

Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abt.: Köln

Masterstudiengang Suchthilfe

(Master of Science in Addiction, Prevention and Treatment)

Masterthesis

**Lebenszufriedenheit von Suchtkranken im ambulant Betreuten  
Einzelwohnen und von Suchtkranken ohne ambulante Betreuung - ein  
Vergleich**

vorgelegt von:

**Janina Brändle**

Matrikelnummer:

**509232**

Erstprüfer:

**Prof. Dr. Thorsten Köhler**

Zweitprüfer:

**Prof. Dr. Wolfgang Schwarzer**

Nürnberg, den 12.11.2015

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung	9
2. Forschungsstand zum ambulant Betreuten Einzelwohnen (aBW)	12
2.1 Wirksamkeit des aBW– Stand der Forschung	15
2.2 Besonderheiten im aBW mit suchtkranken Menschen	18
2.3 Eine kritische Würdigung des aBW	20
3. Forschungsstand zum Konzept der „Lebenszufriedenheit“	21
3.1 Vielfalt der Begriffe und eine Annäherung an das Konzept der Lebenszufriedenheit	21
3.2 Strukturmodell des Wohlbefindens nach Abele und Becker	22
3.3 Das hierarchische Mehrfaktorenkonzept des subjektiven Wohlbefindens nach Ed Diener	24
3.4 Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens	26
3.5 Eine abschließende Zusammenfassung zum Konzept der Lebenszufriedenheit	26
3.6 Eine Auswahl an Erhebungsinstrumenten zur empirischen Erfassung der Lebenszufriedenheit	27
3.7 Einflussfaktoren auf die abhängigen Variablen „Lebenszufriedenheit“ und „Wohlbefinden“	28
3.7.1 Soziodemographische Faktoren und Umweltfaktoren	28
3.7.2 Personenbezogene Faktoren	32
3.8 Auswirkungen von seelischen Erkrankungen auf die Lebenszufriedenheit	37
4. Hypothesenbildung	42
5. Datenerhebung und Methoden	43
5.1 Statistische Auswertungsmethoden	49

6. Ergebnisse	54
6.1 Deskriptive Ergebnisse der aBW-Klienten zu „Personenbezogene Daten“	54
6.2 Deskriptive Ergebnisse der Klienten ohne ambulante Betreuung	56
6.3 Eine Vergleichstabelle zu den erhobenen personenbezogenen Daten	58
6.4 Deskriptive Ergebnisse zur gesundheitlichen Verfassung: Auswertung der BSCL	59
6.4.1 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter für die Gesamtstichprobe	60
6.4.2 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der aBW-Klienten	61
6.4.3 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der Klienten ohne aBW	62
6.5 Deskriptive Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit von suchtkranken Menschen: Auswertung der MLDL	64
6.6 Eine Überprüfung von Hypothesen und ausgewählten Fragestellungen	70
7. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	78
8. Zusammenfassung	86
9. Literatur	91
9.1 Zeitschriften	91
9.2 Bücher	93
9.3 Internetquellen	95
10. Anhang	97
10.1 Konzipierter Papierfragebogen „Personenbezogene Daten“	97
10.2. BSCL und Auswertungsvorgabe	101
10.3 MLDL und Auswertungsvorgabe	105

10.4. Ergebnisse zu den Hypothesen	108
10.4.1 T-Test und Gruppenstatistik zur Lebenszufriedenheit von abstinent lebenden und nicht abstinent lebenden Personen	108
10.4.2 Varianzanalyse zu Lebenszufriedenheiten und den Kategorien der Variable „Dauer der Suchterkrankung“	109
10.4.3 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der Gesamtstichprobe	110
10.4.4 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der aBW- Klienten	111
10.4.5 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der Klienten ohne aBW	111
10.4.6 T-Test Lebenszufriedenheiten von aBW- bzw. Klienten ohne aBW	112
10.4.7 Korrelation Dauer des aBW und globale Lebenszufriedenheit	113
10.4.8 Korrelation Dauer des aBW in Jahren und seelische Belastung auf verschiedenen Skalen der BSCL	114
10.4.9 Varianzanalyse Lebenszufriedenheit und Partnerschaft	115
10.4.10 T-Test und Varianzanalyse zu Erwerbstätigkeit und Lebenszufriedenheit	116
10.4.11 Korrelationen zwischen psychischer Belastung und Lebenszufriedenheit (Bereichsspezifisch und global)	118
11. Eidesstattliche Erklärung	119

## Abkürzungsverzeichnis

aBW	ambulant Betreutes Einzelwohnen
ALG I	Arbeitslosengeld 1
ALG II	Arbeitslosengeld 2
BAR	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BSCL	Brief Symptom Check List
BSI	Brief Symptom Inventory
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
CGI	Clinical Global Impression Score
d	Effektstärke
d.h.	das heißt
et al.	et alii, et aliae, et alia/und andere
evtl.	eventuell
e.V.	eingetragener Verein
FLZ	Fragebogen zur Lebenszufriedenheit
ggf.	gegebenenfalls
GSI	Global Severity Index
H	Stichprobenumfang
Hrsg.	Herausgeber
ICF	Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
M	Mittelwert

MLDL	Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste
N	Gesamtstichprobe
n	Stichprobenumfang
n.d.	nicht datiert
o.g.	oben genannt/e/er/en
p	Wahrscheinlichkeit
PSDI	Positive Syndrom Distress Index
PST	Positive Symptom Total
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
r <sub>s</sub>	Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman
SWB	subjective well-being (subjektives Wohlbefinden)
SCL-90-R	Symptom-Checkliste 90-R Standard
SGB	Sozialgesetzbuch
Sig.	Signifikanz
Tab.	Tabelle
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereingten Nationen
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
&	und
>	größer

$\geq$  größer als

$=$  ist gleich

$<$  kleiner

$\leq$  kleiner als

## **Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

Abbildung 1: A temporal stage model of subjective well-being nach Diener (2009)	36
Tabelle 1: Konsummuster beider Klientengruppen (in %)	58
Tabelle 2: Vergleichstabelle zu den erhobenen personenbezogenen Daten	59
Tabelle 3: T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter für die Gesamtstichprobe	60
Tabelle 4: T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der aBW-Klienten	61
Tabelle 5: T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der Klienten ohne aBW	62
Tabelle 6: globale Lebenszufriedenheit der Klienten mit aBW (n=35)	65
Tabelle 7: globale Lebenszufriedenheit der Klienten ohne aBW (n=25)	66
Tabelle 8: Skalenmittelwerte zur bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit	68
Tabelle 9: Werte zur Lebenszufriedenheit für N=60	69
Tabelle 10: Mittelwerte der Subskala „Körper“ und zur „Dauer der Suchterkrankung“	71
Tabelle 11: T-Mittelwerte beider Klientengruppen auf den Skalen der BSCL und zum GSI	73
Tabelle 12: Streudiagramm zu „Dauer aBW“ und „globale Lebenszufriedenheit der aBW-Klienten“	74
Tabelle 13: Streudiagramm zu „Dauer des aBW“ und „T-Werte Depressivität“	75
Tabelle 14: Beziehungsstatus und Lebenszufriedenheit	76
Tabelle 15: Korrelation zwischen gesundheitlicher Verfassung und bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit	78



*Anmerkung: Obwohl in den folgenden Ausführungen zur besseren Lesbarkeit überwiegend die männliche Form verwendet wird, ist, soweit nicht anders angegeben, immer auch die weibliche Form gemeint.*

## 1. Einleitung

Das Wohlergehen einer Person zu fördern und die subjektiv empfundene Lebensqualität positiv anzuheben, sollte stets Anspruch sozialpädagogischen und therapeutischen Handelns sein. Auch im ambulant Betreuten Einzelwohnen (aBW) für Suchtkranke ist das Erreichen von allgemeiner Lebenszufriedenheit ein übergeordnetes Ziel bei der individuellen Hilfeplanung, und zwar maßgeblich so, wie die betreute Person ein „gutes Leben“ für sich definiert.

Für die Autorin dieser Forschungsarbeit, die selbst mehrere Jahre in Wiesbaden im aBW tätig war, liegt es daher nahe, das Konzept der Lebenszufriedenheit im Zusammenhang mit der Maßnahme des aBW genauer zu beleuchten. In der vorliegenden Masterarbeit soll es v.a. um die Fragestellungen gehen, wie zufrieden suchtkranke Klientinnen und Klienten des aBW mit ihrer Lebenssituation in den verschiedenen Bereichen wie psychische und somatische Gesundheit, Selbstversorgung und Wohnen, Arbeit und Beschäftigung und Freizeitgestaltung sind und inwieweit die Maßnahme des aBW Auswirkungen auf die individuelle Lebenszufriedenheit hat. Von Forschungsinteresse ist dabei auch, ob sich das Leben der Leistungsberechtigten aus ihrer Sicht in den o.g. Bereichen durch die meist mehrere Jahre dauernde Betreuung verbessert, verschlechtert oder sich dadurch nichts verändert hat.

Kenntnis soll des Weiteren darüber erlangt werden, was die Nutzer des aBW am Leistungsangebot schätzen und was ihnen in der Zusammenarbeit mit der koordinierenden Bezugsperson besonders hilft. Eine partnerschaftliche Beziehung auf Augenhöhe mit größtmöglicher Transparenz, was Arbeitsweise und Zielsetzungen angeht, sollte dabei der professionelle Anspruch sein. Aber wird das auch so von Seiten der Klienten erlebt?

Es werden im Rahmen dieser Studie nicht nur aBW-Klienten befragt, sondern auch suchtbelastete Personen ohne eine solche ambulante Betreuung. Durch das Heranziehen dieser Vergleichsgruppe sollen zum einen Informationen zur Lebenszufriedenheit von suchtbelasteten Personen im Allgemeinen gewonnen werden, zum anderen sollen die Angaben zur Lebenszufriedenheit der aBW-Klientel und der nicht im aBW betreuten Gruppe miteinander verglichen werden: Welche Gruppe ist allgemein zufriedener? In welchen Lebensbereichen

unterscheiden sich beide Gruppen, was die Zufriedenheit angeht, wo stimmen sie überein? Außerdem: Welchen Einfluss haben soziodemographische, soziale und gesundheitliche Aspekte auf die Lebenszufriedenheit von Suchtkranken?

Für die soziale Arbeit und die Suchttherapie sind die oben beschriebenen, gewünschten Erkenntnisse aus mehreren Gründen relevant: Es ist bisher sowohl über die Lebenszufriedenheit von Suchtkranken als auch über die Wirksamkeit des aBW wenig bekannt, so dass die geplante Befragung dahingehend neue Erkenntnisse liefern könnte. Das aBW für psychisch Kranke (darunter sind auch die Suchtkranken erfasst) kostet die überörtlichen Sozialhilfeträger im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §53 SGB XII eine Milliarde Euro pro Jahr (Walther, 2014), die Frage nach der Wirksamkeit scheint demnach durchaus berechtigt zu sein. Vielleicht kann die geplante Masterarbeit hierzu einen kleinen Beitrag leisten, nämlich unter dem Aspekt: „Hat die Maßnahme des aBW aus der Nutzerperspektive Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden und die individuelle Lebenszufriedenheit? Und falls ja, welchen?“

Natürlich besteht für die Autorin auch ein persönliches Erkenntnisinteresse: Eine positive Rückmeldung der Klientel entspricht einer Legitimation des eigenen beruflichen Handelns und stellt eine gute Verhandlungsgrundlage beim Kostenträger dar. Negative Rückmeldungen hingegen können dazu anregen, das eigene Leistungsangebot zu überdenken und, auf Grundlage des durch die Forschungsarbeit neu gewonnenen theoretischen Wissens, zu optimieren.

Die Masterthesis richtet sich an Fachleute, die im Bereich der Suchthilfe und Suchtforschung tätig sind. Daher wird auf differenzierte Ausführungen zur Suchterkrankung und ihren Behandlungsmöglichkeiten sowie Strukturen des Suchthilfesystems weitestgehend verzichtet.

Im weiteren Verlauf dieser Masterarbeit wird zunächst auf die theoretischen Grundlagen zum aBW und zum Konzept der Lebenszufriedenheit eingegangen, es werden jeweils aktuelle Forschungsergebnisse präsentiert. Bei den Ausführungen zur Lebenszufriedenheit wird besonderer Wert auf wissenschaftlich diskutierte Einflussvariablen gelegt, eine gezielt getroffene Auswahl von ihnen wird vorgestellt. Näher betrachtet werden hierbei v.a. die Rolle der psychischen Gesundheit und die Fragestellung, inwieweit seelische Erkrankungen, zu denen auch die Suchterkrankung zählt, das Ausmaß an Lebenszufriedenheit beeinträchtigen können.

Daraus folgend werden Hypothesen formuliert, die für die o.g. Fragestellungen relevant sind und die mit der Auswertung der eigenen Studienergebnisse anschließend überprüft werden sollen.

Im empirischen Teil dieser Masterthesis werden zunächst die untersuchte Stichprobe und die Rahmenbedingungen der Studie beschrieben und im Anschluss daran das eingesetzte Erhebungsinstrument vorgestellt. Dieses besteht aus drei Teilen: aus Fragen zu personenbezogenen Daten, die von der Autorin selbst konzipiert wurden, und aus zwei standardisierten Testverfahren, der BSCL (Brief Symptom Check List) und der MLDL (Münchener Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste). Erläuterungen zu den angewandten statistischen Auswertungsmethoden vervollständigen diesen Abschnitt.

Anschließend werden im Ergebnisteil die deskriptiven Ergebnisse der beiden Vergleichsgruppen zu den personenbezogenen Daten, der gesundheitlichen Verfassung und der Lebenszufriedenheit präsentiert. Die aufgestellten Hypothesen werden zudem überprüft.

Die darauffolgende Methodendiskussion dient dazu, das Forschungsdesign der durchgeführten Untersuchung kritisch zu reflektieren, evtl. Mängel zu beleuchten und die eigenen Studienergebnisse unter Berücksichtigung des bekannten Forschungsstands zu interpretieren und in den wissenschaftlichen Kontext einzuordnen.

Eine abschließende Zusammenfassung rundet die Masterthesis ab.

## 2. Forschungsstand zum ambulant Betreuten Einzelwohnen (aBW)

Der Begriff des „Betreuten Wohnens“ ist in der gemeindepsychiatrischen Versorgung weit verbreitet, wird jedoch in den unterschiedlichsten Kontexten verwendet. Es gibt keine einheitliche Definition, eine Begriffsklärung ist daher notwendig.

In der Masterarbeit geht es thematisch um die Maßnahme des ambulant betreuten Einzelwohnens (aBW) bei Suchtkranken, bei der es sich nicht um eine stationäre Hilfe handelt, sondern um ein ambulantes Angebot. Es wird als aufsuchende, professionelle Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Behinderung/Suchterkrankung verstanden, die in der Regel in einer eigenständig angemieteten Wohnung leben (Rosemann, 2014; Flemming, 2014). Mit dem Mietverhältnis hat der Leistungserbringer des aBW rechtlich gesehen (meistens) nichts zu tun. Konrad und Rosemann (2014) schlagen deshalb den neuen Begriff der „mobilen Unterstützung“ vor. Sie argumentieren, dass die Erbringung der individuellen Hilfeleistungen in unterschiedlichen Lebensbereichen nicht allein auf den Wohnraum bezogen ist und auch generell nicht an ein bestehendes Wohnverhältnis gekoppelt sein sollte. Die Autorin findet den Begriff der „mobilen Unterstützung“ sehr passend, wird in der Masterarbeit aber vom „ambulant Betreuten Einzelwohnen“, kurz aBW, sprechen. Dies macht dahingehend Sinn, da „mobile Unterstützung“ im Arbeitsalltag als Begriff kaum bekannt ist und nicht verwendet wird, „aBW“ hingegen schon.

Wie aBW in der Praxis idealerweise umgesetzt werden soll, was Grundlagen und Zielsetzungen sind, dazu gibt es eine Reihe von theoretischen Ausführungen, die im Folgenden erläutert werden.

Eine gesetzliche Regelung für das aBW findet sich in den §55 SGB IX und §53 SGB XII: aBW bei abhängigkeitskranken Menschen wird im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung erbracht. Globale Zielsetzung hierbei ist es, die individuelle Teilhabe an der Gesellschaft zu fördern und ein selbstbestimmtes, zufriedenstellendes Leben zu ermöglichen. Das aBW ist demnach ein sich am Hilfebedarf der Einzelperson orientierendes Betreuungsangebot, das ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Gesundheit, Arbeit, Wohnen, Selbstversorgung und Freizeitgestaltung anbietet (BAR, 2010; Schay, 2011). Wesentlicher Impulsgeber für eine solche Entwicklung im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem war die „Aktion Psychisch Kranke“, die 1997 in Anlehnung an die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen einen wichtigen Paradigmenwechsel in der Versorgung von psychisch kranken Menschen einläutete:

vom institutionszentrierten hin zum personenzentrierten Ansatz. (Kauder, 1997; Konrad und Rosemann, 2011). Menschen mit einer Behinderung haben danach das Recht, zwischen Versorgungsmöglichkeiten zu wählen und müssen sich nicht den institutionellen Versorgungsstrukturen unterordnen. Vielmehr sollen diese bedarfsgerecht und gemeindenah geschaffen werden. Wesentliche Merkmale der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sind die „Entpflichtung vom Zwangswohnen“ (Steinhart, 2014) und dass dem natürlichen Wunsch des Menschen, eine eigene Wohnung zum persönlichen Lebensmittelpunkt zu machen und zu erhalten, Rechnung getragen wird. Auch die S3-Leitlinien zu „Psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ empfehlen, dauerhafte Unterbringungen in stationären Wohnformen möglichst zu vermeiden, da sie meistens mit einer Senkung der Lebensqualität einhergehen (Steinhart, 2014).

Kostenträger des aBW sind die (überörtlichen) Sozialhilfeträger oder die für sie eintretenden Stellen. Hat die antragstellende Person ein höheres Einkommen oder Vermögen muss sie ggf. selbst für die Maßnahme aufkommen. Auch unterhaltspflichtige Angehörige werden im Hinblick auf eine mögliche Kostenübernahme bzw. -beteiligung geprüft (Rosemann, 2014).

Wie sieht nun also eine „gelungene“ Zusammenarbeit im aBW für seelisch kranke Menschen aus? Zu Beginn wird mit dem Klienten gemeinsam ein individueller Behandlungsplan erstellt, der Ziele und Inhalte im kommenden Planungszeitraum definiert (Schay, 2011). Gromann (2011) sieht diese Teilhabe- und Hilfeplanung als „Herzstück“ in der Zusammenarbeit zwischen professionellem Helfer und Klient. In einem offenen, dialogischen Verfahren auf Augenhöhe soll der Bedarf des Klienten, die Zielsetzungen und ihre Indikatoren festgelegt werden. Auch der zeitliche Umfang der Betreuung wird bedarfsgerecht definiert. Die professionelle Haltung sollte dabei sein: Es gibt keine Pauschallösungen und vorgefertigte Maßnahmen! Die Lebensgeschichte des Einzelnen und seine subjektive Sicht auf die Welt muss im Gespräch kennen gelernt, respektiert und bei der individuellen Hilfeplanung berücksichtigt werden (Gromann, 2011). Die Zielsetzungen betreffen die o.g. Lebensbereiche, bei Suchtkranken wird vom Kostenträger meist ein Ziel zur Suchtproblematik gewünscht, welches im aBW aber nicht zwingend die Abstinenz sein muss.

In Wiesbaden wird zur Teilhablediagnostik und Zielvereinbarung mit dem Integrierten Teilhabeplan (ITP) gearbeitet. Das ICF-Gesundheitsmodell der WHO war bei der Entwicklung des ITPs von erheblicher Bedeutung. Auch das deutsche Rehabilitationsrecht orientiert sich an dieser „Internationale(n) Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), 2010). Ihr zugrunde liegen das

bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis und der Begriff der „funktionalen Gesundheit“. Die ICF ergänzt die ICD 10, indem sie nicht nur das eigentliche Gesundheitsproblem (z.B. Alkoholabhängigkeit) beschreibt, sondern auch dessen Wechselwirkung mit den Ebenen der Körperstrukturen/-funktionen, der Aktivitäten und Teilhabe. Zudem wird der Lebenshintergrund der betroffenen Person berücksichtigt, die individuellen Persönlichkeitsmerkmale und inwieweit sie von dem Gesundheitsproblem beeinflusst werden bzw. es beeinflussen. Daraus ergibt sich im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells von Gesundheit und Krankheit eine ganzheitliche Sicht auf die aktuelle Situation des Klienten (BAR, 2010). Das ICF-Modell zur Gesundheit ist eine geeignete theoretische Grundlage für die Arbeit im aBW: Es geht nicht immer um die direkte Behandlung der Abhängigkeit, sondern vielmehr darum, dass auf den von der Sucht betroffenen Ebenen neue Perspektiven entwickelt werden können, die dem Klienten ein zufriedenes Leben ermöglichen. Dies geschieht immer unter Berücksichtigung der individuellen Ressourcen, der Förderfaktoren und Barrieren im Umfeld.

Das Besondere am aBW im Vergleich zu anderen Beratungs- und Betreuungsangeboten ist die Grundhaltung der „mobilen Unterstützung“ (Der Begriff nach Rosemann (2014) wurde eingangs erwähnt.). Das aBW sollte sich konzeptionell als Hilfeleistung verstehen, die sich am konkreten, aktuellen und individuellen Bedarf von seelisch kranken Menschen orientiert, die nicht an einen festen Ort gebunden ist und das gesamte Lebensspektrum von Personen erreichen kann. Ergo findet ein Großteil der Zusammenarbeit in der Lebenswelt der Klientel statt: Hausbesuche, Aufsuchen an Szenetreffpunkten, Begleitung zu Behörden, Ärzten, Beratungsstellen und Gerichtsterminen machen den Großteil des Arbeitsalltags im aBW aus (Rosemann, 2014; Schay, 2011). Diese Form der nachgehenden Arbeit ist v.a. auch bei Menschen gefragt, die offensichtlichen Hilfebedarf haben, aktuell aber nicht in der Lage sind, sich aktiv Hilfe zu holen. Gerade Menschen mit einer chronischen Suchterkrankung ziehen sich gerne einmal zurück, meiden jeglichen sozialen Kontakt, tauchen unter. In solchen Phasen liegt die Kontaktverantwortung verstärkt beim professionellen Helfer, der kontinuierlich und beharrlich den Zugang zur Hilfe zur Verfügung stellen und dem Betroffenen anbieten sollte (Rosemann, 2014). Dieses „am Ball bleiben“ und „nicht locker lassen“ suggeriert dem Klienten, dass es jemanden gibt, der sich auch in Krisenzeiten für ihn und seine Lebenssituation interessiert und ermöglicht so korrigierende Bindungserfahrungen. Allgemein wird der Beziehungsgestaltung zwischen Klient und Bezugsbetreuer während des gesamten Betreuungszeitraums eine große Bedeutung beigemessen. Die Anforderungen an den professionellen Helfer sind dabei hoch, stehen sich doch häufig normativer Anpassungsdruck

(z.B. durch Kostenträger, gesellschaftliche Wertvorstellungen...), individueller Lebensplan des Klienten und eigene Handlungsüberzeugungen gegenüber. Hier ist eine professionelle Haltung gefragt, die von Offenheit, Achtung, Geduld und Flexibilität geprägt ist, aber auch die Chance zur persönlichen Weiterentwicklung bieten muss. Dazu braucht es, neben den genannten Eigenschaften, auch das Setzen von Grenzen, eine reflexive Distanz, kritische Solidarität und die Fähigkeit, mit dem Klienten empathisch andere Perspektiven und Wahrnehmungen zu diskutieren (Adolph, 2014; Oelrich, 2008). Neben Zielsetzungen wie z.B. beruflicher Integration und Tagesstrukturierung, Verbesserung des Gesundheitsverhaltens, mehr Eigenständigkeit bei administrativen Angelegenheiten sollen im Rahmen des aBW auch psychosoziale Kompetenzen trainiert werden. Die Erhöhung der Frustrationstoleranz und der Konfliktfähigkeit, ein konstruktiver Umgang mit pathogenen Beziehungskonstellationen und der Aufbau eines positiveren Selbstkonzepts sind exemplarisch ausgewählte Langzeitziele, deren ansatzweise Umsetzung bei dauerhaft seelisch kranken Personen Jahre dauert (Schay, 2011). Die Beziehung zur Bezugsbetreuungsperson kann dafür als Übungsplattform und Modell genutzt werden. Oelrich (2008) spricht von einer „wohltuenden Objektbeziehung“ durch die Betreuung im aBW, deren wirksamsten Faktoren neben der authentischen, zugewandten Haltung der koordinierenden Bezugsperson die Dauer und Zuverlässigkeit der Bindung sind.

## 2.1 Wirksamkeit des aBW– Stand der Forschung

Seit 1999 konnten stetig steigende Zahlen beobachtet werden, was Menschen angeht, die Unterstützung durch das aBW erhalten. Seelisch kranke Personen, zu denen auch die Suchtkranken gerechnet werden, ist dabei die am stärksten vertretene Gruppe. Sie machen insgesamt knapp 71 % der NutzerInnen aus, geistig Behinderte 25% und körperlich behinderte Personen 4% (Walther, 2014). Deutschlandweit befinden sich 151.362 seelisch kranke Menschen im aBW (Stand 2012: Walther, 2014), die Fallzahlen wachsen weiter an. Studien zur Wirksamkeit gibt es bisher leider nur wenige, v.a. Daten über seelisch behinderte Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, sind in Deutschland rar (Steinhart, 2014). Im Folgenden sollen veröffentlichte Evaluationen zum aBW mit psychisch kranken Menschen vorgestellt werden. Suchtkranke kommen in den befragten Zielgruppen meist nur am Rande vor.

Leupold und Walther (2007) fanden bei einer langfristig angelegten Selbstevaluation einer Übergangseinrichtung mit angegliedertem aBW in Würzburg nachweislich positive Effekte des

aBW auf den Krankheitsverlauf der dort betreuten chronisch psychisch kranken Klientel. Anzahl und Dauer der stationären Krankenhausaufenthalte nahmen durch die Betreuung im aBW ab, 74% der Klientel benötigte nach ca. vier Jahren im aBW keine stationäre Aufnahme mehr. Auch eine Verbesserung, was die selbstbestimmte Lebensführung und somit die Unabhängigkeit von professionellen Unterstützungsangeboten angeht, konnte im Verlauf des aBW bei den Nutzern beobachtet werden. Kritisch anzumerken ist, dass lediglich die Akten einer kleinen Grundgesamtheit (n=19) ausgewertet wurden und Klienten nicht direkt befragt worden sind.

Hölzke (2009) beschreibt über einen Zeitraum von drei Jahren die Effekte der Umwandlung eines stationären Wohnheims in ein ambulantes Betreuungsangebot aus Sicht der ehemaligen Heimbewohner und der Mitarbeiter, die ebenfalls ins ambulante Setting wechselten. Die befragte Klientel setzte sich aus 15 psychisch kranken Menschen zusammen, ca. die Hälfte mit einer zusätzlichen Suchterkrankung (Walther, 2014). Der Umzug wurde von den Klienten als positive Entwicklung und Aufwertung ihres Status erlebt. Die Mitarbeiter konstatierten durch das andere Setting positive Veränderungen bei der Klientel: mehr Selbstständigkeit, eigenständige Haushaltsführung, weniger Rückzugsverhalten. Die psychische Symptomatik der Betroffenen verbesserte sich allerdings kaum, die Inanspruchnahme stationärer psychiatrischer Behandlungen blieb gleich, die gesetzliche Betreuung musste bei einigen Klienten intensiviert werden.

In Salzwedel wurden im Rahmen des Projektes „Horizont“ psychisch Langzeiterkrankte zu ihrer Lebenszufriedenheit und ihrer psychopathologischen Symptomatik befragt. Die 14 befragten Personen (überwiegend mit Mehrfachdiagnosen) waren zum Teil Wohnheimbewohner, die dann in eine eigene Wohnung zogen, sowie Klienten in eigener Wohnung mit ambulanter Gruppenanbindung. Menschen mit einer Suchterkrankung waren nicht Teil der Stichprobe. Ergebnis der Prä-Post-Follow-up Studie war, dass sich die Lebenszufriedenheit der psychisch kranken Menschen von Anfang an in fast allen abgefragten Items im Normalbereich bewegte, lediglich die Zufriedenheit mit der Gesundheit und der eigenen Person wurden zu Beginn des aBW unterdurchschnittlich bewertet. Zumindest die Werte zur Zufriedenheit mit der eigenen Personen steigerten sich im Laufe der Betreuung in den Normalbereich, während sich die Werte zur Gesundheit zwar verbesserten, aber dennoch im Bereich „unzufrieden/sehr unzufrieden“ blieben (Nowack et al., 2011). Eine Verbesserung der psychopathologischen Symptomatik konnte in den Bereichen paranoides Denken, phobische Angst, Ängstlichkeit und Depressivität festgestellt werden, Verschlechterungen zum



letzten Messzeitpunkt (T3) bei Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt und Aggressivität. Alle Werte blieben jedoch über dem Ausgangsniveau und insgesamt konnte eine signifikante Verbesserung des BSI-Gesamtwerts vom Zeitpunkt T0 bis T3 beobachtet werden (Nowack et al., 2011).

Walther und Vocale (2013) ließen zwölf psychisch und suchtkranke Menschen (50% Doppeldiagnosen) anhand eines Fragebogens selbst einschätzen, ob und welche Veränderungen sie in den verschiedenen Bereichen (Krankheitsverlauf, Tagesstruktur, Selbstversorgung, usw.) durch das aBW erlebt hatten. Zusätzlich gab es nach dem gleichen Fragebogen eine Fremdeinschätzung durch eine Praktikantin. Folgende Ergebnisse wurden festgehalten: Die gesundheitliche Verfassung hatte sich bei mindestens der Hälfte der Klientel verbessert, stationäre Aufenthalte in der Psychiatrie wurden seltener, Abstinenz verbesserte sich und die Anzahl der Rückfälle hatte abgenommen bzw. die Intervalle waren länger (Walther, 2014). Auch die Tages- und Wochenstruktur von 50% der Betreuten hatte sich während der Maßnahme positiv verändert. Keine positiven Effekte konnten im Bereich der Selbstversorgung verzeichnet werden: bei 50% blieb das Maß an Selbstständigkeit auf dem Ausgangsniveau zu Beginn des aBW, bei 25% verschlechterte sich die Lage (Walther, 2014).

Walther (2014) fasst die vorgestellten Studien in einer Tabelle zusammen. Er listet alle Outcome-Parameter und deren Ergebnisse auf. In 11 von 14 Bereichen kann eine positive Wirksamkeit von aBW gemessen und beschrieben werden. Hinweise für positive Entwicklungen liegen v.a. in den Bereichen Psychopathologie/Krankheitsverlauf und Lebensqualität vor (Walther, 2014).

Abschließend sollte kritisch festgehalten werden, dass alle dargestellten Studien lediglich geringe Grundgesamtheiten erfasst haben, die Ergebnisse dadurch wenig generalisierbar und eher institutionsspezifisch verwertbar sind. Sie alle haben einen geringen Evidenzgrad, Parameter wurden uneinheitlich oder gar nicht erhoben (z.B. Vorfeld, dropout), es fehlen Kontrollgruppen und Randomisierung. Es wird außerdem nicht wirklich deutlich, ob die gemessenen Effekte tatsächlich in Korrelation mit der Maßnahme des aBW stehen oder ob sich mit anderen Angeboten ähnliche Effekte nachweisen ließen (Walther, 2014).

Klar wird: es gibt zwar erste Ansätze einer Wirksamkeitsforschung in Deutschland zum aBW, diese steckt aber sowohl inhaltlich als auch statistisch noch in den Kinderschuhen. Es fehlen randomisierte Untersuchungen mit Kontrollgruppen und standardisierte, einheitliche Messverfahren (Walther, 2014).

## 2.2 Besonderheiten im aBW mit suchtkranken Menschen

Das theoretische Grundgerüst des aBW ist für die Arbeit mit Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung, psychisch kranken und suchtkranken Personen im Grunde gleich und wurde oben bereits vorgestellt. In der praktischen Zusammenarbeit mit den einzelnen Zielgruppen gibt es jedoch gravierende Unterschiede und Feinheiten, auf die sich professionelle Helfer einstellen müssen. Im Folgenden sollen die Besonderheiten in der Zusammenarbeit mit suchtkranken Menschen im Rahmen des aBW dargelegt werden.

Eine davon ist sicherlich, dass man häufig mit konsumierender Klientel arbeitet, deren Persönlichkeit sich unter Rauschmitteleinfluss stark verändern kann. Ob ein aBW niedrigschwellig arbeitet oder nicht, hängt von der konzeptionellen Orientierung des Leistungserbringers ab. In Wiesbaden ist Abstinenz vom Suchtmittel jedenfalls keine Voraussetzung für die Aufnahme ins aBW und muss im Sinne der Zielhierarchie von Schwoon und Krausz (1990) auch nicht zwingend Zielsetzung im individuellen Hilfeplan sein.

Des Weiteren sollten Faktoren berücksichtigt werden, die an der Ätiologie der Sucht beteiligt waren und das gegenwärtige Wesen und Verhalten des Suchtklienten ggf. auch heute noch beeinflussen und aufrechterhalten. So gibt es persönlichkeitspsychologische Merkmale, die für eine Suchtgenese anfällig machen wie z.B. eine allgemein hohe Sensibilität für unangenehme Gefühle, eine geringe Motivation zur Selbstkontrolle, starke Impulsivität und eine geringe Frustrationstoleranz (Beck, 1997) Diese Temperamentsmerkmale werden in der intensiven Einzelfallhilfe im Zweierkontakt oft spürbar und verlangen von der professionellen Bezugsperson des aBW ein sensibles, komplementäres Beziehungsverhalten.

Bekannt ist außerdem, dass Sucht häufig in Kombination mit anderen psychischen Erkrankungen auftritt, die meisten Klienten im aBW also auch mit oder ohne aktuellem Suchtmittelkonsum psychisch auffällig sind. Die in den 80er Jahren durchgeführte, amerikanische ECA-Studie zeigte, dass rund ein Drittel der Personen mit einer Alkoholstörung und rund die Hälfte der Personen mit einer Drogenstörung irgendwann in ihrem Leben auch an einer psychischen Störung erkranken (Moggi & Donati, 2004). Vermehrt auftretende Doppeldiagnosen zur Sucht sind die Angststörung, die posttraumatische Belastungsstörung, die Depression und die Schizophrenie. Einen hohen komorbiden Zusammenhang gibt es auch bei der Borderline Persönlichkeitsstörung und der Substanzstörung: klinische Studien zeigten bei Personen mit einer Alkoholstörung eine Komorbidität mit der Borderline Persönlichkeitsstörung von 14,3%, bei Personen mit einer Kokainstörung von 16,8% und bei

opiatabhängigen Personen von 18,5% (Moggi & Donati, 2004). Das Risiko neben einer Alkoholabhängigkeit auch eine antisoziale Persönlichkeitsstörung zu haben, ist laut Lieb und Isensee (2002) um das sechsfache erhöht, bei einer Drogenabhängigkeit sogar um das vierzehnfache (Moggi & Donati, 2004).

Neben den Doppeldiagnosen spielen in der Zusammenarbeit im aBW auch die suchtbedingten Folgeerkrankungen eine Rolle, unter denen gerade Ältere leiden. Die Menschen im aBW sind oft seit mehreren Jahrzehnten suchtkrank, längere Abstinenzphasen zur Regeneration gab es nicht bei jedem. Und selbst wenn doch, sind die Schädigungen, die der langjährige Suchtmittelkonsum dem Körper zugefügt hat, manchmal irreversibel. Hirnorganische Folgeschäden wie das Korsakow-Syndrom bei langjähriger Alkoholabhängigkeit oder exekutive Funktionsstörungen des Stirnhirns beeinträchtigen den Alltag der betroffenen Personen und definieren Möglichkeiten und Grenzen der Zielsetzungen im aBW (Reker, 2011). Weitere körperliche Folgeerkrankungen, die in engem Zusammenhang mit einer chronischen Suchterkrankung stehen, können u.a. sein: Schrumpfung des Gehirns, Schädigung des Groß- und Zwischenhirns (verbunden mit Gedächtnisstörungen, erhöhter Reizbarkeit, schwerfälligerem, langsamerem Denken), Polyneuropathie, Bluthochdruck, Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts und der Leber, Krebs, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung und epileptische Anfälle (Lindenmeyer, 1994).

Was die Lebensumstände angeht, bewegen sich suchtkranke Menschen meist in wenig tragfähigen sozialen Netzwerken (Schay, 2011). Erfahrungsgemäß leben gerade ältere, alkoholabhängige Personen im aBW zurückgezogen und meiden den Kontakt zu Mitmenschen. Haben Suchtkranke Bekannte, Freunde oder Partnerschaften, stammen diese oft selbst aus dem Sucht- oder psychisch Kranken-Milieu und die Beziehungsgestaltung untereinander ist schwierig und problembelastet. Schay (2011) spricht in diesem Zusammenhang von „prekären Lebenslagen“ (Definition nach Petzold), in denen sich suchtkranke Personen nicht selten ihr gesamtes Leben befinden. Die Bezugsperson des aBW ist manchmal über einen langen Zeitraum hinweg die einzig positiv konnotierte Beziehung im sozialen Netzwerk des Klienten.

Dass professionelle Helfer fundierte Kenntnisse zu den dargelegten Besonderheiten haben und sie in der Zusammenarbeit berücksichtigen, ist ein entscheidendes Kriterium für eine bedarfsgerechte Hilfeplanung und eine respektvolle Beziehungsgestaltung. Defizite und Ressourcen der Klienten müssen realistisch eingeschätzt werden und Zielsetzungen so gewählt sein, dass sie im Sinne des Klienten sind, ihn nicht überfordern und im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten liegen!

### 2.3 Eine kritische Würdigung des aBW

Das aBW ist eine besondere Hilfeleistung für besondere Menschen im Kontext der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Orientieren professionelle Helfer ihr berufliches Handeln an den oben beschriebenen theoretischen Ideen, ist das aBW nach Auffassung der Autorin die passgenaueste Hilfe für chronisch seelisch und suchtkranke Menschen, die durch das Raster anderer, hochschwellig angelegter Hilfskonzepte gefallen sind und sich Unabhängigkeit, Privatsphäre und Selbstbestimmtheit wünschen. Leider gibt es unter den professionellen Helfern immer wieder welche, die sich von der Haltung nicht frei machen können, dass ein „normales“, angepasstes Leben doch nach diesen und jenen Richtlinien abzulaufen hat und dass eben diese Richtlinien Maßgabe für individuelle Zielsetzungen beim Klienten sein müssen. Eine solche Einstellung entspricht ganz und gar nicht dem Geiste des „modernen, gelungenen aBW“ und steht einer positiven Entwicklung nach der individuellen Vorstellung des Betreuten sogar entgegen! Auf unterschiedliche Denken und Sichtweisen neugierig zu sein, mögliche Lebensperspektiven ergebnisoffen und authentisch zu diskutieren, ungewöhnliche, normativ unangepasste Wege in der Hilfeplanung mitzugehen, sind Tugenden, die ein professioneller Helfer im aBW idealerweise mitbringt, um der Komplexität der Leben von sucht- und seelisch kranken Menschen gerecht zu werden. Als Credo könnte gelten: Die Arbeit im aBW ist kein Sprint, sondern ein Marathonlauf! Auf dem Weg, den man gemeinsam mit dem Klienten geht, warten mitunter Frustrationen, Hindernisse, „Teufelskreise“ und Beschwerlichkeiten. Beide Parteien brauchen einen langen Atem. Bleibt die betreuende Bezugsperson dabei zuverlässig an der Seite des Klienten, ist dadurch schon viel erreicht.

Gelingt eine Zusammenarbeit, wie oben beschrieben, ist das aBW die wohl umfassendste und individualisierteste Hilfestellung, die gegeben werden kann. Sie grenzt so gut wie keinen Zuständigkeitsbereich aus. Alles, was dem Klienten gerade „unter den Nägeln brennt“, ist Thema im aBW und wird in den meisten Fällen auch gemeinsam bearbeitet. Auf lange Sicht gesehen, ist es doch fast unmöglich, dass eine solche Maßnahme ihre Wirkung beim Leistungsempfänger verfehlt!

### 3. Forschungsstand zum Konzept der „Lebenszufriedenheit“

Der zweite große Themenkomplex dieser Mastherthese neben dem aBW ist das Konzept der Lebenszufriedenheit. Nachfolgend wird sich mit ihren theoretischen Grundlagen und dem aktuellen Forschungsstand zu dieser Thematik beschäftigt.

#### 3.1 Vielfalt der Begriffe und eine Annäherung an das Konzept der Lebenszufriedenheit

Philosophische Debatten darüber, was Menschen dauerhaft glücklich und zufrieden macht, gab es schon zu Zeiten von Aristoteles, Sokrates und Demokrit (Diener, 2009). Seit mehreren Jahrzehnten beschäftigen sich nun auch Wissenschaftler im Rahmen der Wohlbefindensforschung und unter dem Ansatz der Positiven Psychologie intensiv mit den Fragestellungen rund um Glück, Wohlergehen und Lebenszufriedenheit. Dennoch wurde eine einheitliche Terminologie zur Beschreibung dieses Phänomens bisher noch nicht endgültig gefunden (Dette, 2005). Begriffe wie subjektives Wohlbefinden, Glück, Lebensqualität und Lebenszufriedenheit mögen zwar teilweise miteinander zusammenhängen, werden in der Fachliteratur jedoch oft synonym verwendet und dadurch definatorisch nicht sauber voneinander abgegrenzt (Mayring, 1991; Diener, 2009). Um das Konzept der Lebenszufriedenheit differenziert zu erfassen, scheint es daher sinnvoll, einige artverwandte Konzepte einzeln zu betrachten und sie dann zueinander in Beziehung zu setzen.

„Subjektives Wohlbefinden“ oder „subjective well-being“ (Diener, Scollon & Lucas, 2009) ist hierbei ein psychologisches Konzept, welches sich in der Wissenschaft weitgehend etabliert hat und in engem Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit steht. In anerkannten Strukturmodellen der Wohlbefindensforschung stellt es meist eine Art Oberkategorie dar, der die Lebenszufriedenheit als eine von mehreren Teilkomponenten untergeordnet ist (Becker, 1991; Diener, 2009; Mayring, 1991). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Gesundheit als einen Zustand des vollständigen geistigen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als das Fehlen von Krankheit (Dette, 2005). Diener (1984) betont zudem drei Wesenszüge des Wohlbefindens: es wird subjektiv empfunden, es ist positiv und nicht nur das Fehlen von Negativem und es beinhaltet die globale Einschätzung aller Aspekte des eigenen Lebens (Dette, 2005). Ein mögliches Synonym für subjektives Wohlbefinden ist „Glück“ oder „happiness“, im wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird dieser Terminus aufgrund seiner Mehrdeutigkeit aber lieber gemieden (Diener et al, 2009).

Auch das Konzept der „Lebensqualität“ hat in den letzten Jahren zunehmend an Relevanz im Gesundheitswesen gewonnen. Standen in der Lebensqualitätsforschung zunächst noch soziale und ökonomische Indikatoren der Lebensqualität wie Einkommen, materielle Sicherheit, soziale Gerechtigkeit usw. im Vordergrund, setzt sie sich seit einiger Zeit auch mit subjektivem Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit auseinander (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Besonders der Ansatz der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“ orientiert sich nun verstärkt am Individuum und nicht mehr an größeren Bevölkerungsgruppen und findet gerade im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen medizinische und psychologische Beachtung. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als mehrdimensionales Konstrukt verstanden, welches u.a. aus körperlichen, sozialen, emotionalen und verhaltensbezogenen Bestandteilen des Wohlbefindens und des individuellen Handlungsvermögens aus der subjektiven Sicht der betroffenen Person besteht. Im Vordergrund steht die von der betroffenen Person erlebte Gesundheit. Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit gehören dabei neben der emotionalen Befindlichkeit zum Bereich der psychischen Verfassung (Schumacher et al., 2003).

Lebenszufriedenheit selbst wird in der Literatur meist einheitlich als kognitiver Bewertungsprozess der eigenen Lebensqualität und als eine bewusste Einschätzung der eigenen Lebenssituation beschrieben (Becker, 1991; Fahrenberg, Schumacher, Myrtex & Brähler, 2000; Dette, 2005; Diener et al., 2009; u.a.). Sie steht in den theoretischen Modellen den affektiven Anteilen gegenüber und ist eine rückblickende Bewertung von Ereignissen im Leben. Sie kann zudem in verschiedene Bereiche unterteilt (bereichsspezifische Lebenszufriedenheit) oder als allgemeine Lebenszufriedenheit betrachtet werden (Fahrenberg et al., 2000; Dette, 2005). Fahrenberg et al. (2000) entwickelten hierzu einen Fragebogen, der sowohl die globale als auch die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit zu Themen wie Gesundheit, Arbeit, Beziehungen und Freizeit erfasst.

Nachfolgend soll nun anhand dreier ausgewählter Modelle aus der Wohlbefindensforschung das Konzept der Lebenszufriedenheit weitergehend erklärt und in die jeweiligen Kontexte eingeordnet werden.

### 3.2 Strukturmodell des Wohlbefindens nach Abele und Becker (1991)

Becker und Kollegen schlagen vor, Wohlbefinden in aktuelles und habituelles Wohlbefinden zu unterteilen. Während sich aktuelles Wohlbefinden auf das kurz andauernde, situationsbezogene emotionale und körperliche Erleben einer Person im Hier und Jetzt bezieht

(Affekt, Stimmung), geht es beim habituellen Wohlbefinden um eine Rückschau auf gemachte emotionale Erfahrungen, die aggregiert ausschlaggebend für das „typische“ Wohlbefinden einer Person sind. Weiter wird zwischen „psychischem und physischem Wohlbefinden“ unterschieden. Kombiniert man aktuelles, habituelles, psychisches und physisches Wohlbefinden miteinander, so ergeben sich vier verschiedene Formen des Wohlbefindens:

(1) das aktuelle psychische Wohlbefinden, welches positive Gefühle (Freude, Glücksgefühl...), positive Stimmung und aktuelle Beschwerdefreiheit umfasst.

(2) das habituelle psychische Wohlbefinden, bestehend aus habitueller Beschwerdefreiheit (Seltenheit von negativen Gefühlen und Stimmungen) und der Häufigkeit positiver Affekte. Dem habituellen psychischen Wohlbefinden ist auf der kognitiven Bewertungsebene die habituelle Zufriedenheit mit der psychischen Verfassung (habituelles Glücklich sein und Lebensfreude) untergeordnet.

(3) das aktuelle physische Wohlbefinden, die aktuellen positiven körperlichen Empfindungen (z.B. angenehme Müdigkeit, Vitalität) und die aktuelle Beschwerdefreiheit umfassend.

(4) das habituelle physische Wohlbefinden, welches sich aus der habitueller Beschwerdefreiheit und den habitueller positiven körperlichen Empfindungen zusammensetzt. Aus ihm konstituiert sich die habituelle Zufriedenheit mit der körperlichen Verfassung (Becker, 1991; Schumacher et al., 2003).

Die allgemeine und die bereichsspezifische Lebenszufriedenheit ergeben sich laut Becker aus der habitueller Zufriedenheit sowohl mit der psychischen als auch mit der physischen Verfassung.

Becker geht davon aus, dass Wohlbefinden aus positiv gefärbten Stimmungen und Emotionen bei gleichzeitigem Fehlen von Beschwerden entsteht. Bradburn (1969) hingegen definiert psychisches Wohlbefinden vielmehr als Balance zwischen positiven und negativen Affekten (Schumacher et al., 2003).

Aussagen zum habituellen Wohlbefinden kommen durch Bilanzieren und Urteilen zustande, sind also kognitiven Prozessen unterworfen (Becker, 1991). In der gängigen Forschung werden solche Einschätzungen meist zu Zeiträumen von mehreren Wochen, Monaten, manchmal auch dem gesamten Leben abgefragt. Dabei hat sich gezeigt, dass der jeweils angegebene Wert über längere Zeit gleich bleibt, das Konzept des habituellen Wohlbefindens somit als stabile Eigenschaft bewertet werden kann (Becker, 1991).

### 3.3. Das hierarchische Mehrfaktorenkonzept des subjektiven Wohlbefindens (SWB) nach Ed Diener (1999)

Diener entwickelte 1999 an der Universität von Illinois ein hierarchisch aufgebautes, multifaktorielles Konzept zum subjektiven Wohlbefinden („subjective well-being“/ SWB). Auf der obersten Ebene siedelt er das subjektive Wohlbefinden als Überkategorie an, welches für ihn die allgemeine Einschätzung einer Person über das eigene Leben darstellt (Diener et al., 2009). Das SWB wird in vier Komponenten unterteilt: positiver Affekt („pleasant emotions“), negativer Affekt („unpleasant emotions“), Lebenszufriedenheit („global life judgments“) und Bereichszufriedenheit („domain satisfaction“). Sie hängen alle konzeptionell miteinander zusammen, sollten in der Forschung jedoch getrennt voneinander betrachtet und gemessen werden, da jede Komponente unterschiedliche Aussagen über die Lebensqualität einer Person treffen kann (Diener et al., 2009; Spinath & Hahn, 2013). Positiver und negativer Affekt gelten als die emotionalen Bestandteile des Modells. Ähnlich wie Becker beim aktuellen Wohlbefinden, definiert Diener Affekte als situativ angepasste, emotionale Reaktionen einer Person auf die aktuell vorherrschenden Gegebenheiten in ihrem Leben. Er bezeichnet sie als Emotionen und Stimmungslagen („emotions and moods“) (Diener et al., 2009), es sind eher kurzfristige und leicht veränderbare Anteile des SWB. Wie diese zustände kommen und wie positive und negative Affekte klassifiziert werden, ist Forschungsgegenstand eines großen Zweigs der Psychologie. Die einzelnen Theorien sollen in dieser Masterarbeit weitestgehend vernachlässigt werden, da sie nicht Gegenstand der geplanten Studie zur Lebenszufriedenheit sind. Dennoch soll kurz auf eine Theorie von Watson und Tellegen (1985) eingegangen werden, die später im Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit und Persönlichkeitsmerkmalen interessant sein könnte. Im Kern geht es darum, das Entstehen von Emotionen nachvollziehbar, messbar zu machen und dadurch Unterschiede im Verhalten von Personen zu erklären. Watson und Tellegen vertreten dabei die Auffassung, dass es hilfreich ist, die Kategorien „pleasantness“ (angenehm) und „arousal“ (erregt) auch in den beiden Dimensionen positiver und negativer Affekt zu differenzieren. Positiver Affekt sei dabei mit angenehmer Erregung und Emotionen wie aufgeweckt sein, aktiv und aufgeregt verbunden. Dies sei wiederum eng verknüpft mit der Persönlichkeitseigenschaft der Extraversion. Im negativen Affekt spielt sich eine unangenehme Erregung ab mit den Emotionen Wut, Nervosität und/ oder Ängstlichkeit. Ein Zustand, der eng verwandt ist mit dem Persönlichkeitsmerkmal des Neurotizismus (Diener et al., 2009). Wie häufig eine Person emotionale Erfahrungen macht, ist für das allgemeine SWB ausschlaggebender als die Intensität dieser emotionalen Erlebnisse (Diener et al., 2009).



Die Thematik „Extraversion und Neurotizismus“ wird im weiteren Verlauf der Masterarbeit noch eine Rolle spielen.

Nun soll der Fokus aber auf den kognitiven Komponenten des Modells zum SWB liegen, die den eben umrissenen affektiven Komponenten gegenüber stehen und für die Studie dieser Masterarbeit relevant sind: Lebenszufriedenheit und Bereichszufriedenheit. Diener (2009) definiert Lebenszufriedenheit als allgemeine kognitiv-evaluative Bewertung des eigenen Lebens, der eigenen Lebensumstände, immer aus der subjektiven Sicht der betroffenen Person. Doch wie laufen solche kognitiven Prozesse ab? Menschen scheinen sich in der Beurteilung ihrer Lebenszufriedenheit auf Informationen zu beziehen, die aktuell in ihrem Leben herausragen. Die aktuelle Grundstimmung zur Urteilsabgabe kann sich zudem auf die Bewertung auswirken. Dennoch gibt es eine zeitlich überdauernde Stabilität, was die Einschätzung der eigenen Lebensqualität angeht (Diener et al., 2009), da Informationsquellen, aus denen eine Person ihre Einschätzung abgibt, über längere Zeit gleich verfügbar bleiben. Menschen neigen außerdem dazu, bei der Evaluation ihrer Lebenszufriedenheit an Lebensbereiche zu denken, die ihnen besonders wichtig sind, gewichten diese höher als wenig bedeutsame Bereiche. Diener, Lucas, Oishi und Suh (2002) zeigten, dass glückliche Menschen die Lebensbereiche besonders stark bewerten, in denen es gut läuft, während unglückliche Menschen die Lebensbereiche verstärkt betrachten, in denen es schlecht läuft (Diener et al., 2009).

Die jahrelange Forschung zur Lebenszufriedenheit konnte Aufschluss über das Verhältnis zwischen kognitiven und affektiven Komponenten geben. So scheint es, dass positive und negative Affekte zwar als Informationsquellen dafür dienen, wie eine Person ihre Zufriedenheit mit dem Leben einschätzt, jedoch sind sie nicht die einzigen (Diener et al., 2009). Weitere Quellen sind Befriedigungserfahrungen (Maslows „Hierarchie der Motive“), soziale Vergleiche und Vergleichsprozesse, die sich auf die eigene Person beziehen (z.B. ein Vergleich der eigenen Lebenszufriedenheit in verschiedenen Lebensphasen oder auch inwieweit der Status quo sich zu den individuellen Erwartungshaltungen verhält) (Diener et al., 2009; Becker, 1991).

Insgesamt zeigt das Modell nach Diener, wie komplex eine vollständige Erfassung des SWB einer Person ist und wie viele unterschiedliche Faktoren dabei beteiligt sind. Um ein aussagekräftiges Ergebnis zum SWB, sollte mehr als nur eine Komponente empirisch gemessen werden (Diener et al., 2009).

Fahrenberg et al. (2000) ergänzen das Modell noch um den Begriff des „Glücks“, welches als länger andauernder, positiver affektiver Zustand definiert wird und somit als zeitlich überdauernde affektive Komponente des subjektiven Wohlbefindens (vgl. Dette, 2005; Fahrenberg et al., 2000). „Lebenszufriedenheit“ und „Glück“ sind demnach die langfristigen Bestandteile des subjektiven Wohlbefindens, positive und negative Affekte die kurzfristigen, veränderlichen.

### 3.4 Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens

Mayring (1991) bezieht sich auf Forschungsergebnisse von Lawton (1983) und schlägt vor, zwischen vier Unterfaktoren des subjektiven Wohlbefindens zu unterscheiden: dem negativen Befindensfaktor, dem positiven, kurzfristigen Faktor (Freude), dem positiven, langfristigen Faktor (Glück) und dem kognitiven Faktor (Zufriedenheit). Er differenziert zusätzlich zwischen einer „state-trait“-Komponente Die Unterteilung in aktuelles (state) und habituelles (trait) Wohlbefinden (Becker, 1991) behält er als zweite Ebene unter dem SWB bei. Die Definitionen von Freude und Zufriedenheit gleichen denen der vorhergehenden Modelle. Der negative Befindensfaktor wird im Modell auch „Belastungsfreiheit“ genannt (Mayring, 1991). „Glück“ wird zum einen wie bei Fahrenberg gesehen, nämlich als langfristiges Glückserleben, welches übergreifend in verschiedenen Lebensphasen empfunden wird („trait). Zum anderen wird es um die „state-Komponente“ ergänzt: Glück als aktuelles, intensives emotionales Glückserleben. Freuden sind aktuell, daher „state“, und zum aktuellen Wohlbefinden gehörend, während die Zufriedenheit als Teil des habituellen Wohlbefindens situationsüberdauernd ist und als „trait“ definiert wird. Die subjektive Belastungsfreiheit gehört sowohl zum aktuellen als auch zum habituellen Wohlbefinden und hat wie Glück eine „state“- und eine „trait“-Komponente.

### 3.5 Eine abschließende Zusammenfassung zum Konzept der Lebenszufriedenheit

Abschließend soll nun der gemeinsame Nenner der exemplarisch ausgewählten Modelle in Bezug auf das Konzept der Lebenszufriedenheit resümiert werden.

Alle dargestellten, theoretischen Modelle bestätigen die Ausgangsdefinition, nämlich dass Lebenszufriedenheit die kognitiv-evaluative Komponente des übergeordneten Konstrukts des Wohlbefindens ist, die affektiven Anteilen gegenüber steht. Sie bezieht sich auf die bewusste, rückblickende Bewertung des eigenen Lebens, auf die Bilanzierung zwischen bereits

Erreichten und den eigenen Lebenszielen und auf das Abwägen zwischen positiven und negativen Faktoren. Emotionen und die aktuelle Grundstimmung spielen bei dem Beurteilungsprozess zwar eine Rolle, sind jedoch eher von untergeordneter Bedeutung. Lebenszufriedenheit ist vielmehr auf einen längeren Zeitraum angelegt, d.h. vergangene Erlebnisse und Erwartungen werden in die aktuelle Bewertung miteinbezogen. Im Vergleich zu vergänglichem, momentbezogenen Affekten scheint sie ein stabiles Merkmal des subjektiven Wohlbefindens zu sein. DeNeve und Cooper (1998) bestätigen, dass „Lebenszufriedenheit“ zusammen mit „Glück“ die „trait“-Komponente des subjektiven Wohlbefindens ist, „positiver und negativer Affekt“ die „state“-Komponenten (Schumacher et al., 2003). Dette (2005) konstatiert hingegen, dass Lebenszufriedenheit zwar nicht so veränderlich sein mag wie ein affektiver Zustand (state), sie aber auch nicht so stabil sei wie eine Persönlichkeitseigenschaft (trait). Diener (2009) wiederum ist der Auffassung, dass Lebenszufriedenheit zwar über ein gewisses Maß an zeitlicher Stabilität verfügt, Zufriedenheitswerte sich jedoch durch einschneidende Lebensereignisse wie Ehe, Scheidung und Arbeitslosigkeit erhöhen oder senken können. Klingt die Veränderung ab, ist eine Rückkehr zum ursprünglichen Zufriedenheitsniveau möglich und erwiesen („set-point-Theorie“). Eine Ausnahme ist das Ereignis der Arbeitslosigkeit, welches deutlich negative Auswirkungen auf die Lebenszufriedenheit hat und welches dazu führt, dass selbst bei Wiederaufnahme einer Beschäftigung das ehemalige Zufriedenheitsniveau nicht mehr erreicht wird (Enste & Ewers, 2014).

### 3.6 Eine Auswahl an Erhebungsinstrumenten zur empirischen Erfassung der Lebenszufriedenheit

Lebenszufriedenheit wird überwiegend durch Selbstbeurteilungsinstrumente erhoben (Dette, 2005), da davon ausgegangen wird, dass nur so die subjektive Sicht der betroffenen Person valide erfasst werden kann (Schumacher et al., 2003). Diener, Emmons und Larsen entwarfen bereits 1985 einen aus fünf Fragen bestehenden Kurztest, die „satisfaction with life scale“ (Spinath & Hahn, 2013), ein international bekanntes Verfahren zur Selbstbeurteilung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. In den letzten Jahren sind unzählige Erhebungsinstrumente hinzugekommen. Im deutschsprachigen Raum wird oft der „Fragebogen zur Lebenszufriedenheit“ (FLZ) von Fahrenberg et al. (2000) verwendet, mit dem neben der allgemeinen Lebenszufriedenheit auch die Zufriedenheit in zehn unterschiedlichen Bereichen (Partnerschaft, Gesundheit, Finanzen...) abgefragt werden kann. Alternativ dazu gibt es die

Münchener Lebensqualitäts- Dimensionen Liste (MLDL) in Verbindung mit dem Fragebogen zum Alltagsleben von Bullinger (1991).

### 3.7 Einflussfaktoren auf die abhängigen Variablen „Lebenszufriedenheit“ und „Wohlbefinden“

In den letzten Jahren hat sich in der Glücksforschung herauskristallisiert, dass Lebenszufriedenheit, ähnlich wie Sucht, ein multifaktorielles Konzept ist. Individuelle Lebenszufriedenheit und SWB scheinen sowohl anteilig von Umweltfaktoren wie sozialer Unterstützung, Erwerbstätigkeit und Einkommen als auch der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen, dessen Temperamentseigenschaften und seiner genetischen Veranlagung abzuhängen. Tatarkiewicz (1984) beschrieb treffend: „Damit die Glücksfaktoren jemandem wirklich das Glück bringen, ist es vor allem notwendig, daß sie bei ihm auf Dispositionen treffen, die es ihm erlauben, diese Faktoren zu nutzen.“ (Becker, 1991).

Es sollen nun einige wesentliche Faktoren vorgestellt und deren tatsächlicher Einfluss auf das Konzept der Lebenszufriedenheit diskutiert werden.

#### 3.7.1 Soziodemographische Faktoren und Umweltfaktoren

Es hat sich gezeigt, dass Effekte von Alter und Geschlecht auf die Lebenszufriedenheit eher schwach sind und sich in Studien uneinheitlich darstellen. Mal zeigten sich Frauen zufriedener, mal Männer, im Großen und Ganzen gibt es jedoch keinen Unterschied zwischen den Geschlechtern (Dette, 2005). Was das Alter angeht, scheinen in Deutschland junge Menschen und Menschen, die kurz vor der Berentung stehen oder gerade in den Ruhestand gekommen sind, am zufriedensten zu sein. Am unzufriedensten sind Person zwischen 50 und 60 Jahren und über 80 Jahren (Enste & Ewers). Insgesamt ist die Forschungslage auch hier heterogen, jedoch gibt es eine Tendenz zu höherer Lebenszufriedenheit bei steigendem Alter, allerdings unter Vorbehalt in einigen Bereichen wie dem der „Gesundheit“ (Fahrenberg et al., 2000; Dette, 2005).

Befragungen durch den Glücksatlas (2012) und das Sozioökonomische Panel (2012) haben ergeben, dass die Deutschen insgesamt zufrieden mit ihrem Leben sind. Auf einer Skala von 0 (gänzlich unzufrieden) bis 10 (gänzlich zufrieden) erreichten sie einen Wert von 7,0 (Spinath

& Hahn, 2013; Enste & Ewers, 2014). Als relevante Faktoren für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit werden studienübergreifend u.a. soziale Beziehungen (Ehe, Partnerschaft, Familie, Freundschaften), Gesundheit, der allgemeine Lebensstandard und die jeweiligen Arbeitsbedingungen genannt (Becker, 1991; Spinath & Hahn, 2013). Besonders wesentlich für die Lebenszufriedenheit ist die Erwerbstätigkeit. In der Literatur wird mehrfach beschrieben, dass erwerbstätige Menschen eine vielfach höhere allgemeine Lebenszufriedenheit angeben als Arbeitslose. Ebenso sind arbeitslos gemeldete Personen zufriedener, die davon ausgehen in den nächsten zwei Jahren wieder eine Beschäftigung zu finden, als Arbeitssuchende, die sich auf dem Arbeitsmarkt kaum Chancen ausrechnen (Enste & Ewers, 2014).

Zufriedenheit am Arbeitsplatz wird positiv beeinflusst durch Handlungsspielräume, interessante Arbeitsinhalte, sinnstiftende Tätigkeiten und der Möglichkeit zur Übernahme von Verantwortung (sog. „Satisfaktoren“) (Becker, 1991; Enste & Ewers, 2014).

Der negative Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Arbeitslosigkeit gilt als statistisch hoch signifikant (Berth et al., 2005; Enste & Ewers, 2014). Unfreiwillige Arbeitslosigkeit beeinträchtigt das habituelle Wohlbefinden einer Person erheblich und führt zu einer dauerhaften Senkung des Zufriedenheitsniveaus (siehe Punkt 3.5.; Becker, 1991). Arbeitslosigkeit allein wirkt sich zudem negativ auf das psychische Befinden einer Person aus und begünstigt depressive und sozialphobische Symptome, Misstrauen gegenüber anderen Menschen, Gefühle der Ohnmacht und der mangelnden sozialen Unterstützung (Berth et al., 2005). Ein ungünstiges psychisches Befinden, welches gerade bei Langzeitarbeitslosen häufig gegeben ist, wirkt sich wiederum negativ auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben aus.

Dass Geld nicht automatisch glücklich macht, bestätigen auch empirische Studien. Einkommen und Vermögen spielen demnach in Deutschland entgegen der gängigen Meinung in Bezug auf habituelle Lebenszufriedenheit eine eher untergeordnete Rolle (Enste & Ewers, 2014). Zwar sollte Einkommen in dem Maße vorhanden sein, dass ein gewisser Lebensstandard erreicht werden kann, jedoch ist der Zusammenhang zwischen Lebenszufriedenheit und Geld nicht linear. Diener zeigte hierzu, dass Wohlbefinden zwar deutlich steigt, wenn es eine Person aus armen Verhältnissen in die Mittelschicht schafft, bei einem Aufstieg von der Mittel- in die Oberschicht wächst das SWB jedoch kaum noch (Spinath & Hahn, 2013). Die „aspiration theory“ nach Easterlin (2001) ergänzt diesen Ansatz: Lebenszufriedenheit hängt weniger von dem tatsächlichen vorhandenen finanziellen Vermögen ab als vielmehr davon, inwieweit die Lebensverhältnisse und die persönlichen Erwartungshaltungen auseinanderklaffen (Spinath & Hahn, 2013). In armen Ländern hingegen korreliert die Lebenszufriedenheit stärker mit dem

Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von finanziellen Mitteln und materiellen Gütern (Dette, 2005). Wesentlich für die Zufriedenheit mit den finanziell gekoppelten Lebensumständen ist zudem die wahrgenommene Gerechtigkeit des eigenen Einkommens, die Situation am Arbeitsplatz und der Vergleich mit dem Gehalt anderer Menschen im Verhältnis zu ihren erbrachten Leistungen (Becker, 1991; Dette, 2005).

Auch der Einfluss von Bildung auf Lebenszufriedenheit soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden. So sind in Deutschland Hochschulabsolventen signifikant zufriedener als Personen mit einem Real- oder Hauptschulabschluss (Enste & Ewers, 2014). Dette (2005) beschreibt die Zusammenhänge zwischen Bildung und subjektivem Wohlbefinden als positiv signifikant, aber schwach. Damit einhergehend hängt ein hoher sozioökonomischer Status positiv mit Lebenszufriedenheit zusammen (Dette, 2005). Insgesamt sollen sozioökonomische Variablen wie Alter, Geschlecht, Einkommen, Bildung etc. Lebenszufriedenheit zu etwa 10-15% erklären können (Krannich et al., 2013).

Soziale Faktoren wie eine feste Partnerschaft, Familie und soziale Unterstützung gelten ebenfalls als bedeutende Einflussvariablen auf Lebenszufriedenheit und SWB. Was Partnerschaft und Ehe angeht, sind die Forschungsergebnisse relativ eindeutig: Verheiratete und Menschen in einer stabilen Partnerbeziehung sind zufriedener als alleinstehende, geschiedene und verwitwete Personen (Stroebe & Stroebe, 1991; Dette, 2005; Enste & Ewers, 2014). Entscheidend für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit ist die Beziehungsqualität: Je besser es in einer Partnerschaft läuft, desto höher die Lebenszufriedenheit (Dette, 2005).

Soziale Beziehungen und, damit verbunden, soziale Unterstützung und soziale Interaktion hängen positiv mit Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden zusammen (Dette, 2005; Spinath & Hahn, 2013;). Vermehrte soziale Kontakte und erlebte Unterstützung durch Freunde und Familie begünstigen eine hohe Lebenszufriedenheit (nach Lewinsohn et al., 1991, bei Dette, 2005). Sie sind deshalb von Bedeutung, da die meisten Bedürfnisse einer Person nur durch Interaktion mit anderen Menschen befriedigt werden können (Becker, 1991). Solche Bedürfnisse sind laut Cobb (1976) u.a. umsorgt, geliebt, anerkannt und gebraucht zu werden, das Zugehörigkeitsgefühl zu einem Verbund und die Identitätsentwicklung (Schwarzer & Leppin, 1991). Da viele zwischenmenschliche Bindungen jedoch nicht ohne Belastungen und Stress einhergehen, bergen soziale Netzwerke nicht nur positives, sondern auch negatives Potential (Schwarzer & Leppin, 1991). Die Wahrnehmung von Beziehungsqualität, Netzwerkbedingungen und sozialer Unterstützung ist dabei subjektiv gefärbt und hängt mitunter von Persönlichkeitsmerkmalen der einzelnen Person ab. (Schwarzer & Leppin, 1991).

Als letzte Einflussvariable soll die körperliche und seelische Gesundheit betrachtet werden. Wie bedeutsam Gesundheit für Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden ist, wird in der Forschung von unterschiedlichen Standpunkten aus diskutiert. Eine Arbeitsgruppe um Richard Layard konstatierte, dass psychische und physische Gesundheit die beiden Faktoren mit dem größten Einfluss auf die Lebenszufriedenheit einer Person sind (Layard, 2014). Und auch Enste und Ewers (2014) stellten auf Basis der Daten des sozioökonomischen Panels (Stand 2012) fest, dass Gesundheit eine hochsignifikante, positive Korrelation mit individueller Lebenszufriedenheit aufweist ( $r=0,96$ ) und unter den Deutschen ein mindestens befriedigender Gesundheitszustand der wichtigste Faktor für die individuelle Lebenszufriedenheit ist. Spinath und Hahn (2013) hingegen verweisen auf eine Studie von Saul Feinman, der keine gravierenden Unterschiede in der Lebenszufriedenheit von blinden und sehenden Menschen fand und schließen daraus, dass (körperliche?) Gesundheit lange nicht so viel zum SWB beiträgt wie allgemein angenommen wird. Dennoch scheint zu gelten: Je gesünder sich jemand fühlt, desto zufriedener ist er in der Regel mit seinem Leben. Dieser Satz macht deutlich, dass die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes einer sehr subjektiven Bewertung unterliegt, welche sich zwar an objektiven Kriterien orientieren kann, jedoch ausschlaggebend für das Wohlbefinden scheint letzten Endes vielmehr die individuelle Haltung der betroffenen Person zur eigenen gesundheitlichen Verfassung zu sein (vgl. Konzept der „gesundheitsbezogenen Lebensqualität“, Schumacher et al., 2003). So schätzen selbst schwer chronisch kranke Menschen ihre Lebens- und Gesundheitssituation oft positiver ein als man es unter objektiven Gesichtspunkten nachvollziehen könnte (Schumacher et al., 2003). Dieses Phänomen läuft unter dem Begriff „Wohlbefindens- und Zufriedenheitsparadox“. Nähere Ausführungen dazu, ob und in welchem Maße v.a. chronische seelische Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie und Suchtmittelabhängigkeit die Lebenszufriedenheit beeinflussen, folgen unter dem Punkt 3.8.

Es soll nun kurz zusammengefasst werden, was oben ausführlich beschrieben wurde:

Die Effekte von Alter und Geschlecht auf die Lebenszufriedenheit sind schwach, Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit hingegen haben großen Einfluss. Ein Zusammenhang von materieller Sicherheit und Geld mit Lebenszufriedenheit ist gegeben, erfolgt jedoch nicht linear. Bildung hat einen positiven, aber schwachen Einfluss. Insgesamt erklären sozioökonomische Variablen Lebenszufriedenheit zu 10-15%. Soziale Beziehungen und wahrgenommene soziale Unterstützung sind von wesentlicher Bedeutung und korrelieren positiv mit dem Konzept der Lebenszufriedenheit. Zum Einfluss der körperlichen und

seelischen Gesundheit gibt es uneinheitliche Forschungsstandpunkte, jedoch scheint die subjektiv empfundene gesundheitliche Verfassung einer Person durchaus ausschlaggebend für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit.

Resümierend kann nach 50 Jahren Wohlbefindensforschung festgehalten werden, dass oben beschriebene externe Faktoren die individuelle Lebenszufriedenheit zwar zu einem kleinen, prozentualen Teil (3-20%) beeinflussen, jedoch nicht hinreichend erklären können, warum Menschen mit ähnlichen demographischen Merkmalen und unter ähnlichen Lebensbedingungen unterschiedlich glücklich sind. Hierzu muss die Rolle von Persönlichkeitsmerkmalen, psychologischen Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozessen und der genetischen Disposition näher diskutiert werden.

### 3.7.2 Personenbezogene Faktoren

Campbell (1981) konstatierte, dass Zufriedenheit mit dem Selbst einer der besten Prädiktoren für die allgemeine Lebenszufriedenheit ist (Becker, 1991) und auch Krannich et al. (2013) halten die Persönlichkeit eines Menschen für die wichtigste Vorhersagevariable. Andere wissenschaftliche Untersuchungen konnten ebenfalls zeigen, dass es empirisch relevante Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsstruktur und der genetischen Disposition eines Menschen mit seiner Lebenszufriedenheit gibt.

Spinath und Hahn (2013) z.B. sind gemäß der „set-point-Theorie“ der Meinung, dass jeder Mensch ein individuelles Grundniveau der Lebenszufriedenheit hat, welches durch die Persönlichkeit und frühkindliche Erlebnisse vorab definiert wird. Positive und negative Lebensereignisse beeinflussen die Lebenszufriedenheit zwar kurzfristig, jedoch erfolgt in den meisten Fällen nach einiger Zeit eine Rückkehr zum persönlichen Basisniveau (Diener et al., 2009; Spinath & Hahn, 2013).

Der Einfluss von genetischen Erbanlagen auf die Lebenszufriedenheit wird zwar im Allgemeinen unterschätzt, scheint jedoch durchaus eine relevante Variable zu sein: In verschiedenen Zwillingsstudien ergab sich ein Erblichkeitswert für das allgemeine Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit von ca. 50% (Roysamb et al., 2003; Spinath & Hahn, 2013). Die Arbeitsgruppe an der Universität des Saarlandes verglich 2009 Antworten zur Zufriedenheit von Zwillingspaaren mit denen von Geschwistern, Mutter-Kind und Großeltern-Kind-Paaren. Die Zufriedenheitswerte von eineiigen Zwillingen glichen sich dabei stärker als



die von Zweieiigen. Allerdings ähnelten sich auch die Werte von Geschwistern sowie Mutter-Kind und Großeltern-Kind-Paaren relativ stark, weshalb davon auszugehen ist, dass gemeinsame Umweltfaktoren wie familiäres Umfeld und elterlicher Erziehungsstil die Ausprägung der Lebenszufriedenheit ebenfalls beeinflussen. Das Fazit der Forschungsgruppe lautet, dass Genetik und Umwelt miteinander interagieren und sich gegenseitig beeinflussen (Spinath & Hahn, 2013).

Dass Persönlichkeitseigenschaften mit dem Konzept der Lebenszufriedenheit korrelieren, gilt als wissenschaftlich erwiesen. Wie groß dieser Einfluss allerdings tatsächlich ist und wie er sich im Detail zeigt, ist weiterhin unklar (Dette, 2005). Vorausgehend wurde bereits festgehalten: Fühlt sich eine Person seelisch gesund, wirkt sich das positiv auf ihr habituelles Wohlbefinden aus. Becker (1991) definiert seelische Gesundheit als Fähigkeit zur ausgewogenen Bewältigung externer und interner Anforderungen. Hilfreiche Faktoren für ein „effizientes Bewältigungsverhalten“ (Becker, 1991) sind ein stabiles, positives Selbstwertgefühl, eine positive Einstellung zur Umwelt und ein optimistischer Blick in die Zukunft (Konzept der positiven Triade) (Becker, 1991). Menschen mit einer ausgeprägten positiven Triade fühlen sich meist wohl, empfinden „Lebensfreude“ und sind dementsprechend zufrieden. Auch wohlwollende, internale Kontrollüberzeugungen stehen in positivem Zusammenhang mit habituellem Wohlbefinden und hoher Lebenszufriedenheit, ebenso Kontakt- und Liebesfähigkeit sowie Selbstbehauptung. (Becker, 1991).

Als bedeutende Persönlichkeitskorrelate für die Ausprägung der individuellen Lebenszufriedenheit werden in der Fachliteratur wiederkehrend die beiden Temperamenteigenschaften „Neurotizismus“ und „Extraversion“ aus dem Kreise der „Big Five“ benannt. Extravertierte Personen gelten als gesellig, selbstbewusst, sozial integriert und mit einer optimistischen Einstellung zum Leben- alles Merkmale, die signifikant mit dem Erleben von positiven Gefühlszuständen korrelieren. Die Gefühlswelt neurotischer Menschen ist hingegen verstärkt mit negativen Affekten wie Ängstlichkeit, Besorgnis, Wut und Depressivität besetzt, wodurch solche Personen anfälliger für Stress sind und meist weniger soziale Unterstützung und Wertschätzung erhalten (Spinath & Hahn, 2013; Schwenkmezger, 1991). Costa und McCrae (1980) fanden zudem heraus, dass sich extravertierte Personen durch eine positive, neurotische Menschen durch eine negative Affektbilanz auszeichnen. Unter Affektbilanz wird die Differenz zwischen positiven und negativen Gefühlszuständen verstanden. (Schwenkmezger, 1991).

In diesem Zusammenhang soll darauf hingewiesen werden, dass das Erleben von negativen Emotionen durchaus sinnvoll und Teil eines funktionierenden „mood systems“ ist (Diener et al., 2009). Emotionale Reaktionen sollten zu den vorausgegangenen Ereignissen passen, deshalb wäre es genauso dysfunktional, ständig positive Affekte zu verspüren wie dauerhaft negative. Andauerndes, exzessives Erleben von Emotionen steht generell für problematisches Verhalten (siehe z.B. Manie und Depression) und ist eine inadäquate Reaktion des emotionalen Systems auf die situativen Gegebenheiten. Daraus folgt, dass es prinzipiell weder Zielsetzung noch gesund sein kann, über längere Zeiträume „ohne Maßen glücklich und euphorisch zu sein“. Menschen erleben zwar punktuell solche Zustände, jedoch sind diese nicht stabil und überdauernd, wie Diener und Seligman 2002 herausfanden (Diener et al., 2009).

Fakt ist also: auch glückliche Menschen erleben neben angenehmen unangenehme Affekte, haben aber einen stabilen, positiven „Stimmungsdurchschnittswert“, um den solche emotionalen Stimmungslagen „kreisen“. Dies ermöglicht, adäquat auf externe Reize zu reagieren, und trotzdem im Großen und Ganzen mit dem eigenen Leben zufrieden zu bleiben. Vorübergehende negative Effekte sind demnach normal und funktional. Chronisches Erleben von unangenehmen Gefühlszuständen ist hingegen eine erhebliche Belastung und führt auf Dauer zu einer Senkung der Lebenszufriedenheit (Diener et al., 2009).

Zahlreiche Studien zum subjektiven Wohlbefinden haben auf dieser Grundlage gezeigt, dass Neurotizismus negativ und Extraversion (v.a. ihre Soziabilitätskomponente und das Erleben positiver Emotionen betreffend) positiv mit der individuellen Lebenszufriedenheit zusammenhängt. Dette (2005) verweist z.B. auf eine Studie von Hayes und Joseph (2003), in der Korrelationen von Lebenszufriedenheit mit Extraversion von  $r= 0,42$ , mit Neurotizismus von  $r= -0,54$  und mit Gewissenhaftigkeit von  $r= 0,38$  gefunden wurden. Eine Metaanalyse von DeNeve und Cooper (1998) zeigte Werte von  $r= -0,24$  mit Neurotizismus,  $r= 0,17$  mit Extraversion und  $r= 0,22$  mit Gewissenhaftigkeit (Dette, 2005).

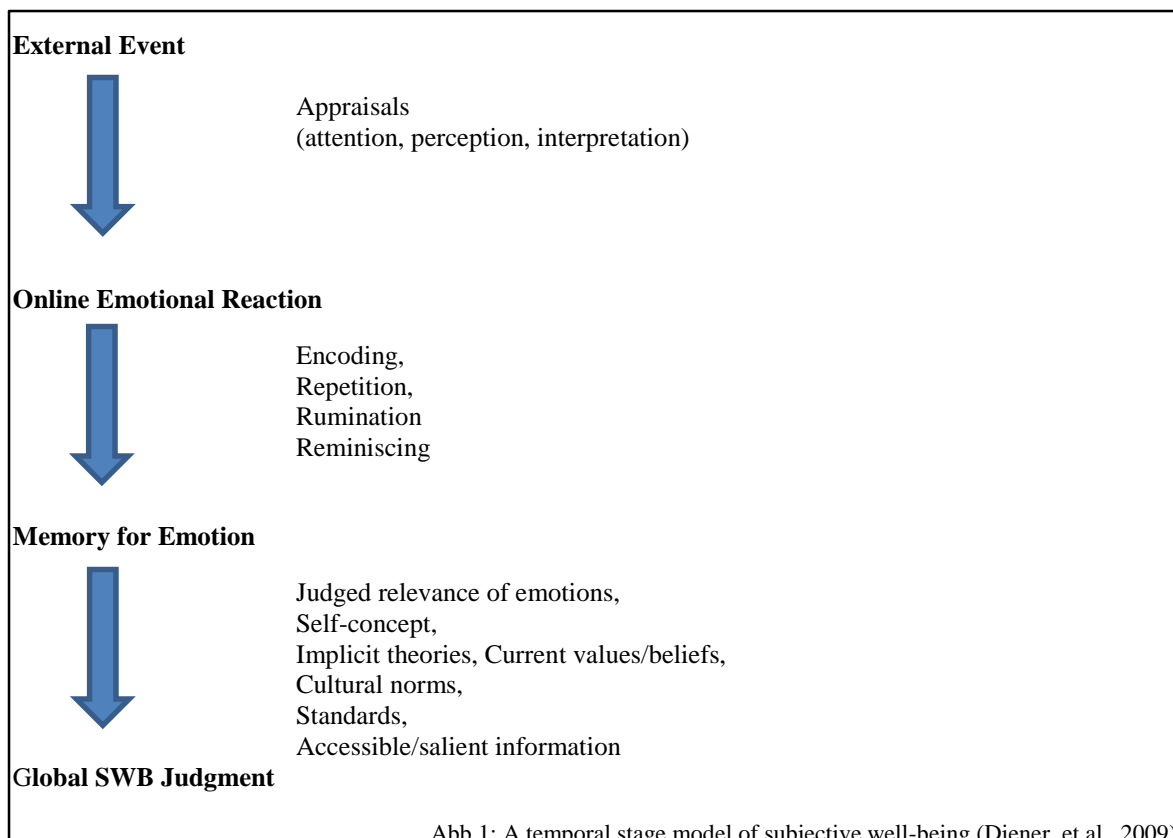
Insgesamt scheinen Persönlichkeitsmerkmale wie prosoziale Einstellungen, Wärme, Optimismus, emotionale Stabilität und Selbstbewusstsein mit Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit einherzugehen, während Ängstlichkeit, psychosomatische Anfälligkeit und Impulsivität mit fehlendem Wohlbefinden assoziiert werden (Schwenkmezger, 1991).

Das „temporal stage model of subjective well-being“ (siehe Abb. 1, S.36) von Diener et al. (2009) macht deutlich, wie wichtig kognitive und emotionale Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse einer Person für die allgemeine Beurteilung der Lebenszufriedenheit

(„global SWB Judgement“) sind. Ausgangspunkt im Modell ist ein Ereignis von außen, welches subjektiv vom Individuum erfasst wird. Für die individuelle Deutung und Reaktion auf das Ereignis sind v.a. kognitive Zuschreibungen („appraisals“ nach Lazarus) ausschlaggebend, nämlich ob es gut oder schlecht für das Erreichen persönlicher Ziele ist und ob man die Fähigkeiten hat, ihm adäquat zu begegnen. Anschließend folgt eine sofortige, emotionale Reaktion („online emotional reaction“), die durch verschiedenste Prozesse schließlich im emotionalen Gedächtnis („Memory for Emotion“) gespeichert wird (Diener et al., 2009). Maßgeblich dafür, wie man Erlebtes emotional verarbeitet, sind das Selbstkonzept der Person, ihre aktuellen Grundüberzeugungen, implizite Theorien und vorherrschende individuelle sowie kulturelle Standards. Insgesamt ist das emotionale Gedächtnis äußerst anfällig für Verzerrungseffekte. Frauen beschrieben beispielsweise retrospektiv mehr empfundene Negativemotionen als zum tatsächlichen Zeitpunkt der Menstruation (McFarland et al., 1989, bei Diener et al., 2009). In einer anderen Studie (1997) wurde herausgefunden, dass neurotische Menschen im Nachhinein das Ausmaß an negativen Affekten höher einschätzten als es im tatsächlichen Moment empfunden wurde. Extravertierte Menschen hingegen erinnerten sich überhöht an das Erleben positiver Emotionen (Diener et al., 2009). Emotionale Stimmungen zu einem bestimmten Zeitpunkt können demnach sehr wohl Einfluss auf die Bewertung der Lebenszufriedenheit haben (Diener et al., 2009; Schumacher et al., 2003), in welchem Ausmaß hängt allerdings vom emotionalen Gedächtnis der Person ab (Diener et al. 2009).

Lebenszufriedenheit und die allgemeine Einschätzung zum SWB werden schließlich als breiteste Ebene von allen vorausgehenden „stages“ zu unterschiedlich großen Anteilen beeinflusst.

Diener et al. (2009) empfehlen darüber hinaus Affekte und Lebenszufriedenheit als eigenständig messbare Komponenten des SWB zu betrachten. Dadurch kann nachvollzogen werden, warum eine Person, die zwar wenig angenehme situative Affekte erlebt, trotzdem mit ihrem Leben zufrieden ist, während eine Person, die zwar überwiegend positive aktuelle Emotionen erlebt, ihre Lebenszufriedenheit als gering einschätzt. Wissenschaftliche Erklärungen dafür gibt es mehrere. So hängt eine solche Beurteilung von unterschiedlichen Faktoren ab: von der subjektiven Einstellung zur eigenen Lebenssituation; welchen Stellenwert direkte emotionale Rückkopplungen aus Situationen für eine Person haben und dass bei der Evaluation von Lebenszufriedenheit andere Bezugssysteme zum Tragen kommen und globalere Zielsetzungen bedeutsam sind als bei der Bewertung von singulären Ereignissen („the bigger picture“) (Diener et al., 2009).



Ein weiterer, nicht unbedeutender Prädiktor für Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit ist das individuelle Anspruchsniveau, also die Diskrepanz zwischen den eigenen Zielsetzungen und dem tatsächlich Erreichten. Der Vergleich mit anderen Personen sowie eigenen Erfahrungen spielen dabei ebenfalls eine Rolle (Michalos, 1980, bei Becker, 1991). Ob eine Person sich nun mit jemandem vergleicht, dem es besser geht als ihr selbst, oder mit jemandem, dem es schlechter geht, scheint eine Frage der Persönlichkeitsstruktur, aber auch der aktuellen (veränderlichen) Grundverfassung zu sein und hat unterschiedliche Auswirkungen auf das eigene Wohlbefinden (Becker, 1991).

Die Ausführungen zum Einfluss von personenbezogenen Faktoren auf die Lebenszufriedenheit werden nun zusammengefasst:

Neueste Studien haben gezeigt, dass das genetische Erbe einer Person Einfluss auf deren Lebenszufriedenheit hat. Es wird außerdem davon ausgegangen, dass jeder Mensch ein individuelles Grundniveau an Lebenszufriedenheit hat (genetisch und durch frühkindliche Prägung erworben), welches auf lange Sicht stabil bleibt. Persönlichkeitsmerkmale wie

prosoziale Einstellung, Wärme, Optimismus, emotionale Stabilität und Selbstbewusstsein scheinen positiv mit Lebenszufriedenheit zu korrelieren, während Impulsivität und Ängstlichkeit schlecht für das allgemeine Wohlbefinden sind. In der Fachliteratur wird wiederkehrend bestätigt, dass die Temperamenteigenschaften „Neurotizismus“ und „Extraversion“ signifikant mit Lebenszufriedenheit korrelieren. Das Erleben von negativen Affekten gilt generell als funktional und als Bestandteil eines funktionierenden „mood systems“, bedeutsam für das empfundene Maß an Lebenszufriedenheit ist dabei die Affektbilanz eines Menschen. Kognitive und emotionale Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse einer Person nehmen Einfluss auf die Beurteilung der eigenen Lebenszufriedenheit und unterliegen subjektiver Färbung und Verzerrungseffekten. Das individuelle Anspruchsniveau wirkt sich zudem auf die Lebenszufriedenheit einer Person aus, soziale und internale Vergleichsprozesse spielen dabei eine Rolle.

Dette (2005) vermutet, dass personenbezogene Faktoren stärker auf die Lebenszufriedenheit wirken als externe Faktoren. Eine einheitliche Theorie, wodurch Lebenszufriedenheit letztendlich vorhersagt wird, scheint es aktuell nicht zu geben. So bleibt abschließend die Annahme bestehen, dass sie sich multifaktoriell, aus der Interaktion von Umwelt und Person zusammensetzt.

### 3.8 Auswirkungen von seelischen Erkrankungen auf die Lebenszufriedenheit

In der Befragung im Rahmen der Masterarbeit soll es um die Lebenszufriedenheit von suchtkranken Personen gehen. Daher ist es interessant, exemplarisch einige Forschungsergebnisse zum Einfluss von psychischen Erkrankungen (Depressivität, somatoforme Störungen, Schizophrenie und Suchtmittelabhängigkeit) auf die Lebenszufriedenheit zu betrachten.

Verschiedenste Untersuchungen belegen, dass seelische Erkrankungen die Lebenszufriedenheit einer Person negativ beeinflussen (Krannich et al., 2013) und psychiatrische Patienten häufig unzufriedener mit ihrer allgemeinen Lebensqualität sind als körperlich kranke Menschen (z.B. Diabetiker- oder Herz-Kreislaufpatienten) und die Normalbevölkerung (Henkel et al., 2000).

Depressive Erkrankungen sind dabei empirisch am besten untersucht und zeigen einen deutlichen negativen Zusammenhang mit Lebenszufriedenheit (Krannich et al., 2013; Fittig et al., 2007). Auch Personen mit einer somatoformen Störung, einer Angst- oder Essstörung

weisen eine eingeschränktere Zufriedenheit mit dem Leben auf als Gesunde (Krannich et al., 2013). Krannich et al. (2013) konnten im Rahmen einer für Deutschland bevölkerungsrepräsentativen Befragung die in der Literatur beschriebenen negativen Zusammenhänge zwischen Depressivität und depressiven Symptomen mit allgemeiner und bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit bestätigen. Nicht nur das Vorliegen eines depressiven Syndroms begünstigt eine geringere Lebenszufriedenheit, sondern bereits einzelne depressive Symptome, auch subklinischer Natur, gehen mit Einschränkungen in der Lebenszufriedenheit und in all ihren Teilbereichen einher (Krannich et al., 2013). Depressive Patienten mit wenig sozialer Unterstützung konnten in einer Studie von Koivumaa-Honkanen et al. (1996) als die unzufriedenste Patientengruppe ausgemacht werden. Verglichen wurden sie mit schizophrenen und bipolaren Patienten (Henkel et al., 2000). Die kognitive Triade nach Beck lässt den Rückschluss zu, dass bei der Diagnose „Depression“ eine gering ausgeprägte Lebenszufriedenheit fast schon als Symptom dazu gehört.

Der Einfluss von somatoformen Störungen wurde ebenfalls betrachtet. Personen mit einem somatoformen Syndrom haben demnach eine geringere globale Lebenszufriedenheit, die bereichsspezifische Zufriedenheit ist lediglich in den Teilbereichen „Gesundheit, Freunde/Bekannte, Familienleben, Partnerschaft/Sexualität“ im Vergleich zu gesunden Menschen eingeschränkt (Krannich et al., 2013).

Henkel et al. (2000) untersuchten die Lebenszufriedenheit von schwer chronisch und chronisch psychisch kranken Personen (Definition nach der Clinical Global Impression Score, CGI). Bei den schwer chronisch Kranken war die Hauptdiagnose Schizophrenie, bei den chronisch kranken Alkohol- und Drogenmissbrauch. Die Forschungsgruppe kam zu dem Ergebnis, dass schwer chronisch kranke Schizophrene eine signifikant höhere Lebenszufriedenheit haben als Personen mit den Diagnosen Alkohol- und Drogenmissbrauch, affektive Störung, Angst- und Anpassungsstörung, Persönlichkeits- und organische Störung (Henkel et al., 2000). Sie verglichen zudem schwer chronisch kranke und chronisch kranke Personen hinsichtlich ihrer sozialen Fähigkeiten. Chronisch Kranke haben dabei bessere soziale Fähigkeiten, was positiv mit der Lebenszufriedenheit korreliert. Umgekehrt hängt die Unzufriedenheit mit der allgemeinen Lebensqualität bei schwer chronisch kranken Personen mit Defiziten in den sozialen Fähigkeiten zusammen (Henkel et al., 2000).

In einer Studie zur Lebenszufriedenheit von schizophren Erkrankten bestätigte sich die Annahme, dass diese im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung in allen Lebensbereichen (nach dem Fragebogen zur Lebenszufriedenheit von Henrich und Herschbach) unzufriedener sind,

und zwar bei mittleren bis starken Effekten nach Cohen ( $d = 0,70$ ). Einschlägig ist der Unterschied im Teilbereich „Gesundheit“ mit einer Effektstärke von  $d = 1,3$  (Hinz et al., 2010). Die Wichtigkeit, die schizophren Erkrankten Bereichen wie Gesundheit, Einkommen, Arbeit und Partnerschaft zuschreiben, ist im Mittel durchweg geringer. Auch die Korrelation zwischen der Bedeutsamkeit eines Lebensbereichs und der jeweiligen bereichsspezifischen Zufriedenheit ist bei ihnen schwächer ausgeprägt als bei der Allgemeinbevölkerung. Vergleiche innerhalb der Gruppe der schizophren Erkrankten bestätigen, dass sich das Vorhandensein einer stabilen Partnerschaft positiv auf die gesamte Lebenszufriedenheit auswirkt (Hinz et al., 2010).

Veröffentlichte Studien zur Lebenszufriedenheit von suchtblasteten Personen gibt es nur wenige, auf zwei von ihnen soll hingewiesen werden. Wedler (2004) untersuchte die Lebenszufriedenheit von alkoholabhängigen Männern in Ostvorpommern während eines stationären Krankenhausaufenthalts. Als Vergleichsgruppen wurden gesunde und an Diabetes erkrankte Männer gewählt. Die alkoholkranken Personen zeigten sich in allen Lebensbereichen signifikant unzufriedener als die beiden Referenzgruppen. Besonders unzufrieden waren die befragten Alkoholabhängigen mit ihrer finanziellen und beruflichen Situation, die meisten von ihnen waren ohne Beschäftigung und hatten wenig Geld zur Verfügung. Als wesentliche Einflussvariablen auf das Ausmaß der Lebenszufriedenheit bei den suchtkranken Männern nennt Wedler (2004) den Erziehungsstil der Eltern, das individuelle Bewältigungsverhalten hinsichtlich der Suchterkrankung und der Lebensumstände („aktives vs. passives Coping“) und die Einkommensverhältnisse. Klassische Prädiktoren für Lebenszufriedenheit wie soziodemographische und psychosoziale Faktoren scheinen bei den alkoholabhängigen Männern in Ostvorpommern weniger bedeutsam.

Bräuer (2014) befragte im Rahmen einer sozial-gerontologischen Studie 44 Männer und Frauen im höheren Lebensalter (50 plus) mit einer diagnostizierten Alkoholabhängigkeit zu ihrer gesundheitlichen Verfassung und Lebenszufriedenheit. Die Untersuchungsgruppe setzte sich aus Heimbewohnern und Patienten eines nahegelegenen sächsischen Krankenhauses zusammen, die dort anlässlich ihrer alkoholbedingten Erkrankung(en) behandelt wurden. Die Hypothese, dass ältere Menschen mit einer Schädigung durch chronischen Alkoholmissbrauch mit ihrem Leben häufig unzufrieden sind, konnte nicht bestätigt werden. Am wenigsten zufrieden waren die befragten Personen im Durchschnitt mit ihrer gesundheitlichen Verfassung, allerdings war der angegebene Wert relativ hoch, so dass dieses Phänomen auch auf ältere Menschen ohne Suchterkrankung zutreffen könnte. Der höchste Mittelwert wurde in der Kategorie „Beziehung zu den eigenen Kindern“ erreicht. In beiden Kategorien waren die in der

Untersuchungsgruppe vergleichsweise jüngeren Personen zwischen 50 und 55 Jahren am zufriedensten. Bräuer (2014) zieht abschließend das Fazit, dass das Vorhandensein einer Suchterkrankung nicht gleichbedeutend sein muss mit geringer oder gar keiner Lebenszufriedenheit.

Bezieht man die oben geschilderte Forschungslage zur Lebenszufriedenheit nun auf die Zielgruppe der suchtkranken Personen, die im Rahmen dieser Masterarbeit befragt wurden, so kann zusammenfassend davon ausgegangen werden, dass diese Zielgruppe unzufriedener mit ihrem Leben ist als andere Personengruppen. Die Autorin nimmt an, dass viele der empirisch belegten „Risikofaktoren“, die zu Unzufriedenheit mit dem eigenen Leben führen, charakteristisch für die Lebenssituation von suchtkranken Personen sind. Die Wahrscheinlichkeit, dass die befragte Klientel mit ihrem Leben zufrieden ist, scheint von außen betrachtet daher unwahrscheinlich. Folgende Annahmen zur Lebenswirklichkeit von Suchtkranken, die Ergebnisse aus dem Theorieteil dieser Masterthesis und das berufspraktische Wissen der Autorin verknüpfen, stützen diese These:

- a) Suchtkranke Personen sind oft langzeitarbeitslos oder befinden sich in prekären Beschäftigungsverhältnissen.
- b) Klienten im aBW sind häufig zwischen 50 und 60 Jahre alt, eine Altersgruppe, die sich in Befragungen als „am unzufriedensten“ mit ihrem Leben gezeigt hat.
- c) Suchtkranke Menschen haben einen schwachen sozioökonomischen Status.
- d) Personen mit einer Suchtmittelabhängigkeit haben wenig tragfähige soziale Beziehungen, leben teilweise sozial isoliert.
- e) Gerade chronisch suchtkranke Menschen neigen zu einer eher resignierten, pessimistischen Sicht auf ihr bisheriges Leben. Dies hat Einfluss auf die Beurteilung der eigenen Lebenszufriedenheit.
- f) Wie im Abschnitt „2.2 Besonderheiten im aBW mit suchtkranken Menschen“ beschrieben, haben Menschen mit einer Suchterkrankung oft besondere Persönlichkeitsdispositionen und Temperamentsmerkmale, die sich ungünstig auf die Lebenszufriedenheit auswirken können. Hinzu kommen zahlreiche Komorbiditäten zur Sucht wie Ängste und Depressionen, die, auch subklinisch, negativ mit Lebenszufriedenheit korrelieren.
- g) Suchtkranke gehören temperamentstypisch betrachtet überwiegend in die Kategorie „Neurotizismus“ und haben eine negative Affektbilanz, die mit dem Konsum von



Suchtmitteln ausgeglichen werden soll (Ziel: Erleben euphorischer bzw. wohltuender Zustände).

- h) Menschen mit einer Suchtproblematik zeichnen sich durch einen stabilen, negativen „Stimmungsdurchschnittswert“ aus, d.h. es wird davon ausgegangen, dass sie vermehrt und über einen längeren Zeitraum hinweg unangenehmen Gefühlszuständen ausgesetzt sind, was eine erhebliche psychische Belastung bedeutet. Diese hat wiederum negativen Einfluss auf die Lebenszufriedenheit.
- i) Bei suchtkranken Personen wurden Defizite und Verzerrungen in der emotionalen Wahrnehmung und bei kognitiven Verarbeitungsprozessen festgestellt, welche aus verschiedenen Faktoren resultieren (regelmäßige Suchtmittelintoxikation, psychische Erkrankung, hirnorganische Veränderungen usw.). Nicht selten ist die Fähigkeit zum rationalen Abwägen und Bewerten bei Suchtkranken eingeschränkt, was negativen Einfluss auf die Bewertung der eigenen Lebenszufriedenheit haben kann.
- j) Suchtklienten zählen zu den psychiatrischen Patienten, die allgemein eine niedrigere Lebenszufriedenheit haben als körperlich Kranke und gesunde Menschen. Im Vergleich mit an Schizophrenie erkrankten Personen, Diabetikern und Gesunden waren die Suchtkranken die Gruppe, die mit ihrem Leben am unzufriedensten ist.

Eine Suchterkrankung muss jedoch nicht zwangsläufig bedeuten, dass gar keine Lebenszufriedenheit gegeben ist (Bräuer, 2014), sie zu beurteilen liegt schließlich immer im Auge des Betrachters. Nicht zu unterschätzen ist in diesem Zusammenhang das „Zufriedenheits- und Wohlbefindensparadox“ und individuelle Anpassungsprozesse an die eigenen Lebensumstände, die positive Auswirkungen auf die empfundene Lebenszufriedenheit haben können. Diese Thematik wird ggf. nochmal bei der Interpretation der Studienergebnisse aufgegriffen.

#### 4. Hypothesenbildung

Folgende Ausgangshypothesen ergeben sich nun aus den gesammelten theoretischen Ausführungen für die eigene Forschungsarbeit:

1. Suchtkranke Personen haben im Allgemeinen eine besondere Psychodynamik, weisen Komorbiditäten mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen auf und leben meist unter ungünstigen Bedingungen (s.o.). Es ist davon auszugehen, dass bei ihnen eine eher gering ausgeprägte Lebenszufriedenheit besteht.  
In diesem Zusammenhang werden außerdem die Fragestellungen untersucht, ob aktuell abstinent lebende Klienten höhere Mittelwerte bei der globalen und der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit aufweisen als aktuell konsumierende Personen sowie ob die Dauer der Suchterkrankung zu unterschiedlichen Werten auf den Lebenszufriedenheitsskalen führt.
  - 1.1 Suchtklienten sind generell und auf den einzelnen Skalen der BSCL auffällig psychisch belastet.
  - 1.2 Klienten im aBW zeigen sich weniger auffällig psychisch belastet als Klienten ohne aBW.
2. Das aBW, wie oben beschrieben, stellt eine intensive und auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen Personen zugeschnittene Hilfeleistung dar. Suchtklienten, die im Rahmen einer solchen Maßnahme betreut werden, sollten ergo allgemein und in den meisten Bereichen zufriedener mit ihrem Leben sein als Suchtkranke, die nicht in einem derartigen Betreuungsverhältnis stehen. Ausnahme könnte evtl. der Bereich „Gesundheit“ sein, da vermutet wird, dass die befragte Klientel des aBW von gravierenderen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen ist als die Vergleichsgruppe.
  - 2.1 Suchtkranke profitieren v.a. von einer langen, kontinuierlichen Begleitung durch das aBW und der verlässlichen Beziehung zur professionellen Bezugsperson. Folglich: Je länger eine suchtkranke Person im aBW ist, desto höher ist ihre Lebenszufriedenheit in den abgefragten Bereichen (positive Korrelation).
  - 2.2 Je länger eine Person im Rahmen des aBW betreut wird, desto geringer ist ihre psychische Belastung allgemein und auf ausgewählten Skalen der BSCL („Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“). Die Skalen „Ängstlichkeit“,

„Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“ wurden deshalb ausgewählt, weil sie häufig auftretende Komorbiditäten zur Sucht sind.

Des Weiteren wird unter Bezugnahme auf den aktuellen Forschungsstand diskutiert, ob empirisch belegte Einflussvariablen wie Partnerschaft und Erwerbstätigkeit auch innerhalb der untersuchten Studienpopulation zu unterschiedlichen Mittelwerten auf den Skalen der Lebenszufriedenheit führen.

3. Die Autorin geht trotz uneinheitlicher empirischer Befunde zum Einfluss von Gesundheit auf das Wohlbefinden davon aus, dass v.a. das seelische Befinden eines Menschen einen gewichtigen Einfluss auf die individuelle Lebenszufriedenheit hat. Daraus folgt die Hypothese: Je weniger psychisch belastet sich eine Person fühlt, desto größer ist ihre jeweils angegebene globale und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit (negative Korrelation).

## 5. Datenerhebung und Methoden

Nach den theoretischen Ausführungen zur für die eigene Studie relevanten Themen „aBW“ und „Lebenszufriedenheit“ werden nun die empirischen Rahmenbedingungen der durchgeführten Befragung erläutert.

Es handelt sich um eine quantitative Studie mit Querschnittsdesign, d.h. sowohl die Klientengruppe des aBW als auch die Vergleichsgruppe ohne aktuelle ambulante Betreuung wurden nur einmalig zu einem einzigen Zeitpunkt befragt. Gerade bei den aBW-Klienten wäre es bezüglich der Wirksamkeit von aBW sicherlich aussagekräftiger gewesen, sie zu verschiedenen Zeitpunkten innerhalb der Betreuung zur gesundheitlichen Situation und zur Lebenszufriedenheit zu befragen. So hätten persönliche Entwicklungen zu unterschiedlichen Messzeitpunkten eindeutig identifiziert werden können. Leider war ein solches Studiendesign aufgrund des kurzen Zeitfensters, welches der Autorin für ihre Befragung zur Verfügung stand, nicht möglich.

Vorteile der quantitativen Vorgehensweise sah die Autorin darin, dass dadurch eine größere Stichprobe erreicht werden konnte: In der laufenden Betreuung des aBW der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke in Wiesbaden befinden sich 51 Klientinnen und Klienten (Stand: 02.07.2015). Zusätzlich sollten ca. 20 suchtkranke Klientinnen und Klienten aus dem Bereich „Beratung und Behandlung“, die keine Betreuung durch das aBW bekommen, befragt

werden. Diese beiden Zielgruppen waren durch quantitative Fragebögen schneller und effizienter zu erreichen als durch qualitative Interviews.

Zielgruppe der Befragung waren Personen mit einer Suchtmittelproblematik, die im Rahmen der Fachambulanz für Suchtkranke des Caritasverbandes Wiesbaden-Rheingau-Taunus e.V. beraten und betreut werden. Der Zuständigkeitsbereich der Beratungsstelle sind überwiegend die legalen Suchtmittel, so dass die befragten Personen in der Regel von einer Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit oder Glücksspielsucht betroffen sind. Beigebrauch von Cannabis oder Amphetaminen ist jedoch keine Seltenheit. Primär opiatabhängige Personen werden in Wiesbaden von einer anderen Fachberatungsstelle versorgt und sind in dieser Studie voraussichtlich nicht mit erfasst. Zu erwarten ist, dass die Personen der Stichprobe neben der Sucht an manifesten psychischen und physischen Begleiterkrankungen leiden. Dies könnte mitunter dadurch erklärt werden, dass die Suchtmittelabhängigkeit in vielen Fällen bereits seit einem längeren Zeitraum besteht, die betroffenen Personen jedoch erst nach durchschnittlich 8-10 Jahren ab Erkrankungsbeginn zum ersten Mal im Hilfesystem auftauchen. Dies gilt als ein besonderes Phänomen im legalen Suchtmittelbereich, welches v.a. bei Menschen mit einer Alkoholproblematik vorkommt.

Die Befragung der Untersuchungsteilnehmer fand in den Räumlichkeiten der Caritas Fachambulanz oder im privaten Umfeld der Klienten statt.

Die Stichprobenbildung der Gruppe der aBW-Klienten ergab sich von selbst: alle Klienten, die in der laufenden Betreuung gewesen sind, wurden gebeten, an der Studie teilzunehmen. Die konzipierten Fragebögen wurden der koordinierenden Bezugsperson des aBW mitgegeben und von ihr im Einzelkontakt an ihre Klienten ausgehändigt. Das Ausfüllen fand häufig im Beisein des professionellen Helfers statt, manche Klienten benötigten bei der Beantwortung der Fragen Hilfe. Andere wiederum füllten den Bogen eigenständig aus und gaben ihn in einem verschlossenen Umschlag beim jeweiligen Mitarbeiter ab.

Die Kollegen des aBW erhielten im Laufe des Befragungszeitraums nochmal eine Anleitung, worauf beim Bearbeiten des Fragebogens zu achten ist, nachdem es anfänglich zu Missverständnissen bei der Itembattery zur Lebenszufriedenheit gekommen war.

Die Vergleichsgruppe ohne aBW wurde selektiv gebildet. Um es möglichst unkompliziert zu halten, wurde bei der Auswahl der Vergleichsgruppenpersonen lediglich auf die Altersstruktur geachtet. Die sollte in etwa der der aBW-Klienten entsprechen, ergo wurden hauptsächlich Personen zwischen 40 und 60 Jahren angesprochen, an der Befragung teilzunehmen. Der

Zugang zu ihnen erfolgte zum einen über die Informations- und Motivationsgruppe, an der fast alle Klienten der Caritas Fachambulanz mindestens einmal teilnehmen, bevor sie sich ggf. für weitere Hilfsangebote entscheiden; zum anderen über die offene Sprechstunde, die Erstanlaufstelle ist, wenn jemand Beratung und Unterstützung wünscht. Diesen Klienten wurde im Rahmen einer Gruppenansprache seitens der Autorin dieser Masterarbeit erklärt, worum es in der Befragung geht und dass eine Teilnahme ihrerseits selbstverständlich freiwillig und anonym ist. Zur „Belohnung“ fürs Mitmachen gab es Schokopralinen (ohne Alkohol!). Anschließend wurden die Fragebögen an die Teilnehmer verteilt, diese füllten sie selbstständig aus. Die Autorin blieb während der Befragung anwesend für eventuelle Rückfragen, hielt sich jedoch im Hintergrund. Die ausgefüllten Fragebögen wurden vom Teilnehmer selbst in einen bereitgestellten Karton gelegt.

Bei dem verwendeten Erhebungsinstrument handelt es sich um einen Papierfragebogen zum Selbstauffüllen. Jedem Fragebogen geht ein Anschreiben voraus, in dem erklärt wird, wer die Studie durchführt und was das Erkenntnisinteresse ist. Es war der Autorin ein Anliegen, die Klienten wissen zu lassen, dass ihre Teilnahme bedeutsam ist, ihre Daten sinnvoll verwendet werden und ein vertraulicher Umgang damit garantiert ist. Die Daten sind anonymisiert, die statistische Auswertung erfolgt in zusammengefasster Form. Rückschlüsse auf eine Einzelperson sind nicht möglich.

Inhaltlich gliedert sich der Fragebogen in drei Teile. Der erste Teil wurde von der Autorin selbst konzipiert und erfasst relevante personenbezogene Daten. Neben den soziodemographischen Daten wie Alter, Bildung, finanzieller Status usw. wird auch nach dem aktuellen Suchtverhalten, dem Krankheitsbeginn und der Einstellung zur Suchterkrankung gefragt. Während Fragen 1.1. bis 1.8.1 alle Teilnehmer betreffen, richten sich die Fragen 1.8.2 bis 1.8.5 ausschließlich an Nutzer und Nutzerinnen des aBW. Sie zielen darauf ab, zu erfahren, wie diese die Maßnahme des aBW bewerten und ob sie meinen, von ihr profitieren zu können. Die Klientengruppe ohne ambulante Betreuung lässt diesen Teilabschnitt aus und macht mit Punkt 2. „Gesundheitliche Situation“ weiter.

Die abgefragten personenbezogenen Daten wurden in Anlehnung an das Dokumentationssystem „Horizont“ der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke in Wiesbaden ausgewählt. Außerdem stellen die meisten von ihnen Einflussvariablen zur Lebenszufriedenheit dar, was für die statistische Auswertung interessant sein kann.

Teil 2 des Papierfragebogens beschäftigt sich mit der gesundheitlichen Verfassung der Einzelperson. Zur Erhebung dieser Daten wurde ein standardisiertes Erhebungsinstrument eingesetzt, nämlich die Brief Symptom Checklist (BSCL) von Franke, eine Kurzform der SCL-90-R (Franke, 2002). Der Hogrefe Verlag erteilte der Autorin eine kostenlose Nachdruckgenehmigung für 75 Exemplare. Die BSCL misst die subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen durch seelische und körperliche Symptome innerhalb der letzten sieben Tage. Die befragte Person soll anhand einer 5-stufigen Likert-Skala einschätzen, wie sehr sie unter dem jeweiligen Symptom in der letzten Woche bis einschließlich heute gelitten hat. „0“ steht dabei für „überhaupt nicht“, „1“ für „ein wenig“, „2“ für „ziemlich“, „3“ für „stark“ und „4“ für „sehr stark“. Die insgesamt 53 Items werden zu folgenden neun Skalen und einem Zusatzitem zusammengefasst:

Skala 1: Aggressivität/ Feindseligkeit

Skala 2: Ängstlichkeit

Skala 3: Depressivität

Skala 4: Paranoides Denken

Skala 5: Phobische Angst

Skala 6: Psychotizismus

Skala 7: Somatisierung

Skala 8: Unsicherheit im Sozialkontakt

Skala 9: Zwanghaftigkeit

Skala 10: Zusatzitems (z.B. schlechter Appetit, Einschlafschwierigkeiten,...)

(welches Item zu welcher Subskala gehört, siehe Auswertungsbogen der BSCL im Anhang)

Für jede Skala kann ein eigener Wert berechnet werden, in dem die zu ihr gehörigen Items aufaddiert werden. Den Mittelwert einer Subskala erhält man, indem man diese Summe durch die Anzahl der zur Skala gehörenden Items dividiert („Skalenwert“). Nähere inhaltliche Informationen zu den neun Symptomdimensionen können im BSI (Brief Symptom Inventory)-Manual von Franke (2000) nachgelesen werden.

Bei der Auswertung können des Weiteren drei globale Kennwerte angegeben werden. Der GSI (Global Severity Index) misst die grundsätzliche psychische Belastung. Der PSDI (Positive Symptom Distress Index) informiert über die Intensität der Antworten und der PST (Positive Symptom Total) bestimmt die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt (Franke, 2000). Der GSI ist der psychometrisch beste und sensibelste Kennwert, er erfasst die Intensität der individuellen psychischen Belastung bei allen 53 Items (Franke, 2000). Von den drei globalen Kennwerten wird daher nur er bei der später folgenden statistischen Auswertung berücksichtigt werden.

Die Autorin befand, dass sich die BSCL gut dazu eignet, gängige (in erster Linie psychische) Begleiterkrankungen zur Sucht zu eruieren und somit einen Eindruck davon zu gewinnen, in welcher aktuellen gesundheitlichen Verfassung die Person den Fragebogen ausfüllt. Dies hat, wie bereits oben angedeutet, nach eigener Auffassung einen nicht zu unterschätzenden Effekt auf die Bewertung der individuellen Lebenszufriedenheit.

Die Reliabilität der SCL-90-R und ihrer Kurzversionen (u.a. die BSCL) beläuft sich je nach Skala zwischen zufriedenstellend und sehr gut. Besonders der globale GSI Kennwert erreichte durchweg sehr gute Reliabilitätswerte von Cronbachs  $\alpha = .97$  bis  $.98$  (Testzentrale, 2015; Franke, 2002).

Der Hogrefe Verlag teilte der Autorin dieser Masterthesis mit, dass es bisher leider kein Manual zur BSCL mit aktuellen Normen gibt. Sie empfehlen daher, das BSI-Manual als Informationsgrundlage zu nehmen. Inhaltlich gibt es zwischen diesen beiden Kurzversionen keine wesentlichen Abweichungen, lediglich die Itemreihenfolge wurde modifiziert.

Die BSCL kann bei jugendlichen und erwachsenen Personen verwendet werden und wird v.a. in psychologischen, medizinischen und psychosozialen Kontexten eingesetzt (Testzentrale, 2015).

Im dritten Teil des Papierfragebogens wird die allgemeine und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit der einzelnen Person erfasst. Hierzu wird in Deutschland häufig der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ) von Fahrenberg et al. (2000) eingesetzt. Die Autorin entschied sich nach gründlichem Abwägen gegen ihn als Erhebungsinstrument, da sie befürchtete, dass seine Länge und die differenzierte Gestaltung der einzelnen Items die Studienteilnehmer überfordert bzw. frustriert hätten. Zur Messung der Lebenszufriedenheit kam daher die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL) von Bullinger und von Steinbüchel zum Einsatz. Die MLDL gilt sowohl bei gesunden als auch kranken

Personengruppen als leicht verständlich formuliert und kann relativ schnell ausgefüllt werden. Insgesamt besteht sie aus 19 Items, die in die Bereiche Körper, Psyche, Sozial- und Alltagsleben unterteilt werden können, und einem Einzelitem (Nr.20), welches die allgemeine Lebenszufriedenheit erfasst (Bullinger, 2004). Die befragte Person bewertet selbst, wie zufrieden sie mit jedem einzelnen Item in der vergangenen Woche bis einschließlich heute gewesen ist und zwar auf einer 11-Punkte-Likert-Skala von „0“ (=sehr unzufrieden) bis „10“ (=sehr zufrieden). Hohe Punkte reflektieren eine hohe Lebenszufriedenheit. Es können sowohl ein Gesamtwert durch Addition der ersten 19 Items berechnet werden sowie Subskalenwerte für die einzelnen Bereiche.

Angewandt wird die MLDL bei erwachsenen Personen (18-99 Jahre) im klinischen und nicht-klinischen Bereich. Zur Zielgruppe gehören neben Epileptikern, Diabetikern und Frauen mit Brustkrebs auch psychiatrische Patienten (Bullinger, 2004).

Reliabilität ist gegeben, es liegen zufriedenstellende Konsistenzen der Subkalen vor: z.B. Cronbachs  $\alpha$  zwischen .63 und .92 auf der Skala Physis bei gesunden und kranken Personengruppen; die Skala Psyche zeigte in verschiedenen Studien Konsistenzen zwischen .82 und .91 (Bullinger, 2004). Auch die Gütekriterien Objektivität und Validität sind erfüllt.

Der gesamte konzipierte Papierfragebogen für die Untersuchung im Rahmen der Masterthesis besteht aus zehn Seiten (inklusive Deckblatt mit Anschreiben). Dieser Umfang erschreckte manchen Teilnehmer zunächst, die Bedenken zerstreuten sich jedoch schnell, als ersichtlich wurde, dass hauptsächlich angekreuzt und nichts geschrieben werden musste. Die Bearbeitungszeit hing mitunter von der gegenwärtigen Verfassung der Einzelperson ab und belief sich zwischen 15 und 30 Minuten.

Ein Pretest wurde nicht durchgeführt, so dass im Laufe des Befragungszeitraums Missverständnisse beim Ausfüllen geklärt werden mussten. Ein wiederkehrender Fehler war, dass bei der MLDL davon ausgegangen wurde, dass nur Bereiche angekreuzt werden sollten, die tatsächlich in der individuellen Lebenssituation vorhanden waren. So ließen manche Klienten z.B. das Item „Ehe/Partnerschaft“ aus, da sie aktuell alleinstehend waren. Die Situation des Alleinlebens und wie zufrieden bzw. unzufrieden jemand damit ist, kann aber sehr wohl bewertet werden. Der Autorin fielen diese „missing data“ bei der Sichtung der Fragebögen zufällig auf und sie bat ihre aBW-Kollegen, die Klienten zukünftig darauf hinzuweisen.



Der Befragung der Stichprobe lief einen Monat lang, vom 25.05.2015 bis 25.06.2015. Schwierigkeiten, was den Rücklauf anging, gab es wider Erwarten vor allem bei den Klienten des aBW. Dies war zum einen der Tatsache geschuldet, dass eine aBW-Kollegin länger erkrankte und so die Fragebögen nur an zwei von elf Klienten verteilen konnte; zum anderen, dass wohl oft das Timing einfach nicht passte: die aBW-Klienten waren z.B. in einer Krisensituation oder andere Angelegenheiten mussten im Rahmen des aBW dringlich bearbeitet werden, so dass keine Zeit für das Ausfüllen des Fragebogens blieb. Genaue Daten zur Rücklaufquote folgen im weiteren Verlauf der Masterthesis.

### 5.1 Statistische Auswertungsmethoden

Die Datenaufbereitung und Datenanalyse erfolgte hauptsächlich mit SPSS 22 und anteilig mit Excel von Microsoft Office. Bei den deskriptiven Ergebnissen zu den personenbezogenen Daten wurden relevante Häufigkeiten und Mittelwerte der beiden Vergleichsgruppen beschrieben und in einer Tabelle einander gegenüber gestellt. So sollte ein Eindruck von Gemeinsamkeiten und Unterschieden der Untergruppen „Klienten mit aBW und Klienten ohne aBW“ anhand ausgewählter Charakteristika gewonnen werden, was v.a. bei der Interpretation der Testergebnisse noch von Bedeutung sein wird.

Bei der Berechnung der Werte zur gesundheitlichen Verfassung wurde der Auswertungsbogen der BSCL (siehe Anhang) angewandt und sich größtenteils an dessen Instruktionen gehalten. Zunächst wurden jeweils pro Skala Summen aus den Itemwerten gebildet ( $S_1$ - $S_{10}$ ). Dividiert man diese durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala ( $S_n$ /(Anzahl der Items–missing data)) erhält man jeweils den Skalenwert  $G_n$ . Für die weitere Auswertung wurden erst die neun Skalenwerte berechnet ( $G_1$ - $G_9$ ) und dann zu jeder Skala der Mittelwert für die Gruppen der aBW-Klienten und der Klienten ohne aBW ermittelt. Der Median und die Standardabweichung wurden ebenfalls mit angegeben.

Für beide Untergruppen der Stichprobe wurde von den drei globalen Kennwerten lediglich der GSI ermittelt, da nur er bei der späteren Hypothesenprüfung relevant sein wird. Die Autorin entschied sich dafür, da sie der Ansicht ist, dass die Skalenwerte und der GSI aussagekräftig genug sind, um einen Eindruck von der gesundheitlichen Verfassung der suchtkranken Klienten zu gewinnen und diese untereinander zu vergleichen.

Um den GSI zu erhalten wurden die Summenwerte  $S_1$  bis  $S_{10}$  addiert und dadurch der Gesamtsummenwert GS gebildet. Dieser wurde abschließend durch die Anzahl der beantworteten Items (53-missing data) dividiert.

Auf die laut Auswertungsbogen der BSCL nun folgende Berechnung des PSDI und PST wurde aus bekanntem Grund verzichtet.

Da all diese berechneten Werte Rohwerte mit begrenzter Aussagekraft sind, wurden sie anhand der Normtabellen im BSI-Manual von Franke (2000) in standardisierte T-Werte transformiert. Die Skala der „Zusatzitems“ hat keine eigene Normtabelle, wird aber beim T-Wert des GSI mit erfasst. Das Kriterium für die Transformation ist in dem Handbuch nach Franke lediglich das Geschlecht. Die T-Transformation legt den Mittelwert der Normstichprobe auf 50, die Standardabweichung auf 10 fest. Laut Manual kann kein T-Wert kleiner als 20 oder größer als 80 sein. (Franke, 2000).

Werte, die zwischen 40 und 60 liegen, werden als klinisch unauffällig interpretiert, da sich in diesem Bereich ein Großteil der Normgruppe befindet. Als „psychisch auffällig belastet“ gilt eine Person oder eine Stichprobe, wenn der  $T_{GSI} \geq 63$  oder wenn die T-Werte von mindestens zwei Skalen der BSCL  $\geq 63$  sind (Franke, 2000). Die Auffälligkeit nimmt mit der Höhe des T-Wertes zu.

Die Werte zur Lebenszufriedenheit wurden zum größten Teil nach Maßgabe des Auswertungsbogens zur MLDL ermittelt:

Bei der Auswertung der MLDL wurde zunächst der Gesamtwert über Addition aller 19 Items zur Lebenszufriedenheit berechnet. Das Einzelitem Nr. 20 (Leben allgemein) wird nicht in diese Berechnung mit einbezogen, da es eine globale Einschätzung zur Lebensqualität beinhaltet und einzeln vergleichend betrachtet werden soll. Dann wurde das arithmetische Mittel zum Gesamtwert berechnet. Die beschriebenen Berechnungen wurden jeweils separat für die Klienten im aBW und für die Klienten ohne ambulante Betreuung durchgeführt, um Vergleichswerte zu erhalten. Wie oben bereits genannt, reflektieren hohe Werte eine hohe Lebenszufriedenheit. Beim Gesamtwert zur Lebenszufriedenheit können maximal 190 Punkte erreicht werden (=10 Punkte als Höchstwert x 19 Items).

Mit der MLDL sollen nicht nur Informationen zur globalen Lebenszufriedenheit gewonnen werden, sondern auch zu bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten. Die 19 Items wurden dafür folgenden Subskalen zugeordnet: Körper, Psyche, Sozialleben und Alltag.

Für beide untersuchten Gruppen wurden dann erst einmal die einzelnen Subskalenwerte zu Skalensummenwerten (SSW) zusammengefasst. Dafür wurden die zu einer Subskala gehörenden Itemwerte addiert. Für die Skalen „Körper“, „Sozialleben“ und „Alltag“ gibt es dabei eine Range von 0-50, für die Skala „Psyche“ eine Range von 0-40. Im zweiten Schritt wurden die SSW zu Skalenmittelwerten umkodiert: Der SSW wird durch die Anzahl der Items pro Skala dividiert. Anhand dieser Werte konnten die aBW-Klienten und die Klienten ohne aBW miteinander verglichen werden (vgl. Auswertungsbogen zur MLDL, siehe Anhang) und Aussagen zur jeweiligen Ausprägung der Lebenszufriedenheit in den einzelnen Bereichen getroffen werden.

Die 11-stufige Likert-Skala der MLDL beginnt bei 0-2 „sehr unzufrieden“ und endet bei 9-10 Punkten mit „sehr zufrieden“. Dazwischen gibt es keine Definitionen für die einzelnen Punktwerte. Um eine differenziertere Betrachtung der Studienergebnisse zu ermöglichen, definierte die Autorin dieser Masterthesis die einzelnen Werte selbst, und zwar wie folgt:

„0 = absolut unzufrieden, 1,00 = sehr unzufrieden, 2,00 = ziemlich unzufrieden, 3,00 = unzufrieden, 4,00 = eher unzufrieden, 5,00 = eher zufrieden, 6,00 = zufrieden, 7,00 = ziemlich zufrieden, 8,00- 9,00 = sehr zufrieden, 10,00 = absolut zufrieden“.

Auf das Transformieren der Skalenrohwerte wurde bei der MLDL verzichtet, da es laut Auswertungsbogen nicht zwingend notwendig ist und die inhaltliche Zielsetzung dieser Masterthesis dies nicht unbedingt erfordert.

Insgesamt wurden zur Beschreibung der untersuchten Stichprobe für die Untergruppen die arithmetischen Mittel, die Mediane, die Minima, Maxima und die Standardabweichungen der Skalen des BSCL und der MLDL berechnet.

Bei der Hypothesenüberprüfung wurden unterschiedliche statistische Methoden angewandt. Die erste Hypothese wurde durch die Betrachtung der arithmetischen Mittel und ihrer Einordnung auf der vorgegebenen 11-Punkte-Likert-Skala der MLDL überprüft. In diesem Zusammenhang war für die Autorin außerdem interessant, ob aktuell abstinent lebende Klienten höhere Mittelwerte bei der globalen und den bereichsspezifischen

Lebenszufriedenheit aufweisen als aktuell konsumierende Personen. Hierzu wurden die verschiedenen Mittelwerte der Gruppe der abstinenten und der Gruppe der nicht abstinenten lebenden Personen miteinander verglichen und einem T-Test unterzogen.

Das Signifikanzniveau beträgt bei allen durchgeführten Tests 5%, also  $\alpha=0,05$  (Bortz, 2011).

Außerdem wurden anhand einer einfachen Varianzanalyse die Mittelwerte der Dauer der Suchterkrankung und der Lebenszufriedenheiten miteinander verglichen und auf Signifikanz getestet. Die Gruppen zur Dauer der Suchterkrankung lauteten wie folgt: seit „0-10 Jahren, 11-20 Jahren, 21-30 Jahren“ und „länger als 30 Jahre“ erkrankt. Der Gruppenvergleich wurde für  $n=56$  durchgeführt, da vier der 60 befragten Personen angaben, nicht suchtkrank zu sein.

Für die Hypothese 1.1 zur psychischen Belastung von Suchtklienten wurden die T-Werte der Gesamtstichprobe auf den einzelnen Skalen der BSCL hergenommen und anhand der Interpretationsvorgabe aus dem BSI- Manual bewertet ( $T_{GSI} \geq 63$  oder  $T_{2 \text{ Skalen}} \geq 63$  gilt als auffällig psychisch belastet).

Hypothese 1.2 wurde durch Gegenüberstellung der T-Skalenwerte und des GSI-T-Wertes beider Klientengruppen (mit aBW vs. ohne aBW) überprüft.

Zur Überprüfung der zweiten Hypothese wurden ebenfalls die errechneten Mittelwerte der globalen Lebenszufriedenheit und der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten beider Klientengruppen einander gegenübergestellt und unter Bezugnahme auf die Richtwerte der Likert-Skala der MLDL verglichen. Die arithmetischen Mittel wurden einem T-Test bei unabhängigen Stichproben unterzogen (Brosius, 2014).

Bei der Hypothese 2.1 „Je länger eine Person im aBW ist, desto größer ist ihre Lebenszufriedenheit“ wurde eine positive Korrelation der beiden Variablen „Dauer des aBW“ und „globale Lebenszufriedenheit“ der aBW-Klienten angenommen. Ob die ausgewählten Variablen normalverteilt sind, wurde sowohl mit einer Sichtprüfung der Histogramme mit Normalverteilungskurve als auch mit dem Kolmogorow-Smirnow- und Shapiro-Wilk-Test überprüft. Bei den Tests zeigten beide Variablen sehr niedrige Signifikanzwerte, so dass nicht von einer Normalverteilung ausgegangen werden kann. Lediglich die Daten zur „globalen Lebenszufriedenheit“ hatten bei der Sichtprüfung Ähnlichkeit mit einer Normalverteilung. Daher entschied sich die Autorin zur Berechnung des Korrelationskoeffizienten für den Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (Keller, 2013).

Zwischen der psychischen Belastung einer Person und der Dauer des aBW wird ein negativer Zusammenhang vermutet (siehe Hypothese 2.2). Der mögliche lineare Zusammenhang wurde für die Dauer des aBW und den T-Wert des GSI sowie jeweils für die Dauer des aBW und dem T-Skalenwert der Skalen „Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“ untersucht. Alle Variablen wurden mit dem Kolmogorow-Smirnow- und dem Shapiro-Wilk-Test auf Normalverteilung untersucht. Die Signifikanzwerte lagen zwischen 0,00 und 0,06, so dass bei allen Variablen nicht von einer Normalverteilung in der Grundgesamtheit ausgegangen werden kann. Die anschließende Korrelationstestung erfolgte daher mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman (Keller, 2013).

In den theoretischen Ausführungen zum Konzept der Lebenszufriedenheit wurde konstatiert, wie wesentlich der Einfluss von bestimmten Variablen ist. Wissenschaftlich erwiesen bei den externen Faktoren ist dabei die positive Korrelation von wahrgenommener sozialer Unterstützung (Partnerschaft, Familie, Freunde etc.) mit und der Effekt von Erwerbstätigkeit/Beschäftigung auf die Lebenszufriedenheit. Es soll daher untersucht werden, ob diese Ergebnisse auch in dieser Studienpopulation festgestellt werden können. Dafür wurden Mittelwertvergleiche zwischen der Variable „Beziehung“ und den Subskalenmittelwerten zur Lebenszufriedenheit sowie eine Varianzanalyse zum Vergleich von Gruppenmittelwerten durchgeführt. Gleiches Procedere erfolgte für die Variable „Erwerbssituation aktuell“. Hier sollte getestet werden, ob Personen, die aktuell in einer Beschäftigungssituation jeglicher Art sind, zufriedener sind als erwerbslose Menschen bzw. Personen ohne irgendeine Tagesstrukturierung. Beides wurde für die Gesamtstichprobe N=60 getestet.

Bei der Hypothese 3 „Je weniger psychisch belastet sich eine Person fühlt, desto größer ist ihre angegebene globale und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit“, wurde für den T-Wert des GSI und jede Skala der Lebenszufriedenheit (global, „Körper“, „Psyche“, „Alltag“ und „Sozialleben“) eine negative Korrelation angenommen und mit dem Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman getestet. Alle Variablen hatten sich gemäß Kolmogorow-Smirnow- und Shapiro-Wilk-Test als nicht normalverteilt herausgestellt (Keller, 2013). Die Korrelationen wurden für die Gesamtstichprobe überprüft (n=54, aufgrund missing data beim GSI).

Statistische Kennzahlen und andere numerische Angaben wurden auf zwei Stellen nach dem Komma beschränkt und gerundet.

## 6. Ergebnisse

Die Gesamtstichprobe besteht aus 60 Personen davon 37 Männer (61,7%) und 22 Frauen (36,7%). Eine befragte Person machte zum Geschlecht keine Angabe. Die am stärksten vertretene Altersgruppe sind die 46 bis 60- Jährigen mit 61,4% (35 Personen), gefolgt von der Altersgruppe „31-45 Jahre“, 14 Personen. Der Mittelwert des Alters beträgt 48,9 Jahre. Von den 60 befragten Personen werden 35 im aBW betreut (58,3%), 25 Personen (41,7%) sind ohne ambulante Betreuung.

Da die beiden Klientengruppen anhand der einzelnen Variablen miteinander verglichen werden sollen, hielt es die Autorin dieser Masterthesis für sinnvoll, ihre Datensätze von Anfang an getrennt voneinander auszuwerten. Im Folgenden werden daher zunächst die Ergebnisse der aBW-Klienten aus dem Abschnitt 1 des Fragebogens „Personenbezogene Daten“ vorgestellt und anschließend die der Klienten ohne aBW.

### 6.1 Deskriptive Ergebnisse der aBW-Klienten zu „Personenbezogene Daten“

Insgesamt wurden Fragebögen an 48 von 51 aBW-Klienten verteilt. Drei Klienten und Klientinnen konnten leider nicht berücksichtigt werden, da eine freischaffende Kollegin zu spät Zugang zu den Fragebögen erhielt und es daher zeitlich nicht schaffte, ihre drei Klienten in die Befragung miteinzubeziehen. 35 Klienten aus dem aBW füllten die Fragebögen aus und gaben sie zurück, das entspricht einer Rücklaufquote von 73%. Darunter sind 23 Männer (65,7%) und 12 Frauen (34,3%).

Das Durchschnittsalter der befragten Klientel beträgt 47,9 Jahre, der jüngste Teilnehmer der Studie unter den aBW-Klienten war 21, der Älteste 68 Jahre.

84,7% der Klienten (n=30) leben nicht in einer Partnerschaft, sind alleinstehend, vom Ehepartner getrennt lebend oder geschieden. 14,3% (n=5) sind in einer festen Beziehung.

15 Personen (42,9%) geben als höchsten erreichten Schulabschluss den Hauptschul- bzw. Volksschulabschluss an, 22,9% das Fachabitur/Abitur (n=8) und 17,1% (n=6) die mittlere Reife. Eine Person hat einen Sonderschulabschluss (2,9%), drei Personen keinen Schulabschluss (8,6%). Einen „anderen Schulabschluss“ (nicht weiter definiert) haben zwei Personen (5,7%).

Was die aktuelle finanzielle Situation angeht, leben 60% der aBW-Klienten von ALGII (n=21) und 25,7% von SGBXII- Leistungen (n=9). Eigenes Einkommen in Form von Gehalt aus einer Erwerbstätigkeit bezieht niemand.

23 Personen (65,7%) der 35 Klienten sind weder in einem Arbeitsverhältnis noch in einer tagesstrukturierenden Maßnahme beschäftigt, sechs Personen (17,1%) haben eine Arbeitsgelegenheit im Rahmen des SGBII-Leistungsbezugs („1€-Job“). Je 5,7% (n=2) haben eine geringfügige Beschäftigung oder Gelegenheitsjobs. Eine Person ist in einer Rehawerkstatt tätig, eine andere studiert.

13 Personen leben gegenwärtig abstinent von Suchtmitteln (außer ggf. Tabak), 21 Personen nicht. Eine Person ließ diese Frage unbeantwortet. 34 der 35 Klienten sind der Ansicht, dass sie eine Suchterkrankung haben (97,1%). Bei insgesamt 77,2% (n=27) besteht diese Suchterkrankung der eigenen Einschätzung nach länger als 10 Jahre, bei 48,6% (n=17) länger als 20 Jahre, davon bei sieben Personen sogar länger als 30 Jahre. Laut Kodierung (1-4) in SPSS liegt der Mittelwert der Dauer der Suchterkrankung bei 2,43 und somit zwischen den Einteilungsgruppen „11 bis 20 Jahre“ und „21 bis 30 Jahre“. Der Berechnung  $41:2,4$  nach beträgt die durchschnittliche Erkrankungsdauer also 17,08 Jahre.

Nach dem aktuellen oder vergangenen (bei gegenwärtiger Abstinenz) Konsummuster gefragt, nannten 97,1% (n= 34) Alkohol als ihre Hauptsubstanz, die entweder jetzt überwiegend konsumiert wird oder in der Vergangenheit überwiegend konsumiert wurde. Cannabis ist mit 31,4% (n= 11) am zweithäufigsten vertreten, Beruhigungsmittel und Amphetamine gaben 14,3% (n=5) als konsumierte Substanzen an. Opioide und Glücksspiel/Online-Poker/PC spielen bzw. spielten bei jeweils vier Personen eine Rolle (je 11,4%). Crystal Meth wurde von niemandem genannt.

62,9 % der 35 aBW-Klienten (n=22) waren zum Zeitpunkt der Befragung nüchtern, hatten nach eigenen Angaben keinerlei Suchtmittel konsumiert. 13 Personen gaben den Konsum von Alkohol (Bier oder Wein), Amphetaminen (n=1, „10 Lines“) und/oder Cannabis an, meist jedoch in verhältnismäßig geringen Mengen. Die Angaben zum Alkoholkonsum beliefen sich z.B. auf ein Bier (0,33l?), 1-2 Liter Bier und 0,8 Liter Wein. Für chronisch alkoholabhängige Menschen sind das Mengen, in denen sie wenig bis gar nicht intoxikiert sind.

Die angegebene Betreuungsdauer der befragten Klienten durch das aBW variiert sehr stark, von 3 Monaten bis 12 Jahren wurde alles genannt. Varianz und Standardabweichung haben dementsprechend hohe Werte, nämlich 10,7 und 3,3, was für eine starke Streuung spricht. Der

errechnete Mittelwert liegt bei 3,6 Jahren Betreuungsdauer. Möchte man also eine Aussage über die Betreuungsdauer der Mehrheit der aBW-Klienten machen, kann diese nur vage sein und lautet „ Die meisten Personen sind seit knapp 3,6 Jahren im aBW, plus bzw. minus 3,3 Jahre. Sie werden demnach zwischen 0,3 und 9,9 Jahren betreut.“ (in Anlehnung an Brosius, 2014).

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Maßnahme des aBW beträgt, 8,3 Punkte (Maximalwert ist 10), die Nutzer und Nutzerinnen zeigen sich sehr zufrieden mit dem Leistungsangebot. Am meisten schätzen sie daran, dass es regelmäßig Einzelgespräche gibt, 71,4% der befragten Personen (n=25) nannten diesen Punkt. Die vertrauensvolle Beziehung zur koordinierenden Bezugsperson hat mit 51,4% (n=18) den zweithöchsten Stellenwert.

Bei der Frage nach der subjektiven Einschätzung zur Wirksamkeit des aBW, gaben 80% der Klienten an (n=28), dass sich ihre psychische Verfassung im Rahmen des aBW verbessert hat. Immerhin 68,6% der befragten Klienten (n=24) bemerkten eine Verbesserung ihrer körperlichen Verfassung, 22,9% (n=8) keine Veränderung und drei Personen eine Verschlechterung (8,6%). Der Umgang mit Suchtmitteln hat sich bei 77,1% (n=27) verbessert, bei 20% (n=7) nicht verändert und bei einer Person (2,9%) verschlechtert. Was den Bereich „Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur“ angeht, konnte lediglich bei 48,6% (n=17) eine Verbesserung erreicht werden. Bei 48,6% hat sich im Rahmen des aBW nichts verändert, bei 2,9% (n=1) die Situation verschlechtert. Soziale Kontakte und das Freizeitverhalten sind bei 74,3% (n=26) der befragten Personen gleich geblieben und bei 25,7% trat eine Besserung ein. Die Selbstständigkeit im Alltag entwickelte sich bei 68,6% positiv (n=24), bei den anderen 31,4% (n=11) blieb die Situation dieselbe wie vor Beginn des aBW

## 6.2 Deskriptive Ergebnisse der Klienten ohne ambulante Betreuung

Es wurde 25 Klienten ohne laufende ambulante Betreuung im Rahmen der Suchtberatung durch die Caritas Fachambulanz für Suchtkranke befragt. Davon sind 14 männlich (56%) und 10 weiblich (40%), eine Person machte keine Angabe zu ihrem Geschlecht (als 4% gewertet). Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer ist 50,4 Jahre, wobei der Jüngste 31 Jahre und der Älteste 72 Jahre war.

Unter den 25 befragten Personen sind 28% in einer Beziehung (n=7) und 36% (n=9) sogar verheiratet, also insgesamt 64% in einer festen Partnerschaft lebend (n=16). Alleinstehend oder geschieden sind 36% (n=9).



Der höchste erreichte Schulabschluss unter den Teilnehmern ohne aBW ist der Realschulabschluss mit 32% (n=8), gefolgt vom Hochschulabschluss mit 28% (n=7) und dem Fachabitur/Abitur mit 24% (n=6).

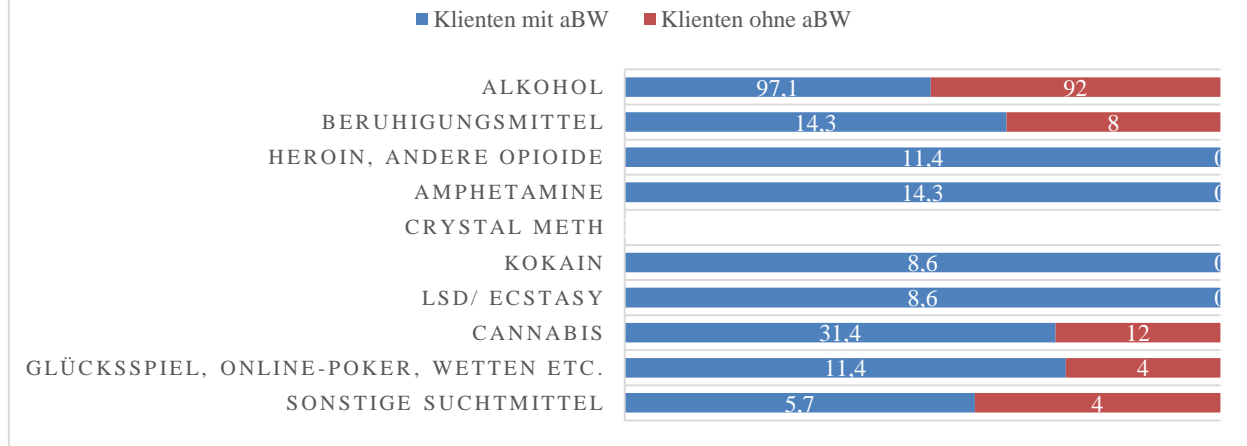
Immerhin acht Personen beziehen Gehalt aus einer Erwerbstätigkeit, mit 32% die am stärksten vertretene Gruppe. 28% (n=7) leben von Rente bzw. Pension, 20% von ALG II (n=5). Die anderen 20% leben entweder von Kranken- bzw. Übergangsgeld (8%), ALG I (eine Person= 4%) oder sonstigem Einkommen (8%).

Über die Hälfte der befragten Personen (52%) ist in einem Beschäftigungsverhältnis integriert (n=13). 24% (n=6) davon sind auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig, 12% haben entweder eine geringfügige Beschäftigung auf 450€-Basis, einen 1€-Job oder machen aktuell ein Praktikum (n=3). 12% gaben „Sonstiges“ bei der Frage nach der Beschäftigung an, eine Person machte keine Angaben.

Was die Suchtmittelabstinenz angeht, so leben von den 25 Klienten ohne laufende ambulante Betreuung gegenwärtig 52% abstinent von Suchtmitteln (n=13), 44% nicht (n=11). Eine Person machte keine Angabe. 88% der befragten Personen (n=22) sind der Meinung, dass sie eine Suchterkrankung haben, 12% sehen sich nicht als suchtmittelabhängig (n=3). 52% gaben an, dass ihre Suchtmittelabhängigkeit seit bis zu 10 Jahren besteht, bei 24% seit über 20 Jahren. Eine Person ist seit über 30 Jahren erkrankt. Laut Kodierung (1-4) ist der Mittelwert der durchschnittlichen Dauer der Suchterkrankung 1,56. Er liegt also zwischen den Einteilungsgruppen „0-10 Jahre“ und „11-20 Jahre“. Der Berechnung  $20:1,56$  nach beträgt die durchschnittliche Erkrankungsdauer bei den Personen ohne aBW 12,82 Jahre.

Nach ihrem Konsummuster gefragt, gaben 92% (n=23) Alkohol als die überwiegend konsumierte Substanz ihrer Wahl an. Beruhigungsmittel spielen bei 88% der Befragten (n=22) keine Rolle, Opioide sogar zu 96% (n=24) nicht. Ebenso von 96% nicht genannt wurden Amphetamine, Crystal Meth, Kokain, LSD und Ecstasy. Cannabis konsumier(t)en 12%, auf Glückspielautomaten/Online Poker/Wetten etc. und sonstige Suchtmittel entfallen jeweils 4% (n=1). Bei jedem abgefragten Suchtmittel gab es einen „missing value“, d.h. eine Person machte keine Angaben zu ihrem Suchtmittelkonsum. Die unten stehende Tab. 1 gibt einen Überblick über das Konsummuster beider Klientengruppen.

## KONSUMMUSTER BEIDER KLIENTENGRUPPEN (IN %)



Tab.1

23 Personen (92%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keinerlei Suchtmittel konsumiert, lediglich zwei Personen gaben an, Alkohol getrunken zu haben (0,4 Liter Sekt) bzw. online am PC tätig gewesen zu sein. Insgesamt waren die Teilnehmer der Studie also zum größten Teil nüchtern und füllten den Fragebogen nicht unter Einfluss von Suchtmitteln aus.

### 6.3 Eine Vergleichstabelle zu den erhobenen personenbezogenen Daten

Nachfolgend werden die Klientengruppen „mit aBW und ohne aBW“ anhand einiger Charakteristika aus den oben beschriebenen personenbezogenen Daten miteinander verglichen. Die ausgewählten Merkmale stellen gleichzeitig potentielle Einflussvariablen auf die Lebenszufriedenheit dar.

	<b>Klienten mit aBW (n=35)</b>	<b>Klienten ohne aBW (n=25)</b>
<b>1. Durchschnittsalter</b>	48 Jahre	50 Jahre
<b>2. Beziehungsstatus</b>	85% <b>nicht</b> in einer Partnerschaft lebend	64% in einer festen Partnerschaft lebend
<b>3. Höchste erreichte Schulabschlüsse</b>	Hauptschulabschluss (43%) und (Fach-)abitur (23%)	Realschulabschluss (32%) und Hochschulabschluss (28%)
<b>4. aktuelles Einkommen</b>	86% leben von ALG II oder SGBXII.	32% leben von eigenem Gehalt, 28% von Rente/Pension, 20% von ALGII.
<b>5. aktuelle Beschäftigungssituation</b>	66% ohne Beschäftigung oder Tagesstrukturierung, keine Person auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig.	52% mit einer Beschäftigung oder Tagesstrukturierung, 6 Personen auf dem 1. Arbeitsmarkt tätig
<b>6. aktuelle Suchtmittelabstinenz</b>	13 Personen leben abstinent von Suchtmitteln (außer ggf. Tabak).	13 Personen leben abstinent von Suchtmitteln (außer ggf. Tabak).
<b>7. durchschnittliche Dauer der Suchterkrankung</b>	17 Jahre; 49% seit über 20 Jahren erkrankt.	13 Jahre; 24% seit über 20 Jahren erkrankt.
<b>8. aktuelles bzw. früheres Konsummuster</b>	Überwiegend Mischkonsum, Alkohol (97%) und Cannabis (31%) als Hauptsubstanzen	Kaum Mischkonsum, Alkohol als Hauptsubstanz (92%), gefolgt von Cannabis (12%)

Tab.2

#### 6.4 Deskriptive Ergebnisse zur gesundheitlichen Verfassung: Auswertung der BSCL

Es werden nun die T-transformierten Mittelwerte, Mediane und Standardabweichungen der einzelnen Skalen der BSCL und des GSI für die Gesamtstichprobe (bei den Skalen 1-9 N=60

bzw. bei dem globalen Kennwert GSI n=54) sowie für die beiden Teilgruppen der untersuchten Stichprobe, Klienten mit aBW und Klienten ohne aBW, dargestellt. Zur Erinnerung: Eine Person bzw. eine Stichprobe gilt dann als psychisch auffällig belastet, wenn der T-Wert des GSI größer als 63 ist oder wenn die T-Werte von zwei Skalen größer als 63 sind (Franke, 2000).

#### 6.4.1 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter für die Gesamtstichprobe N=60 und n=54

	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Skala 1 „Aggressivität/ Feindseligkeit“	57,97	57,00	12,28	37,00	80,00
Skala 2 „Ängstlichkeit“	58,77	58,00	14,11	37,00	80,00
Skala 3 „Depressivität“	63,80	64,00	12,51	40,00	80,00
Skala 4 „Paranoides Denken“	61,55	62,00	11,94	40,00	80,00
Skala 5 „Phobische Angst“	60,07	60,00	14,30	41,00	80,00
Skala 6 „Psychotizismus“	62,17	63,50	13,27	43,00	80,00
Skala 7 „Somatisierung“	59,62	59,00	12,63	39,00	80,00
Skala 8 „Unsicherheit im Sozialkontakt“	59,58	60,00	14,39	38,00	80,00
Skala 9 „Zwanghaftigkeit“	60,68	61,00	13,91	35,00	80,00
GSI	63,18	63,50	14,36	24,00	80,00

Tab.3

Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass die Skala „Depressivität“ mit 63,80 den höchsten Mittelwert hat, gefolgt vom arithmetischen Mittel des GSI (M= 63,18). Laut Definition ist die Gesamtstichprobe aufgrund  $T_{GSI} \geq 63$  also psychisch auffällig belastet. Die Mittelwerte auf den Skalen „paranoides Denken“, „phobische Angst“, „Psychotizismus“ und „Zwanghaftigkeit“ sind zwar kleiner als 63, liegen aber außerhalb des Normbereichs (40-60), so dass durchaus eine klinische Auffälligkeit angenommen werden kann (Franke, 2000). Die Skalen „Aggressivität“, „Ängstlichkeit“, „Somatisierung“ und „Unsicherheit im Sozialkontakt“ sind im Wertebereich 40-60 angesiedelt, in dem sich laut Manual 66,67% der Normgruppe befinden. Bei ihnen liegt folglich keine klinische Auffälligkeit vor.

#### 6.4.2 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der aBW-Klienten (n=35 bzw. n=33 beim GSI)

	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Skala 1 „Aggressivität/ Feindseligkeit“	58,71	57,00	12,87	38,00	80,00
Skala 2 „Ängstlichkeit“	60,26	58,00	14,59	37,00	80,00
Skala 3 „Depressivität“	64,31	65,00	11,76	40,00	80,00
Skala 4 „Paranoides Denken“	62,17	62,00	12,62	40,00	80,00
Skala 5 „Phobische Angst“	60,40	60,00	15,00	41,00	80,00
Skala 6 „Psychotizismus“	62,46	62,00	13,63	43,00	80,00
Skala 7 „Somatisierung“	61,29	59,00	13,21	40,00	80,00
Skala 8 „Unsicherheit im Sozialkontakt“	60,37	60,00	14,64	38,00	80,00

Skala 9 „Zwanghaftigkeit“	62,80	61,00	13,42	36,00	80,00
GSI	64,03	63,00	13,87	26,00	80,00

Tab.4

Auch bei der Teilstichprobe der aBW-Klienten liegen lediglich die T-Mittelwerte der Skala „Depressivität“ (M= 64,31) und des GSI (M= 64,03) über 63. Die Klienten des aBW sind per definitionem psychisch auffällig belastet. Eine klinische Auffälligkeit wird außerdem auf den Skalen „Ängstlichkeit“ (M= 60,26), „paranoides Denken“ (M= 62,17), „phobische Angst“ (M= 60,40), „Psychotizismus“ (M= 62,46), „Somatisierung“ (M= 61,29), „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (M= 60,37) und „Zwanghaftigkeit“ (M= 62,80) angenommen, da alle T-Werte größer als 60 sind und somit außerhalb des Normbereichs „40-60“ liegen. Keine Auffälligkeit liegt auf der Skala „Aggressivität“ mit M= 58,71 vor.

#### 6.4.3 T-Transformierte Lage- und Streuungsparameter der Klienten ohne aBW (n=25 bzw. n=21 beim GSI)

	<b>Mittelwert</b>	<b>Median</b>	<b>Standardabweichung</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>
Skala 1 „Aggressivität/ Feindseligkeit“	56,92	57,00	11,84	37,00	80,00
Skala 2 „Ängstlichkeit“	56,68	58,00	13,41	37,00	80,00
Skala 3 „Depressivität“	63,08	63,00	13,70	40,00	80,00
Skala 4 „Paranoides Denken“	60,68	62,00	11,12	40,00	80,00
Skala 5 „Phobische Angst“	59,60	60,00	13,55	44,00	80,00
Skala 6 „Psychotizismus“	61,76	65,00	13,02	43,00	80,00

Skala 7 „Somatisierung“	57,28	56,00	11,63	39,00	80,00
Skala 8 „Unsicherheit im Sozialkontakt“	58,48	61,00	14,25	38,00	80,00
Skala 9 „Zwanghaftigkeit“	57,72	58,00	14,31	35,00	80,00
GSI	61,83	66,50	15,36	24,00	80,00

Tab.5

Tabelle 5 zeigt, dass die Teilstichprobe der Klienten ohne aBW im Durchschnitt nicht als psychisch auffällig belastet bewertet werden kann. Lediglich der T-Skalenwert „Depressivität“ ist größer als 63 (M= 63,08), jedoch nicht der T-Wert des GSI (M= 61,83) und auch kein weiterer Skalenwert. Klinisch auffällig sind per definitionem die Skalen „paranoides Denken“ (M= 60,68), „Psychotizismus“ (M= 61,76) und der GSI. Keine klinische Auffälligkeit liegt auf den Skalen „Aggressivität“ (M= 56,92), „Ängstlichkeit“ (M= 56,68), „phobische Angst“ (M= 59,60), „Somatisierung“ (M= 57,28), „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (M= 58,48) und „Zwanghaftigkeit“ (M= 57,72) vor, da alle diese T-Werte kleiner als 60 sind.

## 6.5 Deskriptive Ergebnisse zur Lebenszufriedenheit von suchtkranken Menschen: Auswertung der MLDL

Die Werte zur Lebenszufriedenheit wurden von Anfang an einzeln für beide Teilgruppen der Gesamtstichprobe ermittelt. Im Nachfolgenden werden für beide Gruppen jeweils ihre Werte genannt und anschließend sofort miteinander verglichen.

Beim berechneten Gesamtwert der Lebenszufriedenheit erzielten die aBW-Klienten (n=35) einen Mittelwert von 94,43 von 190 möglichen Punkten. Dies entspricht 49,7% der Maximalpunktzahl. Der Median liegt bei 98,00 Punkten, das Minimum bei 40,00, das Maximum bei 166,00 Punkten und die Standardabweichung bei 36,53.

Die Klienten ohne ambulante Betreuung (n=25) erzielten einen Lebenszufriedenheitsgesamtwert von 97,32 Punkten, 51,22% von der Maximalpunktzahl, also etwas höher als der Gesamtwert der aBW-Klienten. Allerdings findet sich hier eine größere Streuung: das Minimum liegt bei 16,00, das Maximum bei 182,00 von 190 Punkten. Der Median beträgt 83,00 Punkte, die Standardabweichung 47,30.

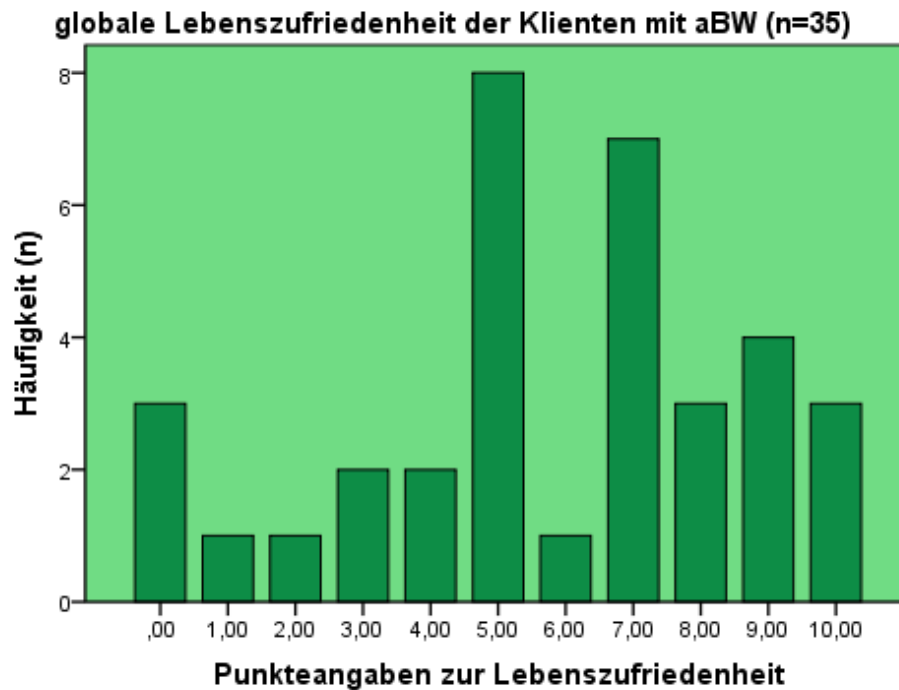
Die globale Lebenszufriedenheit wurde mit dem Einzelitem Nr. 20 ermittelt. Die aBW-Klienten kamen auf einen Mittelwert von 5,77 und auf einen Median von 6,00 Punkten. Sie bewegen sich im Bereich „eher zufrieden (5,00 ) bis zufrieden (6,00)“ mit dem eigenen Leben, sind auf der 11-stufigen Skala der MLDL also in der Mitte einzuordnen. Der Modus ist 5,00 Punkte (n=8, 22,9%), drei Personen bewerteten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit mit 0 Punkten („absolut unzufrieden“), drei Personen vergaben die Maximalpunktzahl 10 („absolut zufrieden“). Die Standardabweichung beträgt 2,89.

Die Klienten ohne ambulante Betreuung kamen bei der Frage zur globalen Lebenszufriedenheit auf folgende Werte: Der Mittelwert ist 4,92 Punkte, der Median 5,00. Die durchschnittliche globale Lebenszufriedenheit ist demnach etwas niedriger als die der aBW-Klienten, liegt im Bereich zwischen „eher unzufrieden (4,00) bis eher zufrieden (5,00)“, da jedoch eindeutig näher bei „eher zufrieden“. Der Modus ist 8,00 Punkte (n=4, 16%), es gab drei Bewertungen der globalen Lebenszufriedenheit mit 0 Punkten („absolut unzufrieden“) und zwei mit der Maximalpunktzahl. Die Standardabweichung ist 3,26.

Betrachtet man die Antworthäufigkeiten der beiden Klientengruppen genauer, ergibt sich folgendes Bild:

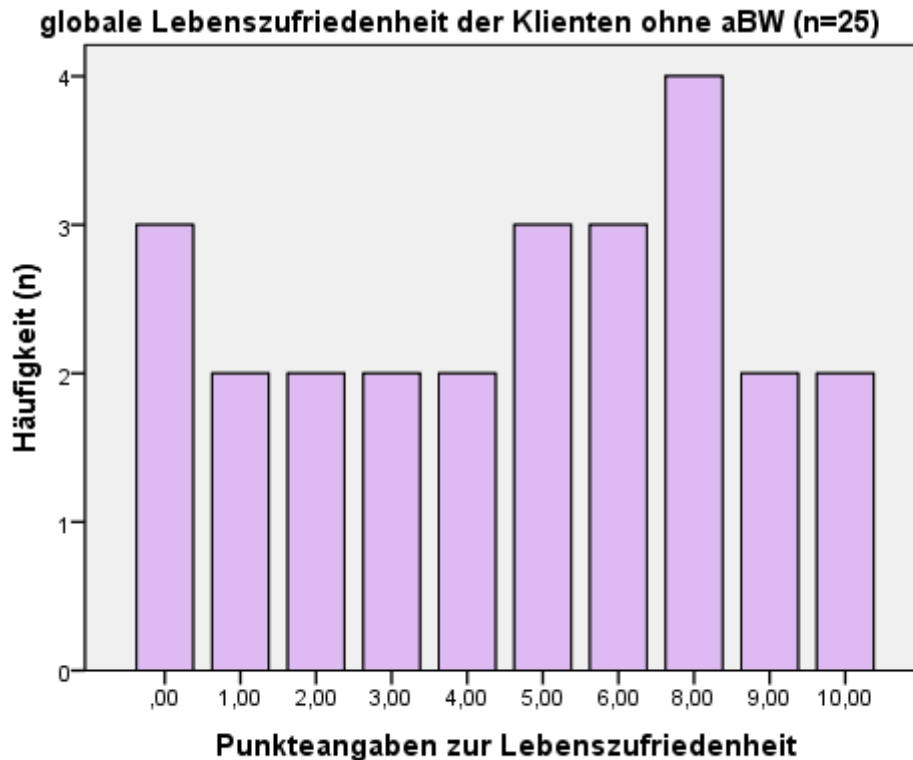


Die aBW-Klienten zeigen ein homogeneres Antwortverhalten als die Klienten ohne aBW (Tab. 6): Fast die Hälfte aller Antworten zur globalen Lebenszufriedenheit (45,71%) liegt im 5 bis 7 Punkte-Bereich („eher zufrieden bis ziemlich zufrieden“) (n=16). Immerhin zehn Klienten (28,57%) gaben einen Punktwerte zwischen 8 bis 10 Punkten an („sehr zufrieden bis absolut zufrieden“). Allerdings bewerteten auch insgesamt neun Klienten (25,71%) ihre globale Lebenszufriedenheit zwischen 0 und 4 Punkten („absolut unzufrieden bis eher unzufrieden“).



Tab.6

Bei den Klienten ohne aBW gibt es kaum mehrheitliche Antworten, wie man an den Häufigkeiten in Tabelle 7 (siehe S.66) erkennen kann. Vielmehr zeichnet sich das Antwortverhalten durch viele, aber von wenigen Personen genannte Einzelwerte aus. Insgesamt sechs Punktekategorien wurden mit n=2 genannt. Auffallend ist, dass die Antworten von 11 Klienten im 0 bis 4 Punkte-Bereich liegen, das entspricht 44% der gesamten Stichprobe der Klienten ohne aBW. acht Klienten gaben allerdings auch Werte von 8 bis 10 Punkten an (32%), im Bereich 5 bis 6 Punkte („eher zufrieden bis zufrieden“) lagen die Antworten von sechs Klienten (24%).



Tab.7

Die Klientengruppen wurden des Weiteren noch bezüglich der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten verglichen. Im Folgenden sollen die Mittelwerte, die Mediane und das jeweilige Minimum und Maximum der Skalenmittelwerte pro untersuchter Gruppe dargestellt werden.

Auf der Skala „Körper“<sup>1</sup> erzielten die aBW-Klienten insgesamt einen Skalenmittelwert von 5,59 Punkten, einen Median von 5,60 Punkten, das Minimum und Maximum beliefen sich auf 1,60 und 10,00 Punkten, die Standardabweichung auf 2,22. Der Durchschnitt der aBW-Klienten ist demnach, was die eigene körperliche und gesundheitliche Verfassung angeht, „eher zufrieden bis zufrieden“.

Der durchschnittliche Skalenmittelwert der Klienten ohne aBW auf der Subskala „Körper“ beträgt 5,69 Punkte, der Median 5,40 Punkte, das Minimum und Maximum sind 1,8 und 9,6 und die Standardabweichung ist 2,61. Auch die Lebenszufriedenheit dieser Klientengruppe bewegt sich wie oben zwischen 5 und 6 Punkten und kann daher als „eher zufrieden bis zufrieden“ eingestuft werden.

<sup>1</sup> Welche Items zu den jeweiligen Skalen gehören, kann dem im Anhang beigefügten MLDL-Auswertungsbogen entnommen werden.

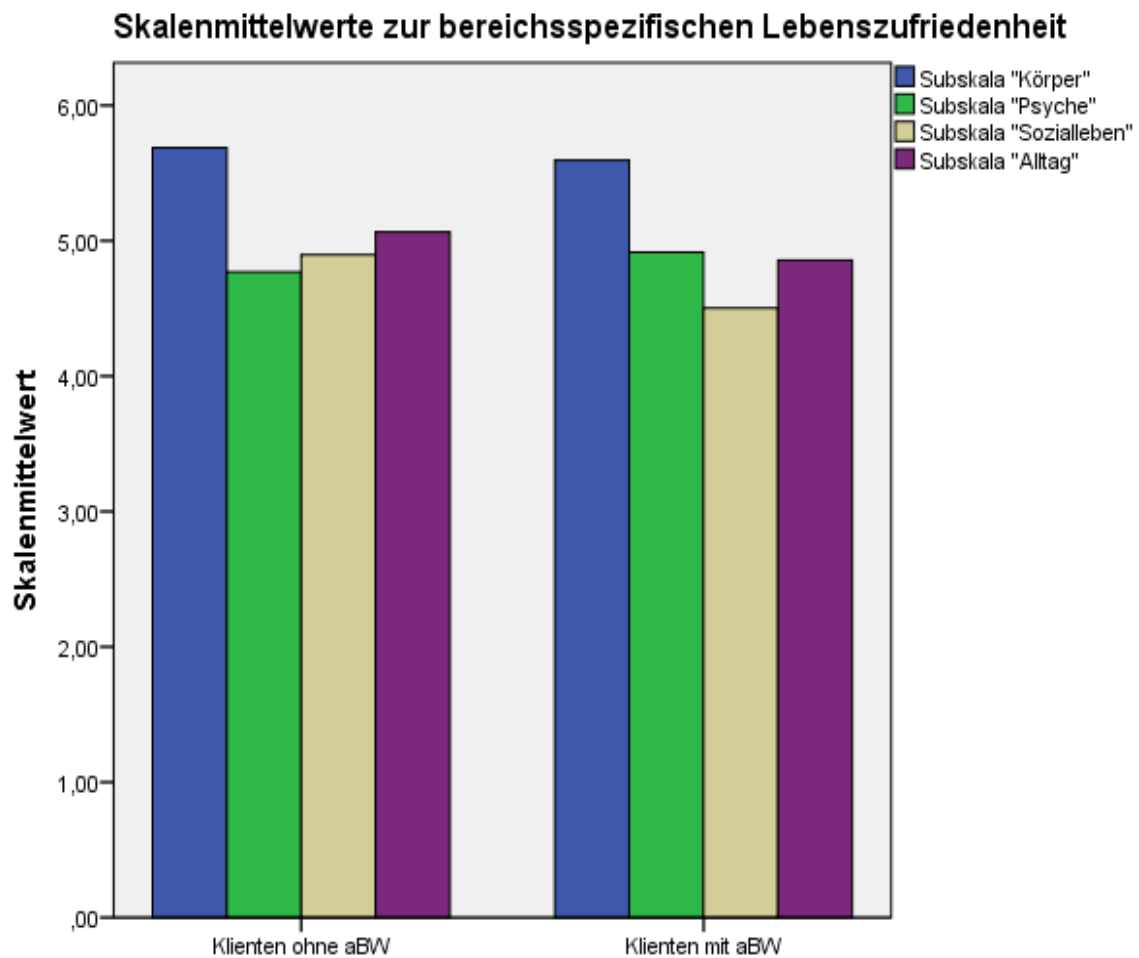
Auf der Subskala „Psyche“ haben die aBW-Klienten einen durchschnittlichen Skalenmittelwert von 4,91 Punkten, der Median ist 4,75. Es handelt sich also um einen Zufriedenheitswert im unteren bis mittleren Bereich, der zwischen den Kategorien „eher unzufrieden bis eher zufrieden“ anzusiedeln ist. Ein „es geht so“ charakterisiert diesen Wert vielleicht ganz gut. Es gab bei den Antworten auch hier eine hohe Streuung, zwischen 0 bis 9,25 Punkten. Die Standardabweichung beträgt 2,63.

Der durchschnittliche Skalenmittelwert der Subskala „Psyche“ liegt bei den Klienten ohne ambulante Betreuung nur knapp unter dem der aBW-Klienten und beträgt 4,77 Punkte. Der Median ist 3,50, das Minimum und Maximum 0 und 9,5 Punkte, die Standardabweichung 3,05. Auch hier liegt die Lebenszufriedenheit mit dem Bereich „Psyche“, gemessen anhand der Mittelwerte, im unteren bis mittleren Bereich. Vergleicht man beide Mediane, liegt die Gruppe der Klienten ohne aBW sogar im unteren Bereich, nämlich zwischen „unzufrieden (3,00) und eher unzufrieden (4,00)“, während die Gruppe der aBW-Klienten im unteren bis mittleren Bereich bleibt.

In der Subskala „Sozialleben“ haben die aBW-Klienten ein arithmetisches Mittel von 4,50, einen Median von 4,40, ein Minimum und Maximum von 0 und 8,80 Punkten. Die Standardabweichung ist 2,31. Die Zufriedenheit in diesem Bereich liegt also erneut im unteren bis mittleren Bereich, zwischen „eher unzufrieden bis eher zufrieden“ schwankend. Die Klienten ohne aBW bewerten ihre Zufriedenheit mit diesem Bereich minimal besser: arithmetisches Mittel= 4,90, Median= 5,20. Minimum und Maximum liegen bei 0,40 und 9,60 Punkten, die Standardabweichung bei 3,00. Vergleicht man die Mediane, liegen die Klienten ohne aBW im Bereich „eher zufrieden bis zufrieden“ mit der Subskala „Sozialleben“, während die aBW-Klienten im o.g. Bereich bleiben.

Was den Bereich „Alltag“ angeht, lautet der Mittelwert der aBW-Klientengruppe 4,86, der Median 4,40, das Minimum und Maximum 1,80 und 9,00 Punkte und die Standardabweichung 1,87. Bei den Klienten ohne aBW sehen die Werte dieser Subskala wie folgt aus: M= 5,06, Median= 4,80, Minimum und Maximum 0,80 und 9,60 Punkten und die Standardabweichung 2,67. Die Klienten des aBW zeigen also erneut eine untere bis mittlere Zufriedenheit (zwischen 4 und 5 Punkten, nach Median eher zu 4 tendierend, demnach als „eher unzufrieden“ als als „eher zufrieden“ einzustufen), während die Klienten ohne aBW im Bereich „Alltag“ „eher zufrieden“ sind.

Zusammenfassend kann fest gehalten werden, dass die durchschnittliche Lebenszufriedenheit beider Klientengruppen in den meisten Bereichen relativ ähnlich ausgeprägt ist und überwiegend um die 5 Punkte beträgt (siehe Tab.8). Gravierende Unterschiede gibt es kaum. Die Lebenszufriedenheit der befragten suchtkranken Personen bewegt sich in den abgefragten Bereichen im unteren bis mittleren Segment der 11-stufigen Likert-Skala der MLDL, tendiert jedoch mehr zur Kategorie „eher zufrieden“ (Werte sind meist näher an 5 als an 4 Punkten), also zum mittleren Bereich.



Tab.8

Zur Vollständigkeit sollen nachfolgend die Daten für die Gesamtstichprobe N=60 dargestellt werden, die Items zur Lebenszufriedenheit wurden von allen befragten Personen komplett beantwortet (Tab.9).

Werte zur Lebenszufriedenheit für N=60					
	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standard- abweichung
globale Lebenszufriedenheit	60	,00	10,00	5,42	3,06
Körper	60	1,60	10,00	5,63	2,37
Sozialleben	60	,00	9,60	4,67	2,60
Psyche	60	,00	9,50	4,85	2,78
Alltag	60	,80	9,60	4,94	2,22
Gültige Anzahl (listenweise)	60				

Tab.9

Der Autorin liegt eine Vergleichsstudie von Reimer, Franke et al. (2002) vor, bei der Patienten nach einer Nierentransplantation, Dialysepatienten auf der Warteliste für eine Nierentransplantation und gesunde Vergleichspersonen mit der MLDL zu ihrer Lebensqualität in den einzelnen Bereichen und allgemein befragt wurden. Die gesunden Personen erzielten auf den Subskalen Durchschnittswerte zwischen 5,91 (Psyche!) und 7,02 (Sozialleben) Punkte. Die Patienten nach einer Nierentransplantation hatten Werte zwischen 6,20 (Psyche) und 6,76 (Sozialleben) Punkte und kranke Patienten, die auf eine neue Niere warteten, zwischen 5,19 (Physis) und 6,44 (Sozialleben) (Reimer et al., 2002). Zum Vergleich: die im Rahmen der Masterthesis befragten suchtkranken Personen weisen Durchschnittswerte zwischen 4,50 (Sozialleben) und 5,77 (Globalwert) Punkten (= aBW-Klienten) bzw. zwischen 4,77 (Psyche) und 5,69 (Körper) Punkten (= ohne aBW-Klienten) auf. Sie liegen in fast allen Bereichen deutlich hinter den drei Untersuchungsgruppen der Vergleichsstudie. Ausgenommen davon sind die Subskalen „Körper“, bei dem die suchtkranken Klienten jeweils einen höheren Wert erzielten als die Dialysepatienten, und „globale Lebenszufriedenheit“. Bei Letzterem wiesen jedoch lediglich die aBW-Klienten einen höheren Wert auf als die Dialysepatienten.

Stellt man den suchtkranken Menschen die Ergebnisse der gesunden Personen gegenüber, bemerkt man, dass die gesunde Vergleichsgruppe v.a. in den Subskalen „Sozialleben“ und „Alltag“ auffallend höhere Werte hat, nämlich 7,02 und 6,85 Punkte. Dies bedeutet: +2,52 Punkte auf der Skala „Sozialleben“ im Vergleich zu den aBW-Klienten und 2,12 Punkte mehr als die Klienten ohne aBW. Im Bereich „Alltag“ sind es 1,99 Punkte mehr als die aBW-Klienten und +1,56 als bei den Personen ohne aBW.

## 6.6 Eine Überprüfung von Hypothesen und ausgewählten Fragestellungen

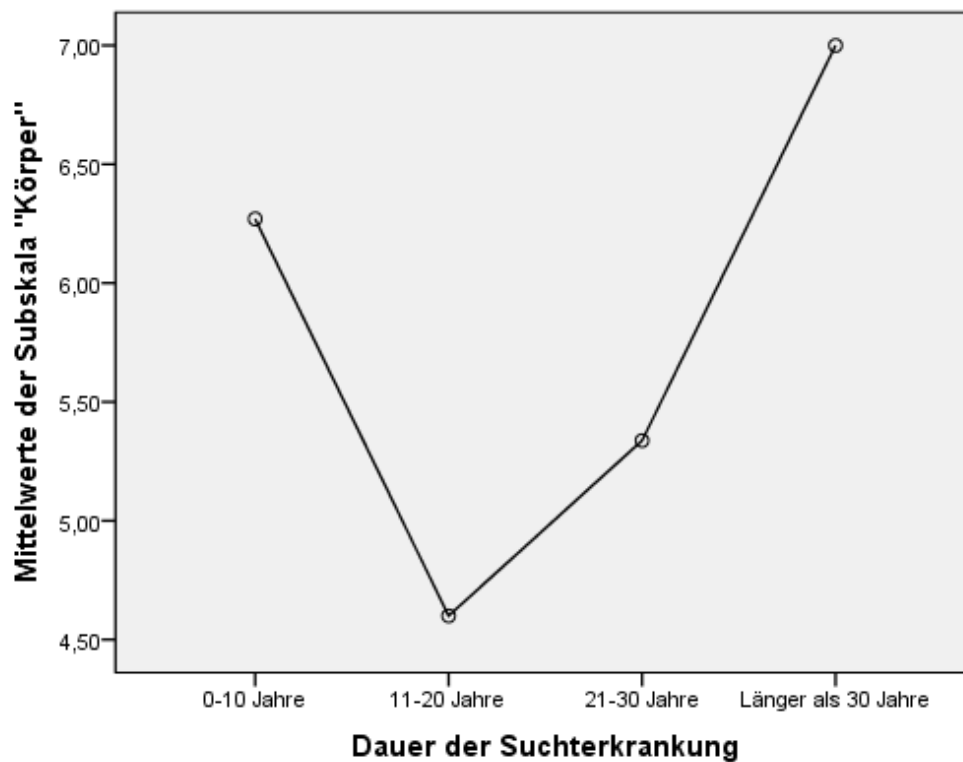
Zur Lebenszufriedenheit von suchtkranken Personen wurde die Hypothese aufgestellt, dass diese aufgrund bestehender Komorbiditäten und psychosozialen Problemlagen eher gering ausgeprägt ist.

Betrachtet man die jeweiligen Mittelwerte, bewegen sich alle zwei untersuchten Klientengruppen sowie folglich auch die Gesamtstichprobe auf der 11-stufigen Likert-Skala zur Lebenszufriedenheit im 5 Punkte-Bereich, was für eine mittelmäßig und nicht für eine gering ausgeprägte Lebenszufriedenheit spricht („eher zufrieden“). Dieser Wert ist mitunter dem heterogenen Antwortverhalten der Gesamtstichprobe (N=60) geschuldet: Bei den meisten abgefragten Items gab es Extremwerte, d.h. eine Person bewertete ein Item mit 0, eine andere dasselbe mit 10 Punkten.

Die Hypothese, dass suchtkranke Personen eine eher gering ausgeprägte Lebenszufriedenheit haben, kann somit per se nicht bestätigt werden, sondern muss differenzierter betrachtet werden. Die Lebenszufriedenheit der untersuchten Gruppe ist zwar im Mittelbereich anzusiedeln, jedoch mit einer Tendenz zum unteren Bereich, der punktemäßig für eine gering ausgeprägte Lebenszufriedenheit steht. Höhere Mittelwerte, die „tatsächliche“ bzw. eindeutige Zufriedenheit mit dem Leben repräsentieren (6-10 Punkte), konnten bei der Mehrheit der Studienpopulation nicht nachgewiesen werden. Suchtkranke Personen haben demnach mehrheitlich eine mittelmäßig ausgeprägte Lebenszufriedenheit. Diese Erkenntnis bestätigt die Hypothese von Bräuer (2014), dass eine Suchterkrankung nicht zwingend mit gar keiner bis geringer Lebenszufriedenheit verbunden sein muss.

In diesem Zusammenhang wurde für die Gesamtstichprobe N=60 zusätzlich der Fragestellung nachgegangen, ob gegenwärtig abstinent lebende Personen zufriedener mit ihrem Leben sind als aktuell Konsumierende. Insgesamt konnten 58 Fälle von SPSS ausgewertet werden. Bei der globalen Lebenszufriedenheit erzielten abstinent lebende Klienten einen Mittelwert von 6,12 Punkten, konsumierende Klienten von 5,06. Das entspricht einer Mittelwertdifferenz von 1,05. Dieser Unterschied ist laut T-Test jedoch nicht signifikant ( $p=0,19$ ). Bei den bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten konnte nur für die Skala „Körper“ ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen ermittelt werden ( $p=0,05$ ), die Mittelwertdifferenz beträgt 1,18. Bei allen anderen Skalen wurden zwar punktebezogen marginale Unterschiede zwischen den Mittelwerten zugunsten der abstinent lebenden Personen gefunden, jedoch sind auch diese als nicht signifikant zu bewerten.

Zudem wurde untersucht, ob sich die Mittelwerte der Lebenszufriedenheit unter den Kategorien zur Dauer der Suchterkrankung unterscheiden. Auffallend dabei ist, dass die beiden Personengruppen, die angegeben haben, seit 0-10 Jahren und länger als 30 Jahre suchtkrank zu sein, in allen Bereichen („Körper“ bis „Alltag“) höhere arithmetische Mittel aufweisen als die, die zwischen 11 und 20 bzw. 21 bis 30 Jahren von einer Suchterkrankung betroffen sind. Lediglich bei der globalen Lebenszufriedenheit hat die Gruppe der „11-20 Jahre“-Erkrankten allerdings den zweithöchsten Mittelwert, das Schlusslicht bildet hier die Gruppe seit „21-30 Jahren“ erkrankt. Personen mit einer länger als 30 Jahre bestehenden haben in fast allen Subskalen den höchsten Mittelwert (Ausnahme: Skala „Sozialleben“). Laut Varianzanalyse ist allerdings nur der Gruppenunterschied auf der Skala „Körper“ ansatzweise signifikant ( $p=0,08$ ), alle anderen Gruppenunterschiede nicht. Als graphisches Beispiel für die Mittelwertverteilung in den einzelnen Gruppen wird hier das Mittelwertdiagramm zur Skala „Körper“ dargestellt (Tab.10).



Tab.10

Aus dem Diagramm wird ersichtlich: Die am längsten von einer Suchtmittelabhängigkeit betroffenen Personen haben mit durchschnittlich 7,00 den höchsten Zufriedenheitswert, gefolgt von der Gruppe „0-10 Jahre“ mit 6,27 und den zwischen 21 und 30 Jahren erkrankten Personen

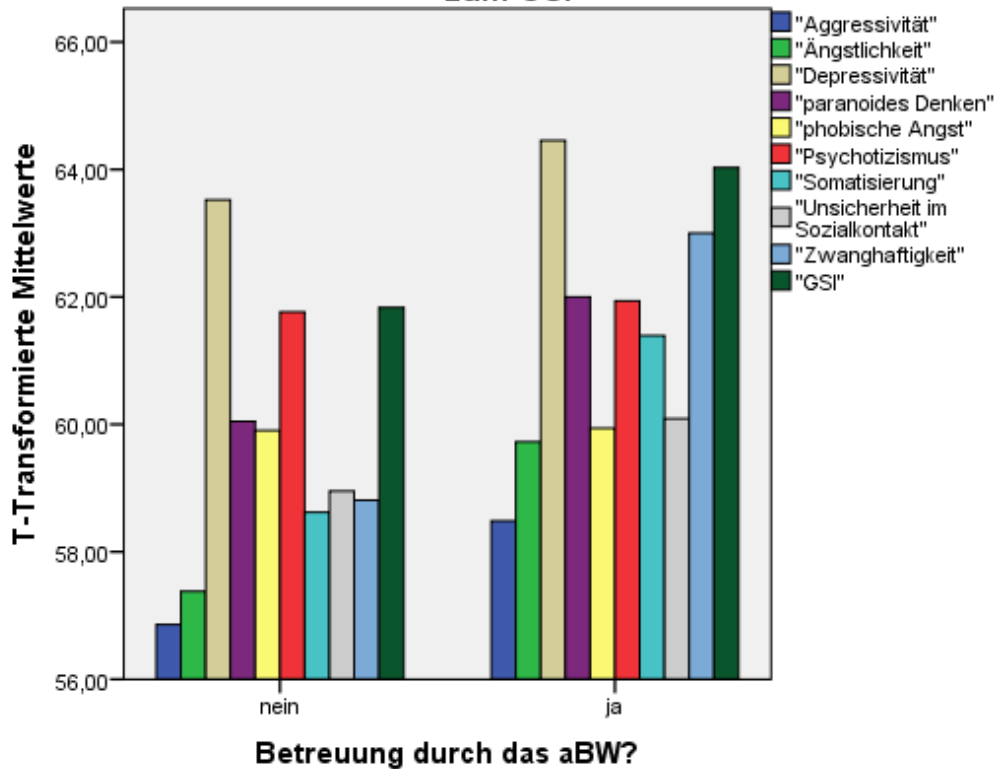
mit 5,34. Die Gruppe „11-20 Jahre“ erzielte mit 4,60 den niedrigsten durchschnittlichen Zufriedenheitswert.

Hypothese 1.1 formuliert, dass Suchtklienten allgemein und auf den einzelnen Skalen der BSCL psychisch auffällig belastet sind. Betrachtet man Lage- und Streuungsmaße der Gesamtstichprobe aus Punkt 6.4.1, wird deutlich, dass die befragten Suchtklienten zwar grundsätzlich psychisch auffällig belastet sind ( $T_{GSI}$ ), aber nicht, wie erwartet, auf jeder einzelnen Skala der BSCL. Lediglich der T-Wert der Skala „Depressivität“ ist größer als 63 und spricht dadurch für eine auffällige psychische Belastung.  $T_{GSI} \geq 63$  ist jedoch ausreichend dafür, dass die Hypothese 1.1 angenommen werden kann.

Die Autorin der Masterthesis ging außerdem davon aus, dass die Klienten im aBW durch die engmaschige psychosoziale Hilfestellung weniger psychisch belastet sind als Klienten, die nicht im Rahmen des aBW betreut werden (Hypothese 1.2). Diese Annahme muss verworfen werden. Während die aBW-Klienten aufgrund von  $T_{GSI} = 64,03$  als psychisch auffällig belastet gelten, trifft dies auf die Klienten ohne aBW mit  $T_{GSI} = 61,83$  nicht zu. Die Klienten ohne aBW sind des Weiteren auf der Skala „Depressivität“ psychisch auffällig belastet ( $T_{Depressivität} = 63,08$ ), ebenso die aBW-Klienten ( $T_{Depressivität} = 64,31$ ). Letztere zeigen jedoch auf sieben weiteren Skalen der BSCL klinische Auffälligkeiten, die Klienten ohne aBW lediglich auf zwei und beim GSI. Im Durchschnitt sind die Klienten ohne aBW in dieser Stichprobe folglich psychisch weniger belastet als die Klienten mit aBW und haben auf allen BSCL-Skalen niedrigere Werte (siehe Tab.11, S.73).



### T-Mittelwerte beider Klientengruppen auf den Skalen der BSCL und zum GSI

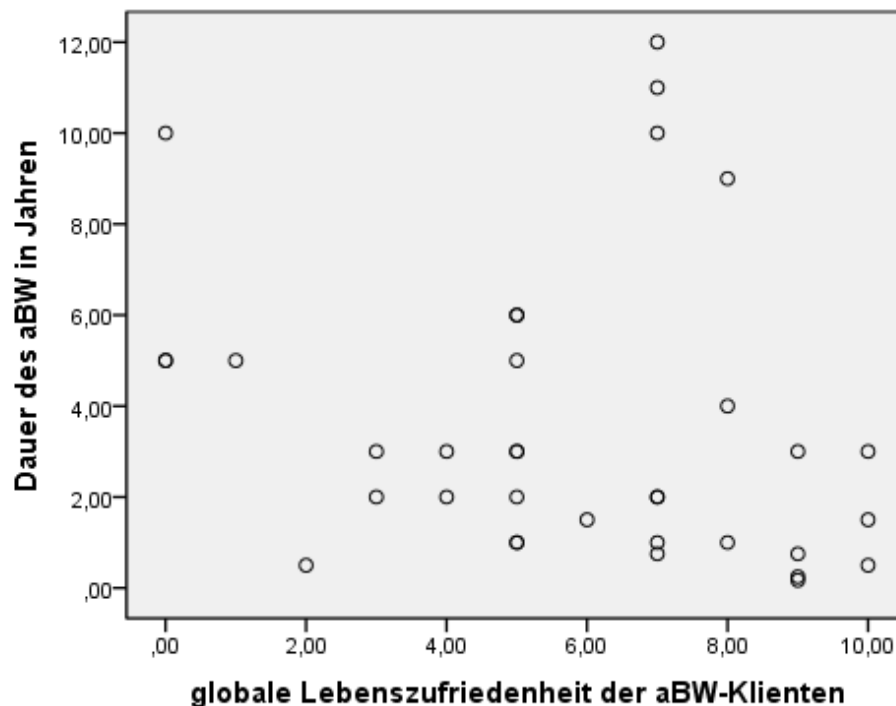


Tab.11

Hinsichtlich der Lebenszufriedenheit der beiden Untergruppen der Gesamtstichprobe wurde von der Autorin angenommen, dass die Klienten im aBW eine höhere Lebenszufriedenheit haben als die Klienten ohne aBW. Für die globale Lebenszufriedenheit kann diese Annahme bestätigt werden, es besteht eine Mittelwertdifferenz von 0,85. Was die bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten angeht, gibt es bei den Ergebnissen kaum nennenswerte Unterschiede. Insgesamt konnten auf allen Skalen (inklusive der globalen Lebenszufriedenheit) keine signifikanten Unterschiede ermittelt werden, was dafür spricht, dass die Ergebnisse nicht auf eine allgemeine Grundgesamtheit übertragen werden können. Bei der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Verfassung wurde ursprünglich vermutet, dass sie bei den Klienten ohne aBW höher ist, doch auch hier sind die Werte fast gleich. Addiert man die Skalenmittelwerte der Subskalen „Körper und Psyche“, kommen die aBW-Klienten auf 10,50 und die Klienten ohne ambulante Betreuung auf 10,46 Punkte.

Des Weiteren formulierte die Autorin die Hypothese 2.1, die lautet: Je länger eine Person im aBW ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Diese Hypothese muss verworfen werden. Der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ( $r_s$ ) ergab bei der einseitigen Testung einen Wert von -0,33, was für einen schwachen negativen(!) linearen Zusammenhang zwischen

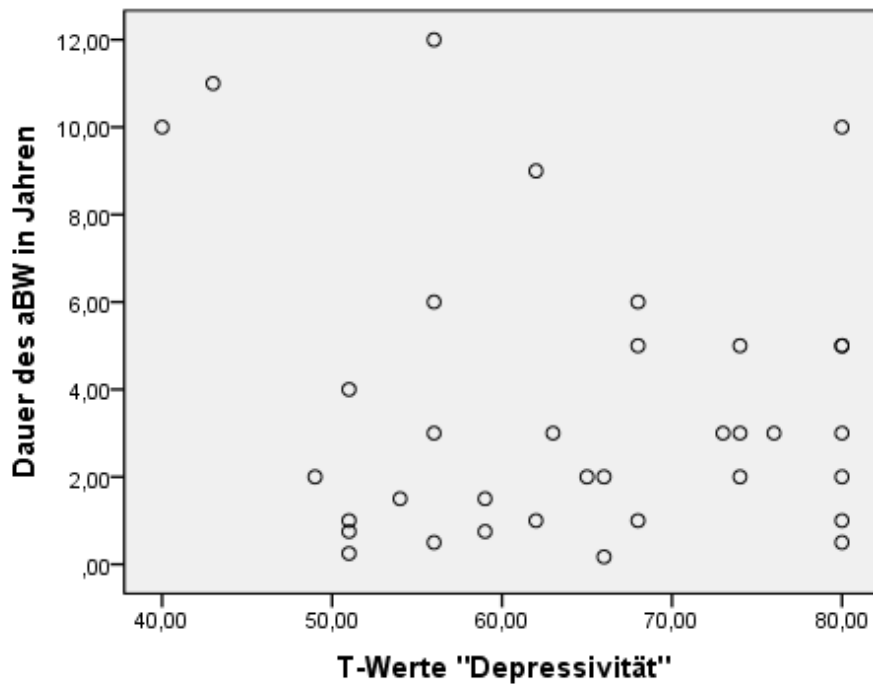
der Dauer des aBW und der globalen Lebenszufriedenheit spricht. Dieser Wert ist signifikant ( $p=0,03$ ). Das Scatterplot stellt sich wie folgt dar (Tab. 12):



Tab.12

Auch zwischen der Dauer des aBW und den bereichsspezifischen Lebenszufriedenheiten liegen statistisch gesehen keine positiven Korrelationen vor.

Es wurde zudem ein negativer Zusammenhang zwischen der Dauer des aBW und der psychischen Belastung der Suchtklienten vermutet, nämlich: „Je länger eine Person im Rahmen des aBW betreut wird, desto geringer ist ihre psychische Belastung allgemein und auf ausgewählten Skalen der BSCL („Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“).“ Diese Hypothese muss für alle 1-seitig getesteten Zusammenhänge verworfen werden. Beim Zusammenhang „Dauer aBW“ und „T<sub>GSI</sub>“ beträgt der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman 0,09. Dieser Wert ist mit  $p=0,33$  nicht signifikant. Bei „Dauer aBW“ und „T<sub>Ängstlichkeit</sub>“ lauten die Werte  $r_s=0,07$  und  $p=0,48$ , bei „Dauer aBW“ und „T<sub>Depressivität</sub>“  $r_s=0,05$ ,  $p=0,39$ . Die Korrelation „Dauer aBW“ und „T<sub>Zwanghaftigkeit</sub>“ kommt auf  $r_s=0,03$  und  $p=0,44$ . In allen Fällen besteht eine extrem schwache, positive (!) lineare Korrelation, die nicht signifikant ist. Wie sich eine solche Verteilung graphisch darstellt, zeigt das exemplarisch ausgewählte Scatterplot zu „Dauer des aBW und „T<sub>Depressivität</sub>“ (Tab.13)



Tab.13

Interessehalber wurde dann zusätzlich der Pearson-Korrelationskoeffizient ausgewertet (da intervallskalierte Variablen betrachtet werden, sollte seine Verwendung trotz keiner Normalverteilung in Ordnung sein): Dieser berechnet im Gegensatz zum Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman zwar jeweils eine negative Korrelation, jedoch sind auch diese Korrelationskoeffizienten extrem niedrig (von  $r = -0,06$  bis  $r = -0,15$ ) und nicht signifikant. Eine negative lineare Korrelation kann folglich auch hier für keine der vorgeschlagenen Konstellationen angenommen werden.

Es wurde nachfolgend verglichen, ob sich die Mittelwerte der Lebenszufriedenheit unter den verschiedenen Gruppen der Variable „Beziehung“ unterscheiden. Gemäß der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Lebenszufriedenheit und sozialer Unterstützung wurde angenommen, dass Suchtklienten, die sich in einem partnerschaftlichen Bezugssystem befinden, zufriedener mit ihrem Leben sind als alleinstehende Klienten. Betrachtet man Tabelle 14 (siehe S.76), wird ersichtlich, dass verheiratete Personen in der Gesamtstichprobe ( $N=60$ ) überwiegend höhere Mittelwerte in den einzelnen Zufriedenheitsbereichen haben als alleinstehende Personen, aber auch als Menschen in einer festen Beziehung. Die höchsten Mittelwerte auf fast allen Skalen außer der Skala „Alltag“ erzielte jedoch die kleine Gruppe ( $n$  bzw.  $H=4$ ) der von ihren Ehepartnern getrennt Lebenden. Geschiedene Klienten weisen auf drei von fünf Skalen die niedrigsten Werte aller Gruppen auf.

Signifikant ist keiner dieser Gruppenunterschiede. Am nächsten am 5%- Signifikanzniveau sind die Skalen „Alltag“ und „Sozialleben“ mit jeweils  $p=0,14$ .

<b>Beziehungsstatus und Lebenszufriedenheit</b>						
<b>Beziehungsstatus</b>		Skala "Körper"	Skala "Psyche"	Skala "Alltag"	Skala "Sozial- leben"	globale Lebenszu- friedenheit
alleinstehend	Mittelwert	5,58	4,72	4,60	4,13	5,00
	H	24	24	24	24	24
	Standardabweichung	2,45	2,84	2,13	2,67	3,18
In einer festen Beziehung	Mittelwert	5,13	4,56	4,37	5,78	5,25
	H	12	12	12	12	12
	Standardabweichung	2,61	3,05	2,64	2,97	3,74
Verheiratet	Mittelwert	6,27	5,67	6,56	5,31	5,78
	H	9	9	9	9	9
	Standardabweichung	2,11	2,94	2,27	2,76	2,86
Verheiratet- getrennt lebend	Mittelwert	7,15	6,75	5,85	6,05	7,50
	H	4	4	4	4	4
	Standardabweichung	3,19	2,64	2,08	1,93	2,89
Geschieden	Mittelwert	5,22	4,11	4,67	3,60	5,45
	H	11	11	11	11	11
	Standardabweichung	1,83	2,29	1,48	1,41	2,25

Tab. 14

Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit sind laut aktuellem Forschungsstand entscheidende Einflussfaktoren auf die individuelle Lebenszufriedenheit. In einem Beschäftigungsverhältnis auf dem ersten Arbeitsmarkt sind in der untersuchten Studienpopulation (N=60) lediglich sechs Personen. Vergleicht man deren Subskalenmittelwerte zur Lebenszufriedenheit mit denen der 35 Klienten, die in keinem Beschäftigungsverhältnis stehen, haben sie auf allen Skalen niedrigere Werte. Auch Klienten, die im Rahmen des SGB II-Leistungsbezugs in einem „1€-Job“ beschäftigt sind (n=7), zeigen im Besonderen auf den Skalen „Psyche“ und „globale Lebenszufriedenheit“ eindeutig höhere Werte als die auf dem 1. Arbeitsmarkt Berufstätigen. Dass diese Gruppenunterschiede auch in einer Grundgesamtheit gültig sind, ist gemäß

Varianzanalyse und T-Test für die Gruppen „mit Beschäftigung“ und „ohne Beschäftigung“ äußerst unwahrscheinlich, die Ergebnisse ergo nicht signifikant.

Die Hypothese „Je weniger psychisch belastet sich eine Person fühlt, desto größer ist ihre angegebene globale und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit.“ wurde für  $n=54$  überprüft und kann für alle einseitig getesteten Konstellationen angenommen werden. Die negative Korrelation zwischen  $T_{GSI}$  und dem Mittelwert der Skala „Psyche“ hat mit  $r_s = -0,81$  den höchsten Wert und ist wie alle anderen überprüften Korrelationen signifikant auf dem 1%-Signifikanzniveau. Bei  $T_{GSI}$  und der Skala „Körper“ beträgt der  $r_s$   $-0,75$ , bei  $T_{GSI}$  und der globalen Lebenszufriedenheit  $-0,70$ . Alle drei Rangkorrelationskoeffizienten sprechen für einen starken linearen Zusammenhang zwischen  $T_{GSI}$  und der jeweiligen Variable ( $|\text{Corr}(X, Y)| > 0,7$ : nach Hain, n.d.).

Die Rangkorrelationskoeffizienten der Skalen „Alltag“ und „Sozialleben“ mit dem T-Wert des GSI betragen  $-0,66$  bzw.  $-0,53$  und weisen auf einen schwachen linearen Zusammenhang hin ( $0,3 < |\text{Corr}(X, Y)| < 0,7$ : nach Hain, n.d.).

Die starke negative Korrelation soll im nachfolgenden Streudiagramm exemplarisch für  $T_{GSI}$  und die Skala „Psyche“ veranschaulicht werden (Tab.15, S.78):



demnach vorhanden. Im Vergleich zur Normbevölkerung (Spinath & Hahn, 2013; Enste & Ewers, 2014) liegt dieses jedoch sicherlich unter dem Durchschnitt und auch verglichen mit körperlich kranken Personen sind die Suchtkranken lebensunzufriedener (Reimer et al., 2002). Diese Ergebnisse sind nicht weiter überraschend, vielmehr decken sie sich mit der Forschungslage zur Lebenszufriedenheit von seelisch kranken Menschen. Es bestätigt einmal mehr, dass Sucht und psychische Erkrankungen mit all ihren bio-psycho-sozialen Folgeerscheinungen individuelle Lebenszufriedenheit dauerhaft beeinträchtigen und somit Betroffene in ihrer Lebensführung benachteiligt sind. Hilfsangebote des modernen Suchthilfesystems sollten daher nicht nur die Behandlung der Suchterkrankung und der psychischen Komorbiditäten in den anfänglichen Fokus nehmen, sondern ebenso Hilfestellung in den davon negativ beeinflussten Lebensbereichen anbieten. Das Wohlbefinden des Einzelnen zu steigern kann und sollte immer globale Zielsetzung von suchtherapeutischen Interventionen sein. Nur so kann es gelingen, dass ein Mensch trotz Suchtproblematik, psychischer Belastung und ggf. anhaltendem Suchtmittelkonsum ein würdevolles, weil ihn zufriedenstellendes Leben führen kann. Abstinenz als langfristiges Behandlungsziel scheint in diesem Kontext erstrebenswert, da unter der vorliegenden Studienpopulation zum Zeitpunkt der Befragung abstinent lebende Klienten bei dem Item „globale Lebenszufriedenheit“ und auf der Subskala „Körper“ um immerhin 1 Punkt lebenszufriedener waren als gegenwärtig nicht abstinent lebende Personen.

Bei der Fragestellung, wie sich die Mittelwerte zur Lebenszufriedenheit in den unterschiedlichen Kategorien der Dauer der Suchterkrankung verhalten, wurde etwas überraschend festgehalten, dass die am längsten an einer Sucht erkrankten Personen fast immer die höchsten Zufriedenheitsmittelwerte angaben. Die am kürzesten erkrankten Klienten (Sucht besteht seit bis zu 10 Jahren) hatten (weniger überraschend!) meistens die zweithöchsten Werte. Man hätte nun aber eher annehmen können, dass gerade diese Kategorie der vergleichsweise kurz Erkrankten die höchsten Werte erzielt und die Gruppe „länger als 30 Jahre“ von der Sucht betroffen die niedrigsten. Wie kann dieses Phänomen erklärt werden, wenn man davon ausgeht, dass eine Suchterkrankung negativen Einfluss auf die individuelle Lebenszufriedenheit hat? Dass die Gruppe „0-10 Jahre“ (n=20) relativ hohe Zufriedenheitswerte aufweist, könnte mitunter daran liegen, dass sich ihre Suchtproblematik noch nicht ganz so stark chronifiziert hat wie bei den anderen drei Gruppen. Vermutlich blicken Personen dieser Gruppe optimistischer in die Zukunft, da die Sucht ihr Leben vergleichsweise kurz beeinträchtigt und ihnen prognostisch erfolgreichere Behandlungschancen zugesprochen werden. Bei der Gruppe der „länger als 30 Jahre“ suchtkranken Personen muss anders argumentiert werden:

Wahrscheinlich ist, dass diese Klientengruppe sehr erfahren im Umgang mit ihrer Krankheit (Item 18 bei der MLDL: Mittelwert: 8,00) ist, sich irgendwie damit „arrangiert“ hat, suchtkrank zu sein und ggf. für vieles dankbar ist, was sie dennoch in ihrem Leben haben. In diesem Zusammenhang spielt sicherlich auch das im früheren Verlauf der Masterthesis angesprochene „Zufriedenheitsparadox“ eine Rolle.

Des Weiteren hat diese Gruppe mit 56,25 Jahren den höchsten Altersdurchschnitt. In einer Zusammenfassung von 13 Studien wurde ermittelt, dass Menschen mit steigendem Alter tendenziell lebenszufriedener sind (Dette, 2005; Fahrenberg et al., 2000). Dies könnte ebenfalls eine Erklärung für die höchsten Mittelwerte unter den Vergleichsgruppen sein. Konträr dazu verhält sich das Studienergebnis von Enste und Ewers (2014), die auf Deutschland bezogen herausfanden, dass Personen im Alter zwischen 50 und 60 Jahren sowie Menschen über 80 Jahren im Durchschnitt am unzufriedensten sind.

Natürlich muss kritisch angemerkt werden, dass die Kategorie „länger als 30 Jahre“ die kleinste Personenanzahl umfasst, nämlich  $n=8$ . In der Kategorie „0-10 Jahre“ sind 20 Personen, bei „11-20 Jahre“ 12 und bei „21-30 Jahren“ 16 Personen erfasst. Hätte man also eine größere Anzahl an Klienten mit dem Suchterkrankung-Profil „länger als 30 Jahre erkrankt“ befragt, wäre ggf. ein anderer Durchschnittswert heraus gekommen. Zudem ist klar: die individuelle Lebenszufriedenheit ist ein komplexes Konstrukt, welches, wie im Theorieteil erörtert, von so vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Um eine annähernd valide Erklärung für die benannten Ergebnisse zu bekommen, müsste man sämtliche relevanten Einflussvariablen auf die Lebenszufriedenheit für die einzelnen Kategorien eruieren. So bekäme man eine genauere Vorstellung der verschiedenen Lebenskonstellationen und könnte Rückschlüsse ziehen, was neben der Dauer der Suchterkrankung ausschlaggebend für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit sein könnte. Das statistische Mittel der Wahl wäre hierfür die Regressionsanalyse. Abschließend festgehalten werden muss auch, dass keiner der Gruppenunterschiede signifikant auf dem 5%-Niveau war. So ist das oben Beschriebene zwar für diese (kleine) Studienpopulation interessant, jedoch nicht übertragbar auf eine Grundgesamtheit.

Die Annahme, dass Suchtklienten psychisch auffällig belastet sind, konnte für die Gesamtstichprobe dieser Studie bestätigt werden. Überraschend war dabei etwas, dass neben dem GSI-Wert lediglich die Skala „Depressivität“ größer als 63 war und somit als „psychisch auffällig belastet“ definiert werden kann. Bei Menschen mit einer jahrelangen



Suchtmittelabhängigkeit hätte man eine höhere psychische Belastung auf mehreren Ebenen vermuten können.

Betrachtet man die beiden Untergruppen der Gesamtstichprobe, wird klar, warum das so ist. Gerade die Klienten ohne aBW zeigen sich gesundheitlich relativ fit und deutlich weniger auffällig psychisch belastet als die Klienten des aBW. Angesichts der Ergebnisse aus der Vergleichstabelle zu den personenbezogenen Daten aus Punkt 6.3 ist das nicht verwunderlich: Die Gruppe der Klienten ohne aBW wirkt sozial besser integriert, hat einen höheren Bildungsstand, kaum Beikonsum zur Hauptsubstanz Alkohol und ist im Durchschnitt kürzer suchtkrank- alles Faktoren, die sich positiv auf die gesundheitliche Verfassung auswirken können<sup>2</sup>. Die Klienten, die aktuell im aBW betreut werden, scheinen grundsätzlich von ungünstigeren Lebenskonstellationen und einer dysfunktionaleren Psychodynamik betroffen zu sein als die Vergleichsgruppe der Klienten ohne aBW.

Es sollte jedoch berücksichtigt werden, dass die Stichproben beider Klientengruppen ziemlich klein sind und lediglich Durchschnittswerte miteinander verglichen wurden. Betrachtet man Einzelfälle, gab es sowohl unter den Klienten ohne aBW psychisch höchst belastete Personen als auch unter den aBW-Klienten gering Belastete.

Die ursprüngliche Hypothese, dass aBW-Klienten mit ihrem Leben allgemein und in den abgefragten Bereichen zufriedener sind als Klienten, die nicht in einem solchen Rahmen betreut werden, konnte statistisch nicht eindeutig bestätigt werden. Vielmehr befinden sich beide Personengruppen auf einem ähnlichen Lebenszufriedenheitsniveau. Was heißt dieses Ergebnis nun für den möglichen anteiligen, positiven Effekt des aBW auf die Lebenszufriedenheit, den die Autorin mit ihrer Hypothese impliziert hatte? Mit Blick auf die eben beschriebenen Ergebnisse, scheint dieser eher marginal bzw. nicht wirklich eindeutig zu sein. Doch ganz so einfach darf man es sich bei der Betrachtung nicht machen. Nach Auffassung der Autorin ist es ratsam, erneut die Vergleichstabelle zu den personenbezogenen Daten aus Punkt 6.3 in die Interpretation der Ergebnisse mit einzubeziehen. Sie hilft, die unterschiedlichen Lebenskontexte der beiden Klientengruppen zu berücksichtigen und zeigt dabei gravierende Unterschiede zwischen ihnen bei wissenschaftlich erwiesenen Einflussvariablen auf das Konzept der Lebenszufriedenheit. Der theoretische Forschungsstand betont bekanntlich die Bedeutung von wahrgenommener sozialer Unterstützung (Ehe, Partnerschaft, Freunde...) und Erwerbstätigkeit bzw. Arbeitslosigkeit für die individuelle Lebenszufriedenheit. In beiden

---

<sup>2</sup> Näheres zu Unterschieden zwischen den Klientengruppen anhand der Vergleichstabelle, siehe unten.

Punkten haben die Klienten ohne aBW laut Tabelle eine positivere Ausgangsposition, ebenso was den Bildungsstand und die aktuelle Einkommenssituation angeht. Außerdem sind sie im Durchschnitt weniger lang suchtkrank und der Beikonsum zur Hauptsubstanz Alkohol war bzw. ist bei ihnen weniger ausgeprägt als bei den aBW-Klienten.

Vor diesem Hintergrund sollte die Wirksamkeit des aBW auf die Lebenszufriedenheit neu beurteilt werden: Obwohl sich die Mehrheit der aBW-Klienten in einer Lebenssituation befindet, deren Rahmenbedingungen die Lebenszufriedenheit überwiegend negativ beeinflussen, zeigen sie ähnliche, vereinzelt sogar bessere Werte (globale Lebenszufriedenheit und „Psyche“) als die Klienten ohne aBW. Letztere sind mehrheitlich in einer besseren Lage, zumindest was Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, Bildung und Suchterkrankung angeht. Zwischen dieser Tatsache und der personenbezogenen Hilfestellung des aBW sieht die Autorin einen positiven Zusammenhang. Nämlich, dass Menschen trotz komplexen und zeitüberdauernden Problemlagen durch die gezielte psychosoziale Unterstützung des aBW in sämtlichen Lebensbereichen ein relativ zufriedenstellendes Leben führen können. Betont werden soll an dieser Stelle nochmal, dass bei der globalen Lebenszufriedenheit 45,7% der Klientel des aBW angegeben hat, mit dem eigenen Leben „eher bis ziemlich zufrieden“ zu sein. Mit dem Wissen um die Lebens- und Suchtgeschichten dieser Menschen sowie den anhaltenden „daily hassles“ dieser Zielgruppe ist das durchaus ein erfreuliches Ergebnis.

Ein weiterer Hinweis darauf, dass aBW einen Effekt auf die individuelle Lebenszufriedenheit der Leistungsbezieher hat, ist das homogenere Antwortverhalten der aBW-Klienten zur globalen Lebenszufriedenheit, welches bereits unter 6.5. thematisiert wurde. Suchtkranke Personen, die dieselbe professionelle Hilfestellung erhalten, haben demnach eine ähnlichere Ausprägung an allgemeiner Lebenszufriedenheit als suchtkranke Personen ohne eine solche Hilfe. Außerdem darf in dieser Argumentationslinie nicht die positive Rückmeldung der Nutzer und Nutzerinnen zur Wirksamkeit des aBW aus Punkt 6.1 vernachlässigt werden. Gerade in den Bereichen körperliche und psychische Verfassung sowie beim Umgang mit Suchtmitteln und bei der Selbstständigkeit im Alltag konstatierte die Mehrheit der befragten Personen positive Veränderungen während des laufenden Betreuungszeitraums. Ein Umstand, der sich sicherlich positiv auf die Lebenszufriedenheit des Einzelnen auswirken kann.

Prinzipiell muss kritisiert werden, dass die beiden Klientengruppen sich in wichtigen Einflussfaktoren auf die Lebenszufriedenheit zu sehr unterscheiden. Um eine bessere Aussage über den Effekt der Maßnahme des aBW treffen zu können, hätte die Vergleichsgruppe der

Klienten ohne aBW den aBW-Klienten in wesentlichen Merkmalen ähnlicher sein und im Sinne der Parallelisierung differenzierter ausgewählt werden müssen.

Eine linear verlaufende, positive Korrelation zwischen der Betreuungsdauer im aBW und der globalen Lebenszufriedenheit konnte statistisch nicht nachgewiesen werden. Betrachtet man das Streudiagramm aus Tabelle 12 wird klar, warum das so ist. Es fällt auf, dass Personen, die erst bis zu zwei Jahren im aBW betreut werden, recht hohe Werte bei der allgemeinen Lebenszufriedenheit erzielen. Ebenso zeigen vier der fünf Langzeitbetreuten solide Zufriedenheitswerte zwischen 7 und 8 Punkten. Nur eine Person, die bereits seit 10 Jahren im aBW betreut wird, gab ihre globale Lebenszufriedenheit mit 0 Punkten ab. Aus diesen Gründen kann es keine lineare Steigung und auch keine positive Korrelation geben. Wie lange eine Person im aBW ist und wie zufrieden sie mit dem eigenen Leben ist, hängt augenscheinlich nicht besonders stark miteinander zusammen. Denkt man an das multifaktorielle Modell zum Konstrukt der Lebenszufriedenheit zurück, macht diese Erkenntnis durchaus Sinn. Lebenszufriedenheit wird durch so viele unterschiedliche Einflussvariablen bestimmt, ob die Dauer des aBW eine davon ist, kann mit einer Korrelationstestung nicht ausreichend eruiert werden.

Die psychische Belastung einer Person und die Dauer des aBW sind nicht negativ miteinander korreliert, wie ursprünglich von der Autorin angenommen. Das wurde für die T-Werte der Skalen „Ängstlichkeit“, „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“ sowie für den  $T_{GSI}$  statistisch nachgewiesen. Daraus lässt sich schließen, dass der Zeitraum, wie lange jemand durch das aBW betreut wird, nicht ausschlaggebend für die aktuelle (!) psychische Verfassung ist. Es verhält sich ähnlich wie bei der Korrelationstestung mit der globalen Lebenszufriedenheit: Ein linearer negativer Zusammenhang kann deshalb nicht gegeben sein, da es auf allen Skalen „Ausreißerwerte“ gibt. So kommt es vor, dass einige Klienten, die erst kurz im aBW sind (unter 2 Jahren), eine geringere psychische Belastung empfinden als länger betreute Personen. Das Streudiagramm aus Tabelle 13 macht dieses Phänomen deutlich. Es zeigt aber auch, dass von fünf Klienten, die zwischen 9 bis 12 Jahren durch das aBW betreut werden, drei auf der Skala „Depressivität“ im subklinischen Auffälligkeitsbereich liegen. Dieses Ergebnis findet sich auch auf den Skalen „Ängstlichkeit“ und „Zwanghaftigkeit“ sowie beim GSI wider.

Erklären kann man diese Ergebnisse damit, dass Suchtklienten mit einer langen Verweildauer im aBW grundsätzlich psychopathologisch besonders auffällig und psychisch belastet sind, so dass sie per se eine zeitlich überdauernd angelegte professionelle Begleitung benötigen. Die psychischen Belastungen dieser Klientel sind mitunter so manifestiert oder werden im

Alltagsleben so häufig reaktiviert, dass ihre Ausprägungen unabhängig von der Dauer der Hilfestellung des aBW sind und sich nicht zwangsläufig dadurch verbessern, je länger eine Person im aBW ist.

Die BSCL fragt außerdem nach der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung von 53 Symptomen in den letzten sieben Tagen. Dieser Zeitfaktor kann eine nicht unerhebliche Rolle bei der Bewertung spielen und den potentiellen Einfluss der Dauer des aBW mindern. Nehmen wir an, dass ein Suchtklient, der seit sechs Jahren im Rahmen des aBW betreut wird, in den letzten sieben Tage vor Ausfüllen der BSCL verstärkt Stress- und Negativerlebnisse gehabt hat. Es ist doch durchaus möglich, dass die kürzlich erlebten Belastungen größeren Einfluss auf die Bewertung seiner aktuellen seelischen Verfassung haben als die Tatsache, dass er seit sechs Jahren professionell begleitet wird.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass weder zwischen der Lebenszufriedenheit und der Dauer des aBW noch zwischen der gesundheitlichen Verfassung und der Dauer des aBW ein linearer Zusammenhang besteht. Das heißt aber nicht zwangsläufig, dass sich die jeweiligen Variablen nicht doch auf eine Weise gegenseitig beeinflussen können, die sich nicht in einem linearen Zusammenhang niederschlägt (Brosius, 2014). Genau wie Lebenszufriedenheit ist auch die seelische Verfassung eines Menschen ein äußerst komplexes Konstrukt, welches durch verschiedenste Faktoren bedingt wird. Die Dauer einer psychosozialen Hilfemaßnahme kann dabei, wenn überhaupt, nur einen (kleinen?) prozentualen Anteil ausmachen. Um dazu Näheres herauszufinden, scheint die Berechnung von Korrelationskoeffizienten, die lediglich einen linearen Zusammenhang zwischen zwei Variablen messen, nicht das richtige statistische Verfahren zu sein.

Die Autorin beschäftigte sich des Weiteren damit, ob aktuelle Forschungsergebnisse zur Lebenszufriedenheit und ihren korrelierenden Variablen auch für die Zielgruppe der suchtkranken Menschen gelten. So wurde die Bedeutung von Partnerschaft und Erwerbstätigkeit für die Lebenszufriedenheit näher betrachtet. Hier wurden keine Korrelationen getestet, sondern lediglich die Mittelwerte der einzelnen Kategorien miteinander verglichen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass eine Partnerschaft bzw. ein Beschäftigungsverhältnis bei suchtkranken Menschen nicht die entscheidenden Faktoren für das Ausmaß an Lebenszufriedenheit zu sein scheinen. Bei der Partnerschaft weisen v.a. die hohen Werte der getrennt Lebenden darauf hin. Hier muss jedoch vor einer Überinterpretation dieses Phänomens gewarnt werden: Die vom Ehepartner getrennt Lebenden repräsentieren mit  $n=4$  die kleinste Gruppe. Die Gruppe der verheirateten Suchtklienten ist mit  $n=9$  hingegen mehr als doppelt so

groß. Sie hat v.a. auf den Skalen „Alltag“ und „Sozialleben“ eindeutig höhere Werte als die Gruppe der Alleinstehenden (n=24). Dies könnte dafür sprechen, dass sich eine Ehe auch bei suchtkranken Personen durchaus positiv auf bereichsspezifische Lebenszufriedenheiten auswirkt.

Dass die Mittelwerte von den alleinstehenden und geschiedenen Personen nicht wirklich gravierend von denen der Klienten in einer festen Beziehung abweichen, könnte mit dem Stichwort der „Beziehungsqualität“ erklärt werden, welches bereits unter dem Punkt 3.7.1 angesprochen wurde. Nur, weil jemand in einer Partnerschaft ist, heißt das ja nicht automatisch, dass diese eine Quelle von Freude, positivem Zuspruch und subjektivem Wohlbefinden sein muss. Gerade von Menschen mit einer Suchtmittelproblematik ist bekannt, dass sie sich häufig in schwierigen bis dysfunktionalen Beziehungskonstellationen befinden (Schay, 2011), die pathogene Verhaltensmuster verstärken und die individuelle Lebensqualität beeinträchtigen können. Hier ist eine Besonderheit in der Lebenssituation von suchtkranken Menschen im Vergleich zur Normalbevölkerung zu sehen: Soziale Beziehungen sind in den meisten Fällen per se belastet und kompliziert und haben dadurch evtl. nicht den Stellenwert für die individuelle Lebenszufriedenheit wie bei einem gesunden Durchschnittsbürger.

Dass bei der untersuchten Stichprobe suchtkranke Personen in einem Beschäftigungsverhältnis ähnliche bzw. kleinere Lebenszufriedenheitswerte haben als suchtkranke Personen ohne irgendeine Beschäftigung oder tagesstrukturierende Maßnahme könnte daran liegen, dass die meisten dieser Beschäftigungsverhältnisse entweder im Rahmen des 2. Arbeitsmarktes stattfinden oder Mini- bzw. Gelegenheitsjobs sind. D.h., dass all diese Personen trotz Erwerbstätigkeit finanziell im sozialstaatlichen Leistungsbezug sind und nicht unabhängig ihren Lebensunterhalt bestreiten- eine Tatsache, die nicht unerheblich für die Korrelation von Lebenszufriedenheit und Erwerbstätigkeit ist. Hinzu kommt, dass die Tätigkeiten oft nicht als sonderlich sinnstiftend und befriedigend empfunden werden. Bei den sechs Personen, die nach eigener Angabe auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sind und im Durchschnitt ein eher niedriges Lebenszufriedenheitsniveau haben, könnte eine Rolle spielen, dass sie unzufrieden mit ihrer Tätigkeit sind, der Arbeitsplatz durch die Suchterkrankung möglicherweise gefährdet ist oder aber dass Stress am Arbeitsplatz das Suchtverhalten fördert und aufrecht erhält. Die Erwerbstätigkeit wäre in solchen Fällen jedenfalls negativ konnotiert.

Fakt ist außerdem, dass die meisten der befragten Klienten seit mindestens ein bis zwei Jahrzehnten suchtkrank und viele seit langem aus dem regulären Erwerbsleben ausgeschieden sind. Der Wunsch nach Berufstätigkeit und eigenem Einkommen ist zwar immer wieder da,

jedoch hat man sich an die eigene Lebenssituation gewöhnt („Wohlbefindens-/Zufriedenheitsparadox“). Auch hier darf vermutet werden, dass Erwerbstätigkeit und Langzeitarbeitslosigkeit bei chronisch suchtkranken Menschen womöglich nicht die Effekte auf das Konstrukt „Lebenszufriedenheit“ haben wie bei der Normalbevölkerung. Hinzu kommt, dass die Anzahl der Personen in den meisten Kategorien ungleichmäßig verteilt ist- ein Faktor, der den Wahrheitsgehalt der Ergebnisse ebenfalls negativ beeinflussen könnte.

Dass die empfundene gesundheitliche Belastung der befragten suchtkranken Personen mit ihrer Lebenszufriedenheit negativ korreliert, kam für die Autorin wenig überraschend. Das Ergebnis spiegelt den Forschungsstand zum Einfluss von seelischen Erkrankungen und körperlichem Befinden auf die individuelle Lebenszufriedenheit wider. Besonders der starke lineare Zusammenhang zwischen dem T<sub>GSI</sub> und der bereichsspezifischen Lebenszufriedenheit auf den Skalen „Psyche“ und „Körper“ bestätigt die Eingangsvermutung der Autorin, dass die gesundheitliche Verfassung einer Person, allen voran die seelische, entscheidend mit der Lebenszufriedenheit korreliert ist. Ob die Variablen für die untersuchte Stichprobe kausal miteinander zusammenhängen, muss mit anderen statistischen Verfahren eruiert werden. Die Korrelationstestung gibt darauf lediglich einen ersten Hinweis.

Die oben gemachten Ausführungen stellen Erklärungs- und Interpretationsansätze dar. Sie sind abgeleitet aus Kenntnissen zum aktuellen Forschungsstand sowie praktischen Erfahrungen und sollen Impulsgeber für weitere Diskussionen zu den Thematiken „Lebenszufriedenheit und gesundheitliche Verfassung von Suchtkranken“ und „aBW bei seelisch kranken Menschen“ sein. Sie machen außerdem deutlich, dass die durchgeführte Befragung ähnliche Mängel aufweist wie bereits veröffentlichte Wirksamkeitsstudien zum aBW bei seelisch kranken Menschen, allen voran die geringe Generalisierbarkeit der Ergebnisse mit einem kleinen Evidenzgrad und die unzureichende Parallelisierung und Nutzung der Kontrollgruppe (vgl. Punkt 2.1, S.17).

## 8. Zusammenfassung

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit der Lebenszufriedenheit von suchtkranken Menschen im aBW und suchtkranken Personen ohne eine solche ambulante Betreuung. Im theoretischen Teil war es der Autorin daher wichtig, neben dem Forschungsstand zur Lebenszufriedenheit auch die theoretischen Grundlagen des aBW darzustellen, erste Forschungsergebnisse zur Wirksamkeit zu präsentieren und auf die Besonderheiten dieser

personenzentrierten Hilfestellung hinzuweisen. Es wurde deutlich, dass das aBW als ein komplexes, weil stark individualisiertes und sämtliche Lebensbereiche einer Person umfassendes Arbeitsfeld gewertet werden kann, welches die professionellen Helfer vor multiple Herausforderungen stellt. Wohlbefinden und individuelle Lebenszufriedenheit zu fördern sollte dabei stets eine übergeordnete Zielsetzung in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem Leistungsberechtigten sein.

Im Anschluss an die Ausführungen zum aBW wurden zunächst die Begriffe „Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit“ beleuchtet, ausgewählte theoretische Modelle dazu vorgestellt und in diesem Zusammenhang Lebenszufriedenheit als kognitive Komponente von subjektivem Wohlbefinden eingeführt.

Das Konzept der Lebenszufriedenheit ist wie die Suchterkrankung multifaktoriell, seine „Entstehung“ also nur unter Einbezug vieler verschiedener Faktoren nachzuvollziehen. Relevante soziodemographische und externe Faktoren sowie personenbezogene Einflussvariablen wurden beschrieben und ihre jeweilige statistische Beziehung zur Lebenszufriedenheit gemäß aktuellem Forschungsstand diskutiert. Starke Effekte auf die Lebenszufriedenheit haben demnach soziale Beziehungen, Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit, genetische Anlagen sowie die individuelle Persönlichkeitsstruktur einer Person. Der Einfluss von körperlicher und seelischer Gesundheit wird kontrovers diskutiert, fachliche Einigkeit herrscht aber dahingehend, dass die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert ist.

Im empirischen Teil der Masterarbeit stand die Beschreibung und Auswertung der eigenen Studie zur Lebenszufriedenheit von suchtkranken Menschen mit und ohne aBW im Mittelpunkt. Hierzu wurden in einem vierwöchigen Zeitraum insgesamt 60 Klienten und Klientinnen der Caritas Fachambulanz für Suchtkranke in Wiesbaden befragt, davon 35 Personen, die aktuell im Rahmen des aBW betreut werden.

Als Erhebungsinstrumente kamen die BSCL (gesundheitliche Verfassung), die MLDL (Lebenszufriedenheit) sowie ein selbst konzipierter Fragenteil zu personenbezogenen Daten und zur Maßnahme des aBW zum Einsatz. Aus dem theoretischen Forschungsstand heraus wurden Fragestellungen und Hypothesen für die untersuchte Studienpopulation abgeleitet und mit im Methodenteil vorgestellten statistischen Verfahren ausgewertet bzw. überprüft. Im Ergebnisteil zur deskriptiven Statistik finden sich personenbezogene Informationen zur untersuchten Stichprobe sowie Angaben zu Mittelwerten, Medianen, Minima, Maxima und

Standardabweichungen auf den Skalen der BSCL und der MLDL. Bei der BSCL wurden, wie im BSI-Manual empfohlen, standardisierte T-Werte gebildet. Die Lage- und Streuungsparameter wurden in der Regel separat für die beiden Untergruppen, „Klienten mit aBW“ und „Klienten ohne aBW“, ausgewertet, um sie anschließend miteinander zu vergleichen.

Das gewählte Studiendesign lässt keine Kausalaussagen zu, die Ergebnisse können lediglich als Impulsgeber für weitere Untersuchungen gewertet werden.

Inwieweit die in der Einleitung benannten inhaltlichen Zielsetzungen der Masterthesis erreicht werden konnten, wird im nächsten Abschnitt evaluiert. Gleichzeitig werden die eigenen Studienergebnisse verkürzt dargestellt.

**Die Masterthesis sollte:** Erkenntnisse zur Lebenszufriedenheit von suchtkranken Menschen liefern.

Es wurde festgestellt, dass suchtkranke Menschen eine mittlere Lebenszufriedenheit haben mit anteiliger Tendenz zum unteren Bereich. Suchterkrankung ist demnach nicht gleichbedeutend mit gar keiner bzw. niedriger Lebenszufriedenheit. Anhand der deskriptiven Statistik wurde jedoch deutlich, dass die befragten Suchtklienten in vielen Lebensbereichen beeinträchtigt und in solchen auch vermehrt unzufrieden sind. Ihre globale Lebenszufriedenheit ist im Durchschnitt bei „eher zufrieden“ anzusiedeln. Was das Zufriedenheitsniveau insgesamt angeht, liegen sie unter dem körperlich kranker und gesunder Menschen.

**Die Masterthesis sollte:** eine Idee davon vermitteln, welche Auswirkungen die einzelnen Facetten einer bestehenden Suchterkrankung auf die individuelle Lebenszufriedenheit haben.

Beim Vergleich von Untergruppen innerhalb der Gesamtstichprobe kam heraus: Abstinente lebende Klienten erreichten punktemäßig zwar ein höheres Lebenszufriedenheitsniveau als aktuell konsumierende Personen, die meisten dieser Mittelwertdifferenzen sind statistisch gesehen aber nicht signifikant. Was die Dauer der Suchterkrankung angeht, erreichte die am kürzesten und die am längsten suchtmittelabhängige Personengruppe in fast allen Bereichen die höchsten Mittelwerte zur Lebenszufriedenheit. Das Ergebnis der am längsten erkrankten Personengruppe war doch etwas überraschend und wurde mit der geringen Fallzahl dieser Kategorie und dem theoretischen Ansatz des Zufriedenheitsparadoxons begründet. Abschließend festgehalten wurde auch, dass keiner der Gruppenunterschiede signifikant auf dem 5%-Niveau war.



**Die Masterthesis sollte:** Aufschluss über die Zufriedenheit der Nutzer mit der Maßnahme des aBW geben und aus Sicht der Klientel aufdecken, was besonders am aBW geschätzt wird sowie ob bzw. welche persönlichen Veränderungen im Betreuungszeitraum eingetreten sind.

Die Klienten im aBW zeigten sich mit der Hilfestellung des aBW sehr zufrieden. Sie profitieren v.a. von den regelmäßigen Einzelkontakten und der vertrauensvollen Bindung zur koordinierenden Bezugsperson. Positive Veränderungen während des Betreuungszeitraums wurden von den Klienten in erster Linie bei der eigenen gesundheitlichen Verfassung, der Selbstständigkeit im Alltag und beim Umgang mit Suchtmitteln festgestellt. Dies entspricht dem Forschungsergebnis von Walther und Vocale (2013) unter Punkt 2.1.

**Die Masterthesis sollte:** die Lebenszufriedenheiten von Suchtklienten mit aBW und ohne aBW in verschiedenen Bereichen vergleichen und, davon ausgehend, dass die betreuten Klienten zufriedener sind, einen Beitrag zur Wirksamkeitsforschung von aBW bei seelisch kranken Menschen leisten.

Klienten im aBW haben eine höhere globale Lebenszufriedenheit als die Klienten ohne aBW und zeigen auf dieser Skala ein einheitlicheres Antwortverhalten. Ansonsten weisen die durchschnittlichen Zufriedenheitswerte beider Klientengruppen keine signifikanten Unterschiede auf, bewegen sich punktemäßig im selben Bereich. Im Rahmen der Forschungsarbeit wurde dennoch eine Reihe von Argumenten herausgearbeitet, warum sich aBW positiv auf die individuelle Lebenszufriedenheit auswirken und als psychosoziale Intervention wirksam sein könnte. Anhand der angewandten statistischen Tests konnte dies leider nicht empirisch nachgewiesen werden. Hier sieht die Autorin weiteren Forschungsbedarf und zugleich einen thematischen Anknüpfungspunkt für ausgereiftere theoretische Modelle, die mit sensibleren statistischen Verfahren überprüft werden müssen.

**Die Masterthesis sollte:** prüfen, ob einzelne Ergebnisse aus der „Wohlbefindensforschung“ auch auf die Zielgruppe der suchtkranken Personen zutreffen.

Exemplarisch wurden hierfür die Variablen „Beziehungsstatus“ und „Erwerbstätigkeit“ getestet. Für die untersuchte Studienpopulation (N=60) wurde festgestellt, dass beide Variablen nicht die herausragende Bedeutung für die individuelle Lebenszufriedenheit haben wie es in anderen Studien nachgewiesen werden konnte. Chronisch suchtkranke Personen heben sich dahingehend von anderen befragten Zielgruppen ab. Sie befinden sich häufig in speziellen Lebenskontexten mit von der Norm abweichenden Lebensstandards, in denen wohl andere Prädiktoren ausschlaggebend für empfundene Lebenszufriedenheit sind als eine Partnerschaft

oder Erwerbstätigkeit. Lediglich die Institution der Ehe scheint sich auch bei suchtkranken Menschen positiv begünstigend auf die Lebenszufriedenheit auszuwirken. Nicht zu unterschätzen ist allerdings das Phänomen der Langzeitarbeitslosigkeit, von dem ein Großteil der suchtkranken Klientel betroffen ist, und das sich bekanntlich negativ auf psychische Befindlichkeit und Lebenszufriedenheit einer Person auswirkt. Es könnte ein entscheidender Faktor dafür sein, dass die Lebenszufriedenheit der befragten Stichprobe nicht über ein (niedriges) Mittelmaß hinausgeht.

Signifikant auf dem 5%-Niveau war keiner der erfassten Gruppenunterschiede zu Partnerschaft und Erwerbstätigkeit. Ob diese Ergebnisse auch auf die Mehrheit der suchtkranken Menschen anwendbar sind, müsste ergo in weiteren Studien mit größeren Fallzahlen überprüft werden.

**Die Masterthesis sollte:** Informationen zur gesundheitlichen Verfassung von suchtkranken Personen liefern und ihren Zusammenhang mit der individuellen Lebenszufriedenheit überprüfen.

Suchtkranke sind psychisch auffällig belastet, jedoch nicht in dem Ausmaß, wie vielleicht bei einer Stichprobe von chronisch kranken Menschen zu erwarten war. Besonders die Klienten ohne aBW zeigten eine häufig im Normbereich liegende psychische Belastung auf den einzelnen Skalen der BSCL. Die Klienten des aBW hatten im Vergleich dazu mehr klinische Auffälligkeiten und waren stärker psychisch belastet.

Im Theorieteil präsentierte Forschungsergebnisse legen nahe, dass v.a. seelische Gesundheit positiv mit Lebenszufriedenheit korreliert. Diese Annahme konnte mit der eigenen Studie bestätigt werden, indem negative Korrelationen zwischen psychischer Belastung und globaler sowie bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit empirisch nachgewiesen wurden.

Die ein oder andere inhaltliche und statistische Fragestellung bleibt zum Ende dieser Masterthesis offen. Die vorliegende Arbeit kann daher allenfalls als empirischer Anfang für die noch recht wenig beforschten Thematiken „Lebenszufriedenheit von Suchtkranken“ und „Wirksamkeit des aBW bei seelisch kranken Menschen“ gesehen werden. Nichtsdestotrotz liefert sie zu beiden Themengebieten interessante Anknüpfungspunkte, die zum Hinterfragen und Weiterforschen einladen sollen.

## 9. Literatur

### 9.1 Zeitschriften

Adolph, J. (2014). Perspektiven Michel Foucaults im ambulant betreuten Wohnen – Alter Wein in neuen Schläuchen?. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 41-44.

Berth, H., Albani, C. & Brähler, E. (2005). Persönlichkeitsmerkmale, psychische Belastung und Lebenszufriedenheit von Arbeitslosen. Ergebnisse einer Repräsentativstudie. *Psychosozial* 28. Jg., 1, 99-109.

DeNeve, K.M. & Cooper, H. (1998). The Happy Personality. A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.

Enste, D. & Ewers, M. (2014). Lebenszufriedenheit in Deutschland: Entwicklung und Einflussfaktoren. *IW-Trends* 41. Jg., 2, 1-18.

Fittig, E., Schweizer, J. & Rudolph, U. (2007). Lebenszufriedenheit bei chronischen Erkrankungen. Zur Bedeutung von Depressivität, Krankheitsverarbeitung und Sozialer Unterstützung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(1), 23-31.

Flemming, L. (2014). Mit dem „ambulant betreuten Wohnen“ in den „inklusive Sozialraum“?. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 6-10.

Henkel, H., Schmitz, M., Berghofer, G., Lang, A., Krager, A., Steiner, E., Schmidl, F. & Rudas, S. (2000). Soziale Fertigkeiten und die Lebenszufriedenheit chronisch-psychisch Kranker. *Nervenheilkunde*, 9, 517-520.

Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2013). Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. *Psychother Psych Med*, 63, 217-224.

Layard, R. (2014). Psychische Gesundheit für Lebenszufriedenheit am wichtigsten. *Neuro aktuell*, 7, 34.

Leupold, M. (2014). Soziale Arbeit verbessert das Wohlergehen. *Neue Praxis*, 3, 323-330.

Leupold, M. & Walther, C. (2007). Krankheitsverlauf, Selbstbestimmtheit, Kosten: Aspekte des betreuten Wohnens. *Sozialmagazin*, 3, 21-25.

- Oelrich, D. (2008). Lust und Last bei der Arbeit im „Betreuten Wohnen“- Ein Erfahrungsbericht. Das „Betreute Wohnen“ für psychisch kranke Menschen als haltendes soziales Netz und „fördernde Umwelt“ im Sinne Winnicotts. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 1, 42-45.
- Reimer, J., Franke, G.H., Lütkes, P., Kohnle, M., Gerken, G., Philipp, T. & Heeman, U. (2002). Die Lebensqualität von Patienten vor und nach Nierentransplantation. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol*, 52, 16-23.
- Rosemann, M. (2014). Vom Betreuten Wohnen zur mobilen Unterstützung. Über die Zukunft einer für die psychiatrische Versorgung wichtigen Hilfeleistung. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 11-13.
- Roysamb, E. et al. (2003). Happiness and Health: Environmental and genetical contributions to the relationship between subjective well-being, perceived health and somatic illness. *Journal of personality and social psychology*, 85, 1136-1146.
- Sellman, D. (2009). The 10 most important things known about addiction. *Addiction*, 105, 6-13.
- Spinath, M. & Hahn, E. (2013). Wovon unsere Lebenszufriedenheit abhängt. *Spektrum der Wissenschaft*, 2, 72-79.
- Spriestersbach, A., Röhrig, B., du Prel, J., Gerhold-Ay, A. & Blettner, M.(2009). Deskriptive Statistik. *Deutsches Ärzteblatt*, 36, Jg. 106, 578-583.
- Steinhart, I. (2014). Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert?. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 3, 14-18.
- Walther, C. (2014). Ambulant Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen. Wirksamkeitsstudien in Deutschland. *Soziale Arbeit*, 2, 54-62.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.

## 9.2 Bücher

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1997). *Kognitive Therapie der Sucht*. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Becker, P. (1991). Theoretische Grundlagen. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.13-50). Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Bräuer, U. (2014). *Lebenszufriedenheit nach chronischem Alkoholmissbrauch. Eine sozialgerontologische Betrachtung*. Norderstedt: Books on Demand.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2011). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brosius, F. (2014). *SPSS 22 für Dummies*. Weinheim: WILEY-VCH Verlag GmbH.
- Diener, E., & Lucas, R. E. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahnemann, E. Diener, & N. Schwarz (Hrsg.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (S.214-229). New York: Russel Sage Foundation.
- Diener, E. (Hrsg.) (2009). *Assessing well-being: The Collected Works of Ed Diener*. Dordrecht Heidelberg London New York: Springer.
- Diener, E., Scollon, C. & Lucas, R. E. (2009). The Evolving Concept of Subjective Well-Being: The Multifaceted Nature of Happiness. In E. Diener (Hrsg.), *Assessing well-being: The Collected Works of Ed Diener* (S.67-94). Dordrecht Heidelberg London New York: Springer.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *BSI - Brief Symptom Inventory - Deutsche Version. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version . Manual*. Göttingen: Beltz.
- Gromann, P. (2011). Teilhabeplanung als Herzstück koordinierender Prozessbegleitung. In M. Rosemann & M. Konrad (Hrsg.), *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung* (S.76-87). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Kauder, V. (1997). In Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), *Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Band 24* (S.9-12). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Klein, M. (2001). Suchtstörungen. In: R. Brinkmann-Göbel (Hrsg.), *Handbuch für Gesundheitsberater* (S.227-237). Bern: Verlag Hans Huber.

Lindenmeyer, J. (1994). *Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (3. überarbeitete Auflage)*. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.

Mayring, P. (1991). Die Erfassung des subjektiven Wohlbefindens. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.51-70). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe- Verlag GmbH & Co. KG.

Reker, M. (2011). Betreutes Wohnen- betreutes Trinken?. In M. Rosemann & M. Konrad (Hrsg.), *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung* (S.137-149). Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Rosemann, M. & Konrad, M. (Hrsg.), (2011). *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung*. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH.

Schay, P. (2011). Ambulant Betreutes Wohnen für abhängigkeitskranke Menschen. In P. Schay, *Innovative Hilfe- und Leistungsangebote in der Drogenhilfe. Inhaltliche Weiterentwicklung in der Beratung, Betreuung und Behandlung* (S.112-146). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S.1-17). Göttingen: Hogrefe.

Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Soziale Unterstützung und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.175-188). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Schwenkmezger, P. (1991). Persönlichkeit und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.119-137). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Schwoon, D. (Hrsg.) & Krausz, M. (1990). *Suchtkranke: Die ungeliebten Kinder der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.

Stroebe W. & Stroebe, M. (1991). Partnerschaft, Familie und Wohlbefinden. In A. Abele & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden: Theorie, Empirie, Diagnostik* (S.51-70). Weinheim, München: Juventa Verlag.

Wedler, B. (2004): *Soziale Defizite und unzureichende Lebensbewältigung als Determinanten der Lebenszufriedenheit alkoholkranker Männer in Ostvorpommern*. Neubrandenburg: Schriftenreihe der Fachhochschule Neubrandenburg.

### 9.3. Internetquellen

Breuer, M. (2010). Die Bedeutung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit für die Suchtkrankenhilfe – Grundlagen. [http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/35\\_BundesDrogenKongress/Doku/S07\\_Breuer.pdf](http://fdr-online.info/media/BundesDrogenKongress/35_BundesDrogenKongress/Doku/S07_Breuer.pdf) f. aufgerufen am 04.03.2015

Bullinger, M. (2004). MLDL- Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste. <http://www.assessment-info.de/assessment/seiten/datenbank/vollanzeige/vollanzeige-de.asp?vid=57> , aufgerufen am 04.09.2015.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) e.V. (Hrsg.), (2010). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt: [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe\\_Psych.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/arbeitshilfen/downloads/Arbeitshilfe_Psych.pdf) f. aufgerufen am 03.03.2015.

Dette, D. (2005). Berufserfolg und Lebenszufriedenheit. Eine längsschnittliche Analyse der Zusammenhänge. Dissertation an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg: [http://www.opus4.kobv.de/opus4-fau/files/137/Dette2005\\_Dissertation.pdf](http://www.opus4.kobv.de/opus4-fau/files/137/Dette2005_Dissertation.pdf), aufgerufen am 04.03.2015.

Hain, J. (n.d.). Abhängigkeit zweier Merkmale. Lehrstuhl für Mathematik VIII- Statistik. [http://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/10040800/user\\_upload/hain/SPSS/Abhaengigkeit.pdf](http://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/10040800/user_upload/hain/SPSS/Abhaengigkeit.pdf), aufgerufen am 14.10.2015.

Keller, D. (2013). Analyse von Zusammenhängen: Korrelation: <http://www.statistik-und-beratung.de/2013/05/analyse-von-zusammenhangen-korrelation>, aufgerufen am 13.10.2015.

Novack, N., Heymann, J., Oberste-Ufer, R. & Schulz, W. (2011). Horizont Salzwedel: Ambulante Eingliederungshilfe mit ambulanten Gruppenmaßnahmen für Menschen mit seelischer Behinderung. Bericht über die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Salzwedel, Braunschweig: [http://www.zsp-salzwedel.de/fileadmin/nowack/inhalte/zsp/PDF-Dokumente/Fachartikel\\_Horizont.pdf](http://www.zsp-salzwedel.de/fileadmin/nowack/inhalte/zsp/PDF-Dokumente/Fachartikel_Horizont.pdf), aufgerufen am 04.03.2015.

<http://www.testzentrale.de/programm/symptom-checklist-90r-standard.html>, aufgerufen am 04.09.2015.



## 10. Anhang

### 10.1. Konzipierter Papierfragebogen

#### 1. Personenbezogene Daten

##### 1.1 Geschlecht

männlich  weiblich

1.2 Alter \_\_\_\_\_ Jahre

##### 1.3 Beziehungsstatus

Alleinstehend   
Zeitweilige Beziehungen   
In einer festen Beziehung   
Verheiratet   
Verheiratet- getrennt lebend   
Geschieden   
Verwitwet

##### 1.4 Höchster erreichter Schulabschluss

Kein Abschluss   
Sonderschulabschluss   
Hauptschul-/Volksschulabschluss   
Realschulabschluss/Polytechnische Oberschule   
Fachabitur /Abitur   
Hochschulabschluss (FH, Uni)   
Anderer Schulabschluss

##### 1.5 Finanzielle Situation

###### 1.5.1 Von was leben Sie momentan?

Lohn/Gehalt   
Lohn/Gehalt und aufstockende Sozialhilfe   
Krankengeld/ Übergangsgeld

- Arbeitslosengeld 1
- Arbeitslosengeld 2/“Hartz 4“
- Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (nach SGB 12)
- Rente/Pension
- Sonstiges (Vermögen, Erbschaft, illegale Einkünfte...)

## 1.6 Erwerbssituation

### 1.6.1 Haben Sie aktuell Arbeit oder sind in einer tagesstrukturierenden Maßnahme?

Ja       Nein

**Falls ja**, in welchem Rahmen?

- Arbeitsverhältnis auf dem 1. Arbeitsmarkt
- Ausbildung/ Studium
- 450€- Job
- Gelegenheitsjobs
- „1€- Job“ /Arbeitsgelegenheit
- Praktikum
- Tätigkeit in einer Reha-Werkstatt
- Besuch einer Tagesstätte

## 1.7 Suchtmittelkonsum

### 1.7.1 Leben Sie aktuell abstinent von Suchtmitteln? (außer ggf. von Tabak)

Ja       Nein

### 1.7.2 Sind Sie der Meinung, dass Sie eine Suchterkrankung haben?

Ja       Nein

**Falls ja**, wie lange besteht Ihrer Meinung nach diese Suchterkrankung?

- 0-10 Jahre
- >10-20 Jahre
- >20-30 Jahre
- Länger als 30 Jahre

**1.7.3 Welches dieser Suchtmittel konsumieren Sie momentan überwiegend oder haben Sie in der Vergangenheit überwiegend konsumiert? (Mehrfachantworten möglich!)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Alkohol   | <input type="checkbox"/> |
| Beruhigungsmittel (z.B. Diazepam)               | <input type="checkbox"/> |
| Heroin, andere Opioide (z.B. Methadon)          | <input type="checkbox"/> |
| Amphetamine („Speed)                            | <input type="checkbox"/> |
| „Crystal Meth“                                  | <input type="checkbox"/> |
| Kokain  | <input type="checkbox"/> |
| LSD/ Ecstasy                                    | <input type="checkbox"/> |
| Cannabis  | <input type="checkbox"/> |
| Glücksspielautomaten, Online-Poker, Wetten etc. | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige Suchtmittel                            | <input type="checkbox"/> |

**1.7.4 Haben Sie heute bereits Suchtmittel konsumiert?**

Ja           Nein

**Falls ja**, was und wie viel davon?

---

**1.8 Ambulant Betreutes Wohnen für Menschen mit einer Suchterkrankung**

**1.8.1 Werden Sie aktuell im Rahmen eines ambulant Betreuten Wohnens unterstützt (z.B. durch die Caritas Fachambulanz, JJ Suchthilfezentrum, das Diakonische Werk,...)?**

Ja           Nein

**Falls nein**, machen Sie bitte weiter mit den Fragen zu „2. Gesundheitliche Verfassung“!

**Falls ja**, machen Sie bitte weiter mit den Fragen 1.8.2 bis 1.8.5!

**1.8.2 Wie lange werden Sie schon durch das ambulant Betreute Wohnen unterstützt? (in Jahren)**

---

**1.8.3 Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung, die Sie durch das ambulant Betreute Wohnen erhalten? Kreuzen (X) Sie bitte die Zahl an, die für Sie am ehesten zutrifft!**

Sehr unzufrieden											sehr zufrieden
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**1.8.4 Was schätzen Sie am ambulant Betreuten Wohnen am meisten? (Bitte 2 Antworten auswählen!)**

- Regelmäßige Einzeltermine (meist 1x/ Woche)
- An meinen Wünschen und Bedürfnissen orientierte Hilfeplanung (ITP)
- Vertrauensvolle Beziehung zu meiner koordinierenden Bezugsperson
- Hilfestellung in „allen Lebenslagen“ (Gesundheit, Tagesstruktur, Freizeit,...)
- Möglichkeit der langfristigen, professionelle Begleitung

**1.8.5 Bitte geben Sie eine Einschätzung, inwieweit die Maßnahme des ambulant Betreuten Wohnens Ihnen in folgenden Bereichen helfen konnte!**

a) Meine **körperliche Verfassung** hat sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

b) Meine **psychische Verfassung** hat sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

c) Mein **Umgang mit Suchtmitteln** hat sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

d) Meine Situation in Bezug auf **Arbeit/Beschäftigung und Tagesstruktur** hat sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

e) **Soziale Kontakte** und wie ich meine **Freizeit** verbringe, haben sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

d) Meine **Selbstständigkeit im Alltagsleben** (z.B. Post bearbeiten, Kontakt zu Behörden, Instandhaltung der Wohnung...) hat sich im Rahmen des ambulant Betreuten Wohnens...

verbessert?                       verschlechtert?                       nicht verändert?

## 10.2 BSCL und Auswertungsvorgabe

### 2. Gesundheitliche Verfassung

Sie finden nachstehend eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **in den letzten 7 Tagen bis heute** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur **ein Kreuz** und zwar bei der Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Streichen sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an!

**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
0	1	2	3	4

**Wie sehr litten Sie in den vergangenen sieben Tagen unter...**

1. Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
2. Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
3. der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
4. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
5. Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4

6. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgerbar zu sein	0	1	2	3	4
7. Herz- und Brustschmerzen	0	1	2	3	4
8. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
9. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
10. dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann	0	1	2	3	4
11. schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
12. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
13. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
14. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
15. Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
16. Schwermut	0	1	2	3	4
17. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4
18. Furchtsamkeit	0	1	2	3	4
19. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
20. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
21. Übelkeit oder Magenverstimmung	0	1	2	3	4
22. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
23. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
24. Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
25. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
26. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
27. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
28. Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
29. Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
30. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4

31. Leere im Kopf	0	1	2	3	4
32. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
33. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
34. Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
35. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
36. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
37. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
38. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
39. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
40. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
41. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
42. Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
43. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
44. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
45. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
46. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
47. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
48. dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
49. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
50. dem Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
51. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
52. Schuldgefühlen	0	1	2	3	4
53. dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4





### 10.3 MLDL und Auswertungsbogen

(direkt per Email vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf als .pdf- Datei erhalten)

#### MLDL – Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste

##### Anweisungen:

Im folgenden geht es darum, festzustellen, wie **zufrieden** Sie mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens **in der vergangenen Woche einschließlich heute** waren. Kreuzen (X) Sie bitte die Zahl an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr unzufrieden										Sehr zufrieden	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Ich bin mit meiner(m)												
1. gesundheitlichen Verfassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. geistigen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. persönliches Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Entspannungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Erfolg und Anerkennung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Unterstützung und Geborgenheit durch andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Selbstständigkeit im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Ehe/Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Sexualleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Freundschaften/Bekanntschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Berufliche Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Finanzielle Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16. Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17. Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18. Medizinische Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19. Umgang mit meiner Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Leben allgemein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## **Der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL)**

Hinweise zur Auswertung (direkt per Email vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf als .pdf-Datei erhalten)

Insgesamt umfasst der Fragebogen MLDL 20 Items, von denen 19 die vier Subskalen zusammengefasst werden, wobei über alle 19 Items auch ein Gesamtwert berechnet werden kann. Zusätzlich bewertet ein Einzelitem (Nr. 20: Leben allgemein) die Lebensqualität als Globalbewertung.

Die Beantwortung erfolgt auf einer 11-Punkt Likert-Skala (0-10, 0= sehr unzufrieden, 10= sehr zufrieden).

Hohe Werte reflektieren hohe Lebenszufriedenheit.

### Gesamtwert

Der Gesamtwert kann durch Addition der ersten 19 Items errechnet werden. Wird dieser Gesamtwert durch die Anzahl der Items (19) geteilt, so ist dies der Mittelwert.

### Subskalen

a) *Körper* (5 Items)

1,2,3,18,19

b) *Psyche* (4 Items)

4,5,6,7

c) *Sozialleben* (5 Items)

8,10,11,12,13

d) *Alltag* (5 Items)

9,14,15,16,17

Die einzelnen Subskalenwerte können

1. zu Skalensummenwerten (SSW) zusammengefasst werden (durch Addition der einzelnen Itemwerte, Range 0-50 für die Skalen „Körper“, „Sozialleben“ und „Alltag“ und Range 0-40 für die Skala „Psyche“)

2. zu Skalenmittelwerten (durch Mittelwertbildung (SSW / Anzahl der Items pro Skala) umkodiert werden.

3. auf eine Skala zwischen 0-100 transformiert werden.

Dieser Schritt beinhaltet die Umrechnung jedes Skalenrohwerkes in eine 0 bis 100 Skala unter Verwendung der unten angegebenen Formel.

Transformierte Skala = (Tatsächlicher Subskalenwert/Mögliche Spannweite der Subskalenwerte (50 bzw. 40)) x 100

Diese Transformation formt den niedrigst und den höchst möglichen Wert in 0 und 100 um. Werte zwischen diesen Extremwerten stellen den prozentuellen Anteil am höchst möglichen Wert dar. Obwohl dieser letzte Schritt der Transformation nicht zwingend erforderlich ist, ist er empfehlenswert, da hierdurch die Vergleichbarkeit mit Normpopulationen und anderen publizierten Studien hergestellt wird

(Diese drei Möglichkeiten der Auswertung gelten natürlich auch für den Gesamtwert).

Es gibt auch Skalierung der 19 Bereiche nach Wichtigkeit, Veränderungswunsch und Veränderungsglaube (gleiche 11-stufige Skala), die aber in der Praxis selten angewandt wird.

## 10.4 Ergebnisse zu den Hypothesen

### 10.4.1 Gruppenstatistik und T-Test\* zur Lebenszufriedenheit von abstinent lebenden und nicht abstinent lebenden Personen

Gruppenstatistik					
	Abstinent?	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
LZ_global	nein	32	5,0625	2,82771	,49987
	ja	26	6,1154	3,19158	,62592
SMittel_body	nein	32	5,2000	2,29839	,40630
	ja	26	6,3846	2,26198	,44361
SMittel_psych	nein	32	4,4375	2,84265	,50251
	ja	26	5,4712	2,73982	,53732
SMittel_sozial	nein	32	4,3563	2,42872	,42934
	ja	26	5,0615	2,89152	,56707
SMittel_Alltag	nein	32	4,9313	2,37927	,42060
	ja	26	5,1385	2,03864	,39981

Test bei unabhängigen Stichproben				
		T-Test für die Mittelwertgleichheit		
		t	df	Sig. (2-seitig)
LZ_global	Varianzgleichheit angenommen	-1,331	56	,189
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-1,314	50,495	<b>,195</b>
SMittel_body	<b>Varianzgleichheit angenommen</b>	-1,966	56	<b>,054</b>
	Varianzgleichheit nicht angenommen	-1,969	53,930	,054
SMittel_psych	<b>Varianzgleichheit angenommen</b>	-1,400	56	<b>,167</b>
	Varianzgleichheit nicht angenommen	-1,405	54,335	,166
SMittel_sozial	Varianzgleichheit angenommen	-1,010	56	,317
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-,992	48,914	<b>,326</b>
SMittel_Alltag	Varianzgleichheit angenommen	-,351	56	,727
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-,357	55,820	<b>,722</b>

\*untersuchte Hypothese beim T-Test: Auch in der Grundgesamtheit sind die Mittelwerte zweier Fallgruppen unterschiedlich. Der Signifikanzwert beschreibt die Irrtumswahrscheinlichkeit für diese Hypothese.

**Der fett markierte Signifikanzwert wurde jeweils zur Analyse verwendet.** Ausschlaggebend dafür, welcher Wert verwendet wird, war der Signifikanzwert des Levene-Tests zur Varianzgleichheit. War dieser kleiner als 0,400 (40%), wurde keine Varianzgleichheit angenommen.

**10.4.2 Varianzanalyse\* zu Lebenszufriedenheiten und den Kategorien der Variable „Dauer der Suchterkrankung“**

**Deskriptive Statistik zur Dauer der Suchterkrankung und Lebenszufriedenheit**

		H	Mittelwert	Standardabweichung	Minimum	Maximum
SMittel_body	0-10 Jahre	20	6,2700	2,29533	1,80	10,00
	11-20 Jahre	12	4,6000	2,17924	1,60	9,40
	21-30 Jahre	16	5,3375	2,37287	1,80	9,80
	Länger als 30 Jahre	8	7,0000	1,93317	3,80	9,00
	Gesamtsumme	56	5,7500	2,33339	1,60	10,00
SMittel_psych	0-10 Jahre	20	5,3875	2,84290	,75	9,50
	11-20 Jahre	12	4,2083	2,10474	1,75	9,00
	21-30 Jahre	16	4,0781	2,78346	,00	9,50
	Länger als 30 Jahre	8	6,5313	2,97441	,00	9,00
	Gesamtsumme	56	4,9241	2,77322	,00	9,50
SMittel_sozial	0-10 Jahre	20	5,4200	2,48863	1,00	9,00
	11-20 Jahre	12	4,7333	2,00967	2,00	9,60
	21-30 Jahre	16	3,8250	2,75379	,00	9,60
	Länger als 30 Jahre	8	5,2000	2,66619	1,60	8,60
	Gesamtsumme	56	4,7857	2,52201	,00	9,60
SMittel_Alltag	0-10 Jahre	20	5,4600	2,41931	2,20	9,40
	11-20 Jahre	12	4,4500	1,69303	1,80	8,20
	21-30 Jahre	16	4,6500	2,27274	1,60	9,60
	Länger als 30 Jahre	8	5,4750	1,70021	3,40	8,60
	Gesamtsumme	56	5,0143	2,14081	1,60	9,60
LZ_global	0-10 Jahre	20	5,6500	3,18343	,00	10,00
	11-20 Jahre	12	6,0000	2,59370	2,00	10,00
	21-30 Jahre	16	4,4375	3,48270	,00	10,00
	Länger als 30 Jahre	8	6,1250	2,69590	1,00	9,00
	Gesamtsumme	56	5,4464	3,08615	,00	10,00

**Ergebnisse Varianzanalyse zum Vergleich von Gruppenmittelwerten**

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
SMittel_body	Zwischen Gruppen	36,500	3	12,167	2,406	,078
	Innerhalb der Gruppen	262,960	52	5,057		
	Gesamtsumme	299,460	55			
SMittel_psych	Zwischen Gruppen	42,557	3	14,186	1,939	,135
	Innerhalb der Gruppen	380,433	52	7,316		
	Gesamtsumme	422,990	55			

SMittel_sozial	Zwischen Gruppen	24,220	3	8,073	1,289	,288
	Innerhalb der Gruppen	325,609	52	6,262		
	Gesamtsumme	349,829	55			
SMittel_Alltag	Zwischen Gruppen	11,616	3	3,872	,837	,480
	Innerhalb der Gruppen	240,453	52	4,624		
	Gesamtsumme	252,069	55			
LZ_global	Zwischen Gruppen	24,477	3	8,159	,850	,473
	Innerhalb der Gruppen	499,363	52	9,603		
	Gesamtsumme	523,839	55			

\*untersuchte Hypothese bei der Varianzanalyse: Alle Gruppenmittelwerte sind in der Grundgesamtheit identisch.

Der Signifikanzwert drückt die Wahrscheinlichkeit dafür aus, dass diese Hypothese richtig ist

### 10.4.3 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der Gesamtstichprobe

	T_Aggressiv	T_Ängstlich	T_Depressiv	T_Paranoide	T_phobischAngst	T_Psychotizismus
N Gültig	60	60	60	60	60	60
Fehlend	0	0	0	0	0	0
Mittelwert	57,9667	58,7667	63,8000	61,5500	60,0667	62,1667
Median	57,0000	58,0000	64,0000	62,0000	60,0000	63,5000
Standardabweichung	12,38091	14,10778	12,50600	11,93829	14,29812	13,27310
Bereich	43,00	43,00	40,00	40,00	39,00	37,00
Minimum	37,00	37,00	40,00	40,00	41,00	43,00
Maximum	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

T_Soma	T_soziUnsicher	T_Zwang	T_GSI
60	60	60	54
0	0	0	6
59,6167	59,5833	60,6833	63,1759
59,0000	60,0000	61,0000	63,5000
12,62778	14,38607	13,90707	14,36458
41,00	42,00	45,00	56,00
39,00	38,00	35,00	24,00
80,00	80,00	80,00	80,00

#### 10.4.4 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der aBW-Klienten

		T_Aggressiv	T_Ängstlich	T_Depressiv	T_Paranoide	T_phobischAngst
N	Gültig	35	35	35	35	35
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		58,7143	60,2571	64,3143	62,1714	60,4000
Median		57,0000	58,0000	65,0000	62,0000	60,0000
Standardabweichung		12,86942	14,59118	11,76178	12,61532	14,99647
Bereich		42,00	43,00	40,00	40,00	39,00
Minimum		38,00	37,00	40,00	40,00	41,00
Maximum		80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

T_Psychotizismus	T_Soma	T_soziUnsicher	T_Zwang	T_GSI
35	35	35	35	33
0	0	0	0	2
62,4571	61,2857	60,3714	62,8000	64,0303
62,0000	59,0000	60,0000	61,0000	63,0000
13,63245	13,20555	14,64097	13,41597	13,87046
37,00	40,00	42,00	44,00	54,00
43,00	40,00	38,00	36,00	26,00
80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

#### 10.4.5 Standardisierte T-Werte auf den Skalen der BSCL und des globalen Kennwerts GSI der Klienten ohne aBW

		T_Aggressiv	T_Ängstlich	T_Depressiv	T_Paranoide	T_phobischAngst
N	Gültig	25	25	25	25	25
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		56,9200	56,6800	63,0800	60,6800	59,6000
Median		57,0000	58,0000	63,0000	62,0000	60,0000
Standardabweichung		11,84244	13,41243	13,69586	11,11575	13,54929
Bereich		43,00	43,00	40,00	40,00	36,00
Minimum		37,00	37,00	40,00	40,00	44,00
Maximum		80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

T_Psychotizismus	T_Soma	T_sozUnsicher	T_Zwang	T_GSI
25	25	25	25	21
0	0	0	0	4
61,7600	57,2800	58,4800	57,7200	61,8333
65,0000	56,0000	61,0000	58,0000	66,5000
13,02011	11,62798	14,24523	14,31060	15,35849
37,00	41,00	42,00	45,00	56,00
43,00	39,00	38,00	35,00	24,00
80,00	80,00	80,00	80,00	80,00

#### 10.4.6 T-Test\* Lebenszufriedenheiten von aBW- bzw. ohne aBW-Klienten

Ja= Klienten im aBW, ,00= Klienten ohne aBW

##### Gruppenstatistik

	aBW_Betreuung	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
LZ_global	ja	35	5,7714	2,89102	,48867
	,00	25	4,9200	3,26497	,65299

##### Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz
LZ_global	Varianzgleichheit angenommen	1,066	58	,291	,85143
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	1,044	47,822	<b>,302</b>	,85143

##### Gruppenstatistik

	aBW_Betreuung	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
SMittel_body	ja	35	5,5943	2,21624	,37461
	,00	25	5,6880	2,60837	,52167
SMittel_psych	ja	35	4,9143	2,62549	,44379
	,00	25	4,7700	3,04645	,60929
SMittel_sozial	ja	35	4,5029	2,30619	,38982
	,00	25	4,8960	3,00007	,60001
SMittel_Alltag	ja	35	4,8571	1,87464	,31687
	,00	25	5,0640	2,67377	,53475



### Test bei unabhängigen Stichproben

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz
SMittel_body	Varianzgleichheit angenommen	-,150	58	,881	-,09371
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-,146	46,421	<b>,885</b>	-,09371
SMittel_psych	Varianzgleichheit angenommen	,196	58	,845	,14429
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	,191	46,902	<b>,849</b>	,14429
SMittel_sozial	Varianzgleichheit angenommen	-,574	58	,568	-,39314
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-,549	43,114	<b>,586</b>	-,39314
SMittel_Alltag	Varianzgleichheit angenommen	-,353	58	,726	-,20686
	<b>Varianzgleichheit nicht angenommen</b>	-,333	40,305	<b>,741</b>	-,20686

### 10.4.7 Korrelation Dauer des aBW und globale Lebenszufriedenheit (LZ)

#### Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman

			Dauer aBW in Jahre	Globale LZ
Spearman-Rho	Dauer aBW in Jahre	Korrelationskoeffizient	1,000	-,330*
		Sig. (1-seitig)	.	,026
		N	35	35
	Globale LZ	Korrelationskoeffizient	-,330*	1,000
		Sig. (1-seitig)	,026	.
		N	35	35

\*. Korrelation ist bei Niveau 0,05 signifikant (einseitig).

#### Korrelationen

			SMittel_body	SMittel_psych	SMittel_sozial	SMittel_Alltag
Spearman-Rho	Dauer aBW in Jahre	Korrelationskoeffizient	-,190	-,234	-,276	-,089
		Sig. (1-seitig)	,137	,088	,054	,305
		N	35	35	35	35

### 10.4.8 Korrelation Dauer des aBW in Jahren und seelische Belastung auf verschiedenen Skalen der BSCL

**Tests auf Normalverteilung**

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
Dauer_aBW_Jahre	,222	33	,000	,842	33	,000
T_Ängstlich	,142	33	,089	,907	33	,008
T_Depressiv	,124	33	,200*	,937	33	,056
T_Zwang	,119	33	,200*	,922	33	,021
T_GSI	,148	33	,064	,909	33	,009

\*. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

**Korrelation Dauer aBW in Jahren und T<sub>Ängstlichkeit</sub>**

			Dauer_aBW_Jahre	T_Ängstlich
Spearman-Rho	Dauer_aBW_Jahre	Korrelationskoeffizient	1,000	,007
		Sig. (1-seitig)	.	,484
		N	35	35
	T_Ängstlich	Korrelationskoeffizient	,007	1,000
		Sig. (1-seitig)	,484	.
		N	35	35

**Korrelation Dauer aBW in Jahren und T<sub>GSI</sub>**

			Dauer_aBW_Jahre	T_GSI
Spearman-Rho	Dauer_aBW_Jahre	Korrelationskoeffizient	1,000	,089
		Sig. (1-seitig)	.	,311
		N	35	33
	T_GSI	Korrelationskoeffizient	,089	1,000
		Sig. (1-seitig)	,311	.
		N	33	33

**Korrelation Dauer aBW in Jahren und T<sub>Depressivität</sub>**

			Dauer_aBW_Ja hre	T_Depressiv
Spearman-Rho	Dauer_aBW_Jahre	Korrelationskoeffizient	1,000	,049
		Sig. (1-seitig)	.	,390
		N	35	35
	T_Depressiv	Korrelationskoeffizient	,049	1,000
		Sig. (1-seitig)	,390	.
		N	35	35

**Korrelation Dauer aBW in Jahren und T<sub>Zwanghaftigkeit</sub>**

			Dauer_aBW_Ja hre	T_Zwang
Spearman-Rho	Dauer_aBW_Jahre	Korrelationskoeffizient	1,000	,026
		Sig. (1-seitig)	.	,442
		N	35	35
	T_Zwang	Korrelationskoeffizient	,026	1,000
		Sig. (1-seitig)	,442	.
		N	35	35

**Korrelation Dauer aBW in Jahre und T<sub>Zwanghaftigkeit</sub> nach Pearson**

		Dauer_aBW_Ja hre	T_Zwang
Dauer_aBW_Jahre	Pearson-Korrelation	1	-,122
	Sig. (1-seitig)		,242
	N	35	35
T_Zwang	Pearson-Korrelation	-,122	1
	Sig. (1-seitig)	,242	
	N	35	35

#### 10.4.9 Varianzanalyse Lebenszufriedenheit und Partnerschaft

##### Gruppenunterteilung:

Alleinstehend  
 Zeitweilige Beziehungen  
 In einer festen Beziehung  
 Verheiratet  
 Verheiratet- getrennt lebend  
 Geschieden  
 Verwitwet

**Ergebnisse Varianzanalyse zum Vergleich von Gruppenmittelwerten**

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
LZ_global	Zwischen Gruppen	23,051	4	5,763	,601	,664
	Innerhalb der Gruppen	527,533	55	9,592		
	Gesamtsumme	550,583	59			
SMittel_body	Zwischen Gruppen	17,767	4	4,442	,781	,542
	Innerhalb der Gruppen	312,646	55	5,684		
	Gesamtsumme	330,413	59			
SMittel_psych	Zwischen Gruppen	27,811	4	6,953	,890	,476
	Innerhalb der Gruppen	429,600	55	7,811		
	Gesamtsumme	457,411	59			
SMittel_sozial	Zwischen Gruppen	45,913	4	11,478	1,787	,144
	Innerhalb der Gruppen	353,181	55	6,421		
	Gesamtsumme	399,093	59			
SMittel_Alltag	Zwischen Gruppen	34,307	4	8,577	1,833	,136
	Innerhalb der Gruppen	257,381	55	4,680		
	Gesamtsumme	291,687	59			

**10.4.10 T-Test und Varianzanalyse zu Erwerbstätigkeit und Lebenszufriedenheit**

**Gruppenstatistik**

	Aktuell in einer Beschäftigung?	H	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert
LZ_global	nein	35	5,6286	3,25473	,55015
	ja	25	5,1200	2,78867	,55773

**T-Test Erwerbstätigkeit und Lebenszufriedenheit**

		T-Test für die Mittelwertgleichheit			
		t	df	Sig. (2-seitig)	Mittelwertdifferenz
LZ_global	<b>Varianzgleichheit angenommen</b>	,633	58	<b>,530</b>	,50857
		,649	56,001	,519	,50857

### Gruppenunterteilung:

Ohne Beschäftigung  
 Arbeitsverhältnis auf dem 1.Arbeitsmarkt  
 Ausbildung/Studium  
 450€-Job  
 Gelegenheitsjobs  
 „1€-Job“  
 Praktikum  
 Tätigkeit in einer Rehawerkstatt  
 Besuch einer Tagesstätte  
 Sonstiges

**Ergebnisse Varianzanalyse zum Vergleich von Gruppenmittelwerten**

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
LZ_global	Zwischen Gruppen	44,137	8	5,517	,545	,817
	Innerhalb der Gruppen	506,100	50	10,122		
	Gesamtsumme	550,237	58			
SMittel_psych	Zwischen Gruppen	60,844	8	7,606	,959	,478
	Innerhalb der Gruppen	396,556	50	7,931		
	Gesamtsumme	457,400	58			
SMittel_body	Zwischen Gruppen	38,023	8	4,753	,814	,593
	Innerhalb der Gruppen	291,792	50	5,836		
	Gesamtsumme	329,816	58			
SMittel_sozial	Zwischen Gruppen	39,747	8	4,968	,710	,681
	Innerhalb der Gruppen	349,783	50	6,996		
	Gesamtsumme	389,529	58			
SMittel_Alltag	Zwischen Gruppen	34,313	8	4,289	,834	,577
	Innerhalb der Gruppen	257,163	50	5,143		
	Gesamtsumme	291,475	58			

### 10.4.11 Korrelationen zwischen psychischer Belastung und Lebenszufriedenheit (LZ) (Bereichsspezifisch und global)

**Tests auf Normalverteilung**

	Kolmogorow-Smirnow <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistik	df	Sig.	Statistik	df	Sig.
T_GSI	,121	54	,048	,917	54	,001
SMittel_Alltag	,139	54	,011	,952	54	,030
SMittel_sozial	,092	54	,200 <sup>*</sup>	,959	54	,064
SMittel_psych	,133	54	,018	,945	54	,016
SMittel_body	,103	54	,200 <sup>*</sup>	,964	54	,109
LZ_global	,126	54	,033	,945	54	,015

\*. Dies ist eine Untergrenze der tatsächlichen Signifikanz.

a. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors

**Korrelation zwischen T<sub>GSI</sub> und globaler LZ**

			T-GSI	LZ_global
Spearman-Rho	T-GSI	Korrelationskoeffizient	1,000	-,704**
		Sig. (1-seitig)	.	,000
		N	54	54
	LZ_global	Korrelationskoeffizient	-,704**	1,000
		Sig. (1-seitig)	,000	.
		N	54	60

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

**Korrelation zwischen T<sub>GSI</sub> und bereichsspezifischer Lebenszufriedenheit**

			Skalenwert "Körper"	Skalenwert "Psyche"	Skalenwert "Sozialleben"	Skalenwert "Alltag"
Spearman-Rho	T-Wert GSI	Korrelationskoeffizient	-,749**	-,807**	-,525**	-,663**
		Sig.(1-seitig)	,000	,000	,000	,000
		N	54	54	54	54

\*\* . Korrelation ist bei Niveau 0,01 signifikant (einseitig).

## 11. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe.

Die Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Fassung noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

---

Nürnberg, den, 12.11.2015, Janina Brändle