständlich: Wenn Sie mit anderen Leuten sprechen, haben Sie das Gefühl, dass diese Sie nicht verstehen? (Antonovsky, 1997, S. 192).

Lösungsansätze, die umgesetzt wurden, um die Fehlerquellen bei der Befragung so weit wie möglich zu reduzieren, waren der Aufbau von *Vertrauen* sowie *interkulturelle Kompetenzen*, entsprechendes *Fachwissen* und *Empathie* der Interviewerin. Die Möglichkeit der schriftlichen Kommunikation und somit eine breitere sprachliche Basis wurde dadurch erreicht, dass der deutsche Fragebogen von Laien-Übersetzer/innen in fünf weitere Sprachen (englisch, französisch, türkisch, albanisch und arabisch) übersetzt wurde. Dabei wurden die vorliegende englische und französische Version des SOC-Fragebogens verwendet (Saboga Nunes, 2005; Dumont, 2003, Abschnitt 4). Die Arbeit mit professionellen Übersetzer/innen kam aus Kostengründen nicht in Frage, die Laien-Übersetzer/innen waren bis auf eine Ausnahme Immigrant/innen und Muttersprachler/-innen. So verstanden kurdische Flüchtlinge aus der Türkei und dem Irak den Fragebogen in türkischer Sprache und fast alle Flüchtlinge aus den ehemaligen Kolonien (Indien, Pakistan, afrikanische Länder) sprachen genügend englisch oder französisch.

Dennoch waren nur wenige Personen in der Lage, den Fragebogen selbständig auszufüllen. Die Gründe dafür waren neben den sprachlichen Herausforderungen, dass rund ein Drittel der Befragten nur wenig formale Bildung erfahren hatte (zwischen 0 und 8 Jahre Schulbildung) und sehr vielen ein linear-logisches Denken eher fremd war, welches für das Verstehen der bipolaren Likert-Skala und der doppelten Verneinungen im SOC-Fragebogen erforderlich ist. So wurde die Befragung überwiegend in Form von *persönlichen Interviews* auf Deutsch, Englisch oder Französisch durchgeführt. Für weitere Sprachen wurden aus Kosten- und

Organisationsgründen bei etwa 10 Interviews (16%) *Laien-Dolmetscher/innen* hinzugezogen. Diese Laien-Dolmetscher/innen waren ebenfalls Flüchtlinge aus der Unterkunft und Angehörige oder Landsleute der Befragten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Fehlerquellen bei der Befragung von Flüchtlingen vielfältig und groß sind. Es gibt eine Reihe von realisierbaren Möglichkeiten, um die Gefahr von Fehlern zu verringern. Diese Möglichkeiten wurden bei der Befragung umgesetzt.

2.5. Auswertung

Alle Auswertungen wurden mittels der Statistik-Software SPSS 15.0 für Windows durchgeführt. Die Hypothese, dass die spezifische Gruppe der Asylbewerber/innen ein unterdurchschnittliches Kohärenzgefühl aufweist, wurde mittels des t-Tests für einzelne Stichproben geprüft. Getestet wurde gegen den von Schumacher et al. gefundenen mittleren SOC-Wert von 65,17 (Schumacher et al., 2000, S. 472, 477). Hierfür wurde ein Signifikanzniveau von $p=0,05$ festgelegt.

Die Untersuchung hatte ansonsten einen explorativen Charakter, die dabei beobachteten beachtenswerten Einzelbefunde sind im Ergebnisteil (siehe Punkt 3) aufgeführt. Aufgrund dieser Einzelergebnisse ergaben sich einige bemerkenswerte Unterschiede von SOC-Mittelwerten bei Teilgruppen innerhalb der befragten Stichprobe. Diese Mittelwerte wurden teilweise nach Dichotomisierung der ursprünglich ordinal skalierten Variablen aufgrund der kleinen Stichprobengröße mittels des t-Tests für unabhängige Stichproben 2-seitig geprüft, um eine gewisse Einschätzung der Rolle des Zufallsfehlers zu ermöglichen. Der t-Test wurde nach der Prüfung mittels Levine-Test unter der Annahme gleicher Varianzen durchgeführt. Da diese t-Tests nicht hypothesengeleitet erfolgten, wurde kein Signifikanzniveau festgelegt.

3. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse beschrieben. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die einzelnen Ergebnisse: SOC-Mittelwerte von verschiedenen, z.T. dichotomisierten Teilgruppen, bestehende Zusammenhänge (P), berechnet mittels t-Test für unabhängige Stichproben bei Varianzgleichheit (Levine), und die jeweiligen Gruppengrößen (n).

Tabelle 1: Übersicht über die Ergebnisse

Merkmal	Kategorie	n	SOC	P
Asylsuchende	gesamte Gruppe	62	49,6	
Geschlecht	Frauen	10	46,1	0,246
	Männer	52	50,3	
Alter	18-23 Jahre	12	52,6	
	24-29 Jahre	21	50,1	
	30-35 Jahre	13	50,8	
	36-41 Jahre	8	47,4	
	>=42 Jahre	8	44,0	
Bildung	keine Schulbildung	5	36,8	

	1-4 Jahre	4	42,8	
	5-8 Jahre	16	50,2	
	9-12 Jahre	19	52,7	
	>=13 Jahre	15	51,2	
Bildung (dichotomisiert)	0-4 Jahre	9	39,4	0,001
	>=5 Jahre	50	51,4	
Arbeitssituation	keine Arbeit	21	45,0	
	gemeinnützige Arbeit	26	51,1	
	Arbeit auf dem freien Markt	15	53,3	
Arbeitssituation (dichotomisiert)	Arbeit	41	51,9	0,012
	keine Arbeit	21	45,0	
Religion	Christen	15	48,3	0,948
	Moslems	38	48,5	
	Hindus	2	49,5	
	Sikhs	4	58,0	
	Atheisten	3	59,0	
Herkunftsland bzw. -kontinent	Afrika	20	49,3	
	Türkei	13	43,5	
	Irak	12	56,4	
	Kosovo	6	45,2	
	Indien	6	55,2	
	Pakistan	3	49,0	
Subjektives Wohlbefinden (Zeitpunkt im Heimatland)	sehr gut - gut	7	61,4	<0,001
	schlechter	55	48,1	
Subjektive Gesundheit (Zeitpunkt der Befragung)	ganz - einigermaßen gesund	21	55,0	0,003
	schlechter	41	46,8	
Chronische Erkrankung	nein	35	52,6	0,008
	ja	27	45,7	
Einnahme von Medikamenten	nein	39	52,4	0,004
	ja	21	44,4	

3.1. Ergebnisse zum SOC-Wert

Die siebenstufige Likert-Skala des 13-Item SOC-Fragebogens führt zu einem maximal möglichen Range der SOC-Werte von 13 bis 91. In der vorliegenden Untersuchung liegt der mittlere SOC-Wert bei 49,6 (Range 19-68), die Verteilung ist zweigipflig (vgl. Abb. 1).

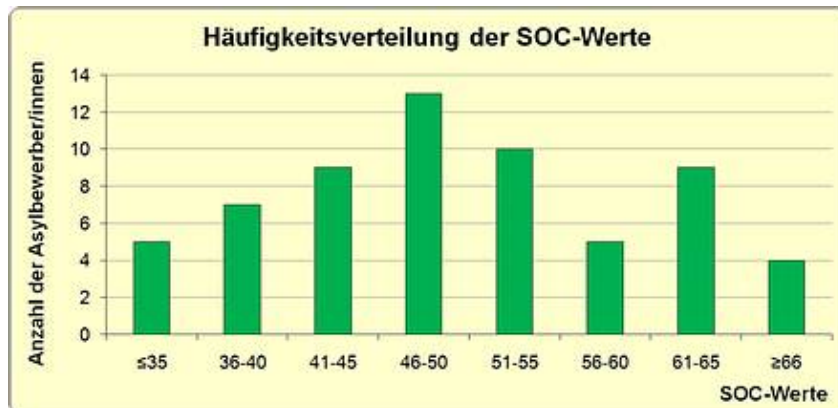


Abbildung 1: Häufigkeitsverteilung der SOC-Werte

3.2. Zusammenhänge zwischen SOC und soziodemographischen Faktoren

Bei der explorativen Auswertung zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl und verschiedenen soziodemographischen Faktoren.

Hinsichtlich des *Geschlechts* fällt auf, dass bei den Frauen der Stichprobe der SOC-Durchschnitt von 46,1 geringer ist als der mittlere SOC-Wert der Männer, welcher bei 50,3 liegt.

Zwischen mittleren SOC-Werten und verschiedenen *Alterskategorien* zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang. Danach sinkt das Kohärenzgefühl mit zunehmendem Alter.

Die durchschnittlichen SOC-Werte steigen mit zunehmender *Bildung*. Die Gruppe der Personen, die nie eine Schule besucht haben, hat dabei den geringsten SOC-Durchschnitt (36,8). Die Gruppe der Flüchtlinge, welche zwischen 9 und 12 Jahren zur Schule gegangen sind, hat den höchsten SOC-Mittelwert (52,7). In Abbildung 2 sind die Ergebnisse eines Teilgruppenvergleichs nach Dichotomisierung bei einer Schulbildung von 4 Jahren dargestellt.

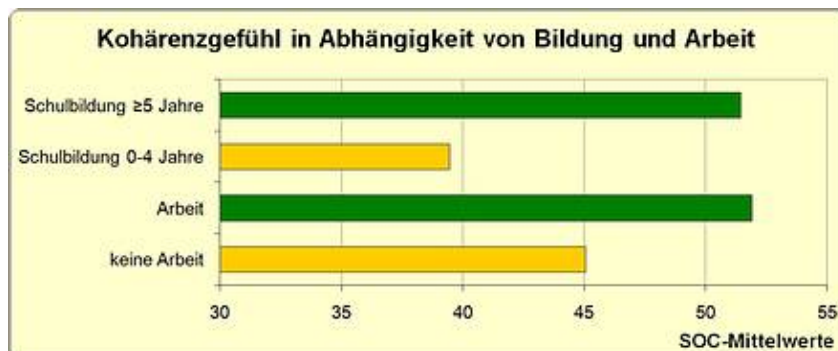


Abbildung 2: Kohärenzgefühl in Abhängigkeit von Bildung und Arbeitssituation

Personen ohne *Arbeit* haben einen sehr geringen SOC-Mittelwert von 45,0. Asylsuchende, die gemeinnützig arbeiten, haben einen SOC-Durchschnitt von 51,1, und die Befragten, die mit einer Arbeitserlaubnis auf dem

freien Arbeitsmarkt tätig sind, haben den höchsten SOC-Mittelwert von 53,3. Bei Dichotomisierung in die Gruppe der Flüchtlinge mit Arbeit gegenüber der Gruppe ohne Arbeit findet sich ein deutlicher Zusammenhang.

Für Asylsuchende aus verschiedenen *Nationen bzw. Kontinenten* ergeben sich unterschiedliche SOC-Mittelwerte: für Afrika 49,3; für die Türkei 43,5; für den Irak 56,4; für das Kosovo 45,2; für Indien 55,2 und für Pakistan 49,0.

Bezüglich der *Weltreligionen* Christentum, Islam und Hinduismus zeigen sich keine größeren Unterschiede der mittleren SOC-Werte, sie liegen für Christen bei 48,3, für Moslems bei 48,5 und für Hindus bei 49,5. Deutlich höher sind die SOC-Mittelwerte von Sikhs (58,0) und Atheisten (59,0).

Zwischen der Nutzungshäufigkeit der Angebote einer Sozial-Beratungsstelle innerhalb der Gemeinschaftsunterkunft und dem SOC besteht kein Zusammenhang.

3.3. Zusammenhänge zwischen SOC und gesundheitlichen Faktoren

Weitere Zusammenhänge zeigen sich bei der explorativen Auswertung zwischen SOC und gesundheitlichen Faktoren (vgl. Tabelle 1 und Abbildung 3).



Abbildung 3: Kohärenzgefühl in Abhängigkeit von subjektivem Wohlbefinden, subjektiver Gesundheit, chronischen Erkrankungen und Einnahme von Medikamenten

Zwischen SOC und *subjektivem Wohlbefinden* zeigt sich der deutlichste Zusammenhang für den Zeitpunkt im Heimatland. Die Personen, die sich im Heimatland gut oder sehr gut fühlten, haben in der Befragung den mit Abstand höchsten SOC-Mittelwert von 61,4. Für einen Teilgruppenvergleich wurde die Stichprobe bei einem guten bis sehr guten Gefühl im Heimatland dichotomisiert.

Zusammenhänge zwischen SOC und *subjektivem Gesundheitszustand* zeigen sich vor allem für den Zeitpunkt der Befragung in Deutschland. Personen, die sich zu diesem Zeitpunkt einigermaßen gesund oder ganz gesund fühlten, haben einen SOC-Durchschnitt von 55,0. Hingegen haben die Flüchtlinge, die sich zum Befragungszeitpunkt krank oder sehr krank fühlten (n=15) nur einen mittleren SOC von 44,1. Die

Unterschiede zeigen sich auch im Teilgruppenvergleich nach Dichotomisierung bei einigermäßen bis sehr gesund .

Zwischen SOC und Angaben zu *chronischen Erkrankungen* bestehen ebenfalls Zusammenhänge. Personen, die angeben, nicht chronisch krank zu sein, haben einen mittleren SOC-Wert von 52,6. Demgegenüber beträgt der SOC-Durchschnitt der chronisch Kranken 45,7.

Auch die Ergebnisse zur regelmäßigen *Einnahme von Medikamenten* stehen im Zusammenhang mit dem Kohärenzgefühl. Die Gruppe von Flüchtlingen, die nicht regelmäßig Medikamente einnimmt, hat einen durchschnittlichen SOC-Wert von 52,4. Die Personen, die hingegen angeben, regelmäßig ein oder mehrere Medikamente einzunehmen, haben einen Durchschnitts-SOC von nur 44,4.

4. Diskussion

Der hier vorliegende SOC-Mittelwert der Asylbewerber/innen von 49,6 ist deutlich niedriger als der von Schumacher et al. in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung mit einer Stichprobengröße von 2005 Personen gefundene mittlere SOC-Wert von 65,17 (Schumacher et al., 2000, S. 472, 477). Der Unterschied zwischen dem mittleren SOC-Wert bei den befragten Asylbewerber/innen und diesem für Deutschland repräsentativen Wert ist hochsignifikant ($p < 0,0001$). Hannöver et al. untersuchten 4002 Personen deutscher Staatsangehörigkeit und stellten dabei einen Mittelwert von 70 als deutschen Normwert heraus (Hannöver et al., 2004, S. 183). Nur bei vier Personen der vorliegenden Stichprobe liegt der SOC-Wert über dem von Schumacher et al. gefundenen Mittelwert und ausnahmslos alle hier befragten Flüchtlinge liegen mit ihren SOC-Werten unter dem von Hannöver et al. gefundenen deutschen Norm-Mittelwert. Dies scheint für die eingangs aufgestellte Hypothese, dass das Kohärenzgefühl von Asylbewerber/innen aufgrund ihrer vielschichtigen Problemlagen sehr unterdurchschnittlich ist, zu sprechen.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede der mittleren SOC-Werte entsprechen den Ergebnissen anderer Studien (vgl. Bengel et al., 2001, S. 50-51; Franke, 1997, S. 180). Aufgrund der geringen Anzahl an befragten Asylbewerberinnen kann dieses Ergebnis jedoch zufallsbedingt sein.

Die gefundenen Zusammenhänge zwischen SOC und Alter scheinen Antonovskys Annahme, dass ein schwaches Kohärenzgefühl im Laufe des Erwachsenenlebens eher noch weiter sinkt, zu stützen (Antonovsky, 1997, S. 116-117). Da es sich bei dieser Studie um eine Querschnittsuntersuchung und nicht um eine Längsschnittstudie handelt, können mit den vorliegenden Ergebnissen jedoch keine Aussagen über die individuellen Entwicklungsverläufe des Kohärenzgefühls getroffen werden.

Die gefundenen Zusammenhänge des Kohärenzgefühls mit Bildungsniveau und Arbeitssituation scheinen zu bestätigen, dass Bildung einen Einfluss sowohl auf die SOC-Komponenten der Verstehbarkeit und Bedeutsamkeit als auch auf die Komponente der Handhabbarkeit haben kann, da Bildung in der Regel Chancen und Möglichkeiten im Berufsleben erhöht. Auch für Antonovsky ist das Berufsleben der prägendste Bereich für die Stärke des Kohärenzgefühls (a.a.O., S. 106-113). Einen Zusammenhang zwischen SOC und Bildung finden auch Gunzelmann et al. in einer Studie zum Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Je höher das Bildungsniveau, desto höher das Kohärenz erleben (Gunzelmann et al., 2000, S. 15).

Antonovsky geht davon aus, dass unterschiedliche Kulturen prototypische Erfahrungsmuster schaffen und einem ausgeprägten Kohärenzgefühl nicht gleich dienlich sind (Antonovsky, 1997, S. 92-95). Auch diese Annahme scheint sich mit den vorliegenden Ergebnisse zu bestätigen, da sich Unterschiede in den SOC-Mittelwerten von Teilgruppen aus verschiedenen Nationen zeigen, die jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße einer genaueren Überprüfung bedürfen.

Hinsichtlich der Religion deuten die vorliegenden Ergebnisse darauf hin, dass die großen Weltreligionen anders als nationale bzw. kulturelle Prägungen das Kohärenzerleben nicht unterschiedlich beeinflussen. Die vorliegenden Ergebnisse lassen jedoch vermuten, dass manche Glaubensrichtungen bzw. Ideologien einem starken Kohärenzgefühl dienlicher sein könnten als andere. Diese Annahme könnte als Anregung für weitere Forschungen dienen: Es wäre interessant, in großen, internationalen Stichproben zu überprüfen, ob es Religionen, Weltanschauungen oder Ideologien gibt, die für ein starkes Kohärenzgefühl förderlicher sind als andere.

Dass kein Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und der Frequentierung der Angebote einer Sozial-Beratungsstelle besteht, entspricht Antonovskys Annahme, dass es nicht möglich ist, vom Kohärenzgefühl auf das Verhalten von Menschen zu schließen (Antonovsky, 1997, S. 166-167).

Die Zusammenhänge zwischen SOC und Variablen der Gesundheit scheinen die Theorie von Antonovsky und darüber hinaus auch die oben aufgestellte Annahme, dass Gesundheit bei der Untersuchung des Kohärenzgefühls ganzheitlich betrachtet werden sollte, zu stützen. Der mittlere SOC-Wert von Personen, die sich im Heimatland gut oder sehr gut fühlten (61,4) liegt nur wenig unter den von Schumacher et al. gefundenen Norm-Mittelwerten der deutschen Bevölkerung (Schumacher et al., 2000, S. 472, 477). Die hier vorliegenden Ergebnisse deuten darauf hin, dass Asylsuchende, deren subjektives Wohlbefinden im Heimatland gut oder sehr gut war und die beispielsweise nur aufgrund eines einzigen einschneidenden Ereignisses die Flucht ergriffen zum Zeitpunkt der Befragung in Deutschland eher über ein starkes Kohärenzgefühl verfügten. Dies entspricht Antonovskys Annahme, dass ein starkes Kohärenzgefühl im Lebensverlauf relativ stabil bleibt (Antonovsky, 1997, S. 114-116).

Insgesamt ist die Stichprobengröße von nur 63 Asylsuchenden sehr gering. Alle Befragten lebten in einer Gemeinschaftsunterkunft in Baden-Württemberg und es konnten nicht alle Bewohner/innen der GU interviewt werden. Darüber hinaus war die Stichprobe hinsichtlich der Geschlechterverteilung sowie der Nationalitäten, Volks- und Religionszugehörigkeiten sehr inhomogen, so dass die Ergebnisse einiger sehr kleiner Teilgruppen praktisch keine Aussagekraft mehr haben, wie z.B. die SOC-Mittelwerte von Hindus, Sikhs und Atheisten. Dennoch können sie einen Impuls für weiterführende wissenschaftliche Forschungen geben.

Die von Wesselmann et al. (2004, S. 50) beschriebene Hilfsbereitschaft und das Vertrauen zwischen den Befragten und den Laien-Dolmetscher/innen konnten bei der Datenerhebung bestätigt werden. Die sprachlichen und kulturellen Herausforderungen sowie der Einsatz von Laien-Übersetzer/innen und Laien-Dolmetscher/innen können zu Verfälschungen in der Beantwortung der Fragen geführt haben. Trotz dieser Herausforderungen in der Kommunikation, des geringen Stichprobenumfangs, der Begrenzung der Stichprobe auf eine Gemeinschaftsunterkunft und des geringen Frauenanteils scheinen die Ergebnisse dieser Studie im Einklang mit Antonovskys Annahmen zu stehen. Der 13-Item SOC-Fragebogen konnte somit in einer transkulturellen, überwiegend kollektivistisch geprägten Stichprobe angewendet werden. Die Ergebnisse der Befragung scheinen die Annahme der transkulturellen Gültigkeit des Salutogenese-Konzepts zu stützen. Weiterführende Untersuchungen sind jedoch erforderlich.

5. Fazit

Die Untersuchung dieser extrem belasteten Gruppe hat zu Ergebnissen geführt, die mit vielen Teilhypothesen von Antonovskys Salutogenese-Konzept übereinstimmen. Die Methoden zur interkulturellen Kommunikation und zur Überwindung von Sprachbarrieren scheinen sich bewährt zu haben und können für die berufliche Praxis der helfenden Professionen und für die praxisorientierte Forschung empfohlen werden. Insgesamt sprechen die Ergebnisse für die Fundiertheit und den Facettenreichtum des Salutogenese-Konzepts. Darüber hinaus vermitteln sie einen Einblick in die psychosoziale und gesundheitliche Lage von Asylsuchenden in Deutschland und können zu weiterer Forschung anregen. Es wäre wünschenswert, die Ergebnisse in größeren,

repräsentativen Stichproben mit professionell übersetzten, kulturvergleichend evaluierten Instrumenten zu überprüfen. Auch eine Ausweitung der Anwendung des Salutogenese-Konzepts in der psychosozialen und gesundheitsfördernden Arbeit mit Asylsuchenden ist wünschenswert. Besonders interessant wäre es, zu überprüfen, ob das Kohärenzgefühl und der Gesundheitszustand von Asylsuchenden durch eine gezielte Förderung in den Bereichen Bildung und Arbeit gestärkt werden können.

Literatur

Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt-Verlag.

Beauftragte der Bundesregierung für Ausländerfragen (2002). Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Ausländerfragen über die Lage der Ausländer in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Bonn.

Bengel, B., Strittmatter, R. & Willmann, H. (Hrsg.) (2001). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Borde, T. (2003). Patientinnenerwartungen und -zufriedenheit im interkulturellen Vergleich. Ergebnisse der Berliner Migrantinnenstudie. Dokumentation der Fachtagung Frauen - Migration - Gesundheit, 22. Mai 2003. Heidelberg: Arbeitskreis Migration und Gesundheit Rhein-Neckar-Kreis.

Classen, G. (2005). Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge. Grundlagen für die Praxis. Hildesheim: Pro Asyl.

Collatz, J. (1997). Multikulturalität und Gesundheit. In G. Homfeldt & B. Hünersdorf (Hrsg.), Soziale Arbeit und Gesundheit (S. 91-117). Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand Verlag.

David, M., Borde, T. & Kentenich, H. (Hrsg.) (1998). Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Dumont, C. (2003). L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme cranio-cérébral. ANNEXE G Les outils de la collecte de données [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.theses.ulaval.ca/2003/21106/aph.html> [24.08.2005].

Eriksson, M. (2007). Unravelling the mystery of salutogenesis. The evidence base of the salutogenic research as measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale. Helsinki, Turku: Abo Akademis Tryckeri.

Franke, A. (1997). Vorwort zur deutschen Ausgabe. Über den Autor. Zum Stand der konzeptionellen und empirischen Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In A. Antonovsky, Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (S. 11-13 und S. 169-188). Tübingen: dgvt-Verlag.

Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.) (1993). Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: dgvt-Verlag.

Gunzelmann, T., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). Das Kohärenzgefühl bei älteren Menschen: Zusammenhänge mit der subjektiven Gesundheit und körperlichen Beschwerden. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. Heft 48. S. 145-165. Verfügbar unter: <http://www.springerlink.com/index/PQ5H898FP77WFMHH.pdf> [17.08.2005].

Gutteta, T. (2002). Wahrnehmung und Erzählverhalten von Patienten aus einem Entwicklungsland bei Helfern eines Industrielandes. In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 31-43). Berlin. Heidelberg: Springer.

Hannöver, W., Michael, A., Meyer, C., Rumpf, H.-J., Hapke, U. & John, U. (2004). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. Ergänzungen zu den deutschen Normwerten aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 54, S. 179-186.

Huber, A. (1998). Vertrauen, das gesund erhält. Warum manche Menschen dem Stress trotzen. *Psychologie Heute*, Jg. 02/98, S. 51-57.

Hutter, F.-J., Mihr, A. & Tessmer, C. (Hrsg.) (1999). *Menschen auf der Flucht*. Opladen: Leske + Budrich Verlag.

Jork, K. & Peseschkian, N. (2003). *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden gesund bleiben*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber.

Krones, T. (2001). Nationalität, Migration und Gesundheitszustand. In A. Mielck & K. Bloomfield (Hrsg.), *Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Gesundheitsforschung* (S. 95-106). Weinheim/München: Juventa.

Mohammadzadeh, Z., Özkan, I., Wirtgen, W. & Zenker, H.-J. (2003). Gesundheit und Integration, Gesundheit durch Integration. In *Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration* (Hrsg.), *Gesunde Integration* (S. 118-126). Berlin: Bundesregierung.

Pourgholam-Ernst, A. (2002). *Das Gesundheitserleben von Frauen aus verschiedenen Kulturen. Frauen und Gesundheit: Eine empirische Untersuchung zum Gesundheitserleben ausländischer Frauen in Deutschland aus salutogenetischer Sicht*. Münster: Telos Verlag.

Psychologische Ambulanz für Flüchtlinge (2004). *Jahresbericht, Dezember 2003 – November 2004. Erforschung, Integration und Dissemination wissenschaftlicher Erkenntnisse der Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Menschenrechtsarbeit bei Überlebenden von Folter, Vergewaltigung, Krieg und Terror*. Konstanz: Universität Konstanz und vivo international.

Rohr, E. & Jansen M.-M. (Hrsg.) (2002). *Grenzgängerinnen. Frauen auf der Flucht, im Exil und in der Migration*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Saboga Nunes, L. A. (2005). S.O.C. Orientation to Life Questionnaire. By Aaron Antonovsky, The Sense of Coherence Quest [Internet]. Verfügbar unter: <http://www.angelfire.com/ok/soc/q-i.html> [19.07.2005].

Salman, R. (2000). Der Einsatz von (Gemeinde-)Dolmetschern im Gesundheitswesen als Beitrag zur Integration. In J. Gardemann, W. Müller & A. Remmers (Hrsg.), *Migration und Gesundheit, Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Berichte und Materialien, Band 17*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen.

Schumacher, J., Wilz, G., Gunzelmann, T. & Brähler, E. (2000). Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky. Testatische Überprüfung in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe und Konstruktion einer Kurzsкала. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Jg. 50, S. 472-482.

Sejdijaj, D., Younansardaroud, H. & Wegener, A. (2002). Dolmetschen im BZFO. In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (S. 45-56). Berlin. Heidelberg: Springer.

Ubben, C. (2001). Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz. Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Oldenburg: BIS-Verlag.

Udris, I. & Rimann, M. (2000). Das Kohärenzgefühl: Gesundheitsressource oder Gesundheit selbst? In H. Wydler, P. Kolip & T. Abel (Hrsg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts (S. 129-147). Weinheim, München: Juventa.


Wesselmann, E., Lindemeyer, T. & Lorenz, A. (2004). Wenn wir uns nicht verstehen, verstehen wir nichts. Übersetzungen im Krankenhaus. Der hausinterne Dolmetscherdienst. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Winkler, G. (2003). Ernährungssituation von Migranten in Deutschland was ist bekannt? Teil 1: Gesundheits- und Ernährungssituation. Ernährungs-Umschau, Jg. 50, Heft 5, S. 170 ff.

Autor/innen

Kontaktadresse:

Anke Bay

Hochschule Ravensburg-Weingarten
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Postfach 1261
D-88241 Weingarten
 bay@bitte-keinen-spam-hs-weingarten.de

Anke Bay, Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialpädagogin (FH), Aufbaustudium Psychologie, Akademische Mitarbeiterin der Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege, Hochschule Ravensburg-Weingarten. Lehre interkulturelle Mediation, Projektleitung PAL-Projekt für partnerschaftliches, interkulturelles Lernen, Unterstützung des Auslandsbeauftragten der Fakultät.

Magdalene Beck, Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialpädagogin (FH), zurzeit Familienphase.

Irmgard Teske, Diplom-Psychologin, Professorin an der Hochschule Ravensburg-Weingarten für Psychologie, Methoden der Sozialen Arbeit, Arbeit mit Ehrenamtlichen / Bürgerschaftlich Engagierten, Arbeit mit Familien insbesondere Familienbildung; Gleichstellungsbeauftragte.

Bertram Szagun, Dr. med., Master of Public Health (MPH), Professor für Gesundheit / Public Health an der Hochschule Ravensburg-Weingarten; Studiendekan des Master-Studiengangs Gesundheitsförderung. Studium der Humanmedizin in Göttingen und Tübingen, Promotion an der Universität Tübingen. Assistenzarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen. Arzt im Gesundheitsamt Rems-Murr-Kreis begleitet durch Aufbaustudium Gesundheitswissenschaften in Ulm, stellvertretende Leitung des Gesundheitsamts Bodenseekreis.