

Fachhochschule Nordwestschweiz  
Hochschule für Soziale Arbeit Olten  
Master of Arts FHNW in Sozialer Arbeit

## **Wissenschaftlicher Artikel**

### **Innovative Methoden zur Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie – Messung von Veränderung von Lebensqualität**

Auftraggeberin:

Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit  
Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, vertreten durch: Dr. Lucy Bayer-Oglesby und  
Prof. Dr. Holger Schmid

Projektdurchführung:

Ursula Hellmüller, Rafael Bollag

Experten:

Dr. Lucy Bayer-Oglesby und Prof. Dr. Holger Schmid

Eingereicht bei:

Prof. Dr. Eva Büschi  
Prof. Claudia Roth

Modul 11, Projektpraktikum, Initiierung und Gestaltung von forschungs- und theoriebasierten  
Innovationsprozessen, Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Master Studium Soziale Arbeit,  
«Soziale Innovation», Olten

## Abstract

Die vorliegende Arbeit erfolgte als integraler Bestandteil einer Pilotstudie, welche im Auftrag des Instituts Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) durchgeführt wurde. Sie beinhaltet die kooperative Entwicklung eines Arbeits- und Messinstruments in zwei intensiv therapeutischen Institutionen der Stiftung Sucht mit Sitz in Basel. Die der Pilotstudie zugrundeliegende Fragestellung lautet: Wie wird Lebensqualität gemessen und welche Interventionen haben eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge? Die vorliegende Arbeit beschreibt und diskutiert einen Praxis-Optimierungs-Zyklus, indem nach der Aufarbeitung des Forschungsstandes mit dem Praxisfeld ein Arbeits- und Messinstrument entwickelt, implementiert und auf seine Praxistauglichkeit geprüft wurde. Im Zentrum des Instruments steht dessen multidimensionale Verwendung: Es ist in der Lage Veränderung von Lebensqualität zu messen und zu visualisieren und dient gleichzeitig als Arbeitsinstrument, welches mit Ziel- und Massnahmeformulierungen im Alltagsgeschehen der Mitarbeitenden sowie der Adressatinnen und Adressaten Verwendung findet.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Ausgangslage</b> .....	<b>5</b>
2.1	Fokus der Pilotstudie/Projektkontext .....	7
2.2	Fragestellungen .....	7
2.2.1	Übergeordnete Fragestellung .....	7
2.2.2	Leitfragestellungen .....	7
2.3	Zielsetzungen .....	7
<b>3</b>	<b>Lebensqualität</b> .....	<b>8</b>
3.1	Lebensqualitätsforschung .....	8
3.2	Sozialwissenschaftliche Ansätze der Lebensqualitätsforschung .....	9
3.3	Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität .....	10
3.3.1	Voraussetzungen für die Entwicklung und Anwendung von Analyseinstrumenten ...	10
3.4	Eigene Definition .....	11
<b>4</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>11</b>
4.1	Recherche .....	12
4.2	Konzeption des Analyseinstruments .....	12
4.3	Prozessablauf .....	13
4.4	Sampling .....	14
4.5	Implementierung .....	14
4.5.1	Teilnehmende Beobachtung I .....	15
4.5.2	Teilnehmende Beobachtung II .....	15
4.5.3	Selbständige Rückmeldung .....	15
<b>5</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
5.1	Ergebnisse aus der Recherchetätigkeit und dem Analyseinstrumentenpool .....	16
5.2	Entwicklung der Themenbereiche, Dimensionen und Items .....	16
5.2.1	Themenbereiche .....	17
5.2.2	Dimensionen .....	17
5.3	Erkenntnisse aus den Workshops .....	17
5.4	Auswertung der Teilnehmenden Beobachtung .....	19
5.4.1	Auswertung Teilnehmende Beobachtung I .....	19
5.4.2	Auswertung Teilnehmende Beobachtung II .....	19
5.4.3	Auswertung Selbständige Rückmeldung .....	21
5.5	Vorstellen des entwickelten Arbeits- und Messinstruments .....	21
<b>6</b>	<b>Diskussion und Schlussfolgerungen</b> .....	<b>23</b>
6.1	Fazit und Ausblick .....	24
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>25</b>
<b>8</b>	<b>Ehrenwörtliche Erklärung</b> .....	<b>30</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Seite 13. Prozessablauf. Eigene Darstellung.

Abbildung 2: Seite 15. Auszug strukturiertes Beobachtungsprotokoll. Eigene Darstellung.

Abbildung 3: Seite 21. Themenbereich «Wohnen». Auszug aus dem Arbeits- und Messinstrument. Eigene Darstellung.

Abbildung 4: Seite 22. Titelblatt Arbeits- und Messinstrument. Eigene Darstellung.

Abbildung 5: Seite 22. Auszug Visualisierung der Veränderungen. Eigene Darstellung.

## 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der kooperativen Entwicklung eines Messinstrumentes, welches einerseits die Wirkung der therapeutischen Arbeit belegen und gleichzeitig als therapeutisches Arbeitsinstrument dienen soll. Dabei wird insbesondere der Messung von Veränderung von Lebensqualität hohe Beachtung geschenkt. Der vorliegende Artikel beschreibt einen umfassenden Praxis-Optimierungszyklus (POZ<sup>1</sup>), welcher die kooperative Datenerhebung, Auswertung, Entwicklung neuer Instrumente sowie deren Implementierung in den therapeutischen Einrichtungen Haus Gilgamesch in Basel und Chratten in Oberbeinwil, beinhaltet. Die beiden intensiv stationären Einrichtungen werden von der Stiftung Sucht in Basel betrieben. Das Projektteam konnte sich einen Auftrag vom Institut für Soziale Arbeit und Gesundheit (ISAGE) sichern, welches vorgängig von der Stiftung Sucht für eine Wirkungsforschung im Sinne einer Pilotstudie angefragt wurde.

Wie andere stationäre Suchteinrichtungen stehen beide Häuser zunehmend unter Legitimationsdruck, da sie die Wirkung ihrer Suchttherapien mangels Datenmaterials nicht genügend belegen können. Hohe Kosten im Vergleich zu ambulanten Angeboten (vgl. Hermann et al 2006) sowie hohe Rückfallquoten sind die Hauptkritikpunkte, mit denen sich die stationäre Suchttherapie konfrontiert sieht. Die Struktur der vorliegenden Arbeit ist so aufgebaut, dass zunächst auf den Projektkontext und auf den Fokus der Pilotstudie eingegangen wird, bevor die Fragestellung, Definitionen von Lebensqualität, sowie der aktuelle Forschungsstand aufgearbeitet werden. Anschliessend wird das methodische Vorgehen ausgeführt und die Ergebnisse werden erläutert und diskutiert. Darauffolgend wird die Transformation der Ergebnisse vorgenommen und das kooperativ entwickelte und für die Praxis valide Arbeits- und Messinstrument vorgestellt. Abschliessend werden die Fragen beantwortet, Schlussfolgerungen gezogen und ein Ausblick auf mögliche weitere Schritte vorgenommen.

## 2 Ausgangslage<sup>2</sup>

Heutige Ansätze der Suchttherapie setzen nicht mehr primär auf Abstinenz, sondern zielen vielmehr auf eine Schadensminderung des Drogenkonsums (engl. «Harm Reduction») (vgl. IHRH 2010: o.S.; HRTC 2012: o.S.; Bundesamt für Gesundheit BAG o.J.: o.S.). Bei diesem Ansatz misst sich der Erfolg der Suchttherapie nicht an der Frage, ob Abstinenz erreicht wurde oder nicht, sondern, ob die mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken und Schäden vermindert werden konnten und ob sich die Lebensqualität der Klienten und der Klientinnen verbessert hat. Verschiedene Studien zeigen auf, dass die Art des Austrittes (regulär oder Abbruch) ein wichtiger Prädiktor für das Therapieergebnis ist: Bei einem regulären Austritt sind positive Veränderungen wahrscheinlicher als bei einem Abbruch (vgl. Dobler-Mikola/Grichting/Hampson 2000; Fischer et

---

<sup>1</sup> «Der POZ umschreibt eine Folge von Schritten, die von der Forschung über die Entwicklung eines Handlungs- bzw. Interventionskonzepts zur Erprobung des Interventionskonzepts und zu dessen Evaluation führt.» (Gredig 2011: 16).

<sup>2</sup> Kapitel 2 ist dem Gesuch des ISAGE (zur Finanzierung der Pilotstudie) an den Förderfonds entnommen. Das Gesuch hat die wissenschaftliche Mitarbeiterin Lucy Bayer-Oglesby verfasst.

al. 2007a; Fischer et al. 2007b). Es stellt sich deshalb die Frage, welche Faktoren für das Verbleiben in der Therapie von Bedeutung sind. Nach Dobler-Mikola sollten neben gut erforschten Merkmalen der Patienten und Patientinnen vermehrt Merkmale des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Einrichtung sowie motivationale Prozesse untersucht werden (vgl. Dobler-Mikola et al. 2000: 221, Punkt 1).

Wie oben aufgezeigt, sind die Stabilisierung des Gesundheitszustandes und die Verbesserung der Lebensqualität insbesondere bei komplexen Fällen von Drogenabhängigen mit multiplem Substanzkonsum und schwieriger psychosozialer Situation bereits als Therapieerfolg zu werten. Um einen solchen Erfolg zu belegen, sind randomisierte und kontrollierte Studien – der Goldstandard in der klinischen Forschung – kein gangbarer Weg. Die Situation der betroffenen Drogenabhängigen ist zu komplex, um diese zufällig einer ambulanten, einer stationären oder keiner Therapie zuzuweisen. Auch ethische Gründe sprechen dagegen, Drogenabhängige, die zum Schritt einer stationären Therapie bereit sind, einer anderen Therapieform oder keiner Therapie zuzuweisen. Für den wissenschaftlichen Nachweis der stabilisierenden Wirkung einer stationären Therapie sind vielmehr prospektive Längsschnittstudien zum Therapieverlauf mit innovativen Erhebungsmethoden und Auswertungsdesigns gefragt (vgl. Martin/Kübli: 2012). Konzepte wie das «Concurrent Recovery Monitoring» (McLellan et al. 2005) oder longitudinale Ansätze der «single case study» (vgl. Backman/Harris 1999; Sniehotta et al. 2012), sowie qualitative Verfahren, wie jene der «Teilnehmenden Beobachtung» zeigen dabei mögliche Wege auf.

Das Haus Gilgamesch und der Chratten setzen bereits heute unterschiedliche interne und externe Erhebungsinstrumente zur Dokumentation ihrer stationären Suchttherapien ein. Beide Institutionen beteiligen sich am Qualitätsmanagement-System QuaTheDA (Qualität Therapie Drogen Alkohol) (vgl. 2013) des BAG, welches die Struktur- und Prozessqualität erfasst. Der Chratten beteiligt sich zudem an der Erhebung von act-info-FOS (vgl. 2013), bei der mit einem Eintritts- und Austrittsfragebogen soziodemographische Angaben, Angaben zur Wohn- und Arbeitssituation, zur Behandlungserfahrung, zu Suchtproblemen und Konsummustern sowie zum Legalstatus erfasst werden. Das Haus Gilgamesch und der Chratten nutzen eigene Instrumente, welche jedoch nicht systematisch eingesetzt und ausgewertet werden.

In der hier dokumentierten Pilotstudie geht es darum, die methodischen Möglichkeiten abzuklären, mit denen die Wirkungsweise der Therapiearbeit in der stationären Suchttherapie aufgezeigt werden kann. Dabei steht die Messung der Veränderung von Lebensqualität als Indikator der Schadensminderung im Zentrum des Interesses. Die Relevanz der Lebensqualität für die Suchtforschung geht aus einem aktuellen Literatur-Review hervor, welches aufzeigt, dass I) die Lebensqualität von Suchtkranken im Durchschnitt tiefer ist als in der Gesamtbevölkerung; II) eine Reduktion des Konsums mit einer Verbesserung der Lebensqualität assoziiert ist; III) eine reguläre Beendigung der Therapie sowie eine weiterführende Betreuung die Lebensqualität verbessern können und IV) eine Verbesserung der Lebensqualität im Verlaufe der Therapie mit einer Reduktion der Rückfallgefahr assoziiert ist (vgl. Laudet 2011).

## **2.1 Fokus der Pilotstudie/Projektkontext**

Die Pilotstudie konzentriert sich primär auf drei Schwerpunkte: «Was hindert die Praxis daran, derzeit bestehende Messinstrumente systematisch zu verwenden», «wie kann die Veränderung von Lebensqualität gemessen werden» und auf die «kooperative Entwicklung, Implementierung und Auswertung eines forschungsbasierten, theoriegestützten und für die Praxis validen Arbeits- und Messinstrumentes». Angestrebt wurde nicht nur eine Mitwirkung der Leitung, der Mitarbeitenden und der Klientinnen und Klienten im Sinne der Partizipation, sondern auch eine tatsächliche Zusammenarbeit mit Ausrichtung auf ein Ergebnis, welches wissenschaftlichen Gütekriterien sowie der Praxistauglichkeit standhalten kann. Somit wurde die Kooperation als Handlungsstruktur (Zusammenarbeit) und als Beziehungsstruktur (Solidarität) konsequent angewendet (vgl. Hochuli Freund/Stotz 2011: 84ff.). Auf der Ebene der Handlungsstruktur einigte man sich auf eine Koproduktion, welche als dialogischer Verständigungsprozess verstanden wird. Es wurden konsequent alle institutionellen Ebenen (Leitung, Mitarbeitende sowie Klientinnen und Klienten) in den Prozess der Entwicklung des Arbeits- und Messinstrumentes integriert. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Dimensionen der Pilotstudie, wurde die Wirkung der Therapie nur in Bezug auf ihre Messbarkeit untersucht. Ergebnisse, bezüglich der Frage, welche Interventionen eine langfristige und nachhaltige Veränderung in die gewünschte Richtung erzeugen, waren im gegebenen Zeitrahmen nicht zu gewinnen.

## **2.2 Fragestellungen**

### **2.2.1 Übergeordnete Fragestellung**

- Wie wird Lebensqualität gemessen und welche Interventionen haben eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge?

### **2.2.2 Leitfragestellungen**

- Welche Gründe führten zu dem Umstand, dass die Einrichtungen ihre Analyseinstrumente in der Vergangenheit nicht systematisch eingesetzt haben?
- Welche Indikatoren zur Erfassung des Verlaufs stationärer Therapie sind relevant, inhaltlich valide und praxistauglich?
- Kann ein theoriegestütztes und forschungsbasiertes Instrument die Veränderung von Lebensqualität messen und zugleich auch als therapeutisches Arbeitsinstrument eingesetzt werden?

## **2.3 Zielsetzungen**

- Initiierung der Forschungszusammenarbeit zwischen dem ISAGE und der Stiftung Sucht und Transfer von der methodischen Expertise in die Praxis.
- Die Tauglichkeit der im Haus Gilgamesch und im Chratten bereits angewandten Instrumente zur Beschreibung von Therapieverläufen sollen überprüft, optimiert und durch weitere Instru-

mente ergänzt werden. Bei der Erweiterung der Instrumente soll besonders der Anwendbarkeit in der Praxis Aufmerksamkeit geschenkt werden.

- Es sollen die Möglichkeiten innovativer Methoden zur Wirkungsforschung in der stationären Suchttherapie in einem kooperativen Prozess zwischen Wissenschaft und Praxisfeld ausgelotet werden.

### **3 Lebensqualität**

Auf die Frage hin, ob er Lebensqualität nominal definieren könne, antwortete Carl Popper, einer der führenden Wissenschaftstheoretiker unserer Zeit, mit dem Satz «Just forget it» (Troidl 1980, zit. nach Bullinger 2000: 14). Damit meinte Popper nicht die Unmöglichkeit einen komplexen Sachverhalt definieren zu können, sondern er hielt eine operationale Definition für sehr viel sinnvoller als eine nominale (vgl. ebd.). Denn eine operationale Definition versucht das hoch komplexe und multidimensionale Konstrukt der Lebensqualität, über Bestimmungslücken des Phänomens und deren Beziehungen zueinander, sprachlich zu fassen und somit wird das Konstrukt der Lebensqualität möglichst adäquat an den jeweiligen Forschungsgegenstand angepasst.

Bis heute existiert in der wissenschaftlichen Literatur keine einheitliche Definition von Lebensqualität. Allgemeine und materielle Lebensbedingungen, Wohlbefinden, Zufriedenheit und Glück werden in unterschiedlicher Gewichtung und Akzentuierung als Bestandteil von Lebensqualität genannt. Mit diesen Stichworten ist bereits umrissen, dass sowohl kognitive als auch emotionale sowie objektive und subjektive Komponenten als relevant für das Konstrukt der Lebensqualität betrachtet werden (vgl. Hoffmann 2003: 63).

#### **3.1 Lebensqualitätsforschung**

Die unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen hantieren mit mannigfachen Begrifflichkeiten im Kontext der Lebensqualität. So wird zunächst in der Soziologie Lebensqualität unter dem Begriff der «Wohlfahrtsforschung» aufgegriffen (vgl. ebd.: 64), später werden dann in der Psychologie und der Medizin u.a. Bezeichnungen wie «Lebenszufriedenheit» und «Wohlbefinden» verwendet (vgl. Hoffmann: 65ff.). Deshalb ist es auch nicht erstaunlich, dass in der wissenschaftlichen Literatur und im gesellschaftlichen Diskurs eine Vielzahl an unterschiedlichen Definitionen und Konzeptionalisierungen von Lebensqualität existieren (vgl. Ebbinghaus et al. 2006: 5).

Vor dem Hintergrund der angesprochenen Komplexität und Multidimensionalität des Konstruktes der Lebensqualität, wird in den folgenden Kapiteln kurz die Lebensqualitätsforschung aus einer sozialwissenschaftlichen Perspektive (hauptsächlich in der sogenannten «Wohlfahrtsforschung») und aus einer eher naturwissenschaftlichen Perspektive, welche mit dem Begriff der gesundheitsbezogenen Lebensqualität arbeitet, erläutert. Diese zwei Zugänge bilden die theoretische Grundkonzeption bei der Erstellung für das Arbeits- und Messinstrument.

### 3.2 Sozialwissenschaftliche Ansätze der Lebensqualitätsforschung

Der sozialwissenschaftlichen Forschung wird in Bezug auf den Begriff «Lebensqualität» eine Vorreiterrolle zugesprochen (vgl. Baumgartner/Monnet 2007: 55; Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 11; Hoffmann 2003: 63; Wurmbrand 2008: 29). Das Hauptaugenmerk der sozialwissenschaftlichen Perspektive war auf eine theoretische Fundierung und Konzeptualisierung gerichtet (vgl. Hoffmann 2003: 63).

Obwohl in der praktischen sozialwissenschaftlichen Forschung eine Vielzahl an unterschiedlichen Varianten zu finden ist, lassen sich prinzipiell zwei verschiedene Ansätze der Lebensqualitätsmessung unterscheiden, die jeweils auch in spezifischen Theorietraditionen stehen (vgl. Noll 2000: 8). Der eine ist der skandinavische «level of living-approach», der andere ist die amerikanische «quality of life»-Perspektive.

Das «level of living-approach»-Konzept (vgl. Erikson 1993), geht davon aus, dass die Operationalisierung der Indikatoren zur Erfassung der Lebensqualität in erster Linie objektiv erfolgen müsse (vgl. Noll 2000: 9).

Auf der Gegenseite betont das amerikanische «quality of life»-Konzept vor allem den subjektiven Wahrnehmungs- und Bewertungsprozess. Der Hintergrund dieses Konzeptes kommt aus der Sozialpsychologie und der «Mental health»-Forschung (vgl. ebd.).

Wegweisend waren die Ausführungen von Angus Campbell: «The quality of life must be in the eye of the beholder» (1972: 442). Mittlerweile findet in der deutschen Lebensqualitätsforschung bzw. Wohlfahrtsforschung die Kombination von objektiven und subjektiven Indikatoren eine breite Akzeptanz (vgl. Allardt 1993; Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 11; Glatzer/Zapf 1984; Leu/Burri/Priester 1997: 56; Noll 2000: 12).

Neue sozialwissenschaftliche Konzepte von Lebensqualität sollten nach Heinz-Herbert Noll (vgl. 2000: 25f.) stärker unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit betrachtet werden. Zudem sollte das Konstrukt der Lebensqualität stärker über «capabilities» als über «commodities»<sup>3</sup> definiert werden.

Mit Capabilities haben sich insbesondere Martha C. Nussbaum und Amartya Sen (vgl. 1993) befasst, welche den Capability-Ansatz begründet haben. Der Capability-Ansatz ist eine soziale Gerechtigkeitstheorie, die es als öffentliche Aufgabe ansieht, jene sozialen Bedingungen zu schaffen, welche es den Menschen erlauben, ein gelingendes Leben zu führen. Dabei unterscheidet der Capability-Ansatz zwischen Funktionsweisen und Verwirklichungschancen. Die Capabilities beschreiben die objektiven Möglichkeiten (Ressourcen und Wahlmöglichkeiten), über welche eine Person verfügt, um ihre unterschiedlichsten Funktionsweisen zu verwirklichen. Menschen sollen die reale Freiheit haben, sich aus der Menge an Capabilities für bestimmte Funktionsweisen, welche für sie ein gelingendes Leben darstellen, individuell entscheiden zu können (vgl. Otto/Ziegler 2008: 9f.). Unabhängig davon, in welcher Lebenslage jemand ist oder welche Wünsche

---

<sup>3</sup> Capabilities werden mit Verwirklichungschancen umschrieben, welche in diesem Konzept gegenüber den Funktionsweisen und dem zur Verfügung stellen von Ressourcen (commodities) Vorrang haben: Es geht nicht um «mehr» sondern um «besser».

jemand hat, ist es immer vernünftig über diese Capabilities verfügen zu wollen. Die Capabilities und nicht die Funktionsweisen sollen aus gesellschaftlicher Sicht gefördert werden, sodass Menschen ihre eigene Vorstellung vom guten Leben entwickeln und verwirklichen können (vgl. Otto/Ziegler 2007: 244). Die Soziale Arbeit hätte darin den staatlichen Auftrag, in der Relationierung von sozialpolitisch bereitgestellten Ressourcen und den konkreten Lebenssituationen ihrer Klientinnen und Klienten kontextsensitiv und individuell Verwirklichungschancen zu ermöglichen, sie zu befähigen Entscheidungen für ihr gutes Leben zu treffen und unterstützend zu wirken, um gewählte Funktionsweisen realisieren zu können. Hier wird deutlich, dass bei der Messung von Lebensqualität die Dimensionen Selbstbestimmung und Einflussmöglichkeiten zentrale Merkmale darstellen.

### **3.3 Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität**

Die «gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung», bediente sich der oben beschriebenen sozialwissenschaftlichen Vorarbeit und entwickelte das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, in Anlehnung an das amerikanische Konzept «Quality of life» (Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 11; Hoffmann 2003: 71f.). Sie konzentrierte sich jedoch von Beginn an auf die pragmatische Entwicklung von Evaluationskriterien zur Messung von Lebensqualität (vgl. Hoffmann 2003: 63). Dies hatte zur Folge, dass die grosse Mehrheit der wissenschaftlich etablierten Messinstrumente zur Erhebung von Lebensqualität, der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung zugeordnet werden können (vgl. Ravens-Sieberer/Cieza 2000: 29f.; Bullinger/Siegrist/Ravens-Sieberer 2000: 34ff.; Hoffmann 2003: 76).

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit sollte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zugeordnet werden, da diese in der klinischen und gesundheitswissenschaftlichen Forschung eingesetzt wird, bzw. überall dort wo Personen unter gesundheitlichen Einschränkungen leiden (vgl. Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 11).

#### **3.3.1 Voraussetzungen für die Entwicklung und Anwendung von Analyseinstrumenten**

Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ist ein latentes Konstrukt welches *nur über Indikatoren erschlossen* werden kann (vgl. Najman/Levine 1981; Calman 1987) und für die benötigte Operationalisierung sind die *Alltagserfahrungen der relevanten Zielgruppe ausschlaggebend* (vgl. Bullinger 1997: 4). In der gesundheitsbezogenen Lebensqualitätsforschung existiert weitgehend die Übereinstimmung, dass die Erhebung der Lebensqualität anhand einer Selbstbeurteilung der Klienten generiert wird (vgl. Bullinger 1997: 4; Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 12; Hoffmann 2003: 77f.). Obwohl es in der gegenwärtigen wissenschaftlichen Diskussion, noch keinen einheitlichen Konsens über die Dimensionalität dieses latenten Konstrukts gibt, herrscht doch die Einigkeit, dass *psychische, soziale und körperliche Dimensionen* in der Messung enthalten sein sollten (vgl. Bullinger 1997: 4; Bullinger 2000: 14; Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 12).

Monika Bullinger (vgl. 1997: 4–6), eine der führenden Wissenschaftlerinnen in der Konzeption von Messinstrumenten für die gesundheitsbezogene Lebensqualitätsforschung, spricht weiter drei Prüfkriterien bei der Erstellung eines Messinstrumentes an. Erstens sollte eine methodische Prüfung, anhand eines standardisierten Verfahrens, die Reliabilität, Validität und Objektivität des Messinstrumentes kontrollieren (vgl. Kapitel 4.5.2) und die Entwicklung des Instrumentes sollte gut dokumentiert sein (vgl. Kapitel 4.2; 5.1; 5.2). Zweitens sollte es benutzerfreundlich sein, d.h. das Instrument ist für die Mitarbeitenden sowie für die Klientel zumutbar (die Formulierungen der Fragen sind verständlich usw.).

Ableitend vom geführten theoretischen Diskurs über das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wurden folgende vier theoretischen Grundhandlungsleitlinien erstellt, welche als theoretische Rahmung der kooperativen Konzeption des Arbeits- und Messinstrumentes dienen:

- 1) Die Konzeption des Arbeits- und Messinstrumentes findet anhand von Indikatoren statt, welche unter anderem in Kooperation mit der Praxis generiert wurden.
- 2) Das Arbeits- und Messinstrument ermöglicht eine Selbsteinschätzung der Klientinnen und Klienten.
- 3) Das Arbeits- und Messinstrument beinhaltet und erfasst psychische, soziale und körperliche Dimensionen von Befinden und Handlungsvermögen.
- 4) Das Arbeits- und Messinstrument ist methodisch geprüft und benutzerfreundlich gestaltet.

### **3.4 Eigene Definition**

Im Kontext des oben geführten Diskurses, bezüglich der Lebensqualität, haben die Verfassenden dieses Beitrages, die folgende Definition zur Lebensqualität konzipiert:

«Lebensqualität bezeichnet die subjektive Bewertung der eigenen Lebenssituation bezogen auf psychische, physische und soziale Aspekte, wobei jeder Mensch selber entscheidet, welche Lebensbereiche dabei für ihn von Bedeutung sind. Es ist davon auszugehen, dass der Grad an Einflussmöglichkeiten auf die Ausgestaltung der Lebenssituation die subjektive Wahrnehmung von Lebensqualität erheblich mitbestimmt».

## **4 Methodisches Vorgehen**

Das methodische Vorgehen kann zusammenfassend in fünf Arbeitsschwerpunkte eingeteilt werden:

- 1) Erwerb von wissenschaftlichem Wissen in Bezug zur ausgewählten Thematik (vgl. Kapitel 4.1) sowie Recherche von innovativen Instrumenten
- 2) Analyse der Gründe, warum die Einrichtungen in der Vergangenheit ihre Instrumente zur Erfassung des Therapieverlaufs nicht systematisch eingesetzt haben (vgl. Kapitel 4.3)
- 3) Kooperative Entwicklung eines Arbeits- und Messinstrumentes (vgl. Kapitel 4.3)
- 4) Implementierung des Arbeits- und Messinstrumentes mit Teilnehmender Beobachtung (vgl. Kapitel 4.5)
- 5) Auswertung der Ergebnisse (vgl. Kapitel 5)

Durch die starke Ausrichtung auf eine kooperative Prozessgestaltung konnte das Vorgehen nicht detailliert vorstrukturiert werden. Es wurden im Vorfeld einige Termine für die Workshops mit allen Beteiligten vereinbart. Allen Beteiligten war von Beginn an klar, dass der Ausgang der Studie offen ist, dennoch wurde ein Ergebnis angestrebt (Entwicklung des Arbeits- und Messinstrumentes) und die Verantwortung für die Qualität des Instrumentes haben alle Projektbeteiligten gemeinsam übernommen. Gestartet wurde mit einer Kick-off-Veranstaltung, an welcher der Geschäftsführer der Stiftung Sucht, die Leiter der beiden therapeutischen Einrichtungen, die beiden Projektverantwortlichen des ISAGE sowie die Masterstudierenden teilnahmen. Bei dieser Veranstaltung wurden die Zielsetzungen aufeinander abgestimmt und das weitere Vorgehen gemeinsam geplant. Am Ende dieses Treffens wurden bereits Termine für die geplanten Workshops in den Einrichtungen festgelegt.

#### **4.1 Recherche**

Zu Beginn des Projektes wurde ein intensiver Rechercheprozess initiiert. Die Suchstrings wurden nach folgenden Hauptsuchkriterien ausgerichtet: Quality of life\* (Lebensqualität\*), Assessment Instrument\*/Survey\* (Messinstrument\*/Umfrage\*). Damit es möglich war, die bestmögliche Evidenz zu generieren, wurden die Hauptsuchkriterien mit folgenden Zusatzsuchkriterien ergänzt: effectiveness research\* (Wirkungsforschung\*), Social\* (Sozial\*) und addiction treatment\* (Suchttherapie\*). Die Kriterien wurden auch in die englischen Suchbegriffe übersetzt und mit den Boole'schen Operatoren bearbeitet. Die Hauptsuchkriterien waren fixe Elemente in den Suchstrings. Diese wurden im Rechercheverlauf mit den restlichen Zusatzsuchkriterien kombiniert. Die Suchstrings wurden in folgenden Datenbanken eingesetzt: Psynindex, PsychInfo und Web of Science sowie in den Bibliothekskatalogen «Nebis», «IDS» und in den Internetsuchmaschinen.

Im Laufe des Projektes wurden immer wieder punktuelle Recherchen zu Begrifflichkeiten wie z. B. «Teilnehmende Beobachtung», «Kriterien Arbeits- und Messinstrument» usw. gemacht.

#### **4.2 Konzeption des Analyseinstruments**

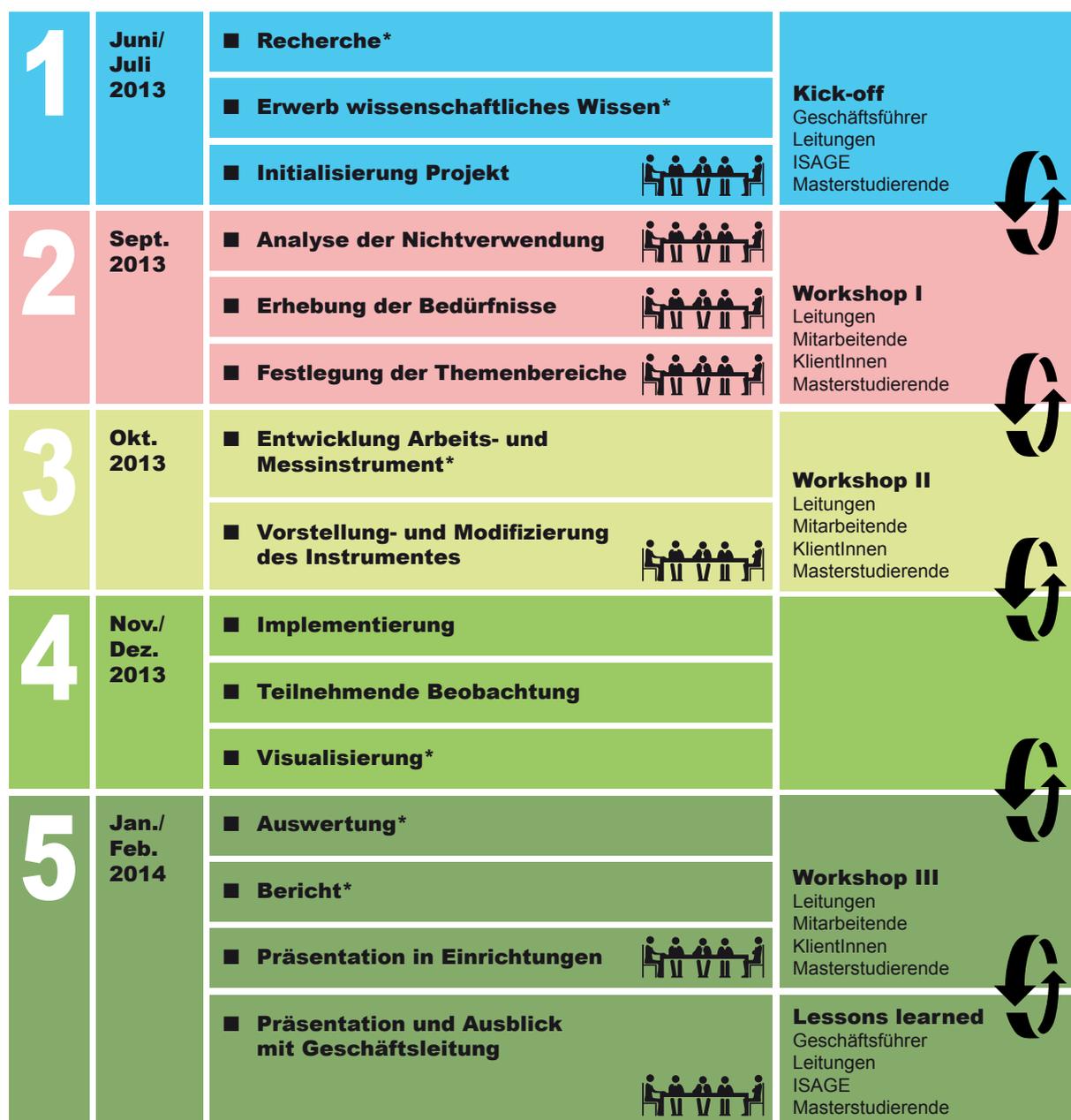
Inzwischen gibt es zur Erfassung der Lebensqualität eine ganze Reihe von Messinstrumenten. Die Zahl nähert sich an die 1500 Verfahren (vgl. Bullinger 2000: 17).

Vor diesem Hintergrund musste ein Selektionsprozess (Selektionskriterien) initiiert werden, um, die für den Forschungsgegenstand relevanten Analyseinstrumente eruieren zu können. Folgende fünf Auswahlkriterien wurden definiert:

Erstens: Die «wissenschaftliche Präsenz» in der Literatur. Es wurden Analyseinstrumente berücksichtigt welche von namhaften Akteuren der Lebensqualitätsforschung entwickelt wurden und welche im Kontext der stationären Suchttherapie schon zur Anwendung gekommen sind; Zweitens: Ist eine deutsche Übersetzung des Analyseinstrumentes vorhanden? Denn die grosse Mehrheit der krankheitsübergreifenden Instrumente zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität wurden im englischsprachigen Raum entwickelt (vgl. Ravens-Sieberer/Cieza 2000: 29f.); Drittens:

Eine besondere Gewichtung der sozioökonomischen- und psychosozialen Aspekte im Analyseinstrument. Dies vor dem Hintergrund, dass diese Analyseinstrumente im Kontext der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt wurden und daher stärker auf die physischen und psychischen Dimensionen ausgerichtet sind; Viertens: Die Erfassung der Daten des Instrumentes erfolgt via Selbstbeurteilung der Klientin oder des Klienten; Schlussendlich: Die im Analyseinstrument behandelten Lebensbereiche weisen eine gewisse Übereinstimmung mit den für die Drogenabhängigen relevanten Lebensbereichen auf.

### 4.3 Prozessablauf



\* Diese Arbeitsschritte wurden durch die Masterstudierenden ohne direkten Einbezug der Praxis durchgeführt.

Abb. 1: Prozessablauf. Eigene Darstellung.

#### 4.4 Sampling

In der empirischen Sozialforschung beschreibt der Begriff des Samplings die Auswahl einer Subkategorie von Fällen, mit welcher Gruppen, Personen, Ereignisse oder Interaktionen, zu bestimmten Zeiten an bestimmten Orten untersucht werden sollen. Dabei stehen diese genannten Faktoren für eine bestimmte Grundgesamtheit, bzw. Population oder einen bestimmten Sachverhalt (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2010: 174).

Das Sampling betreffend der Workshops bestand aus der Leitung, sämtlichen Mitarbeitenden, sowie den neun Klienten und Klientinnen, welche am Projekt teilnehmen wollten. Das Samplingkriterium bei der Implementierung des Analyseinstrumentes in der Praxis bestand darin, dass die Gruppe mit neun Klienten/Klientinnen (die Gesamtanzahl an Plätzen in beiden Einrichtungen beträgt 21) eine möglichst hohe heterogene Zusammensetzung aufwies. Konkret wurde dies in den folgenden Kategorien versucht zu generieren: Alter, Verhältnis Frau und Mann (in der Suchthilfe machen Frauen einen Drittel des Verhältnis von Mann und Frau aus [vgl. Suchthilfe 2013: 1]), Therapielänge, Wohnform (Externat, im Haus).

#### 4.5 Implementierung

Die Implementierung des gemeinsam entwickelten Arbeits- und Messinstrumentes erstreckte sich über eine Dauer von mehreren Wochen und wurde von den Masterstudierenden begleitet. Die neun KlientInnen wurden von ihren Bezugspersonen je dreimal befragt. Das Projektteam entschied sich dafür, die Implementierung in drei unterschiedlich engen Verfahren zu begleiten/beobachten. Dabei wurde, aus praktischen wie auch aus ethischen Gründen, die offene Beobachtung gewählt. Ein im Vorfeld erarbeitetes strukturiertes Beobachtungsprotokoll kam dabei zur Anwendung. Dies, um die Wissenschaftlichkeit der Beobachtung, im Gegensatz zur Alltagsbeobachtung zu gewährleisten, denn «Zuverlässigkeit (Verlässlichkeit) von Beobachtungsdaten und Beobachtungsverfahren liegt dann vor, wenn deren Anwendung unter kontrollierten Erhebungs- und Messbedingungen zu gleichen Ergebnissen führt» (Grüner 1974: 56). Die Entscheidung, in einer ersten Sequenz eng beteiligt zu sein, in einer zweiten Befragung teilnehmend aber nicht aktiv beteiligt zu beobachten und in einer dritten Befragung lediglich im Anschluss eine Rückmeldung einzuholen, stützt sich auch auf die im gesamten Prozess favorisierte Kooperation. Mit diesem Vorgehen konnte die Zusammenarbeit bei der Implementierung fortgesetzt werden und gleichzeitig wurde dem bevorstehenden Projektende Rechnung getragen. Die Studierenden konnten sich langsam wieder aus dem Projekt zurückziehen und den Praxisfachleuten die Entscheidung über eine weitere Verwendung des Instrumentes überlassen. Durch das Abwesensein der Studierenden innerhalb der dritten Befragung konnte überprüft werden, ob das Arbeits- und Messinstrument auch ohne Begleitung keine massgeblichen Schwierigkeiten in der Praxis aufweist und Anwendung finden kann oder nicht.

#### 4.5.1 Teilnehmende Beobachtung I

Bei der ersten Befragung fand eine enge Begleitung der Befragenden und der Befragten durch die Masterstudierenden statt. Unklarheiten und Fragen betreffend der Anwendung des Instrumentes wurden zusammengetragen, direkt diskutiert und anhand von Feldnotizen notiert (vgl. Flick 2010: 374f.).

#### 4.5.2 Teilnehmende Beobachtung II

Bei der zweiten Befragung wurde nicht mehr aktiv agiert, sondern es wurden lediglich die Beobachtungen in einem strukturierten Beobachtungsprotokoll (vgl. Przyborski/Wohlarb-Sahr 2008: 63) festgehalten. Dabei wurde die Befragung selbst, wie auch die anschliessende Dateneingabe beobachtet. Die Konzeption der Kategorien und der jeweiligen Indikatoren erfolgte deduktiv anhand der gängigen Hauptgütekriterien eines psychometrischen Tests (vgl. Bullinger 1997: 4f.; vgl. Bühner 2011: 58–64), sowie induktiv durch die Ergebnisse der Workshops (vgl. Kapitel 5.3).

Kategorie	Indikatoren
<b>Zumutbarkeit</b>	Wurde das Arbeits- und Messinstrument vollständig ausgefüllt?
	Gibt es Äusserungen oder andere Hinweise auf die Zumutbarkeit (Ermüdung, Zeitmangel, etc.)?
	Gibt es Hinweise welche die Visualisierung des Bogens betreffen?
<b>Partizipation</b>	Finden Aushandlungsprozesse bezüglich der Ziel- und Massnahmenformulierung statt?
	Wird das Vorgehen gemeinsam bestimmt?
<b>Aufbau/ Struktur</b>	Wird eine adäquate Unterscheidung getroffen betreffend Vision/Ziel/ Massnahmen?
	Gibt es Unsicherheiten betreffend der Struktur?
	Geben Verhalten und/oder Äusserungen Anlass zum Verdacht, dass die Struktur mangelhaft ist?
<b>Verständlichkeit</b>	Gibt es Verständnis-Diskussionen?
	Gibt es Signale, welche auf ein Nichtverstehen hinweisen (wenn ja, welche)?
<b>Reliabilität</b>	Wird beim 2. Durchlauf dasselbe verstanden wie beim ersten Mal? Wenn nein, was genau?
<b>Multifunktionalität</b>	Findet eine therapeutische Auseinandersetzung statt (Arbeitsinstrument)?
	Werden die Fragen entsprechend angekreuzt (Erhebungsinstrument)?
	Wird Bezug auf die vergangene Befragung genommen (Verlauf)?
<b>Objektivität</b>	Sind die Bedingungen der Befragung identisch (Sitzungszimmer, alleine, etc.)?
	Können Fehler bei der Dateneingabe festgestellt werden?
<b>Validität</b>	Schlussfrage stellen: «Umfasst dieses Arbeits- und Messinstrument inhaltlich alle wichtigen Themen?»

Abb. 2: Auszug strukturiertes Beobachtungsprotokoll. Eigene Darstellung.

#### 4.5.3 Selbständige Rückmeldung

Die dritte Befragung erfolgte ohne die Anwesenheit der Studierenden. Im Anschluss an die Befragung erfolgte eine Rückmeldung bzgl. der Datenerhebung und Eingabe. Eine weitere Rückmeldung betraf den Einsatz der Visualisierung der Veränderungen.

## 5 Ergebnisse

Als zentrales Ergebnis dieser Pilotstudie präsentiert sich ein kooperativ entwickeltes Arbeits- und Messinstrument. In die Entwicklung des Instruments wurden die Ergebnisse aus der Recherche, der Workshops sowie aus den teilnehmenden Beobachtungen integriert.

### 5.1 Ergebnisse aus der Recherchetätigkeit und dem Analyseinstrumentenpool

Anhand der in Kapitel 4.2 aufgeführten Selektionskriterien wurde ein Analyseinstrumentenpool erstellt. Es fand eine Kategorisierung der Analyseinstrumente (körperliche, psychische und soziale Gesundheitsdimensionen) statt, da sich diese insbesondere durch ihre unterschiedlichen Schwerpunkte differenzieren. Beispielsweise hat der Fragebogen «Short Form-36 Health Survey» (vgl. Bullinger/Kirchberger: 1998) zum Ziel, eine umfassende subjektive Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität erhalten zu können. Die körperliche Gesundheitsdimension steht im Mittelpunkt und es ist eines der wenigen Instrumente bei welchen über eine Million Patientendaten verfügbar sind (vgl. Ravens-Sieberer/Cieza 2000: 34). In der Lebensqualitätsforschungsgruppe der WHO wurde der «WHOQOL» nach einer interkulturellen Diskussion über relevante Dimensionen der Lebensqualität so entwickelt, dass in jeder Kultur entsprechend der übergeordneten Konzepte in Focus-Gruppen Items erarbeitet wurden, welche übersetzt wurden, um in ein ursprüngliches Instrument mit 236 Items einzufließen (vgl. WOQOL Group 1995). Dieses Instrument wurde in 15 Ländern eingesetzt und psychometrisch geprüft, woraus der WHO-QOL 100 entstand. Das WHO-QOL 100 erfasst mit 24 Facetten und 6 Dimensionen (körperliche und psychologische Dimension, Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umwelt und Spiritualität) die Lebensqualität von Klienten (vgl. Ravens-Sieberer/Cieza 2000: 34f.).

Der recherchierte Analyseinstrumentenpool umfasst insgesamt sieben Instrumente, an dieser Stelle soll nur noch kurz auf zwei weitere Analyseinstrumente eingegangen werden, um eine kleine exemplarische Auswahl zu gewährleisten. 1. Das Berliner Lebensqualitätsprofil (BeLP) (vgl. Priebe et al.: 1995): Dessen deutlichster Unterschied zu anderen Verfahren zur Messung der Lebensqualität besteht darin, dass das BeLP den Schwerpunkt der Informationsgewinnung auf die sozialen Umstände richtet (vgl. Moser 2012: 72). 2. Das Goal Attainment Scaling (vgl. Kiresuk/Sherman 1968) ist ein standardisiertes Verfahren, das in der individualisierten Lebensqualitätserhebung eingesetzt wird (vgl. Bullinger/Ravens-Sieberer/Siegrist 2000: 17) und zum Ziel hat, Patientinnen und Patienten über eine gemeinsame Zieldefinition stärker in den Behandlungsprozess miteinzubeziehen. Das Instrument ist offen konzipiert und kann unabhängig vom inhaltlichen Kontext angewendet werden.

### 5.2 Entwicklung der Themenbereiche, Dimensionen und Items

In diesem Kapitel wird kurz umrissen wie die Themenbereiche, Dimensionen und Items zu Beginn des kooperativen Konzeptionsprozesses des Analyseinstrumentes determiniert wurden. Der Begriff «Themenbereiche» beschreibt die im Analyseinstrument verwendeten Hauptthemen wie

z.B. Arbeit/Tagesstruktur, Wohnen/Wohnkompetenz usw. Innerhalb dieser Themenbereiche wurden die Dimensionen «Zielerreichung», «Selbsteinschätzung», «Zufriedenheit», sowie «Einflussmöglichkeiten»/«Bewältigungsstrategien» bestimmt. Die Begrifflichkeit Item steht für die konkreten Fragen, die in jeder der entsprechenden Dimension gestellt wurden (Bsp.: «wie hoch ist dein Einfluss auf das Erreichen einer optimalen Wohnsituation»).

### **5.2.1 Themenbereiche**

Die Bestimmung der Themenbereiche für das Analyseinstrument wurde anhand dreier Quellen generiert. Es wurde ein Forschungsstand bezüglich der Merkmale von drogenabhängigen Menschen erstellt und anhand der Bewertungskriterien der menschlichen Bedürfnisse nach Obrecht (vgl. Geiser 2009: 352f.), fand eine Problem- und Lebensbereichsbestimmung statt. Aufgrund dieser wurden konkrete Themen determiniert, anhand welcher die Vorselektion der Analyseinstrumente durchgeführt wurde. In einem weiteren Schritt wurden die schon bestehenden Analyseinstrumente der Institutionen (Chratten und Gilgamesch) analysiert und die dort verwendeten Themenbereiche und Dimensionen erfasst. Dies waren folgende Instrumente: 7-Säulen Formular (Chratten); Aufenthaltsverlauf (Gilgamesch); Klientenzufriedenheitsbogen (Gilgamesch); individueller Veränderungsplan (Gilgamesch); individueller Veränderungsplan-Zufriedenheitsskala (Gilgamesch). Schliesslich wurde der Analyseinstrumentenpool (vgl. Kapitel 5.1) konsultiert und die dort verwendeten Themenbereiche und Dimensionen evaluiert.

### **5.2.2 Dimensionen**

Die fünf Dimensionen Zielerreichung, Selbsteinschätzung, Zufriedenheit, Bewältigungsstrategien und Einflussmöglichkeiten wurden wie folgt generiert: Die Zielerreichung wurde anhand des «Goal attainment scaling» (vgl. Kiresuk/Sherman 1968) konzipiert. Die Dimensionen Selbsteinschätzung, Zufriedenheit und Bewältigungsstrategien wurden anhand der Analyse des Instrumentenpools erstellt (vgl. Kapitel 5.1). Die Konzeption der Einflussmöglichkeiten erfolgte durch den Capability Approach (vgl. Kapitel 3.2). Die Erstellung der Skalierung des Analyseinstrumentes erfolgte durch die im Instrumentenpool gängig verwendete Skalierung von eins bis fünf (vgl. 5.1).

## **5.3 Erkenntnisse aus den Workshops**

Innerhalb des ersten Workshops wurde erhoben, welche Faktoren in der Vergangenheit dazu geführt haben, dass die in den Einrichtungen bestehenden Instrumente nicht oder nur ungenügend Verwendung fanden. Letztlich ging es um die inhaltliche Validität des Instruments, also um die Frage, ob ein Verfahren für die Messung eines bestimmten Konstrukts (Lebensqualität), die bestmögliche Operationalisierung des Konstrukts darstellt. Validität kann jedoch nicht berechnet, sondern nur durch Fachleute und Klientinnen und Klienten beurteilt werden. Es zeigte sich, dass auf Ebene der Mitarbeitenden vor allem folgende Ursachen zur Nichtverwendung der Erhebungs-

instrumente führten: Die fehlende Koppelung von Erhebungs- und Arbeitsinstrument; Der grosse Arbeitsaufwand; Die erhobenen Daten werden abgelegt und nicht weiter verwendet; Die Absenz der therapeutischen Freiheit durch eine Eingrenzung auf die vorgeschriebenen Fragen. Auf Ebene der Klienten und Klientinnen zeigte sich ein ähnliches Bild: Es wurde geäussert, dass solche standardisierten Erhebungsinstrumente als langweilig empfunden werden und wenig mit ihrer derzeitigen Lebenssituation zu tun haben. Der Wunsch nach einem farbig und attraktiv gestaltetem Instrument wurde mehrfach geäussert. Ebenso favorisierten die Klientinnen und Klienten ein Instrument, bei welchem eine Selbsteinschätzung vorgenommen wird, welche anschliessend mit der Fremdeinschätzung der Bezugsperson diskutiert werden kann.

Weiter wurden im ersten Workshop die Themenbereiche auf der Basis der getätigten Literaturrecherche gemeinsam festgelegt. Interessant dabei war, dass insbesondere die Klienten und Klientinnen weitere Themenbereiche einbrachten, welche in den gängigen Erhebungsinstrumenten nicht zu finden sind. So wurde Wert darauf gelegt, den Bereich «Identität» zu befragen. Dies, da nach ihrer Einschätzung, jahrelange Abhängigkeitserkrankung dazu führt, dass die eigene Identität ausschliesslich in der Sucht beheimatet ist und infolge der therapeutischen Arbeit nun neu definiert werden muss. Dies soll an dieser Stelle mit einer Aussage eines Klienten veranschaulicht werden: «Ich vermisse mich so sehr». Ein grosses Anliegen bestand auch darin familiäre und ausserfamiliäre Beziehungen getrennt zu thematisieren. Den familiären Beziehungen wurde grosses Gewicht beigemessen, insbesondere in Bezug auf zu klärende «Altlasten». Diese «Altlasten», welchen in der Regel ein strapazierender Charakter zugeschrieben wurde, thematisierten fast alle Klientinnen und Klienten auch innerhalb des Themenbereichs «Delinquenz/Juristisches». Sie äusserten sich diesbezüglich so, dass das «Einlassen auf den therapeutischen Prozess» deutlich erschwert sei, wenn noch ungeklärte juristische Themen «im Nacken sitzen». Von Mitarbeitenden, wie auch von Klientinnen und Klienten wurde gemeinsam ein Instrument gewünscht, welches mit Zielen arbeitet. Da jedoch die Arbeit an individuell formulierten Zielen oft als anstrengend und auch frustrierend erlebt wird, wollten alle Beteiligten nicht nur mit Zielen arbeiten, sondern die «Vision» dahinter immer sichtbar halten. Dies, da die Vision diejenige Komponente ist, welche sich als nährend erweist und die Motivation aufrecht erhalten kann.

Innerhalb des zweiten Workshops wurde das zwischenzeitlich von den Masterstudierenden entwickelte Arbeits- und Messinstrument vorgestellt. Um eine aktive Beteiligung von Mitarbeitenden und Klienten und Klientinnen zu gewährleisten, fanden sogleich erste Versuchsanwendungen mit dem Instrument statt. So konnten unmittelbar mögliche Schwächen festgestellt und aufgenommen werden. Solche zeigten sich auch sofort. Beispielsweise der Themenbereich Sucht musste erweitert und somit differenzierter dargestellt werden. Im ersten Vorschlag gab es lediglich einen Themenbereich von Sucht (Konsum von illegalen Substanzen). Nach dem zweiten Workshop wurden weitere zwei Themenbereiche (Konsum verschriebener Substanzen, Verhaltenssuchte) hinzugefügt.

Insgesamt fand der Vorschlag Anklang und nach einigen Anpassungen erfolgte die Einigung auf die Befragung von 12 Themenbereichen.

#### **5.4 Auswertung der Teilnehmenden Beobachtung**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Teilnehmenden Beobachtung dargestellt. Diese werden, bedingt durch das methodische Vorgehen, in drei unterschiedlichen Kapiteln präsentiert.

##### **5.4.1 Auswertung Teilnehmende Beobachtung I**

Der Hauptfokus war auf die Anleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie sie das Arbeits- und Messinstrument nutzen und wie die digitale Dateneingabe funktioniert, gerichtet. Die Analyse der Feldnotizen und der Rückmeldungen der Klientel und der Mitarbeitenden ergab folgendes einheitliches Bild: Bei allen neun Befragungen konnte durchgehend festgestellt werden, dass das Arbeits- und Messinstrument einen intensiven therapeutischen Prozess auslöste, welcher als sehr bereichernd beschrieben und beobachtet wurde. Das Arbeits- und Messinstrument generierte, innerhalb der Gespräche, inhaltlich eine grosse Substanz und ermöglichte eine umfassende Betrachtungsweise der momentanen Lebenssituation der Klientel. Es bestand eine gewisse Unsicherheit der Mitarbeitenden bezüglich der Zuordnung der Kategorien Ziele, Massnahmen und Interventionen. Sie beanspruchten bei allen Befragungen Unterstützung des Projektteams (obwohl eine Anleitung für das Arbeits- und Messinstrument zur Verfügung gestellt wurde) bei der Zuordnung der Kategorien. Zudem musste das Projektteam die Mitarbeitenden bei allen Befragungen darauf hinweisen, dass der Erhebungsteil des Instrumentes eine Selbsteinschätzung der Klientinnen und Klienten beinhaltet und sie diese nicht beeinflussen sollen. Die Mitarbeitenden wollten durchgehend darauf bestehen, dass die Klientin oder der Klient eine bessere Bewertung der Selbsteinschätzung vornimmt. Abschliessend wurden noch drei kleinere Formulierungsgenauigkeiten innerhalb des Arbeits- und Messinstruments aufgenommen.

##### **5.4.2 Auswertung Teilnehmende Beobachtung II**

Es wurden sämtliche strukturierten Beobachtungsprotokolle analysiert und mit einander verglichen. Es zeigte sich ein einheitliches Bild bezüglich der Beobachtungen. Das Instrument konnte den Hauptgütekriterien Reliabilität, Validität, Objektivität und Benutzerfreundlichkeit (Zumutbarkeit/Verständlichkeit) standhalten (vgl. Bullinger 1997: 4–6; Bühner 2011: 58–64). Das Instrument wies jedoch einige wenige Mängel bezüglich der Struktur und der Handlungsanleitung auf.

Die *Reliabilität* konnte durchgehend gewährleistet werden, anhand der Indikatoren konnten keine Unterschiede der Klientel sowie der Mitarbeitenden bezüglich der ersten und zweiten Befragung unter dem Gesichtspunkt des «Verstehens» beobachtet werden.

Auch die *Validität* konnte das Instrument garantieren. Das Projektteam konnte ausnahmslos feststellen, dass das Analyseinstrument inhaltlich alle für die Zielgruppe relevanten Themen abdeckt. Zudem konnten auch keine grossen Unstimmigkeiten bezüglich der *Objektivität* beobachtet wer-

den. Die objektiven Bedingungen waren während der ersten und zweiten Befragung praktisch identisch und das Projektteam konnte auch keine Fehler bei der an die Befragung anschließenden Dateneingabe beobachten. Bei der Analyse der Protokolle wurde dem Projektteam ersichtlich, dass die Mitarbeitenden unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Nutzung des Arbeits- und Messinstrumentes aufwiesen. Beispielsweise wurde bei der zweiten Befragung von einigen Mitarbeitenden die digitale Version des Instrumentes neu ausgedruckt und zur Befragung verwendet, andere Mitarbeitende wiederum haben das bereits ausgefüllte Instrument der ersten Befragung erneut benutzt. Damit die Objektivität gewährleistet werden kann, sollte der gesamte Ablauf der Befragungen möglichst standardisiert durchgeführt werden und die Durchführungsbedingungen genau beschrieben sein (vgl. Bühner 2011: 58). Vor diesem Hintergrund wird im Kontext des Abschlussworkshops ein einheitliches Vorgehen bezüglich der oben beschriebenen Thematik definiert.

Das Projektteam konnte hocheifrig feststellen, dass durchgehend sehr intensive Aushandlungsprozesse (*Kategorie: Partizipation*) zu beobachten waren. Das Instrument generiert einen therapeutischen Raum, in welchem sich die Klientel und die Mitarbeitenden gut einbringen- und den Fokus auf die für sie relevanten Themen richten konnten.

Das Instrument erfüllt die Multifunktionalität bestens, die Klientel sowie die Mitarbeitenden nutzen den Bogen als Erhebungsinstrument und als Arbeitsinstrument.

Wie bereits angesprochen, konnten einige wenige Mängel der Struktur und der Handlungsanleitung beobachtet werden, welche den Kategorien *Zumutbarkeit*, *Verständlichkeit* und *Aufbau/Struktur* zuzuordnen sind. Diese lauten wie folgt:

- Durch den intensiven Aushandlungsprozess und durch die umfassende Befragung, dauerte eine Sitzung bis zu zwei Stunden. Vor allem von Seiten der Mitarbeitenden konnten vereinzelte verbale und nonverbale Ermüdungserscheinungen beobachtet werden. Zudem konnte das Projektteam beobachten, dass nicht alle Themenbereiche mit der gleichen Intensität bearbeitet wurden. Manche Bereiche wurden als erfüllt betrachtet und die Zielsetzung war dann, den Ist-Zustand beizubehalten. Andere wurden über eine Halbestunde lang bearbeitet und lösten einen intensiven therapeutischen Prozess aus. Aufgrund dieser unterschiedlichen Bedürfnisse, der zeitlichen Ressourcen und der Befragungsdauer sollte zukünftig in Kooperation mit den Institutionen eine angepasste, praxistaugliche und erhebungstechnisch sinnvolle Konzeption der Befragungsintervalle erarbeitet werden.
- Es konnte bei allen beobachteten Befragungen festgestellt werden, dass die Mitarbeitenden eine inkongruente Vorstellung davon hatten, was sie unter den Kategorien: Ziele, Massnahmen und Interventionen zu verordnen haben. Dies führte zu einer divergenten Dateneingabe bei den eben genannten Kategorien. Die verfasste Handlungsanleitung für das Instrument muss deshalb noch differenzierter auf die Unterschiede der genannten Kategorien eingehen.
- Das Projektteam konnte zudem beobachten, dass keine einheitliche Vorgehensweise bezüglich dem Verfassen von neuen Zielsetzungen bestand, wenn die gesetzten Zielsetzungen er-

reicht wurden. Auch vor diesem Hintergrund muss eine standardisierte Vorgehensweise erarbeitet werden.

- Weitere kleine strukturelle Mängel des Instrumentes und der Datenauswertung wurden beobachtet: Die Einstiegsfrage bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit mit dem Leben wurde aufgrund ihrer schlechten Platzierung innerhalb des Bogens von neun Befragungen, vier Mal übergangen. In der Datenauswertung muss die Formatierung der Bemerkungszelle überarbeitet werden, da sich diese bei zu viel Text mit anderen Zellen vermischt.

### 5.4.3 Auswertung Selbständige Rückmeldung

Die Rückmeldungen bezüglich der Datenerhebung und Dateneingabe, waren durchgehend positiv und es wurden keine Schwierigkeiten beschrieben. Die Visualisierung fand grossen Anklang bei der Klientel und den Mitarbeitenden. Es wurden dem Projektteam die folgenden zwei zentralen Punkte, bezüglich der Visualisierung, rückgemeldet:

- Dank der Visualisierung konnte eine gute Verlaufsdokumentation generiert werden, bei welcher den Klientinnen und Klienten sofort ersichtlich wurde, welche Entwicklung sie innerhalb des Befragungsfensters vollziehen konnten.
- Anhand der Balkendiagramme konnten die Mitarbeitenden auf einen Blick erkennen, wann es der Klientin/dem Klienten «besser» oder «schlechter» ging. Aufgrund dessen konnten sie Verknüpfungen zu spezifischen Ereignissen, Interventionen und Massnahmen herstellen.

## 5.5 Vorstellen des entwickelten Arbeits- und Messinstruments

Die Masterstudierenden haben, unter Einbezug der theoretischen Rahmung, der Anliegen aus der Praxis sowie der Erkenntnisse aus den Workshops und der Teilnehmenden Beobachtungen, ein Arbeits- und Messinstrument entwickelt. Um die Erreichung der Ziele der Klientinnen und Klienten konkret zu unterstützen, wurde ein Instrument entwickelt, in welchem auch konkrete Massnahmen formuliert sowie mögliche Interventionen beschrieben und festgehalten werden können.

### 1 Wohnen / Wohnkompetenz

Vision			
Ziel			
Massnahmen (inkl. Altlasten)			
Wie nahe bist du deinem Ziel derzeit?	Wie gut ist deine Wohnkompetenz?	Wie zufrieden bist du mit deiner Wohnkompetenz?	Wie hoch ist dein Einfluss auf das Erreichen einer optimalen Wohnsituation?
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 ausser Sichtweite</li> <li>■ 2 weit entfernt</li> <li>■ 3 in Sichtweite</li> <li>■ 4 nahe</li> <li>■ 5 erreicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 sehr schlecht</li> <li>■ 2 schlecht</li> <li>■ 3 mittelmässig</li> <li>■ 4 gut</li> <li>■ 5 sehr gut</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 sehr unzufrieden</li> <li>■ 2 unzufrieden</li> <li>■ 3 weder noch</li> <li>■ 4 zufrieden</li> <li>■ 5 sehr zufrieden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 1 keinen Einfluss</li> <li>■ 2 wenig</li> <li>■ 3 mittelmässigen</li> <li>■ 4 hohen</li> <li>■ 5 sehr hohen</li> </ul>
Bemerkungen			
Intervention			

Abb. 3: Themenbereich «Wohnen». Auszug aus dem Arbeits- und Messinstrument. Eigene Darstellung.

### Stiftung Sucht: Befragung Klient-/innen

Vorname	Alter	Eintrittsdatum
Name	Geschlecht	Therapiephase <input type="checkbox"/> Eintrittsphase <input type="checkbox"/> Therapiephase <input type="checkbox"/> Austrittsphase
Datum der Befragung		Kostengutsprache bis
Bezugsperson		

#### Auswahlthemen zur Befragung

<b>1 Wohnen</b>	<b>8 Psychische Gesundheit</b>
<b>2 Arbeit / Tagesstruktur</b>	<b>9a Suchtmittel</b> Verschriebene Substanzen
<b>3 Freizeitgestaltung</b>	<b>9b Suchtmittel</b> Beikonsum
<b>4 Delinquenz / Juristisches</b>	<b>9c Suchtmittel</b> Verhaltenssüchte
<b>5 Finanzen / Administration</b>	<b>10 Beziehungen</b>
<b>6 Familie</b>	<b>11 Sexualität</b>
<b>7 Physische Gesundheit</b>	<b>12 Identität</b>

Wie bist du im Allgemeinen mit deinem Leben zufrieden?  
 1 sehr unzufrieden    2 unzufrieden    3 weder noch    4 zufrieden    5 sehr zufrieden

Stiftung Sucht: Befragung Klient-/innen 1 / 8

Abb. 4: Titelblatt Arbeits- und Messinstrument. Eigene Darstellung.

Gleichzeitig wurden Dimensionen festgelegt, welche die Veränderung der Lebensqualität messen sollen. Der gewünschten attraktiven farbigen Gestaltung wurde Beachtung geschenkt. Die vorher gemeinsam festgelegten Themenbereiche wurden berücksichtigt und die Befragungseinheiten haben alle dieselbe Struktur.

Ganz im Sinne eines Arbeitsinstrumentes ist es möglich dieses Instrument innerhalb der regelmässig stattfindenden Therapiegespräche einzusetzen. Das Instrument eignet sich bestens, Selbst- und Fremdeinschätzungen zu diskutieren und den weiteren Therapieverlauf partizipativ zu planen und zu gestalten. Auf die geführten Gespräche, unter Einbezug des Instruments, erfolgt eine elektronische Dateneingabe, welche ebenfalls benutzerfreundlich konzipiert wurde.

Daraus resultiert eine Visualisierung des Verlaufs. Es ist auch möglich spezielle Vorkommnisse, Interventionen, etc. zu beschreiben. Auch der beschreibende Teil ist in einer Arbeitsmappe fortlaufend dokumentiert und kann bei der Erstellung von Halbjahresberichten zur Unterstützung beigezogen werden.

### Auszug Visualisierung der Veränderungen

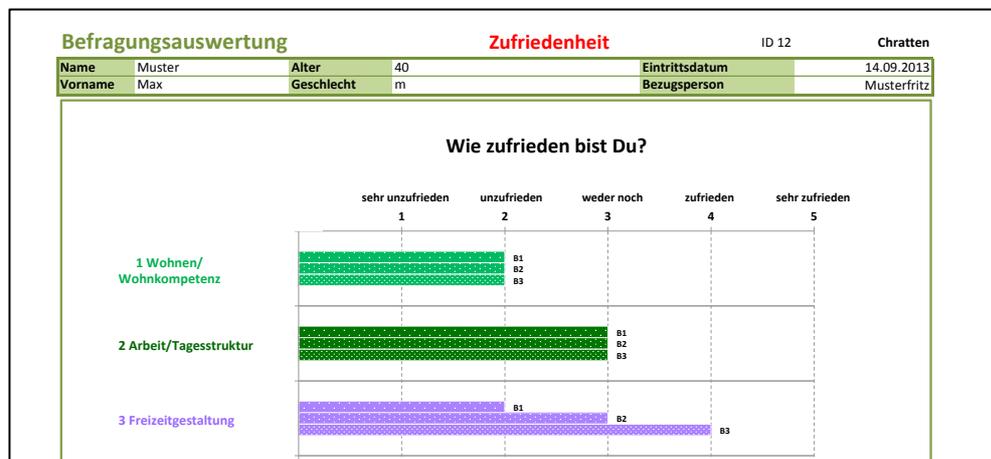


Abb. 5: Auszug Visualisierung der Veränderungen.

## 6 Diskussion und Schlussfolgerungen

Die empirischen Ergebnisse können weitgehend als erfreulich bezeichnet werden. Der konsequente Einbezug aller Beteiligten bei der Entwicklung und Implementierung des Instrumentes hat sicherlich zum Erfolg dieser Pilotstudie beigetragen. An dieser Stelle sollen Fragestellungen und Zielsetzungen nochmals dargestellt, beantwortet und diskutiert werden.

- Wie wird Lebensqualität gemessen und welche Interventionen haben eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge?

Lebensqualität wird gemessen, indem Fragen zur subjektiven Einschätzung der Zufriedenheit in zentralen Themenbereichen gestellt werden. Weitere Fragen, welche einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität haben, beziehen sich auf Einflussmöglichkeiten und Bewältigungsstrategien. Die Frage, welche Interventionen eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge haben, kann derzeit noch nicht beantwortet werden. Der befristete Zeitraum reichte nicht aus, um diesbezüglich fundierte Aussagen zu treffen. Es konnte zwar festgestellt werden, dass verschiedenste Interventionen Veränderungen sowie Verbesserungen der Lebensqualität auslösten, dies kann aber lediglich auf individueller Ebene ausgewertet werden und ermöglicht keine generalisierten Aussagen. Als positiv am entwickelten Instrument ist sicherlich der direkte Bezug bei der wiederholten Befragung desselben Klienten, derselben Klientin, zu vorgängigen Befragungen hervorzuheben. Die Mitarbeitenden konnten bei jeder Veränderung gezielt nachfragen, weshalb ihre Klientinnen und Klienten die Situation verändert wahrnehmen. Dies gab immer wieder Aufschluss darüber, ob die Veränderung in Zusammenhang mit getätigten Interventionen steht oder anderen Ursprungs ist.

- Welche Gründe führten dazu, dass die Einrichtungen ihre Analyseinstrumente in der Vergangenheit nicht systematisch eingesetzt haben?

Zentrale Aspekte der Nichtverwendung wurden bereits in Kapitel 5.3 ausgeführt, es handelt sich dabei vornehmlich um die fehlende Koppelung von Erhebungs- und Arbeitsinstrumenten.

- Welche Indikatoren zur Erfassung des Verlaufs stationärer Therapie sind relevant, inhaltlich valide und praxistauglich?

Hier hat sich gezeigt, dass die Indikatoren bezogen auf die Themenbereiche abhängig davon sind, um welche Art einer Einrichtung es sich handelt. Die gewählten Lebensbereiche im entwickelten Instrument eignen sich für die Nutzung in therapeutischen Einrichtungen für Drogenabhängige und können als dafür spezifiziert betrachtet werden. Weitere relevante Indikatoren sind die Benutzerfreundlichkeit und die attraktive Visualisierung des Instrumentes. Ein Instrument muss einfach und übersichtlich gestaltet sein und die Eingabe der Daten soll unkompliziert erfolgen können. Unerlässlich ist eine differenzierte Anleitung zur Nutzung des Instrumentes. Als valide und praxistauglich herausgestellt hat sich die Kombination von einem Messinstrument mit einem Arbeitsinstrument, welches in die therapeutischen Arbeitsprozesse integriert werden kann.

- Kann ein theoriegestütztes und forschungsbasiertes Instrument gleichzeitig die Veränderung von Lebensqualität messen und als therapeutisches Arbeitsinstrument eingesetzt werden?

Diese Frage kann bestätigt werden. Es ist gelungen diese Kombination zu verwirklichen. Die Implementierungsphase hat gezeigt, dass das Instrument beide Anforderungen erfüllt und damit gewährleistet, dass es auch weiterhin genutzt wird. Beide Mitarbeiter-Teams haben durchwegs positive Rückmeldungen gegeben. Das Team Chratten hat anlässlich einer Team-Retraite im Dezember bereits beschlossen, das Instrument in Zukunft fest zu installieren.

### **6.1 Fazit und Ausblick**

Die zu Beginn festgehaltenen Zielsetzungen wurden weitgehend erreicht. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse, betreffend Lebensqualität und den Anforderungen an ein Messinstrument, konnten in die Entwicklung des Instrumentes integriert werden, womit der Transfer methodischer Expertise in die Praxis erfolgt ist. Die Tauglichkeit der bestehenden Instrumente in den Praxisfeldern wurde überprüft. Wobei hier angemerkt werden kann, dass die Tauglichkeit bei vielen der bereits bestehenden Instrumente in der Praxis, aus einer rein wissenschaftlichen Perspektive, gewährleistet wäre. Hier zeigt sich, dass ein Instrument durchaus wissenschaftlich korrekt aufgebaut sein kann und trotzdem in der Praxis keine Anwendung findet. Das Gütekriterium ist deshalb nicht alleine in der forschungsbasierten, theoriegeleiteten Konzipierung eines Instruments zu suchen. Ein für die Praxis anwendbares Instrument muss zwingend in den Arbeitsalltag integriert werden können. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen der Fachleute ist eine zusätzliche, ausserhalb des Arbeitsalltages anzuwendende Messung, nicht umsetzbar.

In dieser Pilotstudie konnten einige Möglichkeiten zur innovativen Wirkungsforschung ausgelotet werden. Die Grenzen sind nicht absehbar, bzw. in der zeitlichen und finanziellen Begrenzung der Studie zu suchen. Aufbauend auf dieser entwickelten Vorlage könnte mit grosser Wahrscheinlichkeit eine zeitlich länger andauernde, weitere Studie vertiefte Ergebnisse liefern, die auch darüber Auskunft geben könnte, welche Interventionen eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge haben. Dies wiederum könnte die therapeutische Arbeit optimieren und zugleich auch die Erfolge belegen. Seitens des ISAGE, wie auch der Stiftung Sucht wird eine weitere Zusammenarbeit angestrebt. Es haben bereits weitere Institutionsleitungen der Suchthilfe ihr Interesse an diesem, bzw. einem weiteren Projekt dieser Art signalisiert. Es ist geplant, dem Schweizerischen Nationalfonds ein Gesuch einzureichen, um auf Basis der Ergebnisse der Pilotstudie, eine vertiefte Wirkungsforschung durchführen zu können.

## 7 Literaturverzeichnis

Allardt, Erik (1993). Having, Loving, Being. An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. In: Nussbaum, Marta/Sen, Amartya (Hrsg.). Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.

act-info-FOS (2013). act-info-FOS ist ein einheitliches, gesamtschweizerisches Klientendokumentationssystem für den Bereich der stationären Suchthilfe für Menschen mit Drogenproblemen. URL: <http://www.isgf.ch/index.php?id=59&uid=16> [Zugriffsdatum: 25. Dezember 2013].

Backman, Catherine/ Harris, Susan (1999). Case studies, single-subject research, and n-of-1 randomized trials: Comparisons and Contrasts. In: American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation March/April. 78. Jg. (2).S. 170–176.

Baumgartner, Sybille/Monnet, Alexandra (2007). Integration und Lebensqualität. Untersuchung zur aktuellen Lebenssituation von ehemaligen Klienten und Klientinnen einer stationären Drogentherapie. Diplomarbeit. Berner Fachhochschule für Soziale Arbeit.

Bullinger, Monika (1997). Lebensqualitätsforschung. Bedeutung-Anforderung-Akzeptanz. Stuttgart: Schattauer Verlagsgesellschaft.

Bullinger, Monika/Kirchberger, I. (1998). SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Göttingen: Hogrefe.

Bullinger, Monika (2000). Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: Ravens-Sieberer, Ulrike/Cieza, Alarcos. Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendungen. Landsberg: ecomd. S. 13–24.

Bullinger, Monika/Ravens-Sieberer/Siegrist, Johannes (2000). Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin- eine Einführung. In: Bullinger, Monika/Siegrist, Johannes/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.). Lebensqualitätsforschung aus medizinischer und- soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18. Göttingen: Hogrefe-Verlag. S. 11–21.

Bullinger, Monika/Siegrist, Johannes/Ravens-Sieberer, Ulrike (Hrsg.) (2000). Lebensqualitätsforschung aus medizinischer und- soziologischer Perspektive. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie 18. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (o.J.). Viersäulenpolitik. URL: <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/06044/index.html?lang=de> [Zugriffsdatum: 25. Mai 2013].

Bühner, Markus (2011). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson Studium.

Calman, Kenneth C. (1987). Definition and dimension of quality of life. In: N.K. Aaronson, J./Beckheim, J./Bernheim, J./Zittoun, R. (Hrsg.). Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials. New York: Raven Press.

Dobler-Mikola, Anja/Grichting, Esther/Hampson, Denise (2000). Rehabilitationsverläufe Drogenabhängiger nach einer stationären Therapie. Eine empirische Analyse zu «Therapieerfolg», Ressourcen, Barrieren und Attributionen. (Forschungsbericht Nr. 105). Zürich: Forschungsverbund stationäre Suchttherapie. Institut für Suchtforschung.

Ebbinghaus, Bernhard/Noll, Heinz-Herbert/Bahle, Thomas/Wendt, Claus/Schauer, Angelika (2006). VFA-Report Lebensqualität 2006. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES). Arbeitsbereich «Europäische Gesellschaft und Ihre Integration». Universität Mannheim. [http://www.gesis.org/fileadmin/upload/institut/wiss\\_arbeitsbereiche/soz\\_indikatoren/Publikationen/VFA-Report-2006.pdf](http://www.gesis.org/fileadmin/upload/institut/wiss_arbeitsbereiche/soz_indikatoren/Publikationen/VFA-Report-2006.pdf) [Zugriffsdatum: 20. Oktober 2013].

Erikson, R. (1993). Descriptions of Inequality. The Swedish Approach of Welfare Research. In: Nussbaum, Martha C./Amartya, Sen (eds.) (1993). S. 67–83.

Fischer, Martina/Missel, Peter/Nowak, Manfred/Roeb-Rienas, Walter/Schiller, Anne/Schwehm, Helmut (2007a). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) – Teil II: Abstinenz und Rückfall in der Halbjahres- und Jahreskatamnese. In: Sucht Aktuell. 2. Jg. S. 37–46.

Fischer, Martina/Missel, Peter/Nowak, Manfred/Roeb-Rienas, Walter/Schiller, Anne/Schwehm, Helmut (2007b). Ergebnisqualität in der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen (Drogenkatamnese) – Teil I: Einführung in die Thematik, Untersuchungsdesign und Behandlungseffekte. In: Sucht Aktuell. 1. Jg. S. 41–47.

Flick, Uwe (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Geiser, Kaspar (2009). Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur und ihre Anwendung. 4. Aufl. Luzern: Interact.

Glatzer, Wolfgang/Zapf, Wolfgang (Hg.) (1984). Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Frankfurt/New York: Campus Verlag.

Gredig, Daniel (2011). Forschungsbasierte Interventionsentwicklungen. Ein Modell zur Praxisentwicklung in der Sozialen Arbeit: Der Praxis-Optimierungs-Zyklus und seine Erprobung. (o.V.).

Grüner, Karl-Wilhelm (1974). Beobachtung. Stuttgart: Treubner.

Hermann, Hannes/Simmel, Ueli/Chisholm, Alison/Dietrich, Nicolas/Keller, Aline (2006). Stationäre Suchttherapie Schweiz. Finanzierung. Gesamtschweizerische Umfrage bei stationären Suchttherapie-Einrichtungen für die Jahre 2004 und 2005. Bern: Info Drog/Bundesamt für Gesundheit NPP Sektion Drogen.

Hochuli Freund, Ursula/Stotz, Walter (2011). Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit. Ein methodenintegratives Lehrbuch. Stuttgart: Kohlhammer.

Hoffmann, Karin-Maria (2003). Enthospitalisierung und Lebensqualität. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

HRTC (2012). Harm Reduction Therapy. URL: <http://www.harmreductiontherapy.org/content/overview> [Zugriffsdatum: 25. Mai 2013].

IHRH (2010). Was ist Harm Reduction? Eine Erklärung der International Harm Reduction Association. [file://localhost/http://www.ihra.net/files:2010:06:01:Briefing\\_What\\_is\\_HR\\_German.pdf](file://localhost/http://www.ihra.net/files:2010:06:01:Briefing_What_is_HR_German.pdf) [Zugriffsdatum: 3. Juli 2013].

Kiresuk, Thomas J./Sherman, Robert (1968). Goal Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Community Mental Health Programs. In: Community Mental Health Journal, 4 (6), S. 443–453.

Laudet, Alexandre B. (2011). The case for considering quality of life in addiction resreach and clinical practice. In: Addiction Science & Clinical Practice. 6. Jg. (1). S. 44–55.

Leu, Robert E./Burri, Stefan/Priester, Tom (1997). Lebensqualität und Armut in der Schweiz. Bern: Haupt.

Martin, Mike/Kübli, Beatrice (2012). Lebensqualitäts- und Gesundheitsforschung statt Krankheitsforschung. In: Dossier. Gesundheitssysteme im Wandel. Bern: Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften.

McLellan, A. Thomas/McKay, James R./Forman, Robert/Cacciola, John/Kemp, Jack (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. In: *Addiction*. 100. Jg. (4). S.447–458.

Moser, Reinhilde (2012). Vergleich zweier Verfahren zur Erhebung der Lebensqualität bei straffälligen jungen Erwachsenen. Diplomarbeit. Universität Wien. URL: [http://othes.univie.ac.at/23252/1/2012-10-21\\_0206160.pdf](http://othes.univie.ac.at/23252/1/2012-10-21_0206160.pdf) [Zugriffsdatum: 12. Juli 2013].

Najman, Jakob M./Levine, Sol (1981). Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life. A review and critique. *Soc. Sic. Med.* 15F. S. 107–115.

Noll, Heinz-Herbert (2000). Konzepte der Wohlfahrtsentwicklung: Lebensqualität und «neue» Wohlfahrtskonzepte. Papers der Querschnittsgruppe Arbeit & Ökologie, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Social Science Research Center Berlin (WZB). URL: <http://www.econstor.eu/bitstream/10419/50283/1/311841732.pdf> [Zugriffsdatum: 12. Oktober 2013].

Nussbaum, Martha C./Amartya, Sen (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.

Otto Hans-Uwe/Ziegler Holger (2007). Soziale Arbeit, Glück und das gute Leben. Das sozialpädagogische Potential des Capability Approach. In: Andresen Sabine/Pinard Inga/Weyers Stefan (Hg.). *Erziehung – Ethik – Erinnerung. Pädagogische Aufklärung als intellektuelle Herausforderung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Otto, Hans-Uwe/Ziegler, Holger (Hrsg.) (2008). *Capabilities – Handlungsfähigkeiten und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlag GmbH.

Priebe Stefan/Gruyters Thomas/Heinze Martin/Hoffmann Christine/Jäkel Andreas (1995). Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. *Psychiatrische Praxis* 22 (1995) S. 140–144.

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2008). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Auflage. München: Oldenburg Verlag.

QuaTheDA (2013). Qualität Therapie Drogen Alkohol. URL: <http://www.quatheda.ch> [Zugriffsdatum: 2. Dezember 2013].

Ravens-Sieberer, Ulrike/Cieza, Alarcos (2000). Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte-Methoden-Anwendungen. Landsberg: ecomd.

Sniehotta, Falko F./Pressau, Justin/Hobbs, Nicola/Araujo-Soares, Vera (2012). Testing selfregulation interventions to increase walking using randomized N-of-1 trails. In: Health Psychology. 31. Jg. (6). S. 733–737.

Suchthilfe 2013. Männlichkeit, Gender, Sucht und Arbeit. URL: [http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07\\_vosshagen\\_gender.pdf](http://www.suchthilfe.de/veranstaltung/jt/2007/07_vosshagen_gender.pdf) [Zugriffsdatum: 20. Dezember 2013].

WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL). Positionpaper from the World Organisation. Soc Sci Med 41 (1995) S. 1403–1409.

Wurmbrand, Christina (2008). Wohnstätten der Lebenshilfe Niederösterreich. Eine Untersuchung der Lebensqualität in Wohnstätten der Lebenshilfe Niederösterreich aus der Sicht von Menschen mit geistiger Behinderung. Diplomarbeit. Universität Wien. URL: [http://othes.univie.ac.at/3416/1/2008-12-17\\_0301522.pdf](http://othes.univie.ac.at/3416/1/2008-12-17_0301522.pdf) [Zugriffsdatum: 20. Oktober 2013].

## 8 Ehrenwörtliche Erklärung

Wir erklären hiermit ehrenwörtlich, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe sowie nur unter Benutzung der angegebenen Literatur verfasst haben.

---

Zürich, 18.01.2014



---

Ursula Hellmüller

---

Basel, 18.01.2014



---

Raphael Bollag