



Gisela Hermes

Zur Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls (SOC) bei Menschen mit Multipler Sklerose (MS) – eine Pilotstudie am Beispiel des Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV

Vorbemerkung

Die vorliegende Pilotstudie befasst sich mit einer Frage in der Gesundheitsforschung, der bislang erst wenig untersucht wurde: Kann es durch eine gezielte Intervention bei chronisch kranken Menschen zu einer (positiven) Veränderung des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC, nach ANTONOVSKY 1997) kommen? Die Untersuchung dazu erfolgte am Beispiel eines neu entwickelten Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV, das in den Jahren 2007 und 2008 mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt werden konnte.

Leider waren die Rahmenbedingungen für die Studie in finanzieller Hinsicht sehr bescheiden, das heißt, eine wissenschaftliche Begleitung in einem umfassenden Sinne war nicht möglich, da lediglich das Training finanziell gefördert wurde. Um unter diesen Umständen in einem überschaubaren Zeitraum zu seriösen Ergebnissen zu kommen, habe ich mich auf bereits vorliegende Texte gestützt: H.- Günter Heiden M.A., der die Koordination des Empowerment-Trainings bei der Stiftung LEBENSNERV inne hatte, hat die Teile zur Darstellung der Multiplen Sklerose und des Empowerment-Trainings beigesteuert, und die Datenerhebung als solche erfolgte durch Dr. Carsten Rensinghoff von der Universität Marburg.

Diesen beiden Personen gilt mein Dank, denn ohne eine solche „Arbeitsteilung“ wäre die wissenschaftliche Bearbeitung für mich nicht möglich gewesen.

Hildesheim, im Oktober 2008
Prof. Dr. Gisela Hermes

1. Einleitung.....	4
1.1 Anstoß aus der Ausbildung von BeraterInnen.....	4
1.2 Curriculumentwicklung für ein Empowerment-Training	4
2. Multiple Sklerose und Empowerment.....	6
2.1 Multiple Sklerose (MS)	6
2.1.1 Medizinische Fakten zur Multiplen Sklerose.....	6
2.1.2 Prävalenz, Inzidenz und Behandlungsmöglichkeiten.....	6
2.1.3 Psychosoziale Aspekte der Erkrankung an MS	7
2.2 Das Empowerment-Konzept: Inhalt und Bedeutung	8
2.2.1 Das Empowerment-Konzept in der Mitte des 20. Jahrhunderts	8
2.2.2 Die Grundlegung in der Sozialen Arbeit durch Julian Rappaport	9
2.2.3 Die Rezeption des Empowerment-Konzeptes in Deutschland	9
2.2.4 Aktuelle Anwendungsfelder des „Empowerment-Konzeptes“	10
2.2.5 Verwandte Begriffe und Konzepte	11
2.3 Das Empowerment-Training der Stiftung LEBENSNERV	12
3. Salutogenese und Kohärenzgefühl.....	13
3.1 Das Salutogenese-Konzept bei Antonovsky	13
3.1.1 Die Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes	13
3.1.2 Das Kohärenzgefühl und seine drei Komponenten	14
3.1.3 Zur Dynamik des Kohärenzgeföhls.....	14
3.2 Der SOC-Fragebogen im Spiegel der Forschung	15
4. Durchführung als Pilotstudie.....	18
4.1 Begrenzung des Ansatzes	18
4.2 Forschungsfragestellungen und forschungsmethodisches	19
Design	
5. Datenerhebung zum SOC zu Beginn des Empowerment-Trainings.....	20
5.1 Vorbemerkung	20
5.2. Datenerhebung - Trainingsgruppe (Beginn des Trainings)	20
5.2.1 Komponente „Verstehbarkeit“	21
5.2.2 Komponente „Handhabbarkeit“	21
5.2.3 Komponente „Bedeutsamkeit“	22
5.2.4 Gesamt-SOC	23
5.3 Datenerhebung - Kontrollgruppe (Beginn des Trainings).....	25
5.3.1 Komponente „Verstehbarkeit“	25
5.3.2 Komponente „Handhabbarkeit“	25
5.3.3 Komponente „Bedeutsamkeit“	26
5.3.4 Gesamt-SOC	27
6. Auswertung des SOC nach dem Empowerment-Training und Vergleich mit dem SOC vor dem Empowerment-Training.....	29
6.1 Datenerhebung Trainingsgruppe (nach Abschluss)	29
6.1.1 Komponente „Verstehbarkeit“	29
6.1.2 Komponente „Handhabbarkeit“	30
6.1.3 Komponente „Bedeutsamkeit“	30
6.1.4 Gesamt-SOC	31
6.2 Datenerhebung Kontrollgruppe (nach Abschluss).....	32
6.2.1 Komponente „Verstehbarkeit“	32
6.2.2 Komponente „Handhabbarkeit“	33
6.2.3 Komponente „Bedeutsamkeit“	34
6.2.4 Gesamt-SOC	35
7. Diskussion der Ergebnisse.....	37
7.1 Erste Fragestellung: Erhöhte Kohärenz durch ein Training?.....	37

7.2 Zweite Fragestellung: Profitieren TN mit hohem SOC mehr?	39
7.3 Ausblick.....	40
8. Literatur.....	41

1. Einleitung

Die Stiftung LEBENSNERV wurde 1991 als psychosomatisch orientierte Selbsthilfeorganisation im Bereich der Multiplen Sklerose (MS) von zwei MS-betroffenen Frauen gegründet. Die Stiftung mit Sitz in Berlin versteht sich als Anschub- und Koordinationsstelle, die die Betrachtung psychosomatischer Aspekte bei MS vorantreibt und die ganzheitliche Sicht der Erkrankung an MS sowie die Eigenverantwortung der Betroffenen fördert. Neben den drei Leitgedanken der Stiftung „Selbsthilfe“ – „Ganzheitlichkeit“ – „Eigenverantwortung“ stehen Empowerment der Betroffenen, eine ressourcenorientierte Sichtweise und eine salutogenetische Perspektive im Mittelpunkt der Arbeit (LEBENSNERV o.J.).

1.1 Anstoß aus der Ausbildung von BeraterInnen

Die Stiftung hat von 2002 – 2005 ein mehrjähriges Projekt zur Weiterbildung von MS-Betroffenen zu Peer-CounselorInnen (Beratung von Betroffenen durch Betroffene) durchgeführt (vgl. ARNADE/HEIDEN/KADAUKE, S.8 ff). Innerhalb dieses Projekts haben die angehenden Peer-CounselorInnen vor allem die Grundlagen einer klientenzentrierten Beratung erlernt. Außerdem haben sie sich mit ihrer Krankheit auseinander gesetzt, die Philosophie der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung kennen gelernt und durch die Rollenvorbilder der betroffenen AusbilderInnen praktisch von Möglichkeiten der Selbsthilfe und Selbstvertretung erfahren.

Neben einem Zugewinn an Beratungsqualifikation war jedoch ein unerwarteter „Nebeneffekt“ der Weiterbildung zu beobachten: Die Summe der Erfahrungen haben die Eigenwahrnehmung der KursteilnehmerInnen nachhaltig verändert: Sie haben sich von „Menschen mit einem Defizit“ zu „Menschen, die auch mit MS leben“ (vgl. LEBENSNERV 2006c) entwickelt. Bei der Erkrankung werden nun (unter einem ganzheitlichen Blickwinkel) sowohl die Einschränkungen als auch auf anderen Ebenen ein Zugewinn an Ressourcen wahrgenommen.

Durch die neuen Erfahrungen und verinnerlichten Sichtweisen haben die angehenden Peer-CounselorInnen auch gelernt, eigenverantwortlich ihr Leben mit der Erkrankung innerhalb gegebener Grenzen zu gestalten und für ihr selbstbestimmtes Leben einzutreten. Damit war für sie ein erheblicher Zugewinn an Lebensqualität verbunden (ebd.).

1.2 Curriculumentwicklung für ein Empowerment-Training

Die beschriebenen positiven „Nebeneffekte“ der Peer-Counseling-Schulung waren Anlass für die Stiftung, die Stärkung von Selbsthilfepotenzialen und Handlungskompetenzen gezielt für eine größere Zielgruppe zu erschließen. Deshalb wurde Ende 2005 / Anfang 2006 mit Hilfe einer Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein Curriculum mit dem Titel „**Meine**Stärken entdecken!“ für ein Empowerment-Training speziell für MS-Betroffene entwickelt (LEBENSNERV 2006a, s. dazu auch den gesonderten Punkt 2.3).

Während bei einer Peer-Counseling-Weiterbildung eine strenge Personenauswahl unter dem Aspekt der Eignung für eine späteren Beratungstätigkeit vorgenommen werden muss, können an Empowerment-Trainings alle Menschen mit MS teilnehmen und davon möglicherweise profitieren, da durch die gezielte Intervention die Erfahrung einer veränderten Eigenwahrnehmung und das Ziel einer selbstbestimmten Lebensgestaltung möglich gemacht wird - verbunden mit einer Stärkung von Selbstvertretungs- und Selbsthilferessourcen.

Bevor wir in dieser Studie betrachten, inwieweit es ein messbares Ergebnis in Folge der Empowermentinterventionen gegeben hat, sollen zunächst die Grundlagen der Arbeit dargestellt werden. Dazu gehört ein Blick auf die Erkrankung Multiple Sklerose (MS) und hier vor allem ein Blick auf die psychosozialen Auswirkungen, ferner wird das Empowerment-Konzept skizziert. Da als Messinstrument die SOC-29-Skala nach ANTONOVSKY (1997, S. 192 ff) eingesetzt wird, erfolgt auch ein Abriss über das Konzept der Salutogenese und das Kohärenzgefühl (SOC), in dem auf den derzeitigen Erkenntnisstand zur Frage der Dynamik des SOC eingegangen wird. Danach folgen die Darstellung der Untersuchung sowie die Diskussion der Ergebnisse.

2. Multiple Sklerose und Empowerment

2.1 Multiple Sklerose (MS)

2.1.1 Medizinische Fakten zur Multiplen Sklerose

Die Multiple Sklerose (MS) ist nach Epilepsie die zweithäufigste neurologische Erkrankung (KRÄMER / BESSER, S.17) und trotz intensiver Forschung ist weder die Ursache der MS bekannt noch kann die Krankheit (wissenschaftlich auch „Encephalomyelitis disseminata“) geheilt werden. Von Multipler Sklerose spricht man, wenn sich das Zentralnervensystem an vielen Stellen (lateinisch „multi“ = viele) entzündet hat und diese Entzündungsherde anschließend vernarben (griechisch „skleros“ = hart). Dadurch kann es zu den unterschiedlichsten Symptomen kommen: Bewegungsstörungen, stellenweiser Sensibilitätsverlust, Gleichgewichtsstörungen, schnelle Ermüdbarkeit, Mastdarm-, Blasenstörungen etc. Hinzu kommen oftmals Sehstörungen und Behinderungen des Sprechens.

Die Symptome können je nach dem Ort des Befalls im Gehirn oder Rückenmark sehr unterschiedlich sein. Sie können bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger ausgeprägt sein, anhalten oder bleiben, sich aber auch völlig oder nur teilweise wieder zurückbilden. Die alten Symptome können immer wieder auftreten. Es können neue hinzukommen, dann spricht man von einem „Schub“. Wenn Symptome sich zurückbilden, spricht man von „Remission“.

Der Verlauf der MS ist nicht vorhersehbar. Die Krankheit tritt zumeist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auf (DMSG 2008a) und beginnt bei den meisten Betroffenen (zu ca. 80%) mit Schüben, deren Symptomatik sich anfangs zeitweilig zurückbildet, bei 20% der Betroffenen nehmen die Beschwerden gleichmäßig fortschreitend (progredienter Verlauf) zu (KRÄMER / BESSER, S.98). Bei 30 – 40 Prozent der Betroffenen nimmt die Krankheit einen gutartigen Verlauf, so dass die Betroffenen ein weitgehend „normales“ Leben führen und auch berufstätig sein können (LEBENSNERV, o.J.).

2.1.2 Prävalenz, Inzidenz und Behandlungsmöglichkeiten

Zur Krankheitshäufigkeit (Prävalenz): In der BRD leben nach Angaben der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft (DMSG 2008a) etwa 122.000 Menschen mit MS, wobei Frauen doppelt so häufig wie Männer erkranken. Die Angaben zur Geschlechterverteilung schwanken jedoch zwischen 1,4:1 bis 3:1 (KRÄMER / BESSER, S.22). Hinsichtlich des Schweregrades gibt es keine geschlechtsspezifischen Unterschiede, allerdings weisen Frauen doppelt so häufig wie Männer einen schubförmigen Verlauf auf, Männer häufiger einen chronisch-progredienten Verlauf (ebd.)

Betrachtet man die Prävalenz über Deutschland hinaus, so ist festzustellen, dass MS in sehr unterschiedlicher Häufigkeit auftritt bzw. festgestellt wird (vgl. dazu WAGENER-THIELE, S. 195 ff). So gibt es etwa eine sehr hohe MS-Prävalenz (150 auf 100.000 Einwohner) in Ländern wie Norwegen, Schweden, Irland, Kanada. Eine

mittlere Prävalenz (> 50/100.000) wird für Länder wie Italien, Luxemburg, Spanien oder Neuseeland angegeben, eine geringe Prävalenz (< 50/100.000) für die Türkei, Zypern, Argentinien oder Malta und eine extrem niedrige Prävalenz (< 5/100.000) für Japan oder Südkorea.

Über die Ursachen dieser Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit ist bislang wenig bekannt. Da MS in den europäischen Ländern, den USA und Kanada am häufigsten festgestellt wird, werden Wohlstandstheorien diskutiert, wie Fragen des Klimas, der Umwelt, der Ernährung oder der Bewegung (vgl. WAGENER-THIELE, S. 34 ff oder KRÄMER/BESSER, S. 23 f). Denkbare Faktoren könnten jedoch auch Untererfassungen durch unterschiedlich intensive medizinische Diagnostik sein. Dafür könnte auch die Tatsache sprechen, dass bei bis zu einem von 500 Verstorbenen bei einer mikroskopischen Untersuchung des Nervensystems typische Anzeichen einer MS erkannt wurden, ohne dass eine Diagnose zu Lebzeiten gestellt wurde (MSWEB 2004).

Die Zahl der Neuerkrankungen im Verlauf eines Jahres (Inzidenz) wird nach Angaben der DMSG mit 2.500 (DMSG 2008a) beziffert, nach anderen Quellen wird sie mit 5-6/100.000 für Deutschland angegeben, dies bedeutet, dass es rund 4.500 Neuerkrankungen pro Jahr gäbe (MSWEB 2004).

Zur Behandlung der MS werden aus schulmedizinischer Sicht Medikamente eingesetzt: Bei der Schubtherapie wird in der Regel Kortison verabreicht, in der Langzeitbehandlung zur Immunmodulation wird häufig Interferon-beta eingesetzt (vgl. dazu auch die Behandlungsleitlinien der DMSG 2008b). Fakt ist jedoch (vgl. dazu auch KRÄMER/BESSER S. 159), dass es keine „Wundermittel“ gibt und in der Regel auch Nebenwirkungen auftreten, sodass jede Person mit der Diagnose MS immer vor einer (schweren) individuellen Entscheidung steht, ob sie ein Medikament und wenn ja, welches Medikament sie für welchen Zeitraum nehmen soll (vgl. dazu auch MAIDA, S. 154 ff).

Neben den schulmedizinischen Behandlungsformen werden komplementäre Therapien diskutiert. So werden Methoden empfohlen (MAIDA, S. 201), die die seelischen Kräfte aktivieren und die „Selbstheilung“ fördern, Naturheilverfahren und Naturheilmittel sollten ergänzend zur Schulmedizin eingesetzt werden. Eine wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang (neben Fragen der Ernährung) auch „Wohltuende Lebensweisen“ (WAGENER-THIELE, S. 151 ff), die durch Methoden wie etwa Yoga, Feldenkrais, Psychotherapie, etc. unterstützt werden können.

2.1.3 Psychosoziale Aspekte der Erkrankung an MS

Die MS beginnt meistens im jungen Erwachsenenalter und führt zu einer tiefgreifenden Verunsicherung und Erschütterung der gesamten Identität der Betroffenen (LEBENSNERV o.J.). Verschiedene psychische Veränderungen durch die Erkrankung an MS sind möglich, treten aber durchaus nicht bei allen MS-Betroffenen auf. Viele Betroffene berichten auch über rasche Ermüdbarkeit und vorzeitige Erschöpfung. Leistungen und Arbeiten, die früher ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden konnten, erfordern nach der Erkrankung mehr Kraft. Dies kann zu Unzufriedenheit und Frustration führen und damit unter Umständen in Verzweiflung und Depression münden.

In jüngerer Vergangenheit betonen MS-ForscherInnen, dass das weitverbreitete Klischee nicht zutrifft, charakteristische Störungen bei MS seien Euphorie, Abnahme der Kritikfähigkeit und eine gewisse Distanzlosigkeit. Sie stellen fest, dass es besonders zu Beginn der Erkrankung zu depressiven Zuständen kommen kann, die meist Folge von Schwierigkeiten in Beruf und in zwischenmenschlichen Beziehungen sind. Diese Schwierigkeiten können auf Folgen der Diagnosemitteilung, auf körperliche Beeinträchtigungen und auf die Angst hinsichtlich des weiteren Verlaufs der Erkrankung zurückzuführen sein (vgl. dazu etwa MAIDA, S. 77 ff).

Selten und meist in späteren Krankheitsstadien können auch hirnorganische Veränderungen auftreten, die wiederum Depressionen auslösen können. Einige Autoren (KRÄMER/BESSER, S. 89) weisen außerdem darauf hin, dass die Selbsttötungsrate bei MS im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung um mehr als das Siebenfache erhöht sei.

Andererseits ist jedoch auch zu beobachten, dass viele MS-Betroffene sich psychisch nicht beeinträchtigt fühlen, weil sie entweder durch die MS nicht wesentlich beeinträchtigt sind oder trotz Behinderungen durch die Auseinandersetzung mit dieser Erkrankung gelernt haben, mit den Beeinträchtigungen und Einschränkungen zu leben (LEBENSNERV 2008).

Neuere Forschungsergebnisse (etwa SCHUBERT 1999) sprechen dafür, dass es den Betroffenen zumindest psychisch besser geht, wenn sie selber die Verantwortung für die Gestaltung des Lebens mit der Krankheit übernehmen. Diejenigen, die selber aktiv werden, fühlen sich weniger hilflos und ausgeliefert. Sie entdecken beispielsweise, dass scheinbar gegebene Begrenzungen sich verschieben lassen und dass das Leben mehr ist als MS. Gleichzeitig kann MS dann trotz aller damit verbundenen Einschränkungen und Problemen unter Umständen auch als Bereicherung und Ressource wahrgenommen werden (LEBENSNERV o.J.).

2.2 Das Empowerment-Konzept: Inhalt und Bedeutung

2.2.1 Das Empowerment-Konzept in der Mitte des 20. Jahrhunderts

Das moderne Empowerment-Konzept hat seine Wurzeln in den 50er und 60er Jahren der USA im 20. Jahrhundert. Diese Wurzeln sind

- die Bürgerrechtsbewegung der African Americans
- die zweite Welle der amerikanischen Frauenbewegung
- die Gründung der Independent-Living-Bewegung behinderter Menschen

Die theoretische Untermauerung des Empowerment-Konzeptes und die Zusammenfassung unter einem „definitorischen Dach“ (PANKOFER 2000, S.10) erfolgte im Jahr 1976 durch das Buch der Sozialwissenschaftlerin Barbara B. Solomon: „Black Empowerment: Social Work in oppressed communities“ (SOLOMON 1976).

Unter diesem Dach wurde das Empowermentkonzept auf weitere Bereiche der Gesellschaft ausgeweitet. Es fand besonders Anwendung bei den Teilen der Gesellschaft, die bevormundet, unterdrückt und diskriminiert wurden (und werden). Die Folgen dieser gesellschaftlichen Auseinandersetzungen waren persönliche Emanzi-

pationsprozesse auf der einen Seite und politische Neuerungen (oft in Form von Gesetzen oder Organisationsänderungen) auf der anderen Seite. Empowerment-Prozesse haben also stets eine persönlich-politische Doppel-Wirkung.

2.2.2 Die Grundlegung in der Sozialen Arbeit durch Julian Rappaport

Im Rahmen der 88. Jahresversammlung der American Psychological Association in Montreal am 3. September 1980 hielt der amerikanische Psychologe Julian Rappaport eine Rede, die - neben der Arbeit von Solomon - als Grundlegung des modernen Empowerment-Ansatzes für die Arbeit in Sozial-Zusammenhängen gilt. Sie wurde leider erst fünf Jahre später für eine deutsche Fachzeitschrift übersetzt (RAPPAPORT 1985, S. 257 ff).

Rappaport kritisierte in seiner Ansprache den „Defizit“-Ansatz der professionellen HelferInnen in der amerikanischen Public Health Arbeit, die von der „Bedürftigkeit“ der Betroffenen (behinderte Menschen, psychisch kranke Menschen, etc.) ausging und sie „fürsorglich“ in einer bevormundenden Perspektive, quasi wie „Kinder“ behandelte und mehr oder weniger gut „versorgt“ hat. Er wandte sich aber gegen ein einfaches, entgegengesetztes Modell der „Anwaltschaft“ (im Original „Advocacy“), bei dem wiederum die professionellen HelferInnen die „ExpertInnen“ sind und zu wissen glauben, dass nur die „vollen Bürgerrechte“ das Beste für ihr Klientel seien. Die Bedürftigkeiten der Betroffenen spielten in diesem Konzept keinerlei Rolle mehr. Jedoch „Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist ein grausamer Scherz“ sagt Rappaport (ebd. S. 268).

Er plädiert demzufolge für ein Modell des „Empowerment“, das vom Vorhandensein vieler Fähigkeiten bei den Menschen ausgeht und angebliche Defizite als Ergebnis defizitärer sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen sieht. „Offen gesagt“, so Rappaport, „meine ich, dass es sich um ‚empowerment‘ bei all den Programmen und politischen Maßnahmen handelt, die es den Leuten möglich machen, die Ressourcen, die ihr Leben betreffen, zu erhalten und zu kontrollieren.“ (ebd. S. 272)

In einem späteren Buch schreibt Rappaport: „Empowerment is viewed as a process: the mechanism by which people, organizations and communities gain mastery over their lives“ (RAPPAPORT 1984 zit. in BERGOLD 2000). Auf Deutsch kann dies wie folgt übersetzt werden: „Empowerment ist als ein Prozess zu verstehen: es sind die Mechanismen, durch die Menschen, Organisationen und Gemeinschaften Kontrolle über ihr eigenes Leben erhalten“.

Das ist eine sehr allgemeine Definition und es bleibt festzuhalten, dass Empowerment also nicht etwa als eine genau abgegrenzte Methode sondern eher als eine Haltung, als eine Philosophie, als eine Strategie zu verstehen ist.

2.2.3 Die Rezeption des Empowerment-Konzeptes in Deutschland

In Deutschland wurde das „Empowerment-Konzept“ Anfang der 90er Jahre unter anderem von Stark, Keupp und Herriger aufgegriffen. Seitdem wird es im Bereich der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit verstärkt diskutiert. Je nach AutorIn werden die

Empowerment-Ebenen leicht unterschiedlich benannt. Norbert Herriger etwa unterscheidet folgende drei Ebenen des „Empowerments“ (HERRIGER 2002, S 83):

- 1) die individuelle Ebene (evtl. auch unterstützt durch Beratung)
- 2) die Gruppenebene (etwa in Selbsthilfegruppen)
- 3) die institutionelle Ebene (Beteiligung von BürgerInnen bei Dienstleistungen)

Bei Wolfgang Stark werden ebenfalls drei Ebenen gesehen (STARK 2002, S. 62 f):

- 1) psychologisches Empowerment auf der individuellen Ebene
- 2) Empowerment auf der Ebene von Gruppen und Organisationen
- 3) Empowerment auf der strukturellen Ebene

Beim Empowerment-Training der Stiftung LEBENSNERV geht es vor allem um die jeweils erste Ebene, das „psychologische Empowerment“. Der Psychotherapeut Edmond Richter sieht ein psychologisches Empowerment als Ausdruck einer neuen Lebensphilosophie, einer neuen Lebenskultur, die auf einem grundsätzlichen Perspektivenwechsel beruht (vgl. RICHTER 2000). Er versteht Empowerment als eine neue Lebenshaltung, die besagt, dass der Mensch wesentlich stärker, größer und fähiger ist als er zu denken wagt.

Empowerment beinhaltet außerdem die Vorstellung, dass der Mensch die Kraft hat, sich zu ändern, um mehr Freiheit, Verantwortung und Lebensfreude zu erfahren. Richter vertritt die Auffassung, dass wir tagtäglich mehr oder weniger unbewusst Entscheidungen treffen. Im Sinne des Empowerment-Prinzips ist es hilfreicher, diese Entscheidungen bewusst und lebensbejahend zu treffen als passiv, unbewusst und leidend zu sein. Probleme sollen nicht verleugnet, sondern als Herausforderung betrachtet werden mit dem Wissen, dass sie lösbar sind.

So gesehen ist Empowerment eine neue Haltung, eine neue Art, in der Welt zu sein. Für jeden persönlich bedeutet das die Möglichkeit, mehr Selbstbestimmung und Freiheit zu gewinnen, aber auch Verantwortung zu übernehmen und selbst schöpferisch zu werden, anstatt Opfer zu bleiben. Wem diese Haltung vermittelt werden könne, der gehe, so Richter, mit neuem Mut an seine Probleme heran und meistere sein Leben mit gesundem Selbstbewusstsein (vgl. ebda.).

2.2.4 Aktuelle Anwendungsfelder des „Empowerment-Konzeptes“

Das „Empowerment-Konzept“ findet aktuell seinen Niederschlag in ganz unterschiedlichen Bereichen. Diese sind beispielsweise:

- Management – Personalführung
- Interkultureller Bereich/MigrantInnenarbeit
- Entwicklungszusammenarbeit
- Frauenarbeit
- Soziale Arbeit
- Behindertenarbeit
- Medizin/Pflege/Gesundheitsförderung

Gerade im letztgenannten Bereich der Gesundheitsförderung, der ja auch in dem hier diskutierten Zusammenhang eine wesentliche Rolle spielt, hat das Empowerment-Konzept in den letzten Jahrzehnten, vor allem auf der internationalen Ebene

durch Dokumente der Weltgesundheitsorganisation (WHO), einen großen Auftrieb erhalten.

So wurde in der Abschlusserklärung der WHO-Konferenz im November 1986 in Ottawa das Ressourcen-Konzept („...emphasizing social and personal resources...“) und das Konzept des Empowerment hinzugefügt:

„Health promotion works through concrete and effective community action in setting priorities, making decisions, planning strategies and implementing them to achieve better health. At the heart of this process is the empowerment of communities - their ownership and control of their own endeavours and destinies“ (WHO 1986)

In der Abschlusserklärung der WHO-Konferenz in Jakarta (1997) wurden unter anderem das „empowerment of women“ und „effective participation and the empowerment of people and communities“ zusätzlich als Bestandteile einer effektiven Strategie zur Gesundheitsförderung bekräftigt (WHO 1997). Ebenfalls wird in der neuen UN-Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen in Artikel 6 das „empowerment of women“ (gemeint sind die Frauen mit Behinderungen, G.H.) betont (UNITED NATIONS 2006).

Kritisch wird in der Literatur (KEPP/LENZ/STARK 2002, S. 77) jedoch angemerkt, dass durch eine fast „inflationäre Verwendung“ des Begriffs „Empowerment“ die Gefahr bestehe, dass das Empowerment-Konzept zu einem „inhaltsleeren Slogan“ werden könne. Sie betonen deshalb die Notwendigkeit der Weiterentwicklung dieses Forschungsansatzes vor allem im deutschsprachigen Raum (ebd. S. 98).

2.2.5 Verwandte Begriffe und Konzepte

„Grundlegende Ähnlichkeiten“ mit dem Empowerment-Konzept bescheinigen BENGEL u.a. (S.149) dem Konzept der Salutogenese. Nur ein Jahr vor Rappaport veröffentlichte der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron ANTONOVSKY 1979 seine Vorstellungen zur „Salutogenese“ (siehe dazu ausführlich den gesonderten Punkt 3. Salutogenese und Kohärenzgefühl). Er fragte sich, welche Kräfte es sind, die Menschen gesund erhalten und fand generalisierte Widerstandsressourcen, damit sind potentielle Ressourcen gemeint, die eine Person mobilisieren kann. Zentraler Begriff in seinem Konzept ist das sogenannte „Kohärenzgefühl“. Auch HERRIGER (2002, S. 171 ff) verbindet das Empowerment-Konzept mit dem Konzept der Salutogenese, wenn er die Entwicklung von psychosozialen Schutzfaktoren diskutiert.

Eng verbunden mit dem „Salutogenese-Konzept“ wiederum sind die gesundheitspsychologischen Forschungen zur „Resilienz“ (Widerstandsfähigkeit) etwa bei Kindern. Auch hier wird der Frage nachgegangen, wie manche Kinder im Vergleich zu anderen schwierige Lebenssituationen meistern, was Kinder oder Menschen generell „stark“ macht, über welche Ressourcen sie verfügen. Das Resilienz-Konzept beinhaltet auch wieder die Sichtweise vom Kind / vom Menschen als aktivem "Bewältiger" und Mitgestalter seines eigenen Lebens (vgl. dazu etwa WUSTMANN 2005).

2.3 Das Empowerment-Training der Stiftung LEBENSNERV

Kommen wir nun noch kurz zu der (für die Untersuchung eines Empowerment-Trainings wichtigen) Frage, ob man oder frau Empowerment grundsätzlich erlernen kann? Diese Frage wird der Literatur mit einem klaren „Ja“ beantwortet – empowerment ist erlernbar (PANKOFER 2000, S. 221 ff). Gleichzeitig gibt es aber auf die nächste Frage „Und wie geht das konkret?“ kaum aussagefähige Curricula. Ganz allgemein finden sich in der Literatur folgende Prinzipien zur Erlernung von Empowerment (nach HEIDEN 2006):

- Aus der Opferrolle herauskommen
- Bewusstsein für die eigene unveräußerbare Würde entwickeln
- Soziale Netzwerke bilden
- Entwicklung von vielfältigen Kompetenzen
- Keine Ehrfurcht vor „künstlichen“ Autoritäten haben
- Handlungsfähigkeit gewinnen, aktiver Umgang mit Problemen
- Änderungen als Herausforderungen begreifen
- Sich selbst treu bleiben – Selbstvertrauen entwickeln
- Lernen, „nein“ zu sagen
- Eigene spirituelle Kraftquellen entdecken und wiederbeleben

Um aus diesen recht allgemein gehaltenen Prinzipien einen durchführbaren Lehrplan zu entwickeln, führte die Stiftung LEBENSNERV Ende 2005 einen Workshop mit ExpertInnen durch, auf dem die Grundzüge für ein Curriculum erarbeitet wurden (LEBENSNERV 2006a). Es entstand ein Trainingsprogramm, das in vier aufeinander aufgebaute Stufen gegliedert war und an vier Wochenenden im Verlauf eines Jahres durchgeführt werden sollte. Die TrainerInnen sollten selbst Personen mit MS bzw. einer chronischen Erkrankung sein, um ein Lernen an einem (starken) Rollenvorbild zu ermöglichen.

Nach der Ausschreibung in der Stiftungszeitschrift (LEBENSNERV 2006b) zu einem ersten Training meldeten sich sofort so viele InteressentInnen, dass zwei Staffeln gebildet werden konnten. Für die vorliegende Studie war von Vorteil, dass die erste Staffel (im folgenden auch „Trainingsgruppe“ genannt) mit der zweiten Staffel (auf der Warteliste, auch „Kontrollgruppe“ genannt) verglichen werden konnte. (Die Personen der Kontrollgruppe eigneten sich besonders gut für einen Vergleich, da sie dieselbe Motivation zu einer Teilnahme aufbrachten wie die Trainingsgruppe, sich jedoch nur wenige Tage zu spät angemeldet hatten) Die erste Trainings-Staffel wurde im Laufe des Jahres 2007 von 12 TeilnehmerInnen absolviert, die zweite Trainings-Staffel (ebenfalls mit 12 TeilnehmerInnen) wurde Ende 2008 abgeschlossen.

3. Salutogenese und Kohärenzgefühl

3.1 Das Salutogenese-Konzept bei Antonovsky

3.1.1 Die Entwicklung des Salutogenese-Konzeptes

Das Konzept der Salutogenese wurde von dem amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky begründet (ANTONOVSKY 1979). Antonovsky wurde 1923 in Brooklyn in der USA geboren, emigrierte 1960 nach Israel und entwickelte dort in den 70er und 80er Jahren des vorigen Jahrhunderts sein neues Konzept von „Gesundheit“. Die deutsche Übersetzung seines zentralen Werkes „Unraveling the Mystery of Health“ (1987) wurde jedoch erst 1997 vorgelegt.

In den 1970er Jahren war Antonovsky in Israel verantwortlich für eine Studie über Frauen in den Wechseljahren. Dabei waren auch Frauen, die das KZ überlebt hatten. Insgesamt stellte Antonovsky bei ihnen zwar eine stärkere gesundheitliche Belastung fest als bei anderen Frauen, zu seinem Erstaunen verfügten aber rund 30 Prozent der ehemaligen KZ-Häftlinge über eine gute psychische Gesundheit. Antonovsky fragte sich, warum diese Frauen gesund blieben. Verallgemeinernd stellte er anschließend die Frage „Was erhält Menschen gesund?“

In seiner Theorie vergleicht Antonovsky das Leben mit einem Fluss (1997, S. 92). Der Fluss hat, genau wie jedes Leben, neben ruhigen Abschnitten auch Stromschnellen, Untiefen, Strudel und wird manchmal zu einem reißenden Strom. Nach Antonovsky werden in der traditionellen Medizin Menschen mit großem Aufwand aus dem reißenden Strom gerettet. Da jeder Mensch den reißenden Strom bewältigen muss, fragt Antonovsky danach, wie man ein guter Schwimmer wird.

Mit dieser Fragestellung und dem Konzept der Salutogenese begründet Antonovsky einen inhaltlichen Perspektivenwechsel: Die Pathogenese der etablierten Medizin beschäftigt sich mit der Entstehung von Krankheiten. Die Salutogenese hingegen erforscht die Entstehung von Gesundheit. Gesundheit versteht Antonovsky nicht als absoluten Gegenpol zur Krankheit, sondern als einen relativen Zustand auf dem jeweils individuellen „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ einer Person (1997, S. 23) So fragt die Pathogenese „Was macht Menschen krank?“ „Was geht nicht?“ „Welche Risikofaktoren gibt es?“ Die Salutogenese hingegen beschäftigt sich mit den Fragen „Was erhält Menschen gesund?“ „Was geht?“ „Welche Ressourcen gibt es?“ „Wie kann man in Richtung des Gesundheitspols auf dem Kontinuum Fortschritte erzielen?“

Während die Pathogenese also eher dem defizitorientierten Denken verhaftet ist, konzentriert sich die Salutogenese auf die Kompetenzen und Ressourcen der Menschen. Die Salutogenese will die traditionelle Medizin nicht ersetzen. Sie ist quasi die notwendige Ergänzung zur Pathogenese, eine Perspektive, die bislang fehlte. Antonovsky selber plädiert dafür, die Salutogenese als „komplementär“ zur Pathogenese zu bezeichnen (1997, S.30).

3.1.2 Das Kohärenzgefühl und seine drei Komponenten

Nach Antonovskys Theorie ist das sogenannte Kohärenzgefühl (sense of coherence = SOC) ein Indikator dafür, „welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, dass man sich in Richtung des gesunden Pols bewegt“ (ebd. S. 33). Antonovsky unterteilt das Kohärenzgefühl (der Begriff wurde übrigens von seiner Frau Helen geprägt, vgl. ANTONOVSKY 1997, S. 20) dann weiter in drei unterschiedliche, aber „unauflöslich miteinander verwobene(n)“ Komponenten: in die Verstehbarkeit, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit (S. 34 ff).

Unter „Verstehbarkeit“ (comprehensibility) fasst er das Ausmaß, „in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt“, „Handhabbarkeit“ (manageability) wird definiert als „das Ausmaß, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen“ und „Bedeutsamkeit“ (meaningfulness, in der deutschen Literatur taucht auch die Übersetzung „Sinnhaftigkeit“ auf, s. BENGEL u.a. S. 30) stellt sich dar als „das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet“.

Zur Messung und empirischen Überprüfung des Kohärenzgefühls hat Antonovsky einen Fragebogen mit 29 Fragen „Fragebogen zur Lebensorientierung“ (S. 192 ff) entwickelt (s. dazu auch den folgenden Punkt 3.2). Nach Antonovsky spricht ein hohes Kohärenzgefühl, also ein hoher SOC, für gute Gesundheit und die Aussicht, gesund zu bleiben.

Ganz allgemein kann man deshalb sagen, dass Menschen mit einem hohen Kohärenzgefühl, also mit einem hohen SOC, in etwa von den Lebenseinstellungen „Das Leben ist lebenswert“ und „Ich schaffe das schon“ geprägt sind. Die in jedem Leben unvermeidlich auftretenden Probleme werden nicht als tragische Schicksalsschläge erlebt, sondern als Herausforderungen angenommen mit der Gewissheit, dass sie zu bewältigen sind.

Ein extrem hoher SOC ist nach ANTONOVSKY allerdings ein Anzeichen für einen Realitätsverlust oder als „pathologisch“ (e) Verhaltensweise der jeweiligen Person einzustufen, weil er die (unrealistische) Lebenseinstellung „Ich habe alles im Griff“ spiegelt (vgl. dazu auch BENGEL u.a. S. 41).

3.1.3 Zur Dynamik des Kohärenzgefühls

Bei der Frage, ob und wenn ja, wie sich das Kohärenzgefühl steigern ließe, war Antonovsky eher pessimistisch und sah hier kaum Möglichkeiten (besonders in seinem Werk aus dem Jahr 1979, S. 188). In der späteren Veröffentlichung (ANTONOVSKY 1997, S. 117 ff) relativierte er diese starre Annahme jedoch teilweise: „Bei jeder Person kann eine Zufallsbegegnung, eine mutige Entscheidung oder sogar eine von außen herbeigeführte Veränderung eine beträchtliche Veränderung des Ausmaßes des SOC in die eine oder auch in die andere Richtung auslösen“ (S. 117). Desweiteren führt er aus, dass der SOC-Status beträchtlich ansteigen kann, wenn eine Person mit einem gemäßigten oder niedrigen SOC „(...) in ihrer neuen Gemeinde eine Selbsterfahrungsgruppe besucht, zur Arbeit geht und per Zufall in eine sie verjüngende Liebesbeziehung gerät.“ (ebd.)

Solch radikale Veränderungen hält er aber für relativ selten. Er stellt drei Möglichkeiten einer Veränderung in den Raum: zwei Möglichkeiten einer „geringfügigen Modifikation“ (etwa in guten Arzt-Patient-Gesprächen), wobei sich der SOC-Wert um etwa fünf Punkte verändern könnte und eine mit „einschneidende(r) Veränderung“, womit er „jedes therapeutische Vorgehen ..., das eine lang anhaltende, konsistente Veränderung“ meint. Als bedeutsam für diese dritte Möglichkeit der Veränderung sieht Antonovsky auch „Einflußnahme und Teilhabe an sozial anerkannten Entscheidungsprozessen (Partizipation)“ (zit. nach BENGEL u.a. S. 70), er nennt dazu jedoch keine quantitative Größe.

Durch neuere Forschungsergebnisse wird die Möglichkeit der Veränderbarkeit des SOC bekräftigt: „Im Gegensatz zu Antonovskys Feststellung, dass ab etwa 30 Jahren das Kohärenzgefühl stabil bleibt, zeichnet sich in neueren Untersuchungen ab, dass der SOC bis ins hohe Alter veränderbar ist“ (BENGEL u.a. S. 148). Antonovsky selbst leistet auch einen (ungewollten?) Beleg für eine Veränderbarkeit, wenn er in seinem Vorwort zu „Entmystifizierung der Gesundheit“ schreibt: „Wenn das Schreiben dieses Buches mir Lebenserfahrungen gebracht hat, die mein eigenes SOC gestärkt haben, dann habe ich dies zu einem großen Teil Helen zu verdanken“ (1997, S.20). Dies schrieb er im Jahr 1986, also im Alter von 63 Jahren.

3.2 Der SOC-Fragebogen im Spiegel der Forschung

Zur Messung des SOC entwickelte Antonovsky 1983 einen Fragebogen mit 29 Items (es liegt auch eine Kurzform, die SOC-13 Skala vor), bei denen jeweils sieben Antwortabstufungen vorgesehen sind und die in ihrer Reihenfolge in den späteren Jahren leicht verändert wurden (ANTONOVSKY 1997, S. 84). Dieser Fragebogen wurde bei Antonovsky zwar nur in hebräischer und englischer Sprache eingesetzt, doch er betont, dass der „Fragebogen kulturübergreifend verwendet werden kann“ (ebd. S. 83)

Die theoretische Spannweite der mit diesem Instrument erreichbaren Punktzahl liegt zwischen 29 und 203, der rein rechnerische Mittelwert liegt somit bei 116 Punkten (wenn jedesmal die mittlere Antwort mit vier Punkten angekreuzt würde). In den Studien, die Antonovsky Anfang der 80er Jahr mit seinem Messinstrument durchführte, lag der jeweils erreichte Mittelwert der Stichproben jedoch wesentlich höher: Eine israelische Bevölkerungsstichprobe (N=297) erreichte einen Mittelwert von 136,47 Punkten, Industriearbeiter im State New York (N=111) einen Mittelwert von 133,01 Punkten und eine Gruppe israelischer Offiziersanwärter (N=338) sogar einen Mittelwert von 160,44 Punkten (ebd. S. 84).

Zwar hatte Antonovsky seine drei Komponenten des Kohärenzgefühls (Verstehbarkeit., Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit) theoretisch voneinander getrennt, in der empirischen Praxis zeigte es sich aber, dass diese Komponenten nicht zu trennen waren. Antonovsky warnt deshalb davor, „dass es nicht klug ist, die vorliegende Version der SOC-Skala einzusetzen, um die Beziehungen der Komponenten untereinander zu untersuchen. Dieses Problem verbleibt auf der Agenda der nicht abgeschlossenen Aufgaben“ (ebd. S. 89). So gesehen misst die SOC-Skala also „nur“ einen Generalfaktor. Diesen Umstand bekräftigt auch eine deutsche Studie (MECKEL-HAUPT 2001, S. 61).

Die deutsche Normierung der SOC 29- (und der SOC-13-) Skala wurde erst im Jahr 2000 vorgenommen (SCHUMACHER, u.a.) Es wurden 855 Männer und 1.089 Frauen im Alter von 18-90 Jahren untersucht. Der erzielte Mittelwert bei der SOC-29-Skala lag demzufolge bei 145,66 Punkten, wobei die Männer um durchschnittlich fünf Punkte besser abschnitten (Männer rund 148 Punkte, Frauen ca. 143 Punkte).

In Studien aus Österreich wurden SOC-Werte für verschiedene Stichproben ermittelt, die von 122,58 (Jugendliche im betreuten Wohnen) über 146,17 (GesundheitstrainerInnen) bis 162,32 (PsychotherapeutInnen) reichten (MÜLLER-BREIDENBACH 2007). Eine andere österreichische Studie (BINDER u.a. 2005) untersuchte, ob PsychotherapeutInnen mit mehr absolvierter Lehrtherapie und Selbsterfahrungsstunden einen höheren SOC aufweisen als diejenigen mit weniger Lehrstunden. Dies ist jedoch nicht der Fall: bei 130 absolvierten Lehrstunden wurde bei den untersuchten PsychotherapeutInnen ein SOC von 162,4 ermittelt und bei über 190 Stunden ein SOC-Wert von 160,0. Die Autoren deuten dieses Ergebnis als Beleg für die schwere oder kaum zu erreichende Veränderbarkeit des Kohärenzgefühls, weisen jedoch andererseits auf skandinavische Studien (SANDELL 1997 bzw. 1999) hin, bei denen nach psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie (N=209) eine „deutliche Stärkung des Kohärenzgefühls“ feststellbar war.

Mit einer möglichen Veränderbarkeit befassen sich auch die Studien von BRODA, et al. sowie SACK et al. (zit in FRANKE 1997, S. 182): Broda untersuchte 60 PatientInnen vor einer stationären Therapie, ein halbes Jahr und ein Jahr nach der Beendigung, wobei sich das Kohärenzgefühl nicht signifikant veränderte. Sack hingegen konnte bei 81 PatientInnen einer stationären psychosomatischen Behandlung eine signifikante Steigerung des SOC-Gesamtwertes beobachten: „Bei 35,7 % hatte der SOC-Wert um mehr als 10 Punkte zugenommen, bei 42 % blieb er innerhalb von +10/-10 Punkten stabil und bei 21,4 % sank er um mehr als 10 Punkte“ (FRANKE, S. 182).

Während Antonovsky noch angenommen hatte, dass das Kohärenzgefühl einen direkten Einfluss auf die Gesundheit im Allgemeinen hatte, schält sich in neueren Untersuchungen immer mehr die Erkenntnis heraus, dass dies eher auf die psychische als auf die physische Gesundheit zutrifft: „Das Kohärenzgefühl zeigt einen hohen negativen Zusammenhang zu Maßen *psychischer Gesundheit* (Hervorhebung durch die AutorInnen) wie Ängstlichkeit und Depressivität; d.h. Menschen, die einen hohen SOC haben, sind weniger ängstlich und depressiv als Menschen mit einem niedrigen SOC-Wert“ (BENGEL u.a., S. 87).

Dies wird auch durch Untersuchungen von FRANKE (1997, S. 183) bestätigt. Sie untersuchte eine Gruppe von heroinabhängigen Personen: Aktuelle KonsumentInnen erreichten einen mittleren SOC von 109,1, Personen, die seit drei Jahren clean waren, einen SOC von 133,4. Auch HANNÖVER, der die SOC-Skala in Zusammenhang mit dem Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose untersuchte, stellt fest, dass „das Risiko für psychische Beschwerden mit Anstieg des Kohärenzgefühls ab(nimmt)“ (2004, S.180).

Als Fazit aus den bisher vorliegenden Untersuchungen zum SOC (vgl. dazu vor allem die Studie von BENGEL u.a. 2001, die eine Fülle von Einzelergebnissen widergibt und FRANKE 1997) ist festzuhalten:

- die SOC-Skala kann sinnvoll in der Praxis eingesetzt werden
- der Mittelwert aus der deutschen Normung beträgt rund 145 Punkte
- das Kohärenzgefühl ist bei klinischen Gruppen niedriger als bei Zufallsstichproben
- Frauen haben im Durchschnitt einen etwas niedrigeren SOC als Männer, was durch ihre Sozialisation erklärt wird
- das Kohärenzgefühl steigt mit dem Alter an
- es besteht eine deutliche Verbindung zwischen hohem SOC und seelischer Gesundheit
- der SOC-Wert kann bis in hohe Alter verändert werden

4. Durchführung als Pilotstudie

4.1 Begrenzung des Ansatzes

Da es einerseits für die Messung einer Veränderung durch ein Empowerment-Training noch kein geeignetes Instrument gibt und andererseits die Konzepte von Empowerment und Salutogenese/Kohärenzgefühl stark verwandt sind, lag es nahe, den SOC-Fragebogen zur Lebensorientierung als Messinstrument für eine etwaige Veränderung des SOC und damit als Erfolg oder Misserfolg eines Empowerment-Trainings einzusetzen.

Aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel konnte die Wirksamkeit des Empowerment-Trainings der Stiftung LEBENSNERV jedoch nur in Pilotform mit einer relativ kleinen Anzahl von TeilnehmerInnen (n=12) und nur mit einem Untersuchungsinstrument (dem SOC-29-Fragebogen) untersucht werden. Dies bedeutet, dass die in dieser Studie vorgelegten Ergebnisse nur eine erste Richtung vorgeben und unbedingt der Weiterführung und Vertiefung bedürfen.

Im Rahmen eines solchen Empowerment-Trainings kann es außerdem zu unterschiedlichen Wirkfaktoren kommen, die alle zur Stärkung des Kohärenzgefühls beitragen können, die aber auf Grund der mangelnden Forschungsressourcen in dieser Studie nicht untersucht werden konnten und deswegen Gegenstand weiterer Studien sein sollten. Diese Wirkfaktoren sind:

- Curriculaufbau des Trainings (Wirkung eines Mix verschiedener Einheiten aus Theorie, Selbsterfahrung, Rollenspielen, etc.)
- Vorbildwirkung / Identitätsstärkung durch das Erleben selbst MS-betroffene Trainerinnen
- Stärkende Gruppenerlebnisse im Kreise ähnlich Betroffener (Gruppen-Empowerment)
- Barrierefreier (und stärkender) Seminarrahmen in hotelähnlicher Tagungsatmosphäre (Haus in Seenähe)

Im Rahmen einer Selbstevaluation hat die Stiftung LEBENSNERV nach Abschluss der ersten Staffel eine Befragung der TeilnehmerInnen mit zwei unterschiedlichen Instrumenten vorgenommen. Zum Ende der ersten Staffel wurde noch auf dem Abschlusswochenende von allen TeilnehmerInnen ein fünfstufiger „Zufriedenheitsbogen“ ausgefüllt. Per Post und anonym wurde zusätzlich ein detaillierter Auswertungsbogen mit 13 Rubriken zu den Inhalten und den einzelnen Übungen versandt und ausgewertet. Über beide Evaluationsinstrumente konnten eine hohe Zufriedenheit der TeilnehmerInnen und eine gute Bewertung des erzielten Erfolges festgestellt werden. (LEBENSNERV 2008).

4.2 Forschungsfragestellungen und forschungsmethodisches Design

Nach der Projektskizze von SCHNOOR (2006) und RENSINGHOFF (2007) werden in dieser Studie zwei Forschungshypothesen aufgestellt:

„1) Es wird vermutet, dass das vorliegende Empowerment-Training „**MeineStärken entdecken**“ das Kohärenzerleben bei den Betroffenen fördert.

2) Es wird vermutet, dass die Personen, welche bereits ein erhöhtes Maß an Kohärenz mitbringen, viel vom Empowerment-Ansatz profitieren, da die innere Haltung dieser Menschen schon vorher eine größere Passung mit den Zielen dieser Ansätze aufweist. Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit einem hohen SOC-WERT, so die Erwartung, fällt es leichter, die Erfahrungen und Kenntnisse des Seminars im Alltag umzusetzen“.

Daraus ergeben sich die beiden folgenden Forschungsfragestellungen der Pilotstudie:

1) Zeigt das Empowerment-Training eine erhöhte Kohärenz (erhöhter SOC-Wert) bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gegenüber einer Kontrollgruppe?

2) Profitieren Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem hohen SOC-Wert mehr vom Empowerment-Training als Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem niedrigen SOC-Wert?

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an dieser Studie wurden aus zwei Gruppen ermittelt: Da ist zunächst die Gruppe der Teilnehmenden des Empowerment-Trainings für Menschen mit Multipler Sklerose (n=12). Das erste Trainingswochenende (von insgesamt vier) hat vom 23. März bis zum 25. März 2007 stattgefunden. Im Vorfeld wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Fragebogen zur Lebensorientierung (ANTONOVSKY 1997, 192-196) zugesandt. Dieser sollte ausgefüllt und wieder zurück gesandt werden.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um die Kontrollgruppe (n=14). Diese bestand aus am Empowerment-Training Interessierten Menschen mit MS, die aber aus Kapazitätsgründen an dieser Trainingseinheit nicht mehr teilnehmen konnten und die Warteliste belegten. Auch ihnen wurde der oben genannte Fragebogen mit Rückmeldeumschlag zugesandt.

Die Mitglieder der Kontrollgruppe sind sehr gut mit den Mitgliedern der Trainingsgruppe vergleichbar, da sich die Aufteilung in die beiden Gruppen nur durch den unterschiedlichen Zeitpunkt der Anmeldung ergab: Die Mitglieder der Kontrollgruppe haben sich einige Tage oder Wochen später gemeldet als die Mitglieder der Trainingsgruppe. Diejenigen, die sich für das Empowerment-Training meldeten, fühlten sich durch die Ausschreibung angesprochen – in beiden Gruppen ist also von einer vergleichbaren Motivationslage auszugehen. In keiner der beiden Gruppen gab es weitere Auswahlkriterien wie Geschlecht, Alter, Krankheitsdauer oder Behinderungsgrad.

Nach Abschluss des Empowerment-Trainings haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Trainingsgruppe wieder den gleichen Fragebogen zur Lebensorientierung bearbeitet. Auf diese Weise soll festgestellt werden, wie und ob sich ihr Kohärenzgefühl durch die Teilnahme an dem Empowerment-Training verändert hat. Auch die Kontrollgruppe hat den SOC-Fragebogen zu diesem Zeitpunkt erneut ausgefüllt.

5. Datenerhebung zum SOC zu Beginn des Empowerment-Trainings

5.1 Vorbemerkung

Auf Grund der geringen Zahl der Teilnehmenden macht es für diese Studie wenig Sinn, das Kohärenzgefühl in Abhängigkeit vom Geschlecht zu ermitteln, da in der Trainingsgruppe von 12 Teilnehmerinnen und Teilnehmern nur zwei Männer teilgenommen haben und sich in der aus 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmern starken Kontrollgruppe nur vier Männer befinden. Wenn in den nachstehenden Tabellen die Werte für Frauen als auch für Männer dennoch angegeben werden, so geschieht dies lediglich aus Gründen der Vollständigkeit. In der Bewertung der Ergebnisse werden diese Unterschiede nicht betrachtet.

Da MECKEL-HAUPT (2001) darlegt, dass der SOC-Fragebogen im deutschsprachigen Raum nur einen Generalfaktor abbildet und BENGEL u.a. (2001) in ihrer Expertise ebenfalls davon abraten, die drei Komponenten einzeln zu betrachten, weil faktoranalytische Überprüfungen die drei theoretisch formulierten Teilkonstrukte nicht eindeutig identifizieren, sollen in dieser Studie die einzelnen Komponenten ebenfalls nur aus Gründen der Vollständigkeit und der eventuellen Vergleichbarkeit für spätere Studien dargestellt werden. In der abschließenden Bewertung wird jedoch nur der Gesamt-SOC der Teilnehmenden betrachtet werden.

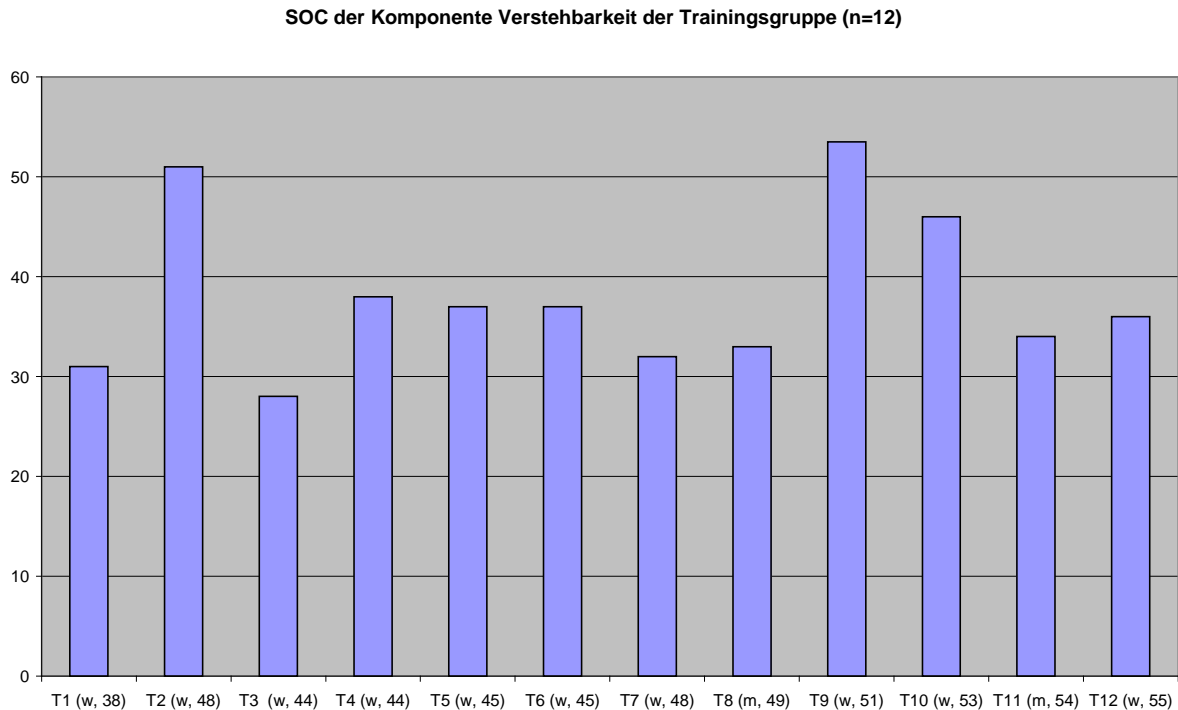
5.2. Datenerhebung - Trainingsgruppe (Beginn des Trainings)

Zunächst soll es um die Beantwortung der Fragebögen vor Beginn des Empowerment-Trainings gehen. Der Rücklauf der Fragebögen der Trainingsgruppe lag bei 100%. Der Altersdurchschnitt liegt bei 47,17 Jahren. An der Befragung haben teilgenommen zwei Männer und 10 Frauen. Der Altersdurchschnitt der Frauen liegt bei 46,3 Jahren und der der Männer liegt bei 51,5 Jahren.

Bei allen nachfolgend dargestellten Balkendiagrammen sind auf der Abszisse die anonymisierten Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Geschlechtszugehörigkeit und ihr Lebensalter in Jahren abgetragen. Auf der Ordinate ist der Kohärenzwert abzulesen.

5.2.1 Komponente „Verstehbarkeit“

Der Durchschnittswert bei der Komponente **Verstehbarkeit** beträgt 38,04 Punkte, in Abhängigkeit zum Geschlecht beträgt der Durchschnittswert hier für Frauen 38,95 Punkte und für die Männer 33,5 Punkte.

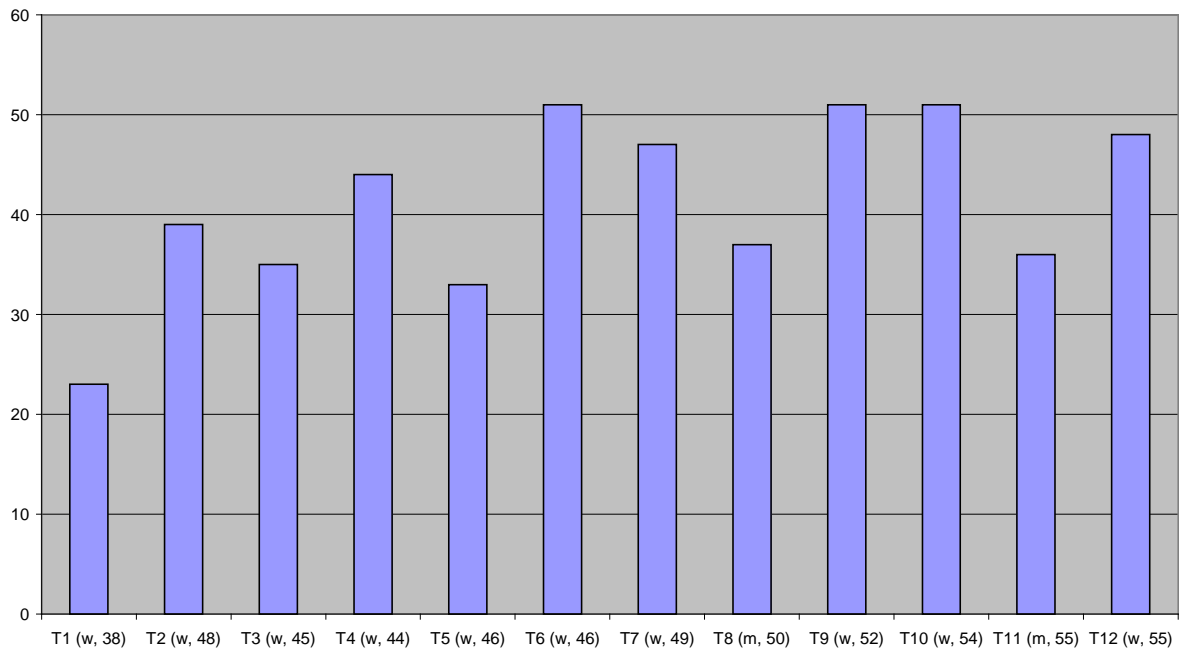


Der Range dieser Komponente liegt zwischen 11 und 77. Aus dem rechnerischen Durchschnittswert von 44 Punkten kann somit auf ein gutes Verständnis der gegenwärtigen Lebenssituation mit der Behinderung aufgrund einer Multiplen Sklerose schließen. „Die Person mit einem hohen Ausmaß an Verstehbarkeit geht davon aus, daß Stimuli, denen sie in Zukunft begegnet, vorhersagbar sein werden oder daß sie zumindest, sollten sie tatsächlich überraschend auftreten, eingeordnet und erklärt werden können“ (ANTONOVSKY 1997, 34). Vom diesem Durchschnittswert weichen neun Personen nach unten ab.

5.2.2 Komponente „Handhabbarkeit“

Für die Komponente **Handhabbarkeit** beträgt der erzielte Mittelwert 41,25 Punkte. Nach dem Geschlecht aufgeteilt wird hier für die Frauen ein Mittelwert von 42,2 Punkten und für die Männer ein Mittel von 36,5 Punkten erreicht.

SOC der Komponente Handhabbarkeit der Trainingsgruppe (n=12)

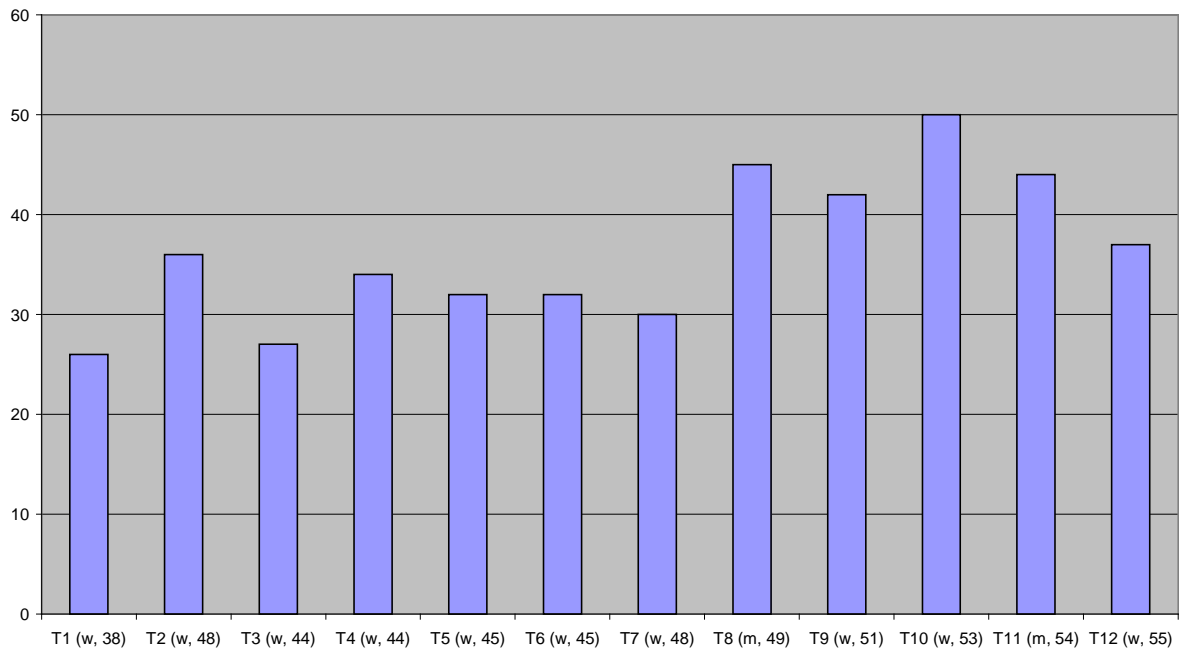


Der Range dieser Komponente liegt zwischen 10 und 70. Das arithmetische Mittel befindet sich demgemäß bei 40 Punkten. Sechs Personen weichen hier vom Mittelwert nach unten ab.

5.2.3 Komponente „Bedeutsamkeit“

In der Komponente **Bedeutsamkeit** erreichte die Trainingsgruppe insgesamt einen Durchschnittswert von 36,25 Punkten. Die Frauen erzielten in dieser Komponente einen Mittelwert von 34,6 Punkten und die Männer erreichten im Durchschnitt 44,5 Punkte.

SOC der Komponente Bedeutsamkeit der Trainingsgruppe

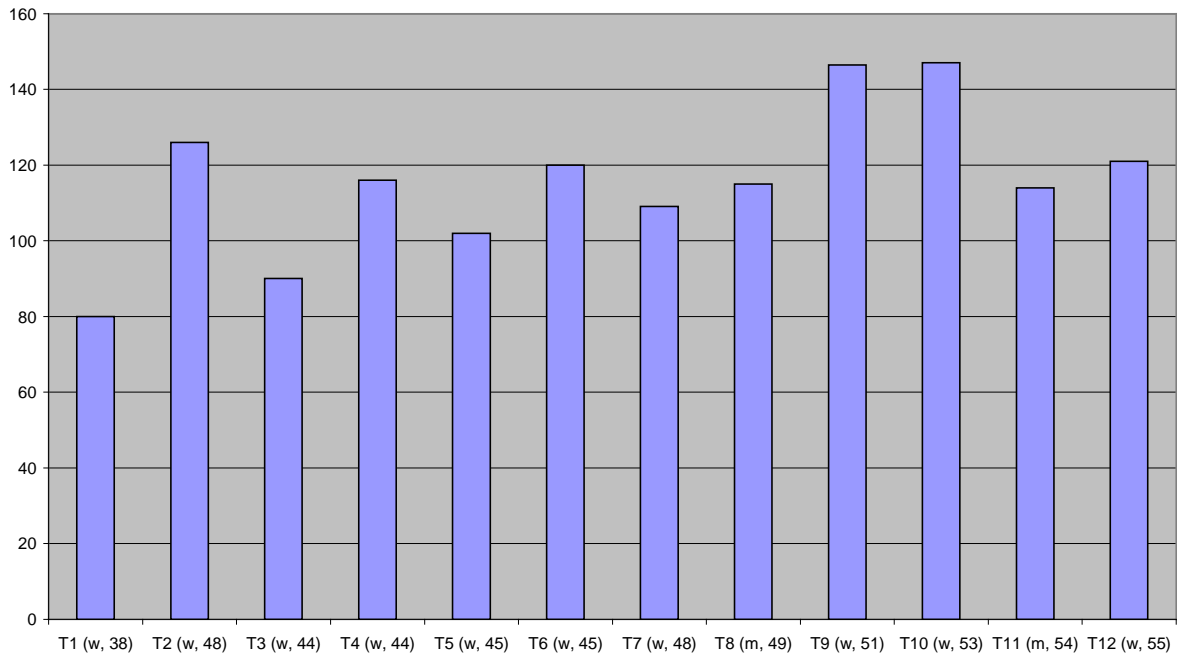


Der Range in dieser Komponente liegt zwischen 8 und 56. Das arithmetische Mittel liegt demnach bei 32. Lediglich drei Personen liegen mit ihrem SOC-Wert bezogen auf die Komponente Bedeutsamkeit mit ein bzw. zwei Punkten unwesentlich unter dem Mittel.

5.2.4 Gesamt-SOC

Der Range des Gesamt-SOC liegt zwischen 29 und 203. Der arithmetische Durchschnittswert beträgt demnach (wie bereits weiter oben ausgeführt) rein rechnerisch 116 Punkte, die deutsche Normstichprobe erreichte 145,66 Punkte. Betrachten wir nun die Gesamtskala des von der Trainingsgruppe bearbeiteten SOC-Fragebogens, so erhalten wir hier einen Mittelwert von etwa 115,54. In Abhängigkeit vom Geschlecht liegt der Gesamt SOC-Wert für Frauen bei 115,75 Punkten und für Männer bei 114,5.

Gesamt-SOC der Trainingsgruppe (n=12)



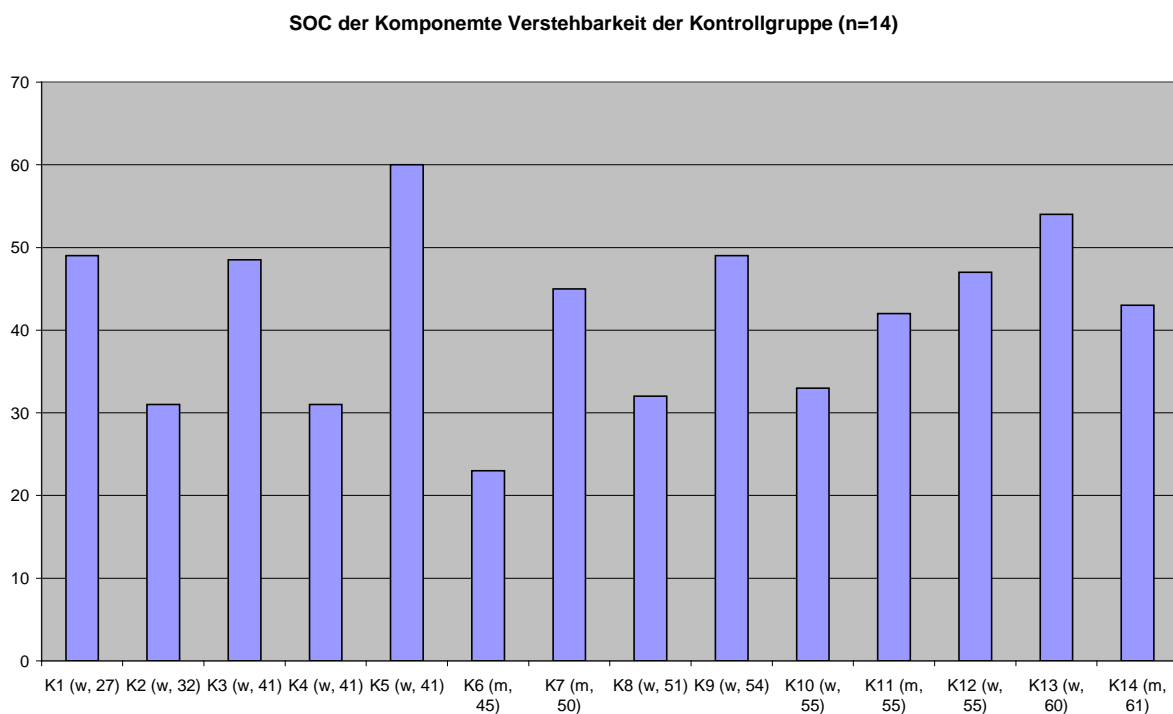
5.3 Datenerhebung - Kontrollgruppe (Beginn des Trainings)

An die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kontrollgruppe wurden insgesamt 14 Fragebögen zur Lebensorientierung verschickt. Der Rücklauf liegt ebenso wie bei der Trainingsgruppe bei 100%. Der Altersdurchschnitt beträgt 48,43 Jahre. Aufgeteilt nach dem Geschlecht beträgt der Altersdurchschnitt für Frauen (n=10) 45,8 Jahre und für Männer (n=4) 52,75 Jahre.

Wie bei der Trainingsgruppe wurde die Geschlechtertrennung bei der Angabe der SOC-Werte auch nur der Vollständigkeit halber vorgenommen und spielt bei der Auswertung keine Rolle.

5.3.1 Komponente „Verstehbarkeit“

Für die Komponente **Verstehbarkeit** beträgt der Durchschnittswert insgesamt 41,96 Punkte. Nach dem Geschlecht differenziert beträgt für diese Komponente der erreichte Mittelwert für Frauen 43,45 Punkte und für Männer 38,25 Punkte.

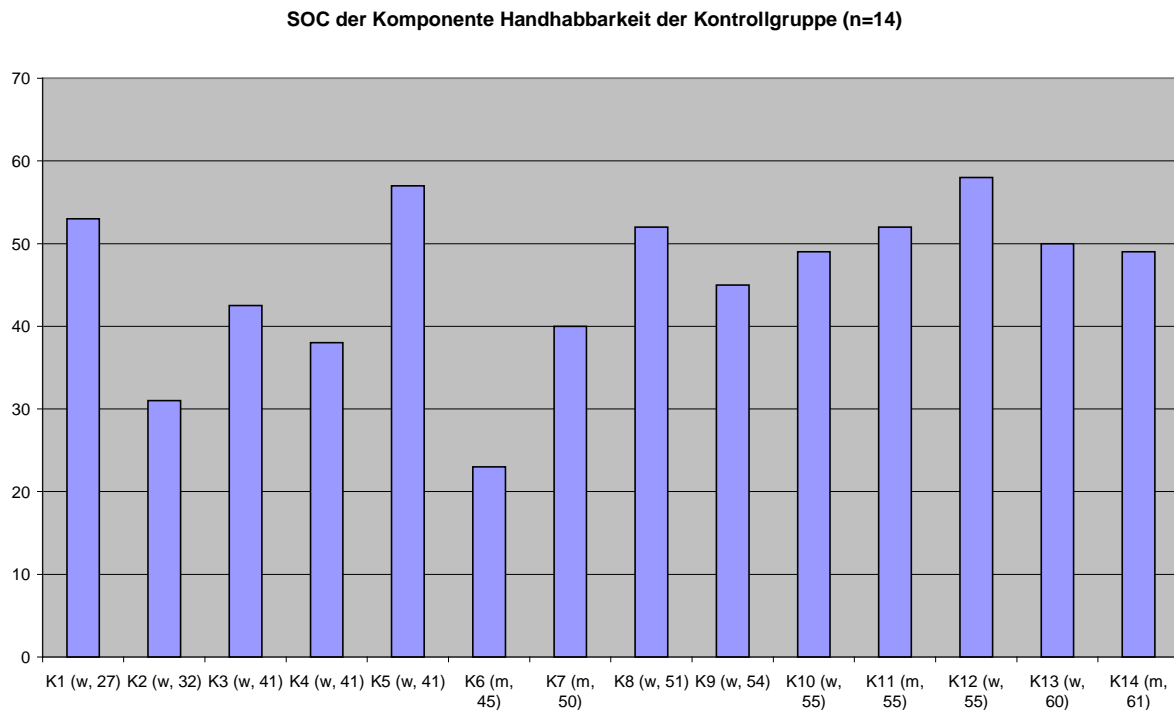


Von den Befragten liegen fünf Untersuchungsteilnehmer unter dem arithmetischen Mittel der Komponente von 44 Punkten.

5.3.2 Komponente „Handhabbarkeit“

Der Mittelwert der Untersuchten für die Komponente **Handhabbarkeit** liegt bei 45,68. Das weibliche Geschlecht erreicht hier im Durchschnitt einen Wert von 47,55 Punk-

ten und das männliche Geschlecht erzielt einen Wert von durchschnittlich 41 Punkten.

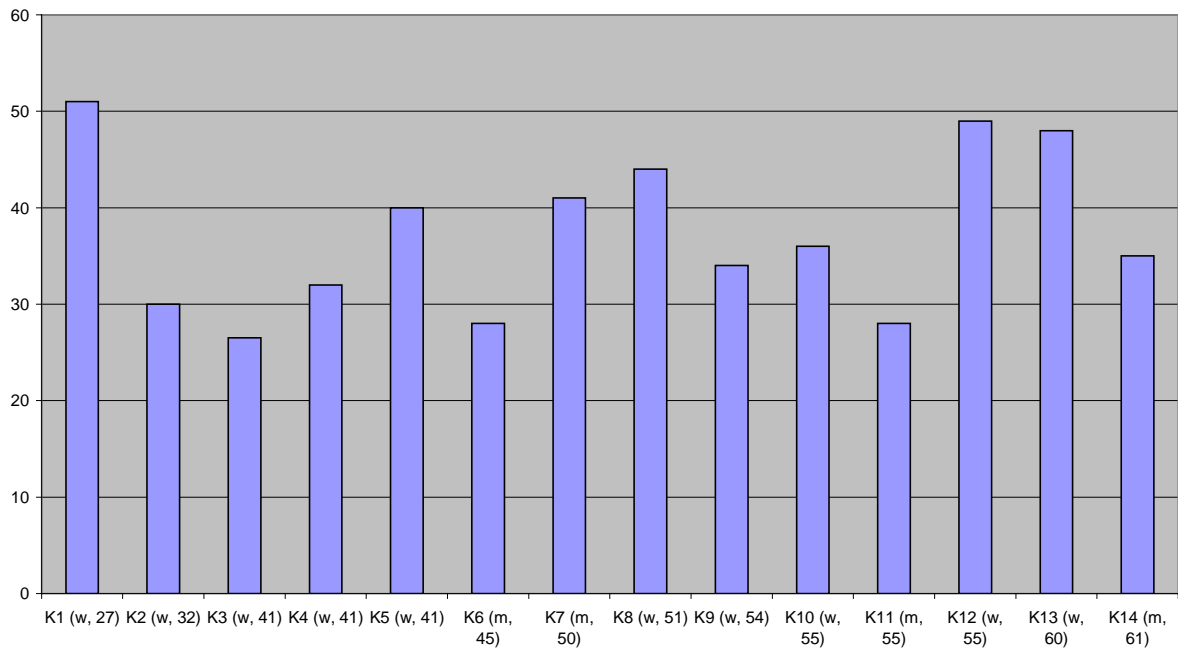


In dieser Komponente (arithmetisches Mittel 40 Punkte) liegen nur drei Untersuchungsteilnehmende unter dem Wert von 40.

5.3.3 Komponente „Bedeutsamkeit“

In der Komponente **Bedeutsamkeit** wird insgesamt ein Wert von 37,32 Punkten erzielt. Frauen erreichen hier im Durchschnitt 38,05 Punkte und Männer im Durchschnitt 33 Punkte.

SOC der Komponente Bedeutsamkeit der Kontrollgruppe (n=14)

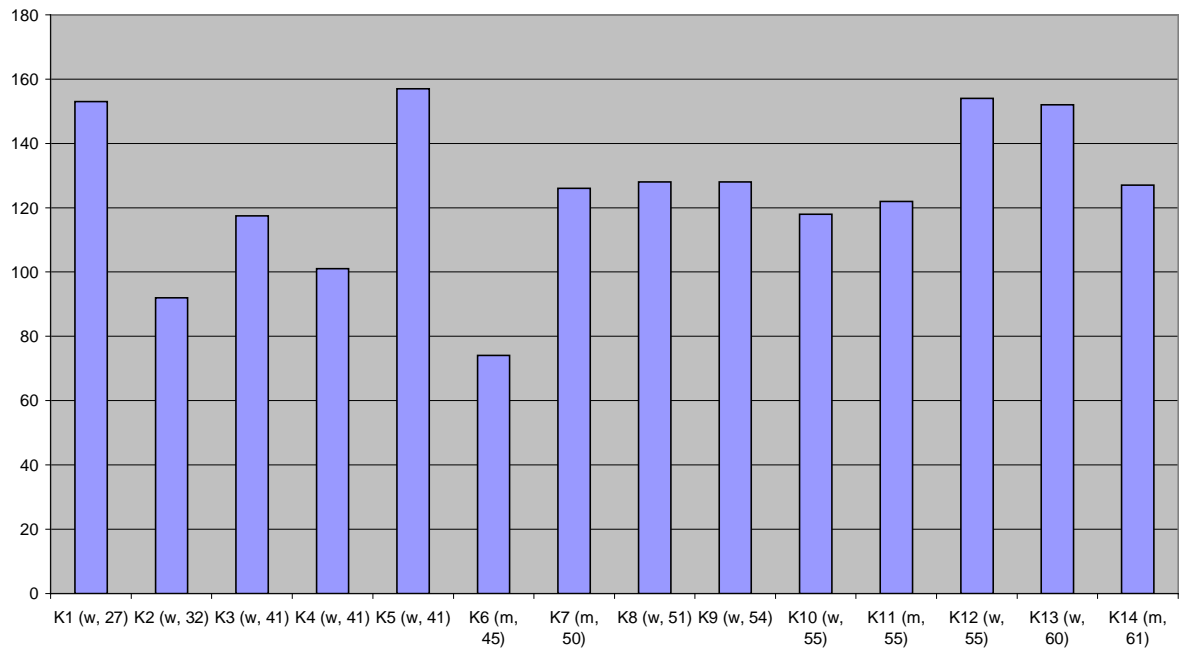


Vom arithmetischen Mittel (32 Punkte) weichen vier Untersuchungsteilnehmer nach unten ab.

5.3.4 Gesamt-SOC

Der **Gesamt-SOC-Wert** beträgt im Mittel für die Kontrollgruppe 124,96 Punkte. Frauen erreichen hier einen Gesamt-SOC-Wert von durchschnittlich 130,05 Punkten und Männer den Wert von durchschnittlich 112,25 Punkten.

Gesamt-SOC der Kontrollgruppe



Den arithmetischen Mittelwert von 116 für den Gesamt-SOC zugrunde gelegt, ist erkennbar, dass zwei Untersuchungsteilnehmende der Kontrollgruppe diesen Wert nicht erreichen.

6. Auswertung des SOC nach dem Empowerment-Training und Vergleich mit dem SOC vor dem Empowerment-Training

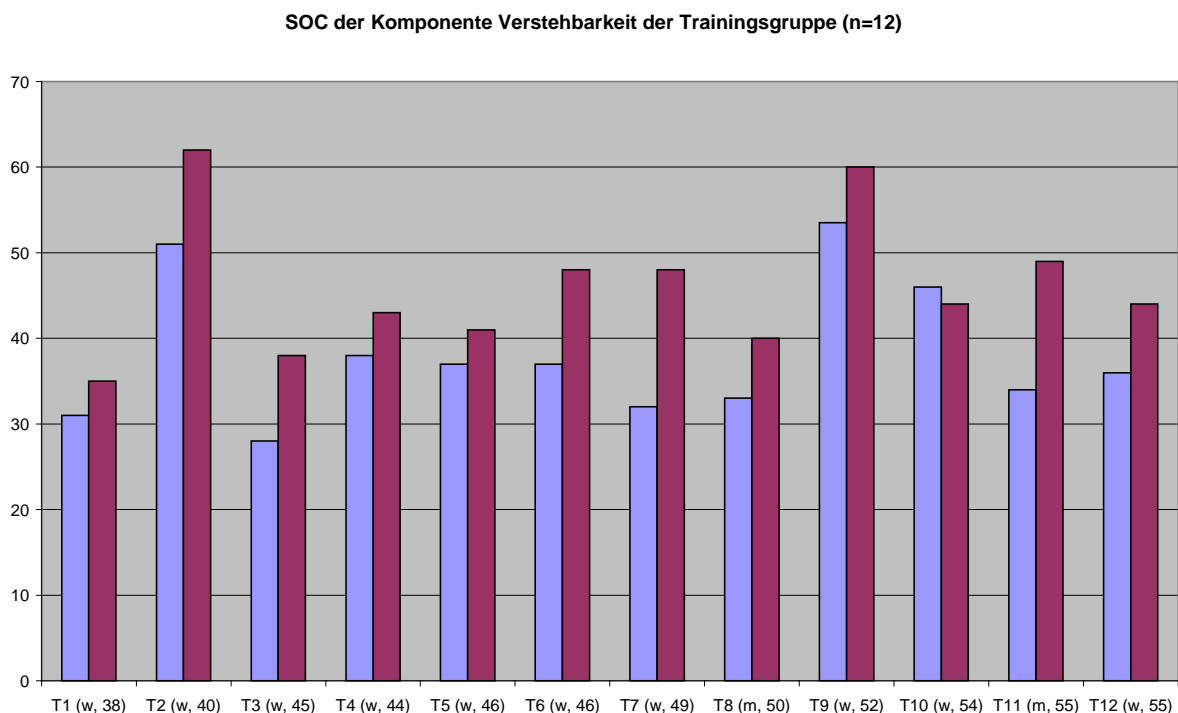
6.1 Datenerhebung Trainingsgruppe (nach Abschluss)

Für die neuerliche Erhebung wurden die Ergebnisse der SOC-Fragebögen des ersten Durchganges (in der Grafik in blauer Farbe dargestellt), also vor Beginn des Empowerment Trainings im März 2007, und die Fragebögen des zweiten Durchganges (in der Grafik in lila dargestellt), also nach der letzten Trainingseinheit im November 2007 miteinander verglichen.

Der Rücklauf der Fragebögen zur Lebensorientierung der Trainingsgruppe (n=12) lag bei 100% (n=12). Der Alterdurchschnitt war im Unterschied zur ersten Erhebung - naturgegeben - leicht erhöht. Bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Trainingsgruppe betrug er 44,5 Jahre. Differenziert nach Geschlecht lag der Alterdurchschnitt bei den Teilnehmern des weiblichen Geschlechts (n=10) bei 47,8 Jahren und bei den Männern (n=2) bei 52,5 Jahren

6.1.1 Komponente „Verstehbarkeit“

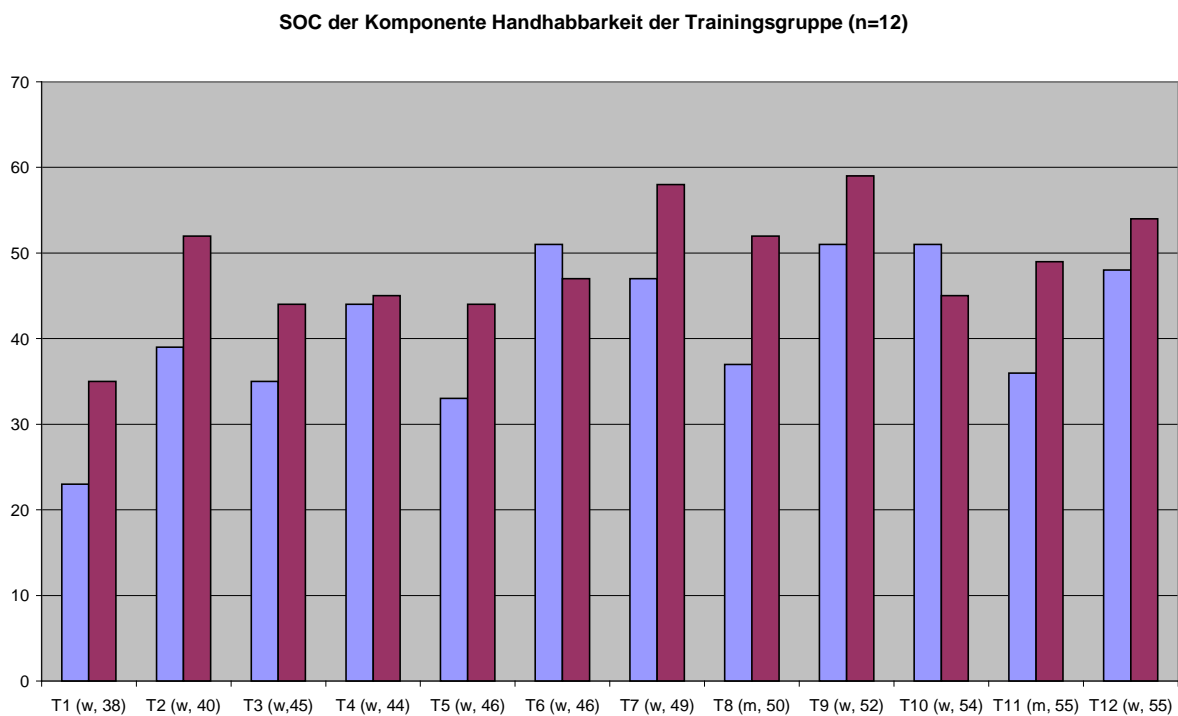
Bei der Komponente **Verstehbarkeit** beträgt der erreichte Mittelwert 46 Punkte (arithmetisches Mittel war 44 Punkte). Differenziert nach Geschlechtern beträgt der Mittelwert bei Frauen 46,3 Punkte und bei Männern 44,5 Punkte.



Beim Vergleich des Balkendiagramms ist erkennbar, dass sich der SOC nach Beendigung des Empowerment-Trainings (jeweils der rechte, lila Balken) in der Komponente Verstehbarkeit nach oben entwickelt hat. Lediglich bei der vierundfünfzigjährigen T10 ist hier ein Abwärtstrend feststellbar (von 46 Punkten vor Beginn des Empowerment-Trainings auf 44 Punkte nach Beendigung des Empowerment-Trainings). Nach dem Empowerment-Training kann bei 11 Teilnehmerinnen und Teilnehmern von einer Verbesserung in der Komponente Verstehbarkeit ausgegangen werden.

6.1.2 Komponente „Handhabbarkeit“

Für die Komponente **Handhabbarkeit** beträgt der erreichte Mittelwert für beide Geschlechter 48,7. Getrennt nach den Geschlechtern beträgt der Durchschnittswert für die Gruppe der Teilnehmerinnen 48,3 und für die Teilnehmer 50,5.

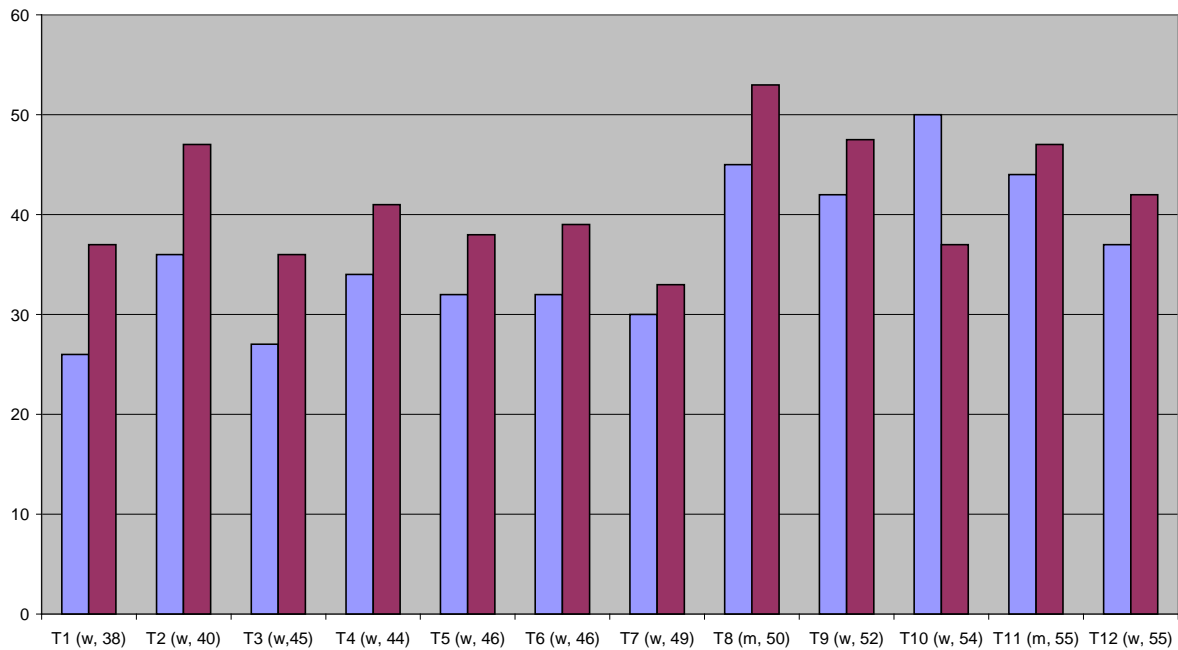


Da das arithmetische Mittel, bei einem Range dieser Komponente zwischen 10 und 70, bei 40 Punkten liegt, ist erkennbar, dass im Gegensatz zur Situation vor dem Empowerment-Training, nun alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer ein hohes Ausmaß in dieser Komponente erreichen.

6.1.3 Komponente „Bedeutsamkeit“

Bei der Komponente **Bedeutsamkeit** liegt der erreichte Mittelwert bei der Untersuchungsgruppe bei 41,5 Punkten (arithmetisches Mittel war 32 Punkte). Die Teilnehmerinnen weisen einen Mittelwert von 39,75 und die Teilnehmer einen von 50,0 auf.

SOC der Komponente Bedeutsamkeit der Trainingsgruppe (n=12)

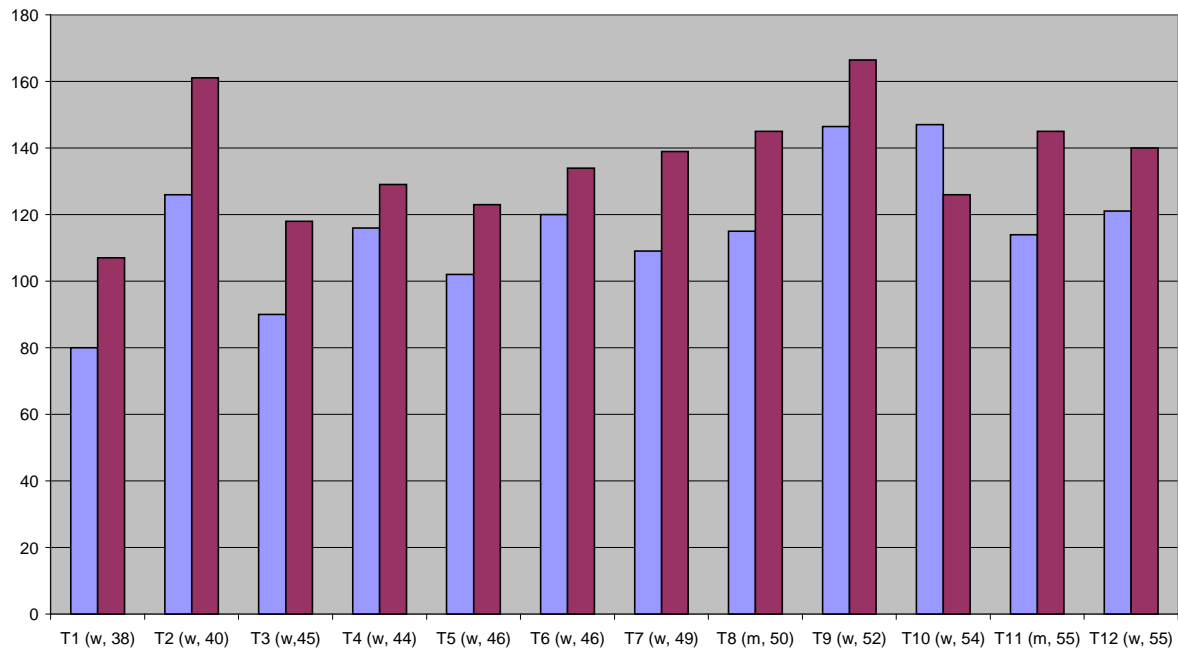


Bis auf T10 (ihr Wert lag vor Beginn des Empowerment-Trainings bei 50 und nach Beendigung des Empowerment Trainings bei 37) haben in diesem Bereich alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine positive Entwicklung gemacht. Insgesamt weisen alle Untersuchungsteilnehmerinnen und –teilnehmer ein hohes Ausmaß an Kohärenz in der Komponente Bedeutsamkeit auf.

6.1.4 Gesamt-SOC

Wenn wir nun die **Gesamtskala** des von den Teilnehmerinnen und –teilnehmern des Empowerment-Trainings für Menschen mit Multipler Sklerose erreichten Kohärenzwertes betrachten, dann ist insgesamt ein Mittelwert von 136,1 zu erkennen. Für die Teilnehmerinnen beträgt der Mittelwert 134,4 und für die Teilnehmer 145.

Gesamt-SOC der Trainingsgruppe (n=12)



Der Gesamt-SOC-Wert lag zu Beginn des Trainings bei 115,54. Es kann festgestellt werden, dass sich der Mittelwert nach dem Training um insgesamt 20,56 Punkte gesteigert hat. Bei einer Untersuchungsteilnehmerin ist der Gesamt SOC-Wert von 147 (zum Zeitpunkt der ersten Befragung) auf 126 abgesunken.

6.2 Datenerhebung Kontrollgruppe (nach Abschluss)

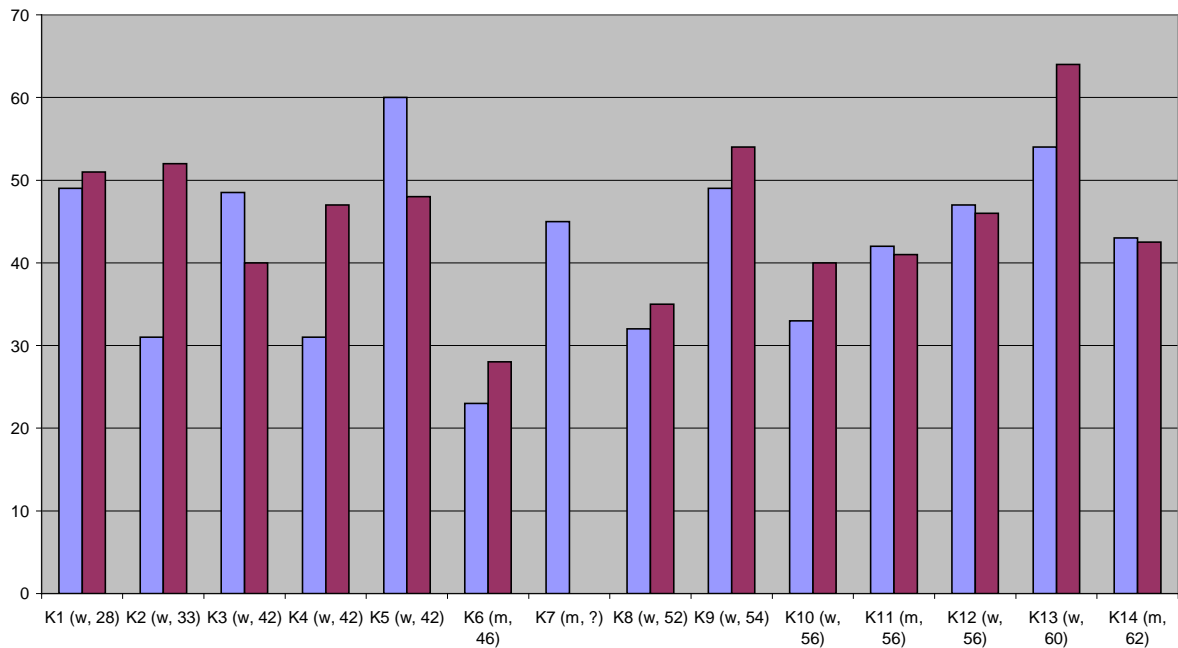
Bei der Kontrollgruppe (n=14), die es im Folgenden zu betrachten gilt, lag der Rücklauf der Fragebögen zur Lebensorientierung bei 92,9% (n=13). Ein Mann hatte seinen Fragebogen nicht zurück geschickt.

Der Altersdurchschnitt bei den verbliebenen Teilnehmern lag – naturbedingt auch erhöht - insgesamt bei 48,4 Jahren. Aufgeteilt nach dem Geschlecht lag der Altersdurchschnitt bei den Frauen (n=10) bei 46,5 Jahren und bei den Männern (n=3) bei 54,7 Jahren

6.2.1 Komponente „Verstehbarkeit“

Bei der Komponente **Verstehbarkeit** ist bei der Kontrollgruppe ein durchschnittlicher Wert von 45,3 Punkten zu konstatieren (arithmetisches Mittel war 44 Punkte). Die teilnehmenden Frauen erreichten hier im Mittel 47,7 und die teilnehmenden Männer im Durchschnitt 37,2 Punkte.

SOC der Komponente Verstehbarkeit der Kontrollgruppe (n=14)

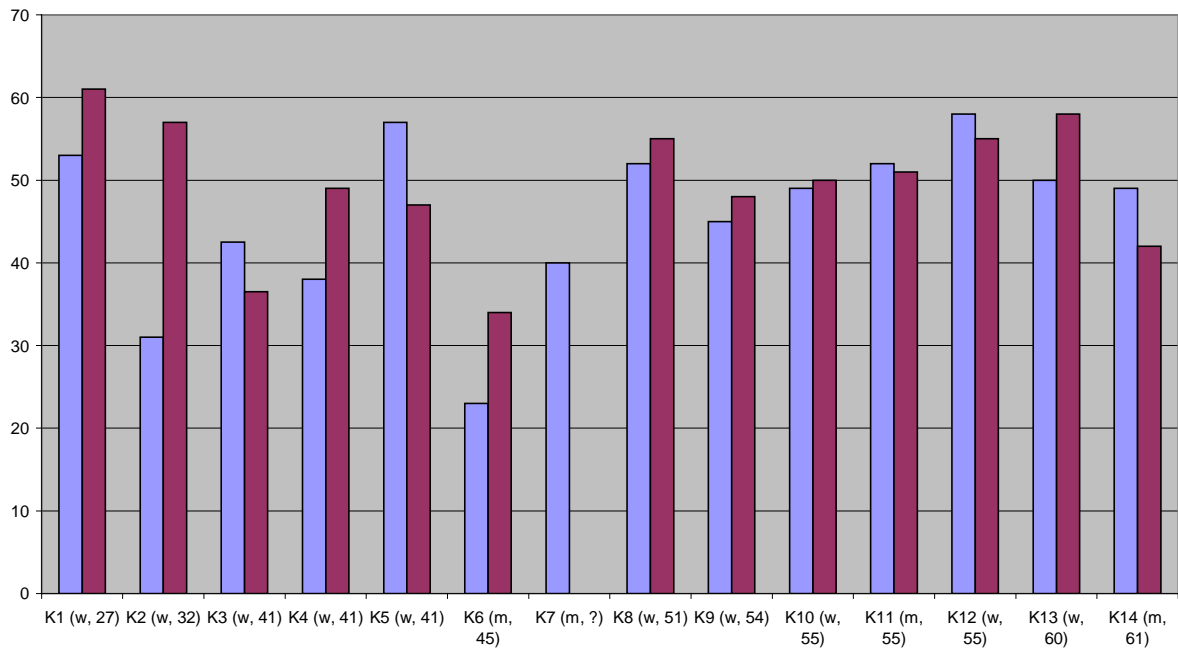


Es kann beim Vergleich der beiden Kohärenzwerte für die Komponente Verstehbarkeit festgestellt werden, dass insgesamt ein höherer SOC erreicht wurde, aber bei der Betrachtung der einzelnen Werte, wie im Balkendiagramm ersichtlich, schon in zwei Fällen ein deutliches Abweichen nach unten erkennbar ist. So fällt dieser Wert bei K3 von 48,5 auf 40 und bei K5 von 60 auf 48.

6.2.2 Komponente „Handhabbarkeit“

Bei der Komponente **Handhabbarkeit** liegt der erzielte Wert insgesamt im Mittel bei 49,5 Punkten. Die Frauen erreichen hier einen Komponenten-Wert von durchschnittlich 51,7 und die Männer einen von durchschnittlich 42,3.

SOC der Komponente Handhabbarkeit der Kontrollgruppe (n=14)

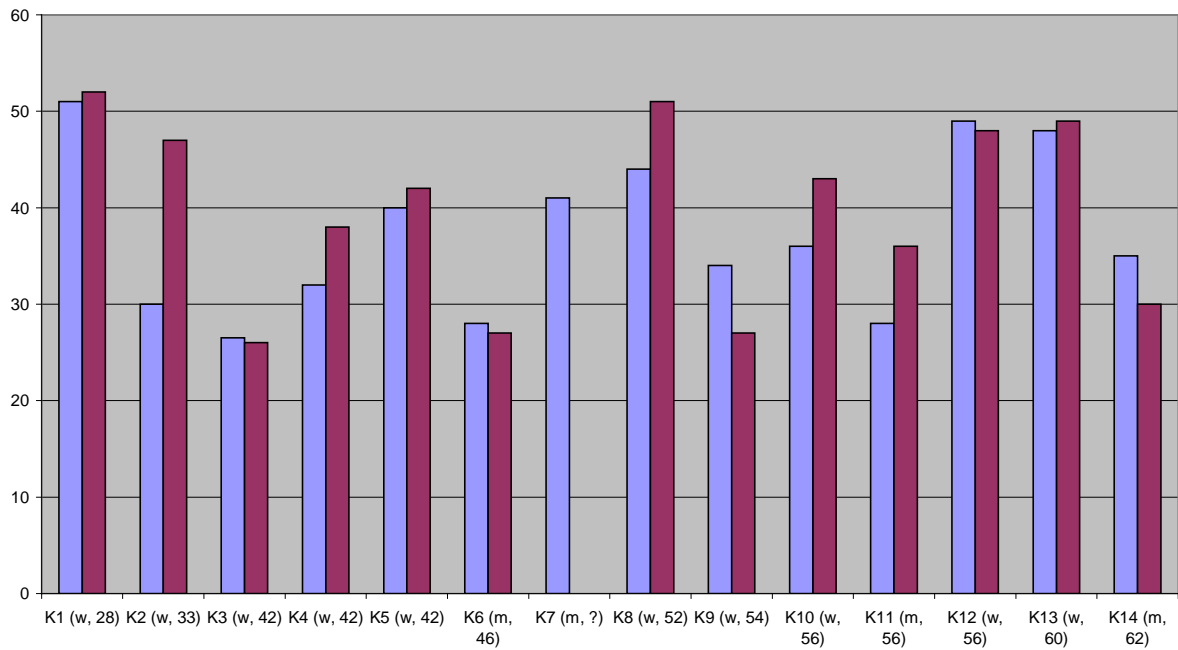


Wie schon bei der Komponente Verstehbarkeit ist bei der Kontrollgruppe, im Vergleich zur Befragung im März 2007, aktuell ein Abweichen nach unten, nämlich in n=5 Fällen feststellbar. Bei zwei Teilnehmerinnen und einem Teilnehmer ist dieser Abwärtstrend sehr deutlich sichtbar (K3 von 42,5 auf 36,5, K5 von 57 auf 47 und K14 von 49 auf 42).

6.2.3 Komponente „Bedeutsamkeit“

Insgesamt wird in der Komponente **Bedeutsamkeit** bei der Kontrollgruppe ein Wert von durchschnittlich 39,7 (arithmetisches Mittel war 32) erreicht. Die Frauen erreichen im Mittel insgesamt 42,3 und die Männer 31.

SOC der Komponente Bedeutsamkeit der Kontrollgruppe (n=14)

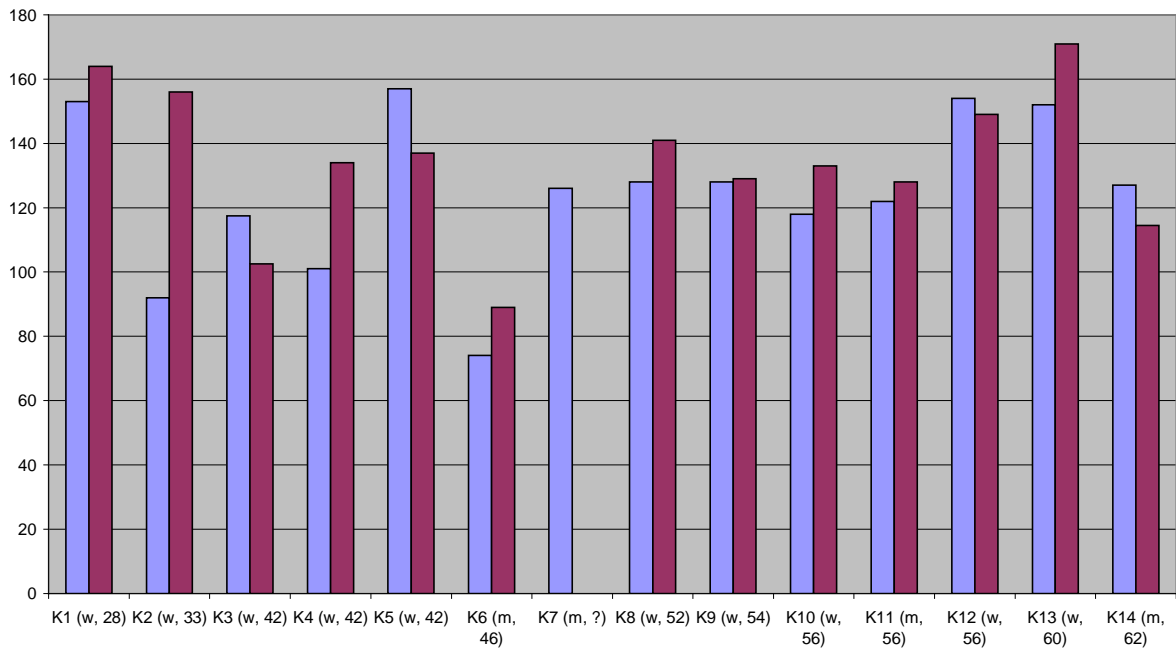


Für diese Komponente kann bei der Kontrollgruppe insgesamt ein hoher Kohärenzwert festgehalten werden, der aber im Vergleich zu der im März 2007 durchgeführten Befragung in zwei Fällen ein sehr deutliches Abweichen nach unten erkennen lässt (K9 von 34 auf 27 und K14 von 35 auf 30).

6.2.4 Gesamt-SOC

Der **Gesamt-SOC** der Kontrollgruppe zeigt insgesamt durchschnittlich einen Wert von 131,4. Die Frauen erreichen hier einen Wert von 141,7 und die Männer einen Wert von 110,5.

Gesamt-SOC der Kontrollgruppe (n=14)



Im Vergleich zur ersten Befragung im März 2007 ist beim Gesamt-SOC der Kontrollgruppe eine leichte Steigerung um 6,44 Punkte feststellbar (der Gesamt-SOC vorher lag bei 124,96 Punkten). Bei vier Teilnehmenden ist der SOC-Wert allerdings auch gesunken.

7. Diskussion der Ergebnisse

In den nachstehenden beiden Abschnitten wird es um die Ergebnisse gehen, die in Bezug auf die beiden Forschungsfragestellungen erzielt worden sind. Die erste Fragestellung bezieht sich darauf, ob sich als Effekt des Trainings eine höhere Kohärenz, gemessen durch den SOC-29-Fragebogen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe feststellen lässt. Die zweite Fragestellung bezieht sich darauf, ob TeilnehmerInnen mit einem hohen SOC-Ausgangswert mehr vom Training profitiert haben als TeilnehmerInnen mit einem niedrigen SOC-Ausgangswert.

Wie bereits in den Abschnitten 5 und 6 ausgeführt, wird sich die nachfolgende Diskussion nur auf den erzielten Gesamt-SOC-Wert beziehen und weder die drei SOC-Komponenten noch alters- oder geschlechtsspezifische Unterschiede berücksichtigen.

7.1 Erste Fragestellung: Erhöhte Kohärenz durch ein Training?

In der nachstehenden Tabelle wird zusammengefasst dargestellt, wie sich die Trainingsgruppe bei einer Betrachtung des durchschnittlichen Gesamt-SOC im Vergleich zur Kontrollgruppe mit ihren SOC-Werten verändert hat. Die Veränderung ist in absoluten Punktwerten sowie in einem prozentualen Wert angegeben, wobei der „alte“ SOC-Wert aus dem März 2007 als 100 Prozent definiert wurde.

Tabelle 1: Vergleich der SOC-Gesamtwerte

	3-07	11-07	Diff. - abs.	Diff.- %
∅ SOC - TG	115,54	136,13	+ 20,59	+ 17,82
∅ SOC - KG	124,96	131,4	+ 6,44	+ 5,15

∅ = Durchschnitt, TG = Trainingsgruppe, KG = Kontrollgruppe

Es kann also festgehalten werden, dass nach dem Empowerment-Training eine deutliche Steigerung des SOC-Wertes um (durchschnittlich) 20,59 Punkte bei den an diesem Training partizipierenden Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu beobachten ist. Der SOC-Wert der Kontrollgruppe hat sich demgegenüber lediglich um 6,44 Punkte erhöht. Prozentual lässt sich eine Steigerung des Gesamt-SOC bei der Trainingsgruppe um durchschnittlich fast 18 Prozent gegenüber einer nur leichten Erhöhung von rund 5 Prozent bei der Kontrollgruppe konstatieren. Es deutet also viel darauf hin, dass durch diese gezielte Intervention des „Empowerment-Trainings“ das Kohärenzgefühl deutlich (im Sinne einer „einschneidenden Veränderung“ nach ANTONOVSKY) gestärkt werden konnte. **Damit wird die erste Forschungshypothese bestätigt.** Über die Nachhaltigkeit der erzielten Veränderung können jedoch keine Aussagen getroffen werden. Dazu müsste die Trainingsgruppe weiterhin beobachtet und untersucht werden.

Die durchschnittliche Veränderung bei der Kontrollgruppe ist (rein rechnerisch gesehen) zwar auch leicht positiv, eine solche positive Veränderung tritt jedoch nicht bei allen Teilnehmenden auf. Dieser Durchschnittswert ist dadurch entstanden, dass etwa die eine Hälfte der Kontrollgruppe bei der Zweit-Messung (11/2007) leicht niedrigere SOC-Werte aufwies, die andere Hälfte leicht höhere Werte. Es bleibt jedoch auffällig, dass die Kontrollgruppe keinen so deutlichen und umfassenden Sprung wie die Trainingsgruppe machen konnte.

Betrachten wir die Ergebnisse der Trainingsgruppe nun noch etwas detaillierter. In der nachstehenden Tabelle sind alle Personen der Trainingsgruppe mit ihrem „alten“ (März 2007) und ihrem „neuen“ SOC-Wert (November 2007) aufgeführt. Die Veränderung ist auch wieder jeweils in absoluten Punktwerten sowie in einem prozentualen Wert angegeben.

Tabelle 2: Veränderungen in der Trainingsgruppe

Bez.	SOC-03/2007	SOC-11/2007	Diff.	in %
T1 ¹	80	107	+27	+33,75
T2	126	161	+35	+27,78
T3	90	118	+28	+31,11
T4	116	129	+13	+11,21
T5 ²	102	123	+21	+20,59
T6	120	134	+14	+11,67
T7	109	139	+30	+27,52
T8	115	145	+30	+26,09
T9	146,5	166,5	+20	+13,65
T10	147	126	-21	-14,29
T11	114	145	+31	+27,19
T12	121	140	+19	+15,70

Bei dieser Einzelbetrachtung fällt auf, dass es bei allen TeilnehmerInnen bis auf T10 deutliche Zuwächse gegeben hat. Die deutliche Veränderung von minus 21 bei T10 erfolgte jedoch von einem SOC-Ausgangswert von 147 (der deutsche Durchschnitt liegt bei 145,66, vgl. SCHUMACHER u.a. 2008) und einem vergleichsweise hohem Wert innerhalb der Trainingsgruppe auf 126. Dies könnte nun entweder auf einen Messfehler oder aber auf eine veränderte Betrachtungsweise der eigenen Ressourcen im Rahmen des Trainings zurückzuführen sein. Ferner ist ein sehr niedriger SOC-Ausgangswert von 80 bei T1 auffällig. Diese beiden „Ausreißer“ nach oben und nach unten werden in der nachstehenden Tabelle 3 berücksichtigt, indem einmal mit diesen beiden Werten und einmal ohne gerechnet wird.

¹ T1 hat nur am 1. und 4. Trainingswochenende teilgenommen
² T5 hat am dritten Trainingswochenende nicht teilgenommen

7.2 Zweite Fragestellung: Profitieren TN mit hohem SOC mehr?

Wenden wir uns nun der zweiten Fragestellung zu. Dazu wurden zwei Gruppen gebildet – eine Gruppe mit einem Anfangs-SOC im oberen Messbereich (T10, T9, T2, T12, T6, T4) und eine Gruppe mit einem Anfangs-SOC im unteren Messbereich (T8, T11, T7, T5, T3, T1). Wie angekündigt, wurden hier die „Ausreißer“ einmal betrachtet (lfd. Nr.1-6 und 7-12) und einmal fortgelassen (lfd. Nr. 2-6 und 7-11). Die Veränderungen vom März 2007 bis zum November 2007 sind nachstehend für alle Teilnehmenden der Trainingsgruppe sowohl in absoluten Zahlen als auch in Prozentwerten ausgedrückt.

Tabelle 3: Wer profitiert mehr?

Nr.	TN	SOC 3/07	SOC 11/07	Differenz absolut	Veränderung in %
1	T10	147	126	- 21	- 14,29 %
2	T9	146,5	166,5	+ 20	+ 13,65 %
3	T2	126	161	+ 35	+ 27,78 %
4	T12	121	140	+ 19	+ 15,70 %
5	T6	120	134	+ 14	+ 11,67 %
6	T4	116	129	+ 13	+ 11,21 %
7	T8	115	145	+ 30	+ 26,09 %
8	T11	114	145	+ 31	+ 27,19 %
9	T7	109	139	+ 30	+ 27,52 %
10	T5	102	123	+ 21	+ 20,59 %
11	T3	90	118	+ 28	+ 31,11%
12	T1	80	107	+ 27	+ 33,75 %
∅	alle	115,54	136,13	+ 20,59	+ 17,82 %
∅	Nr. 2-11	115,95	140,05	+ 24,1	+ 20,78 %
∅	Nr. 1-06	129,42	142,75	+ 13,33	+ 10,30 %
∅	Nr. 2-06	125,90	146,10	+ 20,2	+ 16,04 %
∅	Nr. 7-12	101,67	129,50	+ 27,83	+ 27,37 %
∅	Nr. 7-11	106,00	134,00	+ 28	+ 26,42 %

∅ = Durchschnitt

Aus dieser Tabelle ergibt sich die Erkenntnis, dass die TeilnehmerInnen mit einem Anfangs-SOC im oberen Messbereich eine durchschnittliche Steigerung im Bereich von ca. 10 beziehungsweise 16 Prozent aufweisen konnten, die TeilnehmerInnen mit einem Anfangs-SOC im unteren Messbereich jedoch eine durchschnittliche Steigerung von 26 beziehungsweise 27 Prozent. Daraus ist zu schließen, dass die **zweite Forschungshypothese nicht bestätigt** werden konnte. Es scheint eher so zu sein, dass TeilnehmerInnen mit einem eher niedrigen Anfangs-SOC mehr von einem Empowerment-Training profitieren und höhere Steigerungsraten erzielen können als TeilnehmerInnen mit einem bereits höheren Anfangs-SOC.

7.3 Ausblick

Als Ausblick auf die weitere Arbeit in diesem Bereich halte ich noch folgende Anmerkungen für wichtig. In Relation zur deutschen Normstichprobe fällt auf, dass sich der Durchschnitt der SOC-Werte der Trainingsgruppe (mit ca. 115 Punkten) auf einem deutlich unterhalb der Norm (Norm bei ca. 146 Punkten) liegenden Niveau bewegt und auch nach der deutlichen Steigerung um rund 20 Punkte zum Trainingsende immer noch gute 10 Punkte unter dieser Norm liegt. Vier TN (vgl. Tabelle 2) erzielten jedoch normgerechte oder sogar über der Norm liegende Ergebnisse. Dies kann ein Hinweis darauf sein, dass ein Empowerment-Training zwar gute Ergebnisse erzielen kann, jedoch **weitere nachhaltig wirkende ressourcenunterstützende Maßnahmen bei Menschen mit MS sinnvoll und notwendig** sind. Dies wird auch durch die Werte der Kontrollgruppe bestätigt, die beim Ausgangsniveau des SOC im Schnitt zwar 10 Punkte höher als die Trainingsgruppe liegt, aber mit rund 125 Punkten auch 20 Punkte hinter der Norm zurückbleibt und beim Endwert noch hinter der Trainingsgruppe verbleibt.

Folgerungen aus dieser Tatsache könnten zum einen sein, dass für möglichst viele Menschen mit Multipler Sklerose (eventuell auch für alle Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen) Empowerment-Trainings flächendeckend angeboten werden sollten. Zum anderen erscheint es sinnvoll, dass weitere und weitergehende Ressourcen verfügbar gemacht werden sollten, etwa das Angebot von leicht zugänglichen und finanzierbaren Interventionen wie etwa von Psychotherapie, begleitender Beratung, Unterstützung in Krisen, Entspannungsverfahren, etc.

Diese Studie ist auf Grund der geringen Fallzahlen nicht repräsentativ, sie bietet dennoch erste Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Empowermenttrainings, die in weiteren Forschungen vertieft werden sollten. Angesichts der positiven Ergebnisse der vorgelegten Pilotstudie ist es sinnvoll, die Forschungsanstrengungen in diesem Bereich der Gesundheitsforschung deutlich zu verstärken, konkret **Wiederholungsuntersuchungen mit erweiterten „Fallzahlen“ und zusätzlichen Instrumentarien** durchzuführen, sowie die in 4.1 genannten zusätzlichen Wirkfaktoren zu erforschen. Mir ist bewusst, dass gerade letzterer Punkt nicht einfach zu realisieren ist, doch scheinen mir angesichts der Bedeutung des Empowerment-Konzeptes und des salutogenetischen Ansatzes für Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. dazu BENGEL u.a. S. 151) solche Anstrengungen überaus lohnenswert und gewinnbringend – sowohl für die Betroffenen als auch für die gesamte Gesellschaft.

8. Literatur

ANTONOVSKY, A.: Health, Stress, and Coping. New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco 1979

ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

ARNADE, S.: Selbstbestimmung und „Empowerment“. In: FORUM PSYCHOSOMATIK, 1/2004

ARNADE, S./HEIDEN, H.G./KADAUKE, A.: „Lebenbegleitende Beratung“ nach dem Peer-Prinzip. Projekt abgeschlossen. In: FORUM PSYCHOSOMATIK 1/2006

BENGEL, J./STRITTMATTER, R./WILLMANN, H.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln 2001. Erweiterte Neuauflage

BERGOLD, J.B.: The Affinity between Qualitative Methods and Community Psychology (online abgerufen unter www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1097/2414 am 3. Oktober 2008)

BINDER, H.P. et al: Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC nach A. Antonovsky) bei PsychotherapeutInnen in der Steiermark. (online abgerufen unter www.inter-uni.net/forschung/downloads/psychosozial/p_2005_Binder_HP-college-TSW-HHM-Kohaerenzgefuehl_Psychotherapeuten.pdf am 02.07.2008)

DMSG: Was ist MS? (online abgerufen unter www.dmsg.de/multiple-sklerose-infos/index.php?kategorie=wasistms am 3. Oktober 2008) (2008a)

DMSG: Diagnostik und Therapie der Multiplen Sklerose (online abgerufen unter www.dmsg.de/dokumentearchiv/behandlungsleitlinien_der_dgn.pdf am 3. Oktober 2008) (2008b)

FRANKE, A.: Zum Stand der Entwicklung des Salutogenese-Konzepts. In: ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen 1997

HANNÖVER, W. et al: Die Sense of Coherence Scale von Antonovsky und das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose. In: Psychother Psych Med 2004; 54; 179-186

HEIDEN, H.G.: Empowerment – Versuch der Annäherung an einen vielschichtigen Begriff. Hintergrund, Inhalte und Bedeutung des Empowerment-Konzepts. Vortrag auf dem Curriculum - Workshop der Stiftung LEBENSNERV am 9. Dezember 2005. In: FORUM PSYCHOSOMATIK 2/2006

HERRIGER, N.: Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung, Stuttgart 2. Auflage 2002

HERRIGER, N.: Empowerment – Potenziale nutzen. (Grundlagentext Empowerment. online abgerufen unter www.empowerment.de/grundlagentext.html am 30.9.2008)

KEUPP, H./LENZ,A./STARK,W.: Entwicklungslinien der Empowerment-Perspektive in der Zivilgesellschaft. In: LENZ, A. / Stark, W. (Hg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisationen. DGTV-Verlag, Tübingen 2002

KRÄMER,G./BESSER, R.: Multiple Sklerose. Antwort auf die häufigsten Fragen. 5. Auflage. Stuttgart 2003

LEBENSNERV-Stiftung: Flyer zur Selbstdarstellung (Berlin, o.J.)

LEBENSNERV-Stiftung: Informationen zur MS (online abgerufen unter www.lebensnerv.de/basis/frameset2.html am 1. Oktober 2008)

LEBENSNERV-Stiftung: Meine Stärken entdecken! Empowerment-Training für Menschen mit MS. Curriculum. Berlin (Stand: 01.02.2006) (2006a)

LEBENSNERV-Stiftung: Ausschreibung zum Empowerment-Training der Stiftung LEBENSNERV – Kurs 2007. In: FORUM PSYCHOSOMATIK 2/2006 (2006b)

LEBENSNERV-Stiftung: BMG-Antrag auf Gewährung einer Zuwendung zur Maßnahme „Meine Stärken entdecken! Empowerment-Training für MS-Betroffene“ vom 26. Juni 2006 (unveröffentlicht) (2006c)

LEBENSNERV-Stiftung: Evaluation und wissenschaftliche Begleitung des Empowerment-Trainings. In: FORUM PSYCHOSOMATIK 2/2008

MAIDA, E.: Multiple Sklerose – Der große TRIAS-Ratgeber. Stuttgart 2002

MECKEL-HAUPT,A.: Ein Beitrag zur Validierung des deutschsprachigen SOC-Fragebogens von Aaron Antonovsky. Diss. Düsseldorf 2001 (online abgerufen unter http://deposit.d-nb.de/cgi-bin/dokserv?idn=965459195&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=965459195.pdf am 02.07.2008)

MILLER, T./ PANKOFER, S. (Hg.): Empowerment konkret. Lucius und Lucius, Stuttgart 2000

MSWEB.LU (Internetportal der luxemburgischen MS-Liga): Wie häufig ist nun Multiple Sklerose? Bearbeitungsstand: 2004 (online abgerufen unter www.msweb.lu/internet/de/html/nodes_main/4_1087_26/4_1070_112.htm am 12. September 2008)

MÜLLER-BREIDENBACH, E.: Kohärenzempfinden (SOC) bei BewerberInnen der Akademie für Ergotherapie, Innsbruck. (online abgerufen unter www.inter-uni.net/forschung/downloads/psychosozial/2007_T_Mueller-Breidenbach_-SZ_OK-.pdf am 02.07.2008)

PANKOFER, S.: Empowerment – eine Einführung. In: Miller, Tilly/ Pankofer, Sabine (Hg.): Empowerment konkret. Lucius und Lucius, Stuttgart 2000

PANKOFER, S.: kann man Empowerment lernen? Und wie! In: Miller, Tilly/ Pankofer, Sabine (Hg.): Empowerment konkret. Lucius und Lucius, Stuttgart 2000

RAPPAPORT, J. / Swift, C. & Hess, R: Studies in Empowerment. Steps toward understanding and action. Haworth Press, New York 1984

RAPPAPORT, J.: Ein Plädoyer für die Wirklichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowerment“ anstelle präventiver Ansätze. In: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2/1985, S. 257 ff

RENSINGHOFF, C.: Skizze eines Forschungsprojekts zur Entwicklung und Bedeutung von Kohärenz im Rahmen eines Empowerment-Trainings für Menschen mit Multipler Sklerose. Marburg 2007 (online abgerufen unter www.uni-marburg.de/fb21/erzwiss/personal/wmitarbeiter/rensinghoff_projektskizze am 6. September 2008)

RICHTER, E.: Empowerment. Das Leben selbst in die Hand nehmen. In: UGB-Forum 4/00

SCHNOOR, Heike: Skizze eines Forschungsprojektes zum Thema: Entwicklung und Bedeutung von Kohärenz im Rahmen eines Empowerment-Trainings für Menschen mit MS. Marburg 2006, unveröffentlichtes Manuskript

SCHÖNNER, I.: Ermittlung des Kohärenzsinnns nach Aaron Antonovsky bei Sahaja Yoga Praktizierenden in Österreich. (online abgerufen unter www.inter-uni.net/forschung/downloads/psychosozial/2006_Schoenner_college_SOC_Sahaja_Yoga.pdf am 02.07.2008)

SCHUBERT, U.: Subjektive Krankheitstheorie bei Multiple Sklerose Patienten.. Med. Diss., Köln 1999

SCHUMACHER, J./ GUNZELMANN, T. / BRÄHLER, E.: Deutsche Normierung der Sense of Coherence Scale von Antonovsky. In: DIAGNOSTICA, 46 (2000), 208-213 (online abgerufen unter www.uni-leipzig.de/~gespsych/material/soc_norm.pdf am 02.07.2008)

SIMON, B. L.: The empowerment tradition in American social work: A history. New York, Columbia University Press 1994

SOLOMON, B. B.: Black empowerment: social work in oppressed communities. New York, Columbia University Press 1976

STARK, W.: Gemeinsam Kräfte entdecken. Empowerment als kompetenz-orientierter Ansatz einer zukünftigen psychosozialen Arbeit. In: LENZ, A. / Stark, W. (Hg.): Empowerment. Neue Perspektiven für psychosoziale Praxis und Organisationen. DGTV-Verlag, Tübingen 2002

UNITED NATIONS: Convention on the Rights of Persons with Disabilities (online abgerufen unter www.un.org/disabilities am 30.9.2008)

WAGENER-THIELE, Chr.: Natürliche MS-Therapien. Sanfte und wirksame Behandlung von Multipler Sklerose. Aktualisierte und überarbeitete Ausgabe. Berlin 2005

WHO: Ottawa Charter for Health Promotion - 1986 (online abgerufen unter www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf am 30.9.2008)

WHO: Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century - 1997 (online abgerufen unter www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf am 30.9.2008)

WUSTMANN, C.: Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung (online abgerufen unter www.bildungserver.de/innovationsportal/bildungplus.html?artid=459 am 30.9.2008)

Kontakt und weitere Informationen bei:

Prof. Dr. Gisela Hermes
HAWK - Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst Hildes-
heim/Holzminden/Göttingen
Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit
Brühl 20
D - 31134 Hildesheim
Tel.: 0049-5121- 881 411
E-mail: Hermes@hawk-hhg.de
www.hawk-hhg.de

Stiftung LEBENSNERV
Krantorweg !
D – 13503 Berlin
Tel.: 0049-30-4363542
Fax: 0049-30-4364442
E-mail: lebensnerv@gmx.de
www.lebensnerv.de