



Andrea Zumbrunn, Nadja Hess, Maria Solèr, Matthias Hüttemann,
Simon Süsstrunk und Peter Sommerfeld

Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient:innen klinischer Sozialarbeit im Interventionsverlauf

Zusammenfassung: Klinische Sozialarbeitende arbeiten darauf hin, dass Klient:innen trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine möglichst hohe Lebensqualität bewahren oder wiedergewinnen können. In einer explorativen Studie wurde untersucht, wie sich die durchschnittliche subjektive Lebensqualität von Klient:innen verändert und inwiefern einzelne Faktoren die Veränderungen miterklären können. Trotz teilweiser starker Einschränkungen hat sich bei rund der Hälfte der Klient:innen die Lebensqualität in einem klinisch signifikanten Ausmass gesteigert. Ein signifikanter Einflussfaktor in diesem Zusammenhang sind realisierbare, subjektiv relevante Ziele.

Schlüsselwörter: Klinische Sozialarbeit, subjektive Lebensqualität, Verwirklichungschancen, Intervention, Veränderungsmessung

Measuring the subjective quality of life of clinical social work clients during the course of the intervention

Summary: Clinical social workers work to ensure that clients can maintain or regain the highest possible quality of life despite health restrictions. An exploratory study was conducted to investigate how the average subjective quality of life of the clients changes and to what extent selected factors can explain the changes. Despite some severe impairments, the quality of life has increased to a clinically significant extent in around half of the clients. A significant influencing factor in this context is the pursuit of achievable subjectively relevant goals.

Keywords: Clinical social work, subjective quality of life, capabilities, intervention, change measurement

Einleitung

Ein wichtiges Ziel von Interventionen im Gesundheitswesen ist es, Menschen dabei zu unterstützen, sich trotz der gesundheitlichen Einschränkungen eine befriedigende Lebensqualität zu bewahren bzw. diese wieder zu erlangen (Bullinger, 2014, S. 98). Dies wird auch bei Interventionen der klinischen Sozialarbeit im Hinblick auf die damit einhergehenden sozialen und sozioökonomischen Einschränkungen angestrebt, z. B. in der Psychiatrie (Sommerfeld et al., 2016), der Suchthilfe (Bayer-Oglesby & Schmid, 2014) oder in der Beratung von Krebspatient:innen (Kayser et al., 2010). Ob sozialarbeiterische Interventionen zu den angestrebten Veränderungen führen, wurde bis heute nur vereinzelt erforscht und nachgewiesen. So konstatieren Hüttemann et al. (2017, S. 4), dass die wenigen empirischen Wirkungsstudien «ohne erkennbaren inhaltlichen Bezug zueinander vorliegen» und sich aufgrund unterschiedlicher Operationalisierung der Outcomes nur schwer miteinander vergleichen lassen. Diese Aussage trifft auch auf die interdisziplinäre Lebensqualitätsforschung zu und hat u. a. mit der Komplexität des Konzepts Lebensqualität zu tun. Als Herausforderung für die Messung von Lebensqualität erweist sich insbesondere, dass Lebensqualität nicht ausschliesslich das Vorhandensein von Wohlstand und materiellen Gütern und Dienstleistungen meint, sondern weitere Aspekte eines guten Lebens, wie die Qualität sozialer Beziehungen und Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe umfasst (Noll, 2017). Lebensqualität bemisst sich daher nicht nur anhand der objektiven Lebensumstände, die Menschen zur Erfüllung ihrer biopsychosozialen Bedürfnisse zur Verfügung stehen. Lebensqualität umfasst auch die subjektiven Bewertungen der Lebensumstände und der verfügbaren Möglichkeiten, die Menschen im Hinblick auf ihre persönlichen Erwartungen, Wünsche und Ziele wahrnehmen (World Health Organization, 1997). Individuell und damit verschieden ist dementsprechend die Art und Weise, wie Menschen Bedürfnisse befriedigen und welche Lebensbereiche dazu als wichtig erachtet werden (Costanza et al., 2007, S. 269). Diese Komplexität von objektiven Lebensbedingungen, subjektiver Bewertung und individueller Lebensführung gilt es bei Verlaufsanalysen von Lebensqualität adäquat zu erfassen.

Klient:innen der Sozialen Arbeit mit gesundheitlichen Problemen befinden sich oftmals in komplexen psychosozialen Problemlagen und verfügen häufig über nur geringe sozioökonomische Ressourcen (Deimel, 2019). Wie sich dies längerfristig auf ihre Lebensqualität auswirkt und inwiefern sozialarbeiterische Interventionen darauf Einfluss nehmen können, sind daher wichtige fachliche Fragen. Studienergebnisse zeigen, dass es

Menschen in der Regel trotz wechselnder Lebensbedingungen gelingt, ihre subjektiv bewertete Lebensqualität auf einem positiven, stabilen Niveau zu halten (Cummins et al., 2012, S. 79–83). Bei einer Verschlechterung der Lebensumstände, beispielsweise durch eine Krankheit oder zunehmende Armut, aktivieren sie dafür interne und externe Ressourcen, bspw. erprobte Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung. Wenn die Belastungssituation aber über lange Zeit fort dauert und die verfügbaren Ressourcen zu ihrer Bewältigung nicht ausreichen, kann es aufgrund des damit verbundenen, dauerhaft hohen Stresslevels zu gesundheitlichen Einschränkungen und auch zu einer dauerhaften Verschlechterung der subjektiven Lebensqualität kommen (Cummins et al., 2012, S. 83–85). Diese Abwärtsspirale versucht die klinische Sozialarbeit mit ihren Interventionen zu durchbrechen (Pauls, 2013, S. 22). Dabei geht es sowohl um die Verbesserung der objektiven Lebensbedingungen als auch um die Ressourcenstärkung im Hinblick auf eine selbstbestimmte Lebensführung. Beides zusammen soll die Befriedigung der biopsychosozialen Bedürfnisse auf einem subjektiv akzeptablen Niveau erlauben (Sommerfeld et al., 2016, S. 178).

Die vorliegende Studie ist Teil eines grösseren Projekts zur Wirkungsforschung in der klinischen Sozialarbeit, das in erster Linie qualitativ ausgerichtet war und Wirkungsweisen rekonstruierte (siehe Kapitel 2). Im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie wurde die subjektive Lebensqualität einer Stichprobe von Klient:innen der Suchthilfe bzw. von klinischen Sozialdiensten wiederholt gemessen. Ziel dieses Beitrages ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Veränderungen in der Lebensqualität bei Klient:innen klinischer Sozialarbeit adäquat gemessen werden können. Aufgrund des vorwiegend qualitativ ausgerichteten Forschungsprojektes und der damit einhergehenden selektiven Datenbasis lassen sich nur bedingt verallgemeinernde Aussagen zur Klientel der klinischen Sozialarbeit generieren. Die theoriegeleiteten Analysen liefern aber wichtige Hinweise zu individuellen Verläufen und zentralen Einflussfaktoren auf subjektive Lebensqualität. Im Fokus des Beitrages stehen drei Fragen. Erstens interessiert, welche Dimensionen von Lebensqualität für die befragten Klient:innen der klinischen Sozialarbeit besonders wichtig sind bzw. bei welchen in besonderem Masse Einschränkungen vorliegen. Zweitens wird überprüft, ob sich ihre Lebensqualität während der Beobachtungszeitraums im Durchschnitt verändert hat und wie diese Veränderungen zu interpretieren sind. Drittens wird exemplarisch untersucht, inwiefern einzelne individuelle und kontextbezogene Merkmale die Unterschiede in den Lebensqualitäts-Verläufen miterklären können.

2 Datengrundlage und methodisches Vorgehen

Die hier präsentierten Analysen sind Teil des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojektes «ALIMent: Kontexte, Mechanismen und Wirkungen klinischer Sozialer Arbeit». Im Forschungsprojekt ALIMent wurde untersucht, welche Funktion(en) die klinische Sozialarbeit erfüllt, wie sie Schnittstellen in der interprofessionellen Kooperation gestaltet und auf welche Interventions- und Problemtheorien sie sich stützt. Vor allem wurde der Zusammenhang von Intervention und Wirkung in den Blick genommen mit dem Ziel, Wirkungszusammenhänge (sog. «ALIMent-Konfigurationen») zu rekonstruieren. «ALIMent» steht für Akteure, die in aufeinander bezogenen Lebenswelt- und Interventionskontexten Probleme der Lebensführung bearbeiten, sowie für Mechanismen, die in Verbindung mit anderen Komponenten Entwicklungsverläufe der Klient:innen Sozialer Arbeit beeinflussen (vgl. Sommerfeld et al., 2019).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Teilstudie zur longitudinalen, quantitativen Lebensqualitätsmessung präsentiert. Zunächst werden das leitende Modell der statistischen Analysen sowie die Untersuchungsgruppe beschrieben. Anschliessend werden die Datenerhebung und das Vorgehen der Datenanalyse erläutert.

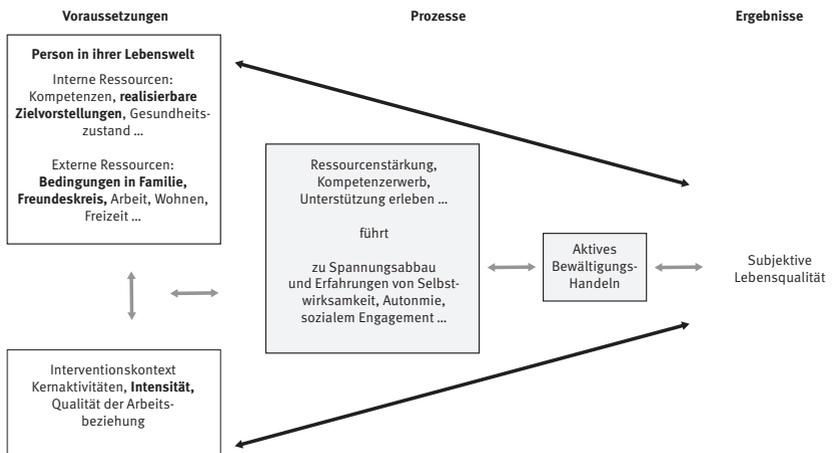
2.1 Konzeptuelles Modell

Ergänzend zur Verlaufsanalyse (Fragen 1 und 2) werden theoriebasierte Zusammenhänge zur Lebensqualitätsentwicklung statistisch überprüft (Frage 3). Zu diesem Zweck stützt sich die Analyse auf ein Erklärungsmodell von Lebensqualität, das Abbildung 1 veranschaulicht. Es zeigt stark vereinfacht auf, dass die Lebensqualitätsentwicklung von zahlreichen Einflussfaktoren abhängt, die einerseits in der Lebenswelt der Klient:innen und andererseits im Interventionsgeschehen der Sozialen Arbeit bzw. des interprofessionellen Hilfesystems liegen. Unter Berücksichtigung der Lebensumstände haben Interventionen der Sozialen Arbeit u.a. zum Ziel, Klient:innen durch die Stärkung ihrer internen und externen Ressourcen in der Neugestaltung ihrer individuellen Lebensführung zu unterstützen. Dies kann sich u. a. in positiven Veränderungen bei der Wohn-, Arbeits- und Beziehungssituation und bei der Wahrnehmung eigener Kompetenzen niederschlagen. Klient:innen mögen dies als verbesserte Lebensqualität wahrnehmen, was sich wiederum, im Sinne einer positiven Aufwärtsspirale, vorteilhaft auf ihre soziale Teilhabe auswirken kann. Lebensqualität wird in diesem Beitrag einerseits über selbstberichtete Einschätzungen

der Lebensbedingungen erhoben und andererseits über das Ausmass der Lebenszufriedenheit (siehe Abschnitt 2.3).

Die in Abbildung 1 grau eingefärbten Prozessfaktoren beziehen sich auf die Ergebnisse der qualitativen Studie (Sommerfeld et al. 2021). Es wurden zentrale Wirkmechanismen rekonstruiert, die erklären, wie Kernaktivitäten der Sozialen Arbeit im Zusammenspiel mit den Bedingungen der Lebenswelt über das Bewältigungshandeln auf die subjektive Lebensqualität der Klient:innen einwirken. Aufgrund der nur selektiv vorliegenden quantitativen Informationen zum Lebenswelt- und Interventionskontext der Befragten beschränkt sich die vorliegende, explorative Analyse auf die Überprüfung von drei wichtigen Einflussfaktoren auf Lebensqualität (in Abbildung 1 fett markiert), deren direkter Einfluss aufgrund der qualitativen Studie angenommen wurde. Es sind dies erstens das Vorhandensein und die Qualität der Beziehungen. Dabei wird angenommen, dass gesundheitliche Probleme durch wahrgenommene und erfahrene soziale Unterstützung besser bewältigt werden können, wodurch sich die subjektive Lebensqualität stabilisieren sollte (vgl. auch Berkman & Krishna, 2014, S. 245–247). Zweitens sollten das Vorhandensein eines konkreten, realisierbaren Ziels in naher Zukunft und die Hoffnung auf dessen

Abbildung 1 Annahmen zum Einfluss von Lebenswelt-, Interventionskontext auf die Lebensqualität der Klient:innen, vermittelt über Prozessfaktoren



Grau hinterlegt: Exemplarische Ergebnisse des qualitativen Forschungsteils. Fett: Prädiktoren der Mehrebenen-Analyse. Quelle: Eigene Darstellung basierend auf Sommerfeld et al. 2021, Hüttemann et al., 2017; Ryan et al., 2008; Schwarzer, 2000.

Erfüllung zur Bedürfnisbefriedigung und somit zu einer positiv bewerteten Lebensqualität beitragen (vgl. auch Grawe, 2004, S. 188–192). Drittens interessiert die Intensität der fachlichen Unterstützung, welche die Befragten erhalten. Es ist davon auszugehen, dass Klient:innen mit besonders grosser gesundheitlicher und/oder sozialer Belastung eine intensive Unterstützung erhalten, was ihre Lebensbedingungen verbessert und damit auch ihre Lebensqualität.

2.2 *Beschreibung der Untersuchungsgruppe*

Es wurden jeweils acht Klient:innen von drei Organisationen bzw. Organisationseinheiten klinischer Sozialarbeit aus der Deutschschweiz an vier Erhebungszeitpunkten befragt. Die drei Organisationen wurden mittels theoretischem Sampling ausgewählt (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 195–200). Dieses strebte Heterogenität im Interventionskontext und bei der Klientel an. Innerhalb der Organisation lag die Auswahl der Klient:innen im Ermessen der Sozialarbeitenden. Die Klient:innen mussten zur Studienteilnahme und für den Zusatzaufwand motiviert sein und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Die befragten Klient:innen der ersten Organisation (A), einer Organisation der ambulanten Suchthilfe, nutzen mindestens ein Angebot der Organisation (Beratung, begleitetes Wohnen, Arbeit). Es handelt sich um Menschen mit langjährigen substanzbezogenen Suchterkrankungen. Die zweite Organisation bzw. Organisationseinheit (B) ist ein Sozialdienst einer psychiatrischen Klinik. Die befragten Klient:innen dieser Organisation unterscheiden sich in den Krankheitsbildern, aber auch in Krankheitsdauer und Betreuungsarrangements (Ambulatorium, Case Management). Eine von ihnen brach die Projektteilnahme ab. Viele der Befragten im Suchtbereich und in der Psychiatrie haben frühe, schwere und langandauernde Bedürfnisverletzungen auf körperlicher und psychischer Ebene erlebt und leben sozial isoliert. Zur Kontrastierung wurde daher als dritte Organisation bzw. Organisationseinheit der Sozialdienst einer neurologischen Klinik (C) gewählt, bei der die Klient:innen aufgrund von Unfall oder Krankheit körperlich eingeschränkt sind und ihre Lebenssituation neu arrangieren müssen. Diese Personen haben vor dem kritischen Ereignis ein verhältnismässig selbstbestimmtes Leben geführt, waren sozial gut integriert und erhielten zum ersten Mal Unterstützung durch die klinische Sozialarbeit. Insgesamt liegen quantitative Lebensqualitätsmessungen von 23 Personen zu jeweils vier Zeitpunkten vor ($n = 92$).

Damit weisen die Personen der Untersuchungsgruppe unterschiedliche körperliche, psychische und soziale Probleme auf und unter-

scheiden sich auch in der Art und Intensität des Unterstützungsarrangements. Alle Personen nutzten zum ersten Erhebungszeitpunkt mindestens ein Angebot der klinischen Sozialarbeit. Die Dauer der bisherigen Intervention variiert zwischen den Befragten, sie sind zum ersten Befragungszeitpunkt (t_0) bereits zwischen neun Monaten und mehreren Jahren Klient:innen dieser Organisation. Die Klient:innen der Organisation C stehen bei t_0 nach einem ca. neunmonatigen stationären Aufenthalt kurz vor dem Austritt. Einige davon nutzen ab dem zweiten Messzeitpunkt nicht mehr regelmässig Angebote der Sozialen Arbeit.

Die Stichprobe setzt sich aus 10 Frauen und 13 Männern im Alter von 20 bis 68 Jahren zusammen. Nur zwei der befragten Personen haben keine Schweizer Nationalität. Die Personen unterscheiden sich in ihrem sozioökonomischen Status. Drei Personen haben einen tertiären Bildungsabschluss, 17 einen sekundären (Lehre, Matur) und 3 den obligatorischen Schulabschluss. Zwei Personen haben ein Erwerbseinkommen, 6 eine IV-Rente, 5 sind auf Sozialhilfe angewiesen und 10 Personen befinden sich während der Beobachtungsperiode in einer Übergangssituation und erhalten Arbeitslosengeld, IV-Taggeld oder ein Krankentaggeld. 16 Befragte leben alleine oder mit Familie oder Freund:innen in einem Privathaushalt, 7 Personen leben in einer betreuten Wohnform (eine Person trat im Verlauf der sechs Monate aus der betreuten Wohnform aus). Zwei Drittel der Befragten haben Kinder.

2.3 *Datenerhebung und -analyse*

Beim Beobachtungsbeginn (t_0) wurden die oben erwähnten Angaben zu sozioökonomischem Status, Alter, Beziehungsstatus und Wohnform erhoben. Die Bewertung der Lebensqualität wurde während des sechsmonatigen Beobachtungszeitraums an vier Zeitpunkten erfragt, die Erhebungszeitpunkte lagen ca. zwei Monate auseinander. Die Untersuchungspersonen waren beim Ausfüllen der Fragebögen persönlich oder telefonisch begleitet, wodurch Fragen zum Fragebogen direkt geklärt werden konnten.

2.3.1 Messung von Lebensqualität

Lebensqualität wurde über Selbsteinschätzungen der Klient:innen erfasst. Dafür wurden zwei Instrumente eingesetzt, die auf unterschiedlichen Konzeptionen von Lebensqualität basieren. Lebensqualität drückt sich erstens in Möglichkeiten der Menschen zur Lebensgestaltung und in gesellschaftlichen Beteiligungsmöglichkeiten aus. Die substanzielle Wahlfreiheit der Menschen, sich für oder gegen alternative Lebensführungsweisen zu ent-

scheiden, wird dabei als gleichbedeutend für eine hohe Lebensqualität angenommen wie die tatsächliche Realisierung derselben (Nussbaum, 2011, S. 18). Die subjektiven Einschätzungen dieser Verwirklichungschancen (capabilities) wurden mittels OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health) erhoben (Simon et al., 2013). Dieser Fragebogen basiert auf der von Nussbaum (2011, S. 33) vorgeschlagenen Liste von zehn zentralen Verwirklichungschancen, die mindestens bis zu einer gewissen Schwelle sichergestellt sein müssen und so eine Art minimale Konzeption der Bedingungen für ein gutes, menschenwürdiges Leben darstellen. In seiner jetzigen Form sind alle Bereiche enthalten, die sich für Menschen mit einer psychischen Erkrankung als wichtig herausgestellt haben (Simon et al., 2013, S. 1). Im Projekt ALIMEnt kam das auf Deutsch übersetzte Instrument zur Anwendung (Baumgardt et al., 2018, S. 2). Der Fragebogen besteht aus 16 Items, die auf einer fünfstufigen Likert-Skala eingeschätzt werden (1: sehr starke Einschränkungen, 5: keine Einschränkung), sowie einem nominalskalierten Item. Aus den Antworten wurde eine standardisierte Gesamtpunktzahl auf einer Skala von 0–100 berechnet. Vergunst et al. (2017, S. 5) berichten von einem Cronbach Alpha von 0.79 und damit über eine gute interne Konstruktvalidität.

Lebensqualität wurde zweitens als Lebenszufriedenheit erhoben. Dafür wurde der SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weighting) eingesetzt (O’Boyle et al., 1993). Die Befragten können bei diesem Instrument fünf wichtige Lebensbereiche selbst wählen und auf einer visuellen Analogskala im Verhältnis zueinander gewichten («wichtig» bis «nicht wichtig»). Ausserdem bewerten die Personen ihre Zufriedenheit mit den jeweiligen Lebensbereichen («miserabel» bis «ausgezeichnet»). Welche Erfahrungen und Erwartungen sie in dieses Rating einbeziehen, ist dabei individuell. Die Datenerhebung erfolgte interaktiv im Rahmen von Gesprächen mit Mitarbeiter:innen des Forschungsteams. Aus der Höhe der Zufriedenheitseinschätzungen der fünf bedeutsamsten Lebensbereiche in Kombination mit deren relativen Gewichtungen wurde ein Gesamtwert auf einer Skala von 0–100 berechnet (O’Boyle et al., 1993). Wettergren et al. (2009, S. 744) beurteilen den SEIQoL-DW in einer systematischen Reviewstudie von 39 wissenschaftlichen Artikeln als valides Instrument für die klinische Forschung.

2.3.2 Prädiktoren von Lebensqualität

Basierend auf den oben dargelegten theoretischen Annahmen und verdichteten Informationen der biografischen sowie problemzentrierten Interviews

(Witzel, 2000; Schütze, 1983) mit den Klient:innen wurden Merkmale des Interventions- und Lebensweltkontextes ermittelt, die potenziell im Zusammenhang zum Entwicklungsverlauf der Lebensqualität der Untersuchungsgruppe stehen. In Tabelle 1 sind die in den statistischen Modellen integrierten Prädiktoren und Kontrollvariablen zusammengefasst.

Tabelle 1 Übersicht zu Kontrollvariablen und Prädiktoren

	Ausprägungen (in Klammern: n / Verteilung)
Kontrollvariablen	
Geschlecht	0 Mann (n = 13), 1 Frau (n = 10)
Alter	In Jahren (\bar{x} = 39,4; SD = 12,9)
Kinder	0 kinderlos (n = 15), 1 hat Kinder (n = 8)
Wohnsituation	0 Privathaushalt (n = 16), 1 Institution (n = 7)
Existenzsicherung	0 Geregelt (Lohn, IV, Sozialhilfe) (n = 13), 1 Übergangslösung (n = 10)
Partnerschaft	0 Nicht liiert (n = 12), 1 liiert (n = 8)
Organisation	A (n = 8), B (n = 7), C (n = 8)
Prädiktoren^{b, c}	
Unterstützende Beziehung	0 keine reziproke, unterstützende Beziehung vorhanden oder stark isoliert oder nur punktuelle Beziehungen zu Peers (n = 8) 1 mindestens eine dauerhafte, reziproke private Beziehung, die geprägt ist von gegenseitiger Unterstützung ¹ (n = 15)
Zielvorstellung ^a	0 Keine subjektiv relevanten Zielvorstellungen oder unkonkrete, nicht realisierbare Zielvorstellungen vorhanden (n = 10) 1 Mindestens eine subjektiv relevante, realisierbare Zielvorstellung, die mit den vorhandenen Ressourcen umsetzbar ist (n = 13)
Intensität der professionellen Unterstützung ^b	0 Intensive professionelle Unterstützung (Nutzung von mehr als einem ambulanten und/oder eines stationären Angebots) (n = 10) 1 wenig professionelle Unterstützung (max. 1 ambulantes Angebot) (n = 13)
Messzeitpunkte	t0: Beobachtungsbeginn (n = 23), t1: ca. 2 Mt. (n = 23); t2: ca. 4 Mt. (n = 23); t3: ca. 6 Mt. (n = 23) nach Messbeginn

^a Bei einer Person änderte die Einteilung von 1 zu 0 im Beobachtungszeitraum. Aufgrund der kleinen n blieb dies im Mehrebenenmodell unberücksichtigt.

^b Bei einer Person änderte die Einteilung von 0 zu 1 im Beobachtungszeitraum. Aufgrund der kleinen n blieb dies im Mehrebenenmodell unberücksichtigt.

^c Fremdeinschätzung durch Interviewer*innen anhand der Aussagen der Befragten und in Anbetracht des gesamten qualitativen Analysematerials.

2.3.3 Datenanalyse

Die Lebensqualität der Teilnehmenden wurde anhand von Häufigkeitsverteilungen und Mittelwertvergleichen beschrieben und grafisch dargestellt. Veränderungen der Lebensqualität wurden mittels t-Tests für gepaarte

Stichproben beurteilt. Für die statistische Prüfung der Prädiktoren wurden Mehrebenen-Modelle gerechnet. Mit Hilfe dieser Analyse kann die Lebensqualität für den jeweiligen Erhebungszeitpunkt korrekt geschätzt werden, wenn gleichzeitig personale Merkmale der Klient:innen kontrolliert werden. Diese Analysen beziehen sich auf die eben genannten Prädiktoren. Deren Einfluss wird bei Kontrolle des zeitlichen Verlaufs geschätzt. Aufgrund der kleinen Fallzahlen (23 Befragte, 92 Datenpunkte) mussten neben dem Messzeitpunkt weitere Einflussfaktoren einzeln in das Modell aufgenommen werden. Die Modellgüte wurde anhand Veränderungen im -2log Likelihood beurteilt, die Signifikanz der Prädiktoren mittels Wald-Test überprüft. Lediglich ein SEIQoL-DW-Wert lag mehr als das 2.2 fache des interquartilen Abstands vom ersten Quartil entfernt. Er wurde aus der Analyse entfernt (Hoaglin & Iglewicz, 1987, S. 1147). Die Normalverteilung der standardisierten Residuen wurde pro Analyseebene anhand von partiellen Streudiagrammen überprüft (Tabachnick & Fidell, 2007, S. 124f.).

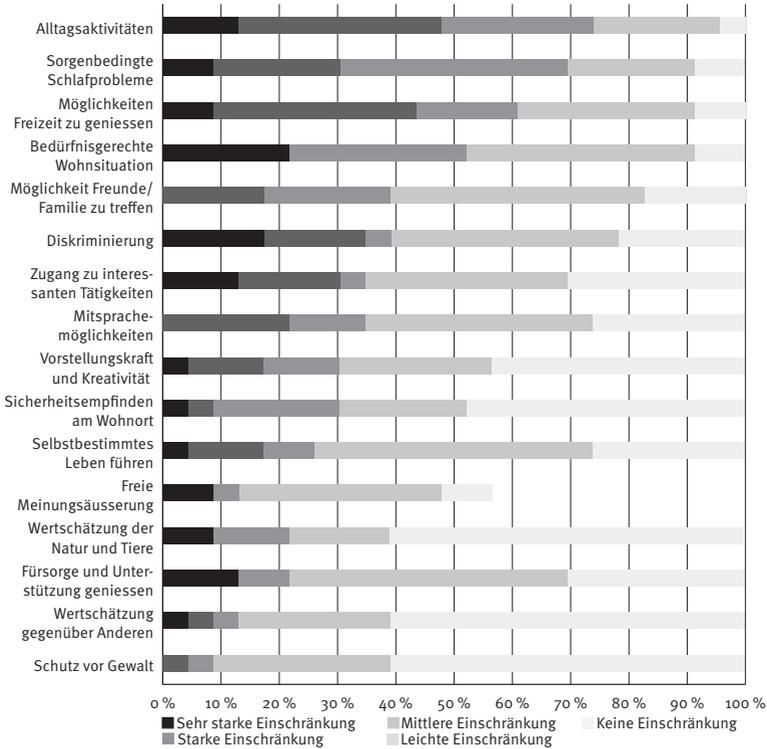
3 Ergebnisse

Die Ergebnisse werden entlang der oben aufgeführten Forschungsfragen präsentiert. Zunächst wird auf einzelne, subjektiv bedeutsame Dimensionen von Lebensqualität eingegangen. Anschliessend wird die Veränderung der gemessenen Lebensqualität während des Beobachtungsverlaufs anhand der beiden Gesamtindices dargestellt. Zuletzt werden die Ergebnisse zu der Untersuchung der Prädiktoren mittels der Mehrebenenanalyse präsentiert.

3.1 Dimensionen von Lebensqualität

Es wurde untersucht, wie die Befragten bei Studienbeginn ihre Verwirklichungschancen einschätzen, d.h. ihre Möglichkeiten und Freiheiten, bestimmte Tätigkeiten und Zustände realisieren zu können bzw. wie stark sie sich darin eingeschränkt fühlen. In Abbildung 2 sind die Bereiche nach der Stärke der Einschränkungen von links nach rechts angeordnet, massgebend ist der Anteil der mittleren bis sehr starken Einschränkung.

In sechs Bereichen erleben sich 40% und mehr der Befragten zu Beobachtungsbeginn als mittel bis stark eingeschränkt. Die stärksten Einschränkungen finden sich in den Alltagsaktivitäten bedingt durch den Gesundheitszustand. So geben über 70% der Personen im Untersuchungssample an (16 von 23 Befragten), sich aufgrund ihres Gesundheitszustandes in Alltagsaktivitäten mittel bis sehr stark eingeschränkt zu fühlen, wenn sie sich mit Gleichaltrigen vergleichen. Das heisst, die gesundheitlichen Probleme wirken sich für den Grossteil der Klient:innen hinderlich

Abbildung 2 Subjektive Einschätzungen der Verwirklichungschancen

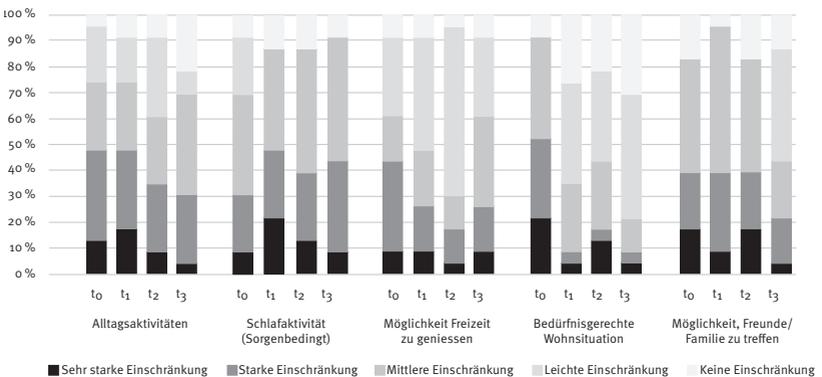
Gemessen mit OxCAP-MH zu t_0 (N=23).

auf ihre Lebensführung aus. Die Frage nach sorgenbedingten Schlafproblemen liefert ebenfalls Hinweise zum Gesundheitszustand der Befragten. 70% können aufgrund ihrer Sorgen manchmal oder häufiger keinen Schlaf finden. Dies weist auf einen hohen Stresslevel und entsprechende psychische Belastung der grossen Mehrheit der Befragten hin. Ein hoher Anteil der Befragten erlebt im Weiteren mittlere bis starke Einschränkungen bei den Freizeitaktivitäten und der Wohnsituation. Über 60% haben nie, selten oder nur manchmal die Möglichkeit, ihre Freizeit zu geniessen und sich entsprechend zu erholen. Bezüglich der Wohnsituation berichten über 50%, dass diese für ihre derzeitigen Bedürfnisse sehr, ziemlich oder teils ungeeignet sei. Zu den Bereichen, die am häufigsten einschränkend erlebt werden, zählen ausserdem das beeinträchtigte Ausleben sozialer Kontakte und Erfahrungen von Diskriminierung. So geben rund 40% der Befragten an, sie hätten manchmal oder selten die Möglichkeit, Freunde oder Verwandte in geselligem Rahmen zu treffen und ebenfalls rund 40% der Befragten geben

an, ziemlich oder sehr wahrscheinlich von Diskriminierung betroffen zu sein, in den meisten Fällen aufgrund ihres Gesundheitszustandes resp. ihrer Beeinträchtigung.

Abbildung 3 veranschaulicht, wie sich die Anteile der Befragten mit mittleren bis starken Einschränkungen zu späteren Messzeitpunkten verändern. Einschränkungen im Alltag aufgrund gesundheitlicher Probleme stagnieren auf hohem Niveau, wobei der Anteil mit sehr starken und starken Einschränkungen deutlich abnimmt. Im Durchschnitt nehmen die Einschränkungen im Alltag zwischen t_0 und t_3 statistisch signifikant ab (gepaarter t-Test: $t[22] = -2.307$ $p < .05$). Auch bei den sorgenbedingten Schlafproblemen ist von t_0 bis t_3 eine im Durchschnitt statistisch signifikante Verbesserung zu verzeichnen (gepaarter t-Test: $t[22] = -2.614$ $p < .05$). Während zu Beginn rund 70 % der Befragten über relativ häufige Schlafprobleme (manchmal, meistens, immer) aufgrund von Sorgen berichteten, sind es nach sechs Monaten noch rund 44 %. Dementsprechend steigert sich der Anteil Befragter mit sehr seltenen oder keinen Schlafproblemen von 30 auf 57 %. Sorgenbedingte Schlafprobleme sind auch als Ausdruck von psychischem Stress zu werten, womit von einer Stressreduktion im Beobachtungszeitraum ausgegangen werden kann. Im Bereich der Freizeit sinkt der Anteil der Befragten, die sehr selten oder nie dazu kommen, ihre Freizeit zu geniessen und sich dadurch stark bis sehr stark eingeschränkt fühlen, von rund 44 auf 26 % und stagniert in etwa auf diesem Niveau bis t_3 . Die Veränderung zwischen t_0 und t_3 erreicht dabei keine statistische Signifikanz. Eine im Durchschnitt statistisch signifikante Verbesserung zwi-

Abbildung 3 Veränderungen in den Verwirklichungschancen

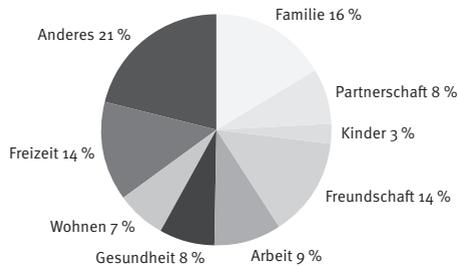


Gemessen mit Hilfe von OxCAP-MH im Studienverlauf (Auswahl) (N = 92).

schen t_0 und t_3 ist wiederum im Bereich Wohnen zu verzeichnen (gepaarter t-Test: $t(22) = -3.042$ $p < 0.01$). Während zu t_0 noch über die Hälfte angab, in einer für ihre Bedürfnisse teilweise bis sehr ungeeigneten Wohnsituation zu leben, sind es zu t_3 noch rund 22 %. Keine statistisch signifikante Veränderung gibt es bei der Frage nach dem Ausleben der sozialen Kontakte.

Da die Bewertung der Lebensqualität von der individuellen Ausstattung und dem jeweiligen Lebenskontext beeinflusst ist, unterscheiden sich Menschen darin, welche Lebensbereiche sie als wichtig erachten. Ergänzend zu den Handlungsmöglichkeiten im OxCAP-MH-Instrument, konnten die Befragten im Rahmen des SEIQoL-DW-Instruments daher frei äussern, welche fünf Lebensbereiche für sie am bedeutendsten für ihre Lebenszufriedenheit sind. Abbildung 4 fasst die Nennungen der Lebensbereiche bei Beobachtungsbeginn zusammen. Inhaltlich ähnliche Lebensbereiche wurden zu Oberkategorien zusammengefasst. Nur einmal genannte Lebensbereiche wurden unter «Anderes» subsumiert.

Abbildung 4 Häufigkeit der fünf wichtigsten, selbst genannten Bereiche für die Lebenszufriedenheit



Ermittelt mittels SEIQoL-DW zu t_0 (N = 115).

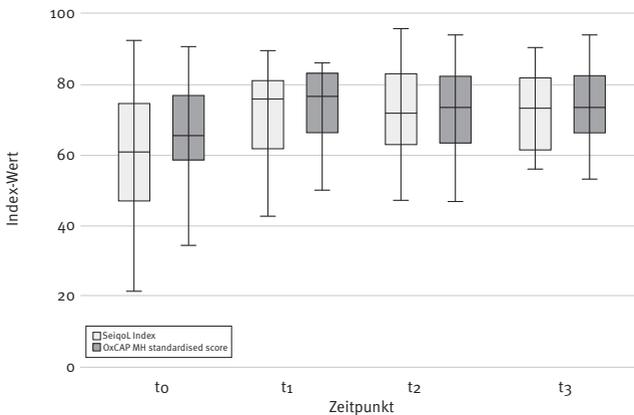
Mit Abstand am häufigsten werden als wichtige Lebensbereiche private soziale Beziehungen genannt. Von den insgesamt 115 genannten Lebensbereichen entfallen insgesamt 41 % auf diese Kategorien, wobei die Familie (16 %) und Freundschaften (14 %) am häufigsten genannt wurden, gefolgt von Partnerschaft (8 %) und Kindern (3 %). Weitere 14 % der Angaben betreffen Freizeitaktivitäten, 9 % die Arbeits- und 7 % die Wohnsituation. Die Gesundheit wird von 8 % als wichtiger Lebensbereich genannt. Unter den anderen 24 genannten Bereichen finden sich die finanzielle Situation, das Hilfesystem, Selbstbestimmung, Zukunft, aber auch problemspezifische Themen wie Drogenkonsum oder Mobilität. Da die Befragten die

Lebensbereiche frei wählen konnten, nannten einige mehrere Bereiche derselben Oberkategorie. Deshalb interessiert zudem, wie viele Personen (n = 23) zumindest einmal die zusammengefassten Kategorien angeben haben. Auch hier zeigt sich, dass soziale Beziehungen für die Lebenszufriedenheit bei diesen Klient:innen der klinischen Sozialarbeit von besonderer Bedeutung sind: Bei 83 % der Personen zählt die Familie, bei 70 % die Freundschaft und bei 40 % der Personen die Partnerschaft zu den fünf wichtigsten Lebensbereichen. Zudem ist für die Hälfte der Befragten die Arbeit einer der fünf wichtigsten Lebensbereiche. Gesundheit wird von 39 % der Personen genannt.

3.2 Veränderungen der Lebensqualität im Verlauf der Intervention

Im Weiteren wurde untersucht, wie sich die Lebensqualität der Befragten in Form des Gesamtwertes über den Beobachtungszeitraum verändert hat. In Abbildung 5 sind diese Werte als Boxplots dargestellt. Für beide Gesamtwerte ist zunächst einmal ein ähnlicher Verlauf zu beobachten: Während von t₀ zu t₁ die Werte im Median deutlich ansteigen (SEIQoL-DW: 60.9 auf 75.7; + 14.8)/; OxCAP-MH: 65.6 auf 76.6; + 10.9), ist eine anschliessende Stabilisierung der mittleren Werte von t₁ zu t₃ zu beobachten. Zudem ist bei beiden Indices eine beim ersten Messzeitpunkt grössere Streuung verglichen mit den späteren Messzeitpunkten zu beobachten. Dies trifft in besonderem Masse auf den SEIQoL-DW-Gesamtwert zu. Bei Kontrolle des individuellen Durchschnittswertes korrelieren die beiden Indices schwach, aber signifikant miteinander (p < .05, r = .25).

Abbildung 5 Veränderung der Lebensqualität



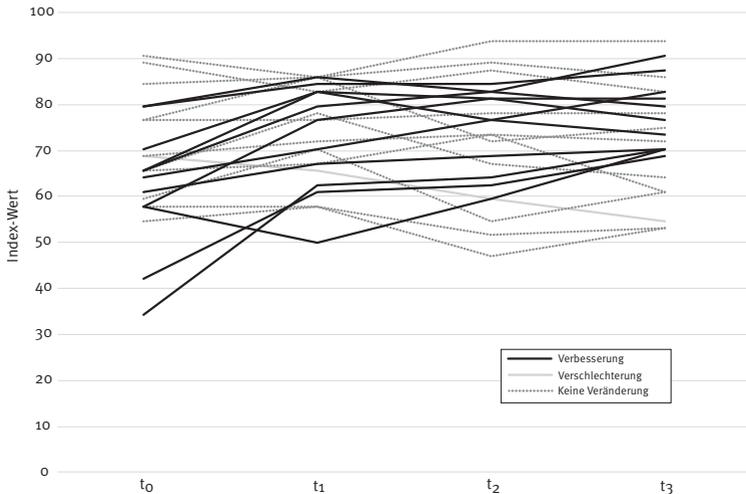
Gesamtwerte über den Beobachtungszeitraum (N=92).

Um die Lebensqualitätswerte der Befragten bei Beobachtungsbeginn einzuordnen, können Vergleichsstudien bei der Gesamtbevölkerung und auch bei psychisch belasteten Menschen beigezogen werden. In Studien, welche die Lebensqualität mittels SEIQoL-DW messen, lagen die Durchschnittswerte bei älteren Menschen bei 82.1 (O'Boyle, 1993, S. 22) resp. 81.4 (Bain et al., 2003, S. 634), also bei rund 80 Skalenpunkten. Für den OxCAP-MH-Index finden sich zur Gesamtbevölkerung keine Vergleichsstudien. Hingegen liegen in Studien mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung die Durchschnittswerte für beide Erhebungsinstrumente zwischen 20 bis 15 Punkte tiefer als in den genannten Bevölkerungsdaten. So betrug in einer Stichprobe von Patient:innen mit einer Essstörung der SEIQoL-DW-Gesamtwert im Mittel 60.3 Punkte (Las Hayas et al., 2016, S. 152). Ähnliche Durchschnittswerte wurden mit dem OxCAP-MH für Menschen mit psychischen Erkrankungen gemessen (Simon et al. 2013, S. 193; Laszewska et al., 2019, S. 7). Die in unserer Studie beobachteten Ausgangswerte von rund 60 (SEIQoL-DW) bzw. 67 Punkten (OxCAP-MH) entsprechen damit in etwa den zu erwartenden, durchschnittlichen Lebensqualitätswerten klinischer Stichproben von Menschen, die von psychischen Einschränkungen betroffen sind.

Neben den Ausgangswerten interessieren in der ALIMent-Studie insbesondere individuelle Verläufe bzw. Veränderungen der Lebensqualität über die Zeit. Bei zwei der oben erwähnten Studien handelt es sich um Längsschnittstudien, womit auch Informationen zur Veränderung in der Lebensqualität vorliegen. Die Differenzen der Mittelwerte betragen in beiden Studien nach sechs Monaten (Laszewska et al., 2019, S. 7) bzw. nach einem Jahr (Vergunst et al., 2017, S. 7) rund 3 Skalenpunkte. Somit ist in der vorliegenden Studie eine vergleichsweise hohe Zunahme der Lebensqualität der Befragten festzustellen (SEIQoL-DW: 11 Punkte; OxCAP-MH: 6.5 Punkte). Der statistische Vergleich zwischen dem ersten (t_0) und letzten (t_3) Messzeitpunkt ergibt denn auch eine signifikante Verbesserung beim OxCAP-MH- und beim SEIQoL-DW-Mittelwert (SEIQoL-DW: gepaarter t-Tests $t[21] = -4.605, p < .001$ / OxCAP-MH: gepaarter t-Test $t[21] = -2.774, p = .01$). Nun ist nicht jede statistisch signifikante Veränderung auch klinisch relevant, d. h. steht im Zusammenhang mit einer Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder der Lebensbedingungen einer Person. Welche Veränderungen als klinisch signifikant eingestuft werden, variiert je nach Instrument, Kontext und Studienpopulation (Revicki et al., 2008). Für die hier verwendeten Instrumente und Studienpopulationen liegen unseres Wissens keine Referenzwerte vor. In Anlehnung an

ein übliches Vorgehen (Laszewska et al., 2019, S. 4) wurde daher bestimmt, dass eine halbe Standardabweichung (0.5 SD) des Mittelwertes zu t_0 als Indikator für eine für Klient:innen bedeutsame Veränderung dient. Abbildung 6 veranschaulicht die veränderte Lebensqualität zwischen t_0 und t_3 mit Hilfe des OxCAP-MH-Gesamtindex. Dabei ist gekennzeichnet, ob die Lebensqualität der befragten Person unverändert geblieben ist, d.h. die Veränderung weniger als 0.5 SD beträgt (gepunktet), ob es zu einer Verbesserung, d.h. zu einer Zunahme von über 0.5 SD (schwarz), bzw. zu einer Verschlechterung der Lebensqualität kam, d.h. einer Verringerung um mehr als 0.5 SD (grau).

Abbildung 6 Individuelle Veränderungen der Lebensqualität



Entwicklungen des OxCAP-MH über den Beobachtungszeitraum (N = 23, Anzahl Messungen = 92). Beurteilungskriterium für Verschlechterung bzw. Verbesserung ist eine Standardabweichung von >0.5 bzw. >-0.5 .

Es zeigt sich, dass der OxCAP-MH-Wert bei 48 % der Befragten verbessert und bei 48 % unverändert bleibt. Lediglich bei einer Person verschlechtert sich der Wert um mehr als 6.8 auf das Niveau von 62 Skaleneinheiten. Befragte, deren Lebensqualität sich über die sechs Monate verbessert hat, fallen durch tendenziell tiefere Werte bei t_0 auf gegenüber Befragten mit gleichbleibender Lebensqualität (im Schnitt 62 vs. 72 Skaleneinheiten bei t_0). Dies ist naheliegend, da Personen mit bereits hoher Lebensqualität eine geringere Chance für eine Verbesserung haben als Personen mit zu Beginn tief eingeschätzter Lebensqualität. Die Verläufe der individuellen SEI-QoL-DW-Werte weisen in etwa die gleiche Verteilung wie die OxCAP-MH-Gesamtwerte auf: Der Grossteil der Befragten erlebt zwischen t_0 und t_3 eine

Verbesserung (60 %) bzw. keine Veränderung (30 %). Zu einer Verschlechterung kam es bei zwei Personen.

Neben klinischer Relevanz bietet sich zur Einordnung der individuellen Verläufe die eingangs erwähnte Theorie der Wohlbefindens-Homöostase nach Cummins et al. (2012) an. Bei Werten über 70 ist anzunehmen, dass Menschen über ausreichend Bewältigungsmöglichkeiten und Ressourcen verfügen, um mit auftretenden Belastungen so umzugehen, dass es ihr Wohlbefinden nicht übermässig beeinträchtigt. Bei Werten unter 70 hingegen reichen die vorhandenen internen und externen Ressourcen nicht mehr aus, um die subjektiv wahrgenommenen Belastungen auszugleichen. Das subjektive Belastungsempfinden und der Unterstützungsbedarf sind dementsprechend hoch. Während zu t_0 noch fast 75 % der Werte der Gesamtstichprobe unter der kritischen Schwelle von 70 liegen, sind es zu t_3 weniger als die Hälfte. Somit steigerte sich die Lebensqualität bei rund einem Viertel der befragten Klient:innen während der sechs Monate derart, dass sie sich nun auch in dem besagten homöostatischen Wohlbefindens-Bereich befinden. Auf Abbildung 6 ist zu sehen, dass alle Personen, die sich in ihren Verwirklichungschancen signifikant verbessert haben (schwarz), diesen Schwellenwert erreichen oder überschreiten. Gemessen mit dem OxCAP-MH bleiben 7 von 23 Personen bis zu t_3 unter oder auf dieser Schwelle. Bei diesen Personen ist weiterhin von einer schwer zu bewältigen Belastungssituation auszugehen. Hierauf weisen die Ergebnisse einer separaten Analyse der qualitativen Interviews von 11 Klient:innen im ALIMEnt-Projekt hin: So berichten Personen mit tiefer Lebensqualität, insbesondere einem Wert unter 50 Punkten, in mehrfacher Hinsicht von akuten starken Belastungen, sei es im Hinblick auf unerfüllte biologische, psychische und soziale Bedürfnisse, unzureichende Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen der jeweiligen Lebenssituation, depressive Phasen oder einen erhöhten Unterstützungsbedarf (Hess, 2020, S. 75–77).

3.3 *Zusammenhang mit Interventions- und Lebensweltkontext*

Nachdem sich deutliche Verbesserungen bei vielen Befragten zeigten, soll abschliessend der Einfluss der o. g. Prädiktoren auf die veränderte Lebensqualität gezeigt werden.

3.3.1 *Veränderungen über die Zeit*

Zunächst wurde mittels Mehrebenen-Modell die zeitliche Veränderung in der Lebensqualität geschätzt. Was sich im Abschnitt 3.2 bereits beim Vergleich zwischen t_0 und t_3 zeigte, bestätigt sich nun auch im Mehrebenen-

Tabelle 2 Mehrebenen-Modelle zur Prognose der Verwirklichungschancen (OxCAP-MH) und Lebenszufriedenheit (SEIQoL-DW) (N=92)

	O1: Nullmodell		O2: Zeitpunkt		O3: Alter		O4: Organisation		O5: Intensität		O6: Ziel	
	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p	b	p
Verwirklichungschancen (N=92)												
Fixed Part												
Konstante	71.5	***	67.25	***	67.249	***	68.62	***	65.49	***	62.63	***
Zeitpunkt			6.24	***	9.703	***	6.24	***	4.65	**	6.24	***
Zeitpunkt ^{Δ2}			-1.46	**	-1.461	**	-1.46	**	-1.13	*	-1.46	**
Alter t ₀ x Zeitpunkt					-0.088	(*)						
Organisation B							-1.28	n.s.				
Organisation C							-2.82	n.s.				
Geringe fachliche Unterstützung									7.65	**		
Realistisches Ziel											8.18	*
Random Part												
<i>Klient:in</i>												
Achsenabschnitt ²	104.4	**	132.22	**	132.22	**	126.43	**	116.35	**	118.39	**
Kovarianz			-13.52	n.s.	-15.28	n.s.	-12.04	n.s.	-10.7	n.s.	-14.31	n.s.
Steigung ¹			8.13	*	7.39	*	8.13	*	7.96	*	8.13	*
Zeitpunkt												
Achsenabschnitt	45.8	***	23.63	***	23.63	***	23.63	***	21.09	***	23.63	***
-2* ¹ loglikelihood	666.16		643.48		640.41		643.24		635.26		639.97	
Lebenszufriedenheit (N=91)												
Fixed Part												
Konstante	68.93	***	60.02	***	60.02	***	59.92	***	59.01	***	54.8	***
Zeitpunkt			12.38	***	16.44	***	12.38	***	11.46	***	12.36	***
Zeitpunkt ^{Δ2}			-2.75	**	-2.77	**	-2.75	**	-2.55	*	-2.74	**
Alter t ₀ x Zeitpunkt					-0.1	n.s.						

Fortsetzung der Tabelle 2 auf der folgenden Seite.

Fortsetzung der Tabelle 2.

Organisation B					2.61	n.s.		
Organisation C					-1.98	n.s.		
Geringe fachliche Unterstützung							4.41	n.s.
Realistisches Ziel								9.26 *
Random Part								
Klient:in								
Achsenabschnitt ²	84.41	**	95.35	**	91.9	**	86.47	**
Zeitpunkt								74.48 *
Achsenabschnitt	144.43	***	105.13	***	105.14	***	105.69	***
-2 *loglikelihood	738.3		716.89		716.23		715.54	712.53

Programm Mlwin; Schätzmethode (GLS, (*) p ≤ .1 * p ≤ .5 ** p ≤ .01 *** p ≤ .001; ¹ am Gesamtmittelwert zentriert. ² Intraklassenkoeffizient (ICC): Klient:in 70 %, Zeitpunkt 30 %, 3 ICC: Klient:in, 37 %, Zeitpunkt 63 %.

Modell: Die mittleren subjektiven Bewertungen der Verwirklichungschancen und der Lebenszufriedenheit nehmen im Beobachtungszeitraum signifikant zu (vgl. Tabelle 2, Modell O2 und S2). Die bessere Schätzung liefert ein Modell mit Polynom, das die nicht lineare Zunahme der mittleren Lebensqualität über den Beobachtungszeitraum modelliert.

Bezogen auf soziodemografische und -ökonomische Merkmale finden sich lediglich Unterschiede nach Alter der Befragten. So berichten ältere Befragte tendenziell von einer geringeren durchschnittlichen Steigerung der Verwirklichungschancen im Beobachtungszeitraum als jüngere (OxCAP-MH: $b = -.09$, $p = .07$), was sich am negativen Koeffizienten im Modell O3 zeigt. Anders als in früheren Studien, in denen Frauen tiefere Durchschnittswerte aufweisen als Männer (Simon et al, 2013, S. 191; Roser et al., 2019, S. 6), schätzen weibliche Befragte ihre Verwirklichungschancen im Schnitt nicht signifikant geringer ein als männliche und steigern sie im Beobachtungszeitraum in vergleichbarem Umfang. Auch die finanzielle Situation übt keinen Einfluss auf Ausgangswert und Veränderung der Lebensqualität aus (Modelle nicht gezeigt). Befragte mit Übergangslösungen, d. h. Existenzsicherung durch Taggelder oder Arbeitslosengeld, weisen keine signifikant tieferen Werte auf als Befragte mit stabiler bzw. geregelter finanzieller Existenzgrundlage (Erwerbsarbeit, IV-Rente, Sozialhilfe).

3.3.2 Zusammenhang mit Interventionskontext

Im Weiteren wurde auf Ebene des Interventionskontextes untersucht, ob sich Unterschiede in der Lebensqualität zwischen den Klient:innen aus den drei Organisationen zeigen und ob die Intensität der professionellen Unterstützung den Verlauf der Lebensqualität miterklärt, wenn der Einfluss des Messzeitpunkts gleichzeitig kontrolliert wird. Die Ergebnisse der Analysemodelle liefern keine Hinweise zur Annahme, dass sich die Lebensqualität der Klient:innen zwischen den Organisationen unterscheidet (Modelle O4 und S4 in Tabelle 2). Die Durchschnittswerte der Klient:innen aus den Organisationen B und C weichen im Schnitt weder bei den Verwirklichungschancen (OxCAP-MH) noch bei der Lebenszufriedenheit (SEIQoL-DW) signifikant von jenen aus Organisation A ab.

Ausserdem liegen Informationen zur Intensität des Unterstützungsarrangements vor. Es wurde vermutet, dass Befragte, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben, d. h. ein stationäres oder mehrere ambulante Unterstützungsangebote nutzen, gesundheitlich und sozial stärker belastet sind und daher eine tiefere durchschnittliche Lebensqualität aufweisen als Klient:innen mit wenig professioneller Unterstützung. Dies bestätigt

sich teilweise in den Analysemodellen. Geringe fachliche Unterstützung zu einem bestimmten Zeitpunkt zu haben, geht mit höher bewerteten Verwirklichungschancen einher (OxCAP-MH Modell O5: $b = 7.7$, $p < .01$; der Koeffizient beim SEIQoL-DW (S5) zeigt in dieselbe Richtung), wenn gleichzeitig der generelle zeitliche Trend kontrolliert wird. Ausserdem berichten Befragte, die zu t_0 stationär untergebracht waren, über die gesamte Studiendauer über eine deutlich geringere Lebenszufriedenheit als die übrigen (SEIQoL-DW: $b = -10.4$, $p < .05$). Dass das selbständige Wohnen zu t_0 nicht möglich ist, weist auf eine akute Krisensituation oder eine komplexe biopsychosoziale Problemlage hin, die besonders schwer zu bewältigen ist und deswegen eine längere intensive Begleitung zur Stabilisierung der Lebensqualität bedarf.

3.3.3 Zusammenhang mit Lebensweltkontext

Unterstützende Beziehungen und soziales Engagement gelten als wichtige Ressourcen des Lebensweltkontextes der Klient:innen für eine gute Gesundheit und Lebensqualität (Berkman & Krishna, 2014, S. 245–247). Bezogen auf die Lebenswelt der Befragten wurde daher untersucht, inwiefern das Vorhandensein und die Qualität der Beziehungen den Verlauf der Lebensqualität miterklären. Die Analysen zeigen auf, dass in Partnerschaft lebende Befragte während der gesamten Studiendauer leicht höhere Lebensqualitätswerte aufweisen als Befragte ohne Partnerschaft, die Unterschiede zwischen den Gruppen sind aber nicht statistisch signifikant. Dasselbe trifft auf den Umstand zu, Kinder zu haben verglichen mit kinderlos zu sein (Ergebnisse nicht gezeigt). Zur Beziehungsqualität der Untersuchungspersonen ist zudem bekannt, ob die Befragten über mindestens eine dauerhafte Beziehung verfügen, die von gegenseitiger Unterstützung geprägt ist. Auch hier zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Somit lässt sich die Hypothese, dass eine hohe Verfügbarkeit sozialer Unterstützung ausserhalb professioneller Kontexte in Zusammenhang mit hoher Lebenszufriedenheit und guten Verwirklichungschancen steht, in diesem Sample nicht bestätigen.

Neben der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung sind für positive Veränderungsprozesse auf biopsychosozialer Ebene das Verfolgen von subjektiv relevanten und realisierbaren Zielen bedeutsam. Dies trifft insbesondere auf Zielformulierungen zu, die ausdrücken, etwas Bestimmtes erreichen zu wollen bzw. sich in Richtung eines erwünschten Zustandes bewegen zu wollen (Grawe, 2004, S. 188 ff.). Wie die Ergebnisse der Modelle O6 und S6 zeigen, schätzen Studienteilnehmende mit solchen Zielen sowohl

ihre Verwirklichungschancen als auch ihre Lebenszufriedenheit über die gesamte Beobachtungsdauer signifikant höher ein als die restlichen Teilnehmenden, die entweder keine oder nicht realisierbare Ziele in den Interviews formulierten (OxCAP-MH: $b = 8.2$, $p = .05$; SEIQoL-DW: $b = 9.3$, $p < .05$). Es zeigt sich bei ihnen aber kein signifikant höherer Anstieg der Lebenszufriedenheit oder der Verwirklichungschancen über die Studiendauer hinweg verglichen mit Studienteilnehmenden ohne solche Ziele (Term Ziel*Zeitpunkt nicht signifikant).

4 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die hier präsentierten Ergebnisse basieren auf einer kleinen Stichprobe von 23 Personen à 4 Messzeitpunkten. Wegen der fehlenden Zufallsauswahl, der kleinen Fallzahlen und der kriteriengeleiteten Auswahl bildet die Untersuchungsgruppe das Klientel der drei Organisationen unvollständig ab. Es ist anzunehmen, dass vor allem Klient:innen mit Kurzbehandlungen oder mit Verständigungsschwierigkeiten unzureichend repräsentiert sind, des Weiteren auch Klient:innen mit konflikthafter Beziehungen zu Sozialarbeitenden. Mit Hilfe des Längsschnittdesigns konnten aber individuelle Verläufe einzelner Klient:innen adäquat modelliert werden. Die Studienergebnisse liefern damit wertvolle Hinweise für Wissenschaft und Praxis, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Die Untersuchung zeigt für Klient:innen der klinischen Sozialarbeit auf, in welchen Lebensbereichen sie sich als besonders eingeschränkt erleben, und damit auch, worauf die im Vergleich zur Gesamtbevölkerung tiefe durchschnittliche subjektive Lebensqualität zurückzuführen ist. Die Studienergebnisse weisen auf deutliche Einschränkungen in der gesellschaftlichen Teilhabe hin. So fühlt sich ein wesentlicher Teil der Befragten bei Studienbeginn aufgrund des gesundheitlichen Problems unmittelbar in Aktivitäten im Alltag, in der Freizeit, und im Ausleben sozialer Aktivitäten eingeschränkt. Sie geben u. a. an, nur selten oder nie die Gelegenheit zu haben, Freunde und Familie in geselligem Rahmen zu treffen. Anders als bei Messinstrumenten, welche die subjektive Befindlichkeit global abbilden, gerät über die Erfassung der Mehrdimensionalität von Lebensqualität das (veränderte) Handlungsvermögen der Klient:innen in einzelnen Lebensbereichen in den Fokus und damit im weiteren Sinne auch die objektiven Lebensbedingungen, in denen Klient:innen leben und an denen Interventionen der Sozialen Arbeit ansetzen können.

Ausserdem liefert die vorliegende Studie empirische Evidenz für verbesserte subjektive Lebensqualität im Interventionskontext der klini-

schen Sozialarbeit. Sowohl die Lebenszufriedenheit als auch die Bewertung der Verwirklichungschancen steigen bei einem Viertel der Befragten nach sechs Monaten auf ein Niveau an, welches gemäss Cummins et al. (2012) darauf schliessen lässt, dass den alltäglichen Belastungen mit ausreichend Ressourcen begegnet werden kann. Damit befindet sich am Ende des Beobachtungszeitraums rund 60 % der Befragten über dieser kritischen Schwelle. Rund die Hälfte der Befragten konnte zudem die Lebensqualität in einem klinisch signifikanten Ausmass steigern, von dem relevante Verbesserungen in der Lebenssituation anzunehmen sind. Bezüglich soziodemografischer und -ökonomischer Merkmale zeigen sich in dieser Studie keine wesentlichen Zusammenhänge. Dies kann der kleinen Fallzahl geschuldet sein oder auf diese spezifische Stichprobe zurückzuführen sein. Die Unterschiede innerhalb dieser Stichprobe sind vermutlich kleiner als sie bei einer Bevölkerungsgruppe mit normal verteilter gesundheitlicher und sozioökonomischer Belastung wären.

Neben der Analyse der zeitlichen Veränderungen während des Erhebungszeitraums erlaubte das Studiendesign die bivariate Prüfung einzelner Einflussfaktoren auf subjektive Lebensqualität. Entgegen den Annahmen ging die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung gemäss statistischer Analyse nicht mit einer höheren Lebensqualität einher. Gleichzeitig wurden in der Erhebung der Lebenszufriedenheit enge und starke soziale Beziehungen – zur Familie, Freund:innen, Partner:innen – von der grossen Mehrheit der Befragten als zentrale Lebensbereiche und damit als konstitutiv für Lebensqualität angegeben. Ein möglicher Grund für diese Diskrepanz liegt in der Erhebungsart: Die Verfügbarkeit unterstützender Beziehungen wurde als Fremdeinschätzung anhand des qualitativen Datenmaterials erhoben. Selbsteinschätzungen zur wahrgenommenen und erhaltenen Unterstützung resp. eine präzisere Erfassung der Beziehungsqualität und der Art der sozialen Unterstützung hätten möglicherweise zu signifikanten Ergebnissen geführt (Klärner et al., 2020, S. 68f.). Denkbar sind zudem weitere Wirkmechanismen von Sozialbeziehungen, insbesondere soziales Engagement, Zugehörigkeit und Anerkennung, deren Effekt auf die Lebensqualität nachgewiesen, aber in dieser quantitativen Teilstudie nicht geprüft werden konnte (Klärner et al., 2020, S. 68f.). Die von vielen Befragten genannten Einschränkungen im Freizeitbereich und bei geselligen Zusammenkünften weisen auf solche unbefriedigten sozialen Bedürfnisse hin.

Im Bereich der internen Ressourcen der Klient:innen wurde der Einfluss des Vorhandenseins subjektiv relevanter Ziele auf die Lebens-

qualität untersucht. Laut Grawe (2004) wirkt die Orientierung an solchen Ziele, wenn die benötigten Ressourcen zu deren Erreichung verfügbar sind, stressreduzierend. Die Analysen bestätigen diese Annahme. Es zeigt sich, dass Befragte, die ein für sie wichtiges, realisierbares Ziel benennen, eine signifikant höhere Lebensqualität aufweisen als Befragte ohne ein solches Ziel. Im Hinblick auf die Praxis der Sozialen Arbeit stellt sich so die Identifizierung relevanter Ziele und die Erschliessung von internen und externen Ressourcen im Hinblick auf deren Erreichung als wichtiger Pfad zu einer guten Lebensqualität und damit als Wirkfaktor sozialarbeiterischer Interventionen heraus.

Dies führt schliesslich zur Frage, inwieweit die Verbesserungen der Lebensqualität der Klient:innen auf Interventionen der Sozialen Arbeit zurückzuführen sind. Da Angaben zu sozialarbeiterischen Interventionen, z. B. Inhalte der Intervention oder Qualität der Arbeitsbeziehung, und auch Unterstützungsleistungen weiterer Professionen in standardisierter Form fehlen, liess sich diese Frage in dieser Untersuchung statistisch nicht überprüfen. Die qualitativen Analysen im ALIMent-Projekt weisen diesbezüglich auf zentrale Wirkmechanismen hin (Sommerfeld et al, 2021). So wurden u. a. die Reduktion von Bedürfnisspannungen bzw. Verminderung von Distress im Verlauf des Hilfeprozesses und die zunehmende Hoffnung auf Besserung auf Seiten der Klient:innen als wichtiger Wirkmechanismus identifiziert. Das führt zur Annahme, dass dies mit der konstanten professionellen Begleitung und emotionalen Unterstützung sowie der Ausstattung mit den nötigen Ressourcen in Zusammenhang steht bzw. mit der dadurch erzeugten Erhöhung der Verwirklichungschancen. Die in der quantitativen Erhebung beobachteten signifikanten Verbesserungen bei den sorgenbedingten Schlafproblemen, in der Wohnsituation und der Abnahme von Einschränkungen im Alltag bestätigen diesen Befund. Auch der Umstand, dass es über den Beobachtungszeitraum hinweg nur bei einem Klienten zu einer deutlichen Verschlechterung der Lebensqualität kam, weist darauf hin. Insgesamt lässt sich daher annehmen, dass die Begleitung durch die Soziale Arbeit (in Verbindung mit den Beiträgen anderer Professionen) stabilisierende Bedingungen und damit bessere Verwirklichungschancen schafft, die erheblich zu einer positiven Entwicklung und besseren subjektiven Lebensqualität beitragen. Wesentlich ist auch, dass Klient:innen mit besonders tiefen Lebensqualitätswerten, die sich in kritischen Situationen befinden, intensive professionelle Hilfen erhalten, was als bedarfsgerechter Zuschnitt der sozialen Hilfe gedeutet werden kann.

4.1

Stärken und Schwächen der Studie

Eine Stärke der vorliegenden Studie ist der Einsatz zweier Instrumente zur Messung von Lebensqualität, was Querbezüge ermöglicht und Hinweise zur Einschätzung der Messgüte der verwendeten Instrumente liefert (Brandstetter et al., 2014, S. 202). Wie sich schon in anderen Studien zeigte (Zumbrunn, 2020), finden sich bei Messskalen zur subjektiven Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden deutliche *intraindividuelle* Veränderungen über die Zeit, womit sich diese Konstrukte zur Analyse situativer Einflussfaktoren am jeweiligen Zeitpunkt anbieten. Hingegen erweisen sich die mit dem OxCAP-MH gemessenen Verwirklichungschancen auf individueller Ebene als weniger zeitveränderlich. Aufgrund stärkerer *interindividueller* Unterschiede bietet er sich insbesondere für Vergleiche zwischen Gruppen von Klient:innen an. Eine Schwierigkeit bei der Messung subjektiver Lebensqualität über einen Gesamtscore sind die eingangs erwähnten möglichen individuellen Veränderungen in wichtigen Lebensbereichen und im Beurteilungsmassstab von Lebensqualität über die Zeit, was die Vergleichbarkeit der durchgeführten Messungen (Barclay-Goddard et al., 2009, S. 336) und damit die Änderungssensitivität des Instruments und Interpretierbarkeit der Ergebnisse erschwert (Brandstetter et al., 2014, S. 202). Dies betrifft in besonderem Masse Instrumente mit frei wählbaren Lebensbereichen und Angaben zur Wichtigkeit wie dem SEIQoL-DW. Dafür lassen sich damit zeitliche Veränderungen bei Zufriedenheit und Wichtigkeit der Lebensbereiche vertieft analysieren, worüber u. a. auch Bewältigungsstrategien von Menschen analysierbar werden. So zeigen die Analysen von Hess (2020) in dieser Hinsicht, dass durch das Neubewerten bzw. «Herabstufen» bestimmter, als unbefriedigend wahrgenommener Lebensbereiche Einbussen der subjektiven Lebensqualität vermieden werden können. Darin liegen aber auch Risiken für dysfunktionale Strategien der Krankheitsbewältigung, die aus den Gesamtwerten nicht abzulesen sind. Umgekehrt können positive Entwicklungen im Leben einer Person nicht im Gesamtwert erkenntlich werden, wenn durch das Erhöhen des Anspruchsniveaus realisierte Verbesserungen in den Lebensbereichen relativiert werden. Dieses unter «Response Shift» (Barclay-Goddard et al., 2009) bekannte Phänomen muss bei Mehrfachmessungen beachtet werden, wenn mittels Lebensqualitätsveränderungen eine Aussage über die Wirksamkeit von Interventionen abgeleitet werden soll.

Neben der fehlenden Repräsentativität stellt die fehlende Kontrolle weiterer wichtiger Einflussfaktoren auf Lebensqualität eine Schwäche der Studie dar. Dies betrifft insbesondere die Krankheitsdauer, die Inhalte der

Intervention, die Qualität der Arbeitsbeziehung und die Dauer der professionellen Unterstützung der Klient:innen, zu denen keine standardisierten Angaben vorlagen. In den qualitativen Analysen im Projekt ALIMent konnten diese fehlenden Bezüge im Einzelfall hergestellt werden und es wurden Hypothesen dazu aufgestellt, wie die beobachteten Entwicklungen bei der Lebensqualität mit den Aktivitäten der klinischen Sozialarbeit zusammenhängen (Sommerfeld et al., 2021). Im Rahmen eines Folgeprojektes soll die Verallgemeinerbarkeit der dort ermittelten Wirkmechanismen an einer für die Klientel der Sozialen Arbeit repräsentativen Stichprobe geprüft werden.

4.2 *Schlussfolgerungen*

Für die Wirkungsforschung in der Sozialen Arbeit geht als wichtige Erkenntnis hervor, dass sich über mehrdimensionale Instrumente zur Erhebung von subjektiver Lebensqualität nicht nur ein differenziertes Bild der individuellen Lebenssituation und des Unterstützungsbedarfs der Klient:innen erzeugen lässt, sondern auch Veränderungen registriert und analysiert werden können. Das macht sie auch klinisch relevant. Die Prozessgestaltung kann im Einzelfall fortlaufend darauf abgestimmt werden. Die Erzeugung eines differenzierten Bildes der Lebenssituation qualifiziert die Instrumente prinzipiell auch zur Wirkungsforschung und bietet der klinischen Sozialarbeit die Chance, ihre Ergebnisse zu überprüfen und auszuweisen. Allerdings muss die Frage, wie adäquat mit dem Effekt des "Response shift" umgegangen wird bzw. welche objektivierenden Masse von Lebensqualität in Kombination miteinzubeziehen sind, geklärt werden. Als weitere Erkenntnis zeigt sich, dass subjektiv relevante Ziele im Zusammenhang mit subjektiver Lebensqualität besonders bedeutsam sind. Dies unterstreicht die Wichtigkeit der Reflexion und Berücksichtigung der Ziele der Klient:innen sowohl im klinischen Alltag als auch im Hinblick auf die weitere Gestaltung der Wirkungsmessung. Für Anschlussstudien liefern die vorliegenden Studienergebnisse wertvolle Anhaltspunkte dafür, wie diese methodisch und konzeptionell auszugestalten sind und welche zentralen Einflussfaktoren auf subjektive Lebensqualität zu berücksichtigen sind.

Literatur

- Bain, G. H., Lemmon, H., Teunisse, S. et al. (2003). Quality of Life in healthy old age: relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(11), 632–636.
- Barclay-Goddard, R., Epstein, J. D. & Mayo, N. E. (2009). Response shift: a brief overview and proposed research priorities. *Quality of Life Research*, 18(3), 335–346.
- Baumgardt, J., Daum, M., von dem Knesebeck, O. et al. (2018). Verwirklichungschancen unter chronisch psychisch erkrankten Menschen: erste Erfahrung in der Anwendung einer deutschen Vorabversion des OxCAP-MH im Rahmen des BAESCAP-Forschungsverbunds. *Psychiatrische Praxis*, 45(3), 140–147.
- Bayer-Oglesby, L., Schmid, H. (2014). Eintrittsprofile in der ambulanten und stationären Suchthilfe. *Suchtmagazin*, 40(5), 24–27.
- Berkman, L. F., Krishna, A. (2014). Social Network Epidemiology. In L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour (Hrsg.). *Social Epidemiology*. Oxford: University Press (S. 234–289).
- Bullinger, M. (2014). Das Konzept der Lebensqualität in der Medizin – Entwicklung und heutiger Stellenwert. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 108(2–3), 97–103.
- Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C. et al. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics*, 61, (2–3), 267–276.
- Cummins, R., Lau, A. & Davern, M. T. (2012). Subjective Wellbeing Homeostasis. In K. C. Land, A. C. Michalos & M. J. Sirgy (Hrsg.). *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. Dordrecht: Springer (S. 79–98).
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Hess, N. (2020). *Subjektive Lebensqualität in der Evaluationsforschung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit*. Masterthesis. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW. https://www.fhnw.ch/de/studium/soziale-arbeit/master/media/hsa_ma_thesis_2020_hess_nadja.pdf.
- Hoaglin, D. C. & Iglewicz, B. (1987). Fine-Tuning Some Resistant Rules for Outlier Labeling. *Journal of the American Statistical Association*, 82(400), 1147–1149.
- Hüttemann, M., Solèr, M., Süsstrunk, S. & Sommerfeld, P. (2017). Wirkungsforschung und Evaluation in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 13(3), 4–6.
- Kayser, K., Feldman, B. N., Borstelmann, N. A. et al. (2010). Effects of a randomized couple-based intervention on quality of life of breast cancer patients and their partners. *Social Work Research*, 34(1), 20–32.
- Klärner, A., Gamper, M., Keim-Klärner, S. et al. (2020). Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten – eine neue Perspektive für die Forschung. In: A. Klärner, M. Gamper, S. Keim – Klärner et al. (Hrsg.). *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden (S. 1–30).
- Las Hayas, C., Padilla, P., del Barrio, A. G. et al. (2016). Individualised Versus Standardised Assessment of Quality of Life in Eating Disorders: Assessment of QoL in Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 24(2), 147–156.
- Laszewska, A., Schwab, M., Leutner, E. et al. (2019). Measuring broader wellbeing in mental health services: validity of the German language OxCAP-MH capability instrument. *Quality of Life Research*, 28(8), 2311–2323.
- Noll, H. H. (2017). Lebensqualität – ein Konzept der individuellen und gesellschaftlichen Wohlfahrt. In: BZgA. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten*. <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/lebensqualitaet-ein-konzept-der-indivi>

- duellen-und-gesellschaftlichen-wohl-fahrt/.
- Nussbaum, M. C. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- O'Boyle, C. A., Browne, J., Hickey, A. & Joyce, C. R. B (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). Administration Manual*. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. 3. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenbourg Verlag.
- Revicki, D., Hays, R., Cella, D. & Sloan, J. (2008). Recommended methods for determining responsiveness and minimally important differences for patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(2), 102–109.
- Roser, K., Mader, L., Baenziger, J. et al. (2019). Health-related quality of life in Switzerland: normative data for the SF-36v2 questionnaire. *Quality of Life Research*, 28(7), 1963–1977.
- Ryan, R. M., Patrick, H., Deci, E.L. & Williams, G. C. (2008). Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on Self-Determination Theory. *The European Health Psychologist*, 10(March), 2–5.
- Schwarzer, R. (2000). *Stress, Angst und Handlungsregulation*. 4., überarb. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 14(3), 283–293.
- Simon, J., Anand, P., Gray, A. et al. (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science & Medicine*, 98, 187–196.
- Sommerfeld, P., Solèr, M., Hess, N., Hüttemann, M. & Süssstrunk, S. (2021). *ALIMEnt – Kontexte, Mechanismen und Wirkungen Sozialer Arbeit*. Überblick über die Studie, Einführung einiger Grundlagen und Überblick über einige wichtige Ergebnisse. Olten / Basel: FHNW Hochschule für Soziale Arbeit. <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/32537>.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Sommerfeld, P., Solèr, M. & Süssstrunk, S. (2019). Lebensverlauf, Kontext, Zeit und Wirkung sozialarbeiterischer Intervention. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, 24(18), 77–97.
- Tabachnick, B. G./Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. 5. Aufl. Boston: Pearson Education.
- Vergunst, F., Jenkinson, Crispin/Burns, Tom et al. (2017). Psychometric validation of a multi-dimensional capability instrument for outcome measurement in mental health research (OxCAP-MH). *Health and Quality of Life Outcomes*, 15, 250. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0825-3>.
- Wettergren, L., Kettis-Lindblad, Å., Sprangers, M. & Ring, L. (2009). The use, feasibility and psychometric properties of an individualised quality-of-life instrument: a systematic review of the SEIQoL-DW. *Quality of Life Research*, 18(6), 737–746.
- World Health Organization (1997). *WHOQOL. Measuring quality of life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>.
- Zumbrunn, Andrea (2020). *Die Rolle der Anderen – Einfluss der Gruppenzusammensetzung auf das Behandlungsergebnis von adipösen Kindern und Jugendlichen*. Zürich: Universität Zürich, Philosophische Fakultät. https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/186858/1/Zumbrunn_Andrea_Dissertation.pdf.

Biografische Angaben

Andrea Zumbrunn, Hochschule für
Soziale Arbeit der Fachhochschule
Nordwestschweiz (FHNW),
Andrea.Zumbrunn@fhnw.ch 

Nadja Hess, Hochschule für Soziale Arbeit
der Fachhochschule Nordwestschweiz
(FHNW), Nadja.Hess@fhnw.ch 

Maria Solèr, Hochschule für Soziale Arbeit
der Fachhochschule Nordwestschweiz
(FHNW), Maria.Soler@fhnw.ch 

Matthias Hüttemann, Hochschule für
Soziale Arbeit der Fachhochschule
Nordwestschweiz (FHNW),
Matthias.Huettemann@fhnw.ch 

Simon Süsstrunk, Hochschule für
Soziale Arbeit der Fachhochschule
Nordwestschweiz (FHNW),
Simon.Suesstrunk@fhnw.ch 

Peter Sommerfeld, Hochschule für
Soziale Arbeit der Fachhochschule
Nordwestschweiz (FHNW),
Peter.Sommerfeld@fhnw.ch 