



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Untersuchung sozialer Kompetenzen
und gesundheitsbezogener Lebensqualität im
Zusammenhang mit alkoholbezogenen Störungen“

verfasst von / submitted by

Manuel Bittner, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Danksagung

Zunächst möchte ich die Gelegenheit nutzen, um mich bei Herrn Mag. Dr. Jagsch für seine kompetente Betreuung zu bedanken. Ich habe mich in der Zusammenarbeit äußerst gut aufgehoben gefühlt und wurde mit Rat und Tat und trotz der für uns alle neuen und ungewöhnlichen Umstände bestens unterstützt. Gerade in solch schwierigen Zeiten erachte ich dies alles andere als selbstverständlich und bin deshalb zutiefst dankbar.

Weiters gilt mein Dank meinem mittlerweile langjährigen Arbeitgeber, dem Verein Dialog, ohne dessen Zusammenarbeit ich die vorliegende Studie nicht durchführen hätte können. Auch hier konnte ich auf Unterstützung zählen und dies trotz der Tatsache, dass in Zeiten einer Pandemie eine systemrelevante Einrichtung mehr als genug um die Ohren hat. Deshalb stellvertretend ein großes Dankeschön an Ursula Zeisel, DSA, Mag.^a Barbara Waidhofer und Michaela Hanke, DSA sowie an alle meine Kolleg*innen.

An dieser Stelle möchte ich auch allen Studienteilnehmer*innen danken, die mich mit ihrer Teilnahme an meiner Studie unterstützt haben. Sowohl den Studierenden der FH Campus Wien als auch den Klient*innen des Verein Dialogs bin ich für ihre Mitarbeit sehr verbunden.

Danke auch an meine Familie, meine Eltern und meine Schwester, auf die ich in den letzten Jahren immer zählen konnte und die es mir ermöglicht haben, mein Studium zu absolvieren. Euer Support ist für mich alles andere als selbstverständlich und ich danke euch für eure Hilfe und für eurer unermüdliches Korrekturlesen.

Abschließend möchte ich all meinen Wegbegleiter*innen der letzten fünf Jahre des Psychologiestudiums danken. All meine Freund*innen, Studienkolleg*innen und Personen, die ich kennen lernen durfte haben mich zu dem Menschen gemacht, der ich heute bin. Vielen Dank dafür!

Inhaltsverzeichnis

Abstract (Deutsch)	6
Abstract (Englisch)	7
Theoretischer Teil	8
1 Alkohol und alkoholbezogene Störungen.....	10
1.1 Alkohol als Konsummittel und dessen Wirkung	10
1.2 Alkoholkonsum in Österreich	11
1.3 Ätiologie und Klassifikation alkoholbezogener Störungen	12
1.4 Messung und ausgewählte Studienergebnisse zu alkoholbezogenen Störungen	14
2 Soziale Kompetenzen	15
2.1 Definition	15
2.2 Messung sozialer Kompetenzen.....	17
2.3 Soziale Kompetenzen bei alkoholbezogenen Störungen	19
3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	21
3.1 Definition	21
3.2 Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität	22
3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei alkoholbezogenen Störungen	23
4 Zusammenhang sozialer Kompetenzen und gesundheitsbezogener Lebensqualität	25
Empirischer Teil.....	27
5 Zielsetzung der Studie	28
6 Methodik.....	28
6.1 Stichproben	28
6.2 Untersuchungsdurchführung	29
6.3 Studiendesign	29
6.4 Untersuchungsinstrumente.....	30
6.4.1 Soziodemografische Daten.....	30
6.4.2 Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K)	30
6.4.3 Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15)	32

6.4.4 Short-Form-36 Health Survey (SF-36)	33
6.5 Fragestellungen und Hypothesen	35
6.5.1 Unterschiedshypothesen hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität	35
6.5.2 Unterschiedshypothesen hinsichtlich sozialer Kompetenzen	35
6.5.3 Hypothesen hinsichtlich Prädiktion sozialer Kompetenzen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität	36
6.5.4 Fragestellung zum Vergleich der Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K) und der Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15).....	37
6.6 Datenaufbereitung und statistische Auswertungsverfahren	37
7 Ergebnisdarstellung	39
7.1 Stichprobenbeschreibung	39
7.1.1 Geschlecht und Alter	40
7.1.2 Nationalität und Beziehungsstatus	40
7.1.3 Höchste abgeschlossene Ausbildung	41
7.2 Reliabilität der Untersuchungsinstrumente	41
7.2.1 Reliabilitätsanalyse ISK-K	41
7.2.2 Reliabilitätsanalyse ICQ-15	42
7.2.3 Reliabilitätsanalyse SF-36	42
7.3 Hypothesenprüfungen	44
7.3.1 Unterschiedshypothesen hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität	44
7.3.2 Unterschiedshypothesen hinsichtlich sozialer Kompetenzen	44
7.3.3 Hypothesen hinsichtlich Prädiktion sozialer Kompetenzen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität	47
7.3.4 Fragestellung zum Vergleich der Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K) und der Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15).....	50
8 Diskussion und Ausblick	57
Literaturverzeichnis	64
Tabellenverzeichnis	73
Abbildungsverzeichnis	74

Abkürzungsverzeichnis 75

Abstract (Deutsch)

Hintergrund. Die Studie setzte sich mit dem Zusammenhang und Unterschieden sozialer Kompetenzen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (HRQoL) bei zwei voneinander unabhängigen Stichproben auseinander. *Methodik.* Als Versuchsgruppe ($n = 34$) dienten Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung der Wiener Suchthilfeeinrichtung Verein Dialog, während Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit die Kontrollgruppe ($n = 36$) bildeten. Soziale Kompetenzen wurden mit der Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K) und der Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15) erhoben. Die HRQoL wurde mittels der Short-Form-36 Health Survey (SF-36) erfasst. *Ergebnisse.* Es zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zugunsten der Kontrollgruppe in der SF-36 und der ISK-K, womit bestehende Erkenntnisse aus der Literatur belegt werden konnten. Im Gesamtscore sowie in einer Subskala der ICQ-15 resultierten signifikante Ergebnisse. Multiple lineare Regressionsanalysen ergaben eine signifikante Erklärungskraft einzelner sozialer Kompetenzen für die psychische und/oder physische HRQoL bei beiden Teilstichproben, allerdings mit Unterschieden hinsichtlich der signifikanten Subskalen. Eine Analyse der statistischen Güte der ISK-K und der ICQ-15 wurde mittels Receiver Operating Characteristic Curves (ROC-Kurven) durchgeführt. Die ICQ-15 zeigte bei beiden Gruppen eine bessere Diskriminationsfähigkeit anhand der Subskala *Soziale Funktionsfähigkeit* der SF-36, die als Außenkriterium diente. *Schlussfolgerungen.* Implikationen der Studie sind die Bedeutung sozialer Kompetenzen im Zusammenhang mit der HRQoL sowie die Notwendigkeit einer spezifischen Begriffsbestimmung und Operationalisierung des Konstrukts zur Etablierung sozialer Kompetenztrainings und testtheoretisch geprüfter Messinstrumente.

Schlüsselbegriffe: Soziale Kompetenzen / gesundheitsbezogene Lebensqualität / alkoholbezogene Störungen / SF-36 / ISK-K / ICQ-15

Abstract (Englisch)

Background. This study discusses the relationship and differences of social skills and health-related quality of life (HRQoL) between two independent samples. *Methodology.* One group ($n = 34$) consisted of clients with alcohol-related disorders of the Viennese addiction care centre Verein Dialog whereas the control group ($n = 36$) was composed of students in the field of clinical social work. Social skills were assessed by using the short form of the Inventar Sozialer Kompetenzen (ISK-K) and the Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15). HRQoL was measured through the Short-Form-36 Health Survey (SF-36). *Results.* Significant differences were shown in favour of the control group in regard to the SF-36 and the ISK-K, which supported existing literature. Within the total score and one subscale of the ICQ-15 significant results could be found. Multiple linear regression analyses showed a significant prediction of mental and/or physic HRQoL using social skills as predictors with differences between the two groups regarding the resulting models. In order to compare the diagnostic quality of ISK-K and ICQ-15 Receiver Operating Characteristic (ROC) curves were calculated. ICQ-15 displayed a better discriminative capacity within both groups based on the external criterion *Soziale Funktionsfähigkeit* of SF-36. *Conclusions.* The study implicates the relevance of social skills associated with HRQoL as well as the need for specific definitions and operationalisations to further establish social skills trainings and statistically audited inventories.

Key words: social skills / health-related quality of life / alcohol-related disorders / SF-36 / ISK-K / ICQ-15

Theoretischer Teil

„Quality of life is social“ – so lautet der Titel des Artikels von Szemere und Jokeit (2015) und ist damit gleichzeitig Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit. In Zeiten von Kontaktbeschränkungen und Social Distancing ist die Auseinandersetzung mit sozialen Kompetenzen beziehungsweise Kompetenzproblemen sowie die Auswirkungen auf die Lebensqualität von Personen aktueller denn je. Die durch Covid-19 ausgelöste Pandemie verdeutlicht die Bedeutung sozialer Interaktionen und hat für Betroffene zahlreiche soziale Folgen, wie auch Anita Bauer, Geschäftsführerin des Fonds Soziales Wien (FSW), in einem Interview mit der Wiener Zeitung betont (Figl, 2021). Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich die vorliegende Masterarbeit mit den genannten Konzepten und setzt einen Bezug zu alkoholbezogenen Störungen.

Hinsch und Pfingsten (2015) erläutern in ihrem Manual für das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK), dass Personen mit psychischen Störungen wie etwa einer Suchterkrankung über ein geringeres Maß an sozialen Kompetenzen verfügen und in weiterer Folge eine verringerte Lebensqualität aufweisen. Diese Wirkmechanismen zeigen sich in zahlreichen weiteren Studien mit klinischen Populationen, so sind soziale Beeinträchtigungen beispielsweise ein zentraler Bestandteil des Störungsbildes einer Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (Velthorst et al., 2017). Interventionen, die soziale Kompetenzen fördern und die auf die Bildung eines sozialen Unterstützungssystems abzielen, haben bei Personen mit Epilepsie positive Auswirkungen auf deren Lebensqualität und Wohlbefinden (Szemere & Jokeit, 2015). Dieser Zusammenhang zeigt sich auch bei Personen, die unter einer Verletzung des Rückenmarks leiden (Müller, Peter, Cieza, & Geyh, 2012). Eine Abhängigkeit von Cannabis (Buckner et al., 2012) oder auch eine Internetsucht (Chou et al., 2017; Torrente, Piqueras, Orgilés, & Espada, 2014) können zu sozialen Kompetenzproblemen führen, und Defizite der sozialen Kompetenzen sowie des sozialen Umfelds stellen einen Risikofaktor bei Adoleszenten hinsichtlich des Konsums von Drogen dar (Reis, Almeida, Miranda, Alves, & Madeira, 2013). Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Muller, Skurtveit, & Clausen, 2016), der Konsum von Zigaretten (Tomioka, Sekiya, Nishio, & Ishimoto, 2014) sowie Internetsucht (Tran et al., 2017) wirken sich negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Betroffenen aus. Wie eingangs erwähnt beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit alkoholbezogenen Störungen, und auch hier zeigen sich in der Literatur Zusammenhänge zwischen sozialen Kompetenzproblemen und Alkoholmissbrauch. Die Angst vor sozialen Problemen oder auch zwischenmenschliche Schwierigkeiten können den Konsum von Alkohol verursachen, ein Faktor, auf den auch Hinsch und Pfingsten (2015) hinweisen. Dieser Aspekt gibt den Rahmen der folgenden Masterarbeit vor, und auf weitere

Forschungsergebnisse wird im anschließenden theoretischen Teil noch intensiver eingegangen, der sich in insgesamt vier Kapitel gliedert. Zu Beginn wird das Thema Alkohol behandelt, um anschließend die Konzepte der sozialen Kompetenzen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und als Abschluss deren Zusammenhänge beziehungsweise Wechselwirkungen zu erläutern. Diese theoretischen Erkenntnisse liefern die Grundlage für den empirischen Teil der Arbeit, der im Anschluss folgt und auf die durchgeführte Untersuchung im Detail eingeht.

1 Alkohol und alkoholbezogene Störungen

1.1 Alkohol als Konsummittel und dessen Wirkung

Alkohol gilt seit über 9000 Jahren als fixer Teil der Gesellschaft und ist ein etabliertes Genussmittel innerhalb der Bevölkerung (Beck, Rosenthal, Müller, Heinz, & Charlet, 2018). Gleichzeitig bezeichnen Wittchen und Hoyer (2011) den Stoff als die älteste Droge der Menschheit. In geringen Dosen kann der Konsum von Alkohol das Wohlbefinden und die Kontaktaufnahme zu anderen Personen fördern sowie euphorisch und entspannend wirken. Weiters wirkt die Substanz enthemmend und anxiolytisch und kann ein erhöhtes Aggressionspotential bewirken. Ein hohes Maß an Alkoholkonsum führt zu einer sedativen Wirkung und kann Koordinationsprobleme verursachen. Weitere potenziell auftretende Störungen sind unter anderem Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, Dehydrierung sowie Kopfschmerzen bis hin zu langfristigen Folgen wie einer Abhängigkeit (Beck et al., 2018). Historisch betrachtet diente der Konsum von Alkohol zur Verstärkung des Gemeinschaftsgefühls von sozialen Gruppen, als Flucht vor den Stressoren des Alltags und als Zeichen des Genusses (Wittchen & Hoyer, 2011). Dieser Wunsch reicht bis in die Anfänge der Menschheitsgeschichte zurück, da archäologische Funde aus Nordchina etwa 7000 Jahre vor Christus auf eine erste Erzeugung alkoholischer Substanzen hindeuten (Beck et al., 2018).

Grundsätzlich werden Alkohol und Ethanol in der Alltagssprache synonym verwendet, obwohl beispielsweise auch Methanol zu der Gruppe der Alkohole zählt. Es handelt sich bei ersterem um eine bei Raumtemperatur farblose und entzündbare Flüssigkeit, die bei der Produktion von alkoholischen Getränken aus gärendem Getreide hergestellt wird. Dieser Prozess wird durch Hefe ausgelöst und bewirkt eine Gärung von Zucker zu Ethanol (Beck et al., 2018). Neuropsychologisch interagiert Alkohol je nach Dosis mit unterschiedlichen Neurotransmittersystemen und führt bei niedriger beziehungsweise hoher Dosierung zu stimulierender beziehungsweise sedativer Wirkung (Weiss, Singewald, Ruepp, & Marksteiner, 2014). Die Substanz ist ähnlich wie Benzodiazepin ein Agonist der GABA-A-Rezeptoren, weshalb der Konsum unter anderem antikonvulsive und muskelrelaxierende Effekte bedingt.

Weiters beeinflusst Ethanol glutamaterge sowie neuropeptiderge und monoaminerge Systeme, wie beispielsweise Serotonin und Dopamin. Geringe Dosen führen zu einer erhöhten Ausschüttung von Dopamin, während hohe Dosen eine verminderte Dopaminausschüttung verursachen. Chronischer Konsum von Alkohol führt zu einer Unterfunktion des GABAergen- und Dopaminsystems, während eine Abstinenz durch noradrenerge Hyperaktivität gekennzeichnet ist. Diesen Dysregulationen der Neurotransmittersysteme werden Symptome wie parkinsonähnliche Zustände, Tremor oder auch visuelle Halluzinationen zugeschrieben (Weiss et al., 2014). Alkoholkonsum verursacht eine schnellere Alterung des Gehirns und bedingt Beeinträchtigungen der Kognitionen. Hier zeigen sich laut Weiss et al. (2014) genderspezifische Unterschiede, da Frauen für die beschriebenen Effekte vulnerabler sind und die negativen Entwicklungen früher als bei Männern einsetzen.

1.2 Alkoholkonsum in Österreich

Im folgenden Kapitel soll die Situation hinsichtlich des Alkoholkonsums in Österreich beschrieben werden. Hierzu soll hauptsächlich auf das Handbuch Alkohol – Österreich, das im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz erarbeitet wurde, Bezug genommen werden (Bachmayer, Strizek, & Uhl, 2020).

In Österreich entspricht ein Standardglas 20 Gramm reinen Alkohol – ein Aspekt, der beim Vergleich von verschiedenen Ländern mitbedacht werden muss, da sich die Definitionen international differenzieren. Je nach Getränk beziehungsweise Alkoholkonzentration unterscheidet sich die zu trinkende Menge, um ein Standardglas zu erreichen. So enthalten 1/2 Liter Bier, 1/4 Liter Wein, 1/8 Liter Likör beziehungsweise 1/16 Liter Schnaps jeweils 20 Gramm Alkohol und entsprechen damit einem Standardglas (Bachmayer et al., 2020). Auf Basis der Definitionen des britischen Health Education Councils (1984) beschreiben Bachmayer et al. (2020) eine Harmlosigkeits- beziehungsweise Gefährdungsgrenze. Bei ersterer wird der Alkoholkonsum als unbedenklich gewertet, wohingegen ein Überschreiten letzterer als Gesundheitsgefährdung eingestuft wird. Bei Männern entspricht die Harmlosigkeitsgrenze 24 Gramm reiner Alkohol pro Tag, während die Gefährdungsgrenze bei 60 Gramm liegt. Für Frauen werden niedrigere Werte herangezogen, nämlich 16 Gramm reiner Alkohol für die Harmlosigkeitsgrenze und 40 Gramm als Gefährdungsgrenze. Diese Unterteilung liefert die Grundlage für die unterschiedlichen Alkoholkonsumgruppen nach Uhl und Springer (1996). Abstinente und Fastabstinente bilden 19% der Einwohner*innen Österreichs ab 15 Jahren. Personen mit geringem beziehungsweise mittlerem Alkoholkonsum machen 54% beziehungsweise 14% ebendieser Gruppe aus. Hier handelt es sich um Menschen,

die sich hinsichtlich ihres Alkoholkonsums unter der Harmlosigkeitsgrenze beziehungsweise zwischen Harmlosigkeits- und Gefährdungsgrenze befinden. Personen mit problematischem Alkoholkonsum, also jener Gruppe, die über der Gefährdungsgrenze liegt, formen zusammen 9% der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren. Zuletzt liegt der Anteil der nach ICD-10 diagnostizierten Alkoholiker*innen bei 5%. Die beiden letzten Gruppen konsumieren zusammen über zwei Drittel, nämlich 68%, des gesamten Alkohols in Österreich, wohingegen sich dieser Anteil bei den ersten drei Konsumklassen auf 32% beläuft (Bachmayer et al., 2020). Die Gesamtlebensprävalenz des chronischen Alkoholismus in Österreich beträgt 10%, während die Inzidenz bei 0.13%, also bei etwa 10.000 Personen pro Jahr, liegt, wobei hier auf die geschlechtsspezifischen Unterschiede aufmerksam gemacht werden muss. Frauen weisen durchschnittlich geringere Werte hinsichtlich der genannten Kennzahlen auf. Abschließend gibt es auch Unterschiede bezüglich der Menge des konsumierten Alkohols je nach Getränk. 52% der gesamten Alkoholkonsummenge bildet Bier, während Wein beziehungsweise Spirituosen 36% beziehungsweise 12% ausmachen (Bachmayer et al., 2020).

1.3 Ätiologie und Klassifikation alkoholbezogener Störungen

Hinsichtlich der Ätiologie gibt es kein einheitliches Modell in Bezug auf die Pathogenese alkoholbezogener Störungen (Wittchen & Hoyer, 2011). Zahlreiche Autor*innen postulieren ein bio-psycho-soziales Modell der Abhängigkeitsentwicklung (Beiglböck & Feselmayer, 2000). Der biologische Aspekt meint hierbei Phänomene der Toleranzentwicklung und die Bildung von Entzugserscheinungen, Veränderungen der weiter oben beschriebenen Neurotransmittersysteme sowie spezifische Gedächtniseffekte bis hin zur Etablierung eines sogenannten Suchtgedächtnisses (Wittchen & Hoyer, 2011). Auf Basis von Adoptionsstudien werden ebenfalls genetische Faktoren postuliert, allerdings wird hier nicht von einem spezifischen Gen für eine Alkoholabhängigkeit, sondern von einer Vulnerabilität der Betroffenen ausgegangen (Beiglböck & Feselmayer, 2000). Nach Wittchen und Hoyer (2011) beinhaltet die psychologische Komponente im Rahmen dieses Modells die Bildung von Grundannahmen in Bezug auf Alkohol, beispielsweise dass die Substanz in jeglicher Situation zu einer Verbesserung der Stimmung führt, während Beiglböck und Feselmayer (2000) darauf hinweisen, dass bislang keine Spezifika einer Suchtpersönlichkeit gefunden werden konnten, obgleich zahlreiche Typologien zur Unterscheidung von Betroffenen einer Alkoholabhängigkeit existieren. Abschließend subsumiert der soziale Teil der Theorie Phänomene des sozialen Umfelds und soziodemografische Merkmale wie beispielsweise Jobstatus, finanzielle Ressourcen, Familie und Freund*innen (Beiglböck & Feselmayer, 2000). Weiters unterscheiden sich Gesellschaften hinsichtlich ihrer Trinkkultur, wobei eine gestörte

Trinkkultur den Fokus auf Personen richtet, bei denen eine Abhängigkeit diagnostiziert wurde, und das Problembewusstsein beim Rest der Bevölkerung eher gering ausgeprägt ist. Zusätzlich führen gesellschaftliche Prozesse, die Coping mit Alkohol aufgrund einer früheren zeitlichen Verfügbarkeit im Vergleich mit alternativen Möglichkeiten begünstigen, zu einem erhöhten Rückfallrisiko bei Abstinenter (Wittchen & Hoyer, 2011).

Zur Einteilung der unterschiedlichen alkoholbezogenen Störungen wird wie in der österreichischen Statistik der Spitalsentlassungen beziehungsweise Todesursachen die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) International Classification of Diseases (ICD) in der 10. Version herangezogen (Bachmayer et al., 2020). Die ICD-10 unterteilt sich in verschiedene Kapitel beziehungsweise alphabetische Kategorien, die stellvertretend für eine Hauptstörungskategorie stehen und denen zur weiteren Spezifikation ein bis zu fünfstelliger Zahlencode zugeordnet wird. Psychische und Verhaltensstörungen finden sich in Kapitel V beziehungsweise F (Bachmayer et al., 2020).

Die für die vorliegende Masterarbeit relevanten Psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol finden sich in der Unterkategorie F10 und werden in die folgenden spezifischen Störungen differenziert (Bachmayer et al., 2020):

- Akute Alkoholintoxikation (bei Abhängigkeit; F10.0)
- Schädlicher Alkoholgebrauch (F10.1)
- Alkoholabhängigkeitssyndrom (F10.2)
- Alkoholentzugssyndrom (F10.3)
- Alkoholentzugssyndrom mit Delir (F10.4)
- Psychotische Störung durch Alkohol (F10.5)
- Amnestisches Syndrom durch Alkohol (F10.6)
- Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung durch Alkohol (F10.7)
- Sonstige psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10.8)
- Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10.9)

Auch in anderen Kapiteln der ICD-10 finden sich Störungen, die einen Bezug zu Alkohol haben, allerdings soll im Rahmen dieser Arbeit der Fokus auf psychische Störungen gerichtet werden. In weiterer Folge soll ein kurzer Aufriss der wissenschaftlichen Literatur zu den Auswirkungen alkoholbezogener Störungen auf betroffene Individuen gegeben werden.

1.4 Messung und ausgewählte Studienergebnisse zu alkoholbezogenen Störungen

Ein geeignetes Screeningverfahren zur Erkennung riskanten Alkoholkonsums ist der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), der im Rahmen eines internationalen Forschungsvorhabens der WHO entwickelt wurde. Es handelt sich dabei um einen vierstufig skalierten und zehn Items umfassenden Fragebogen, der die Dimensionen Alkoholkonsum, Trinkverhalten und alkoholbezogene Probleme beinhaltet (Saunders, Aasland, Babor, De la Fuente, & Grant, 1993). Der AUDIT wurde in zahlreichen repräsentativen Bevölkerungsstudien eingesetzt und konnte mehrfach validiert werden (Lundin, Hallgren, Balliu, & Forsell, 2015; Moehring et al., 2019; Yee, Adlan, Rashid, Habil, & Kamali, 2015). Weitere Screeningverfahren sind beispielsweise der Lübecker Alkoholismus Screening Test (LAST) oder der Münchner Alkoholismustest (MALT) (Wittchen & Hoyer, 2011).

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche Belege einer vorherrschenden Komorbidität alkoholbezogener Störungen mit anderen psychischen Störungen. Hintz, Diel und Croissant (2004) beschreiben Zusammenhänge ersterer mit Angststörungen, affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen und verdeutlichen die Problematik, die damit einhergeht, da Interventionen erschwert werden und das Suizidrisiko betroffener Personen ansteigt. Außerdem liegen oftmals mehrere Abhängigkeiten vor, ein Aspekt, der in der Behandlung berücksichtigt werden muss (Korbel, 2015). Weitere Forschungsergebnisse zeigen auch, dass Schlafprobleme (Brooks & Wallen, 2014) oder die Entwicklung einer Krebserkrankung (Mons, Gredner, Behrens, Stock, & Brenner, 2018) durch alkoholbezogene Störungen bedingt werden können. Grønkjær et al. (2019) konnten zeigen, dass Personen mit alkoholbezogenen Störungen geringere Werte in Intelligenztests erzielen und diese in weiterer Folge unter einem größeren altersbedingten Abbau leiden als Individuen ohne diese Störungen. Dies wird auf ein grundsätzlich geringeres Intelligenzniveau und einen stärkeren -abbau zurückgeführt. Auch psychosoziale Folgen wie Konflikte in Partnerschaften, der Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung sowie der Schädigung von freundschaftlichen Beziehungen werden in Bezug auf alkoholbezogene Störungen in der Literatur diskutiert (Wittchen & Hoyer, 2011). In einer schwedischen Studie zeigte sich, dass sich das Störungsbild bei Eltern besonders auch auf deren Kinder hinsichtlich ihrer Leistungen in der Schule auswirkt. Bei Kindern im Alter von 15 und 16 Jahren kann dies zu durchschnittlich schlechteren Ergebnissen und Noten führen, obgleich diese Effekte vor allem mit der sozialen Situation der betroffenen Eltern in Beziehung stehen (Berg, Bäck, Vinnerljung, & Hjern, 2016)

Die Zusammenhänge zwischen alkoholbezogenen Störungen und sozialen Kompetenzen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sollen an späterer Stelle des Theorieteils noch eingehend erläutert werden. Im folgenden Teil wird das Konzept der sozialen Kompetenzen erörtert.

2 Soziale Kompetenzen

2.1 Definition

Die Begriffsbestimmung von sozialen Kompetenzen ist in der wissenschaftlichen Literatur noch nicht vollständig geklärt, und es gibt keinen breiten Konsens darüber (Hochbein, 2013). Historisch betrachtet handelte es sich bis Mitte des letzten Jahrhunderts um ein Kriterium zur Einschätzung, ob eine sogenannte geistige Behinderung ausgeprägt ist, und erst Anfang der 1980er Jahre kam es zu einem verstärkten Forschungsinteresse der klinischen Psychologie. Gleichzeitig entwickelte sich das Konzept zu einem Phänomen der populärwissenschaftlichen Literatur und gab den Anstoß für zahlreiche Ratgeber, die jedoch auf einem individuellen Verständnis der jeweiligen Autor*innen in Bezug auf soziale Kompetenzen beruhen (Hochbein, 2013). Im Rahmen der wissenschaftlichen Psychologie wurden in den Bereichen der differenziellen, klinischen und auch der Wirtschaftspsychologie zahlreiche Definitionen postuliert. In dem folgenden Teilkapitel sollen einige davon überblicksmäßig dargestellt werden.

Bastians und Runde (2002) unterscheiden in ihrem Übersichtsartikel zwischen askriptiven und theoriebezogenen Definitionen. Erstere beziehen sich auf Aufzählungen und die Nennung von bestimmten Verhaltensweisen, wohingegen letztere auf Basis von theoretischen Annahmen Prozesse sowie Spezifika sozial kompetenten Verhaltens festlegen. Weiters führen Bastians und Runde (2002) im Rahmen ihrer eigenen Konzeption aus, dass es sich bei sozialen Kompetenzen um komplexe Persönlichkeitsfähigkeiten handelt und beschreiben weiter, „je nach Anforderungsstruktur werden diese Persönlichkeitsfähigkeiten durch Handlungsregulation in Verhalten umgesetzt. Die Fähigkeiten ermöglichen, in Kommunikations- und Interaktionssituationen entsprechend den zugrundeliegenden Bedürfnissen Realitätskontrolle zu übernehmen“ (S. 187).

Kanning (2009a) unterscheidet zwischen sozialen Kompetenzen als latente Persönlichkeitseigenschaft und sozial kompetentem Verhalten als manifeste Repräsentation dessen. Ein Individuum steht nach dieser Definition vor der Herausforderung, je nach sozialer Situation einen Kompromiss zwischen Anpassung an die Anforderungen ebendieser und der Durchsetzung eigener Interessen zu finden. Weiters beschreiben soziale Kompetenzen ein

Potential, das nicht zwangsläufig auch zu sozial kompetentem Verhalten führen muss. Eine Person, die soziale Kompetenzen besitzt, ist zwar grundsätzlich in der Lage, ein entsprechendes Verhalten zu zeigen, allerdings hängt dies auch von der konkreten Situation ab. Daraus resultierend sind soziale Kompetenzen eine Disposition, die sich auf die Fähigkeiten beziehungsweise Fertigkeiten einer Person beziehen, die die Qualität des sozial kompetenten Verhaltens grundsätzlich fördern. Sozial kompetentes Verhalten beschreibt in weiterer Folge konkrete Verhaltensweisen, die in sozialen Situationen eine Person dazu befähigen, ihre eigenen Ziele und Interessen umzusetzen, ohne die soziale Akzeptanz des Verhaltens außer Acht zu lassen (Kanning, 2009a). Aufgrund der bereits angesprochenen Situationsabhängigkeit differenziert Kanning (2009a) weiters zwischen allgemeinen und spezifischen sozialen Kompetenzen. Erstere sind grundsätzlich jeder Person zu eigen, und Individuen unterscheiden sich diesbezüglich in der Qualität der Ausprägung, wie beispielsweise hinsichtlich Extraversion. Spezifische soziale Kompetenzen hängen von konkreten Lernerfahrungen und Umgebungseigenschaften ab, sind bei verschiedenen Personen unterschiedlich und können auch als erfahrungsbasierte Differenzierung der allgemeinen Kompetenzen beschrieben werden (Kanning, 2009a).

Vor dem Hintergrund ihres Erklärungsmodells definieren Hinsch und Pfingsten (2015) soziale Kompetenzen als „die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen für den Handelnden zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen führen“ (S. 18) und nennen konkrete Beispiele sozial kompetenten Verhaltens wie unter anderem die Akzeptanz von Komplimenten oder auch das offene Zeigen von Gefühlen. Diesen Gedanken weitergedacht ergibt sich bei sozialen Kompetenzproblemen ein ungünstiges Verhältnis der positiven beziehungsweise negativen Konsequenzen. Dies hat negative Auswirkungen auf die Lebensqualität, und Probleme dieser Art sind mit spezifischen Persönlichkeitsstörungen oder auch Schüchternheit assoziiert (Hinsch & Pfingsten, 2015). Das schon angesprochene Erklärungsmodell sozialer Kompetenzen beziehungsweise -probleme postuliert als Basis eine spezifische Situation. In weiterer Folge wird diese von einem Individuum wahrgenommen sowie kognitiv und emotional verarbeitet, wodurch im Anschluss konkrete motorische Verhaltensweisen ausgelöst werden. Diese führen zu beobachtbaren Veränderungen und Konsequenzen in der Umwelt, die erneut wahrgenommen und psychisch verarbeitet werden. Relevante Faktoren werden mittels Gedächtnisprozessen gespeichert und beeinflussen zukünftige Verhaltensweisen in ähnlichen Situationen. Kompetenzprobleme können nun aufgrund von Defiziten in jeder der erwähnten Aspekte der Verhaltenssteuerung auftreten.

Hinsch und Pfingsten (2015) nennen vor diesem Hintergrund fünf relevante Teilprozesse, nämlich situationale Überforderung, eine ungünstige kognitive Verarbeitung von Situationen, ungünstige emotionale Prozesse, motorische Verhaltensprobleme sowie ungünstige Verhaltenskonsequenzen.

Der geisteswissenschaftliche Ansatz von Wellhöfer (2004) definiert soziale Kompetenzen als Schlüsselqualifikation und multidimensionales Konstrukt, das dazu beiträgt, soziale Situationen zu bewältigen. Diese Handlungsfähigkeit wird in drei Aspekte unterteilt, die große Überschneidungen aufweisen (Wellhöfer, 2004). Selbstkompetenz beschreibt Handlungen, die auf Selbstverantwortung beruhen, während sich Sachkompetenz darauf bezieht, in spezifischen Sachbereichen Zuständigkeit zu übernehmen. Die Sozialkompetenz wird als die Fähigkeit definiert, für gesellschaftlich relevante Sozialbereiche sowohl urteils- als auch handlungsfähig zu sein. Nach Wellhöfer (2004) ist eine allgemein gültige Definition sozialer Kompetenzen allerdings nicht möglich, da sich sozial kompetentes Verhalten nur in Abhängigkeit von konkreten Situationen sowie Faktoren wie dem Wertesystem oder auch dem Menschenbild der beteiligten Personen einordnen lässt.

Aufgrund der noch nicht allgemein verfügbaren Bestimmung des Konzepts der sozialen Kompetenzen ist auch oftmals die Abgrenzung zu verwandten Konstrukten schwierig. Kanning (2002) nennt hier unter anderem die soziale beziehungsweise emotionale Intelligenz oder die interpersonale Kompetenz, die sich auf ähnliche Bereiche der gerade beschriebenen Definitionen beziehen. Vor diesem Hintergrund steht die Messung sozialer Kompetenzen ebenso vor Herausforderungen – ein Aspekt, auf den im nächsten Kapitel eingegangen wird.

2.2 Messung sozialer Kompetenzen

Im Rahmen der Diagnostik und Messung sozialer Kompetenzen gibt es eine Vielzahl an unterschiedlichen Möglichkeiten, die im folgenden Teil der Arbeit überblicksmäßig dargestellt werden.

Kanning (2009a) unterteilt die verschiedenen Verfahren vor dem Hintergrund ihrer Nähe beziehungsweise Distanz der erhobenen Daten zu sozialen Kompetenzen in insgesamt vier Kategorien. Zunächst erfassen kognitive Leistungstests als einzige Gruppe soziale Kompetenzen direkt. Im Rahmen dieser Verfahren werden Aufgaben bearbeitet, und diese erfassen grundlegende Bereiche wie beispielsweise das Verständnis von Kommunikationsprozessen oder soziale Normen. Die Verhaltensbeobachtung liefert eine indirektere Erfassung des Konstrukts, indem das Verhalten einer Person in sozialen Situationen entweder offen oder verdeckt und mit unterschiedlichem Standardisierungsgrad beobachtet

wird. Daraus werden Rückschlüsse auf die latenten sozialen Kompetenzen gezogen. Die dritte Kategorie, nämlich die Verhaltensbeschreibung, bietet im Rahmen einer Selbst- beziehungsweise Fremdbeschreibung die Möglichkeit der Erfassung des interessierenden Konstrukts. Hier können Erzählungen von Individuen oder auch der Einsatz von standardisierten Items als Grundlage der Diagnostik dienen. Die letzte Gruppe von Verfahren fokussiert auf die Messung sogenannter komplexer Kompetenzindikatoren, um eine globale Bewertung der sozialen Kompetenzen zu ermöglichen. Zentral sind hier die Konsequenzen eines Sozialverhaltens und auf Basis dessen soll ähnlich wie bei der Verhaltensbeobachtung beziehungsweise -beschreibung auf dahinterliegende soziale Kompetenzen geschlossen werden (Kanning, 2009a).

Bastians und Runde (2002) beschreiben drei Gruppen von geeigneten Messverfahren sowie deren Stärken und Schwächen. Paper-Pencil-Verfahren können als Fragebogen im Rahmen einer Selbst- oder Fremdbeurteilung und als Leistungstests eingesetzt werden und weisen einen hohen Standardisierungsgrad und Ökonomie auf. Problematisch können Selbsteinschätzungen in der Eignungsdiagnostik sein, da hier mit Verzerrungen wie sozialer Erwünschtheit zu rechnen ist. Ein Beispiel für ein solches Verfahren ist das Bakker Assertiveness-Aggressiveness-Inventory (Bastians & Runde, 2002). Interaktionsbeurteilungen oder auch Rollenspiele ermöglichen eine realitätsgetreuere Nachstellung sozialer Situationen und können so als Basis zur Diagnostik sozialer Kompetenzen dienen. Hier liegt ein geringerer Standardisierungsgrad vor, und ein Vergleich von verschiedenen Personen ist erschwert. Der Behavioral Role Play Test zählt zu dieser Gruppe (Bastians & Runde, 2002). Als letzte Kategorie nennen Bastians und Runde (2002) video- und computergestützte Verfahren, die speziell im Personalbereich verstärkt eingesetzt werden. Hier liegen einerseits inhaltliche und praktische Vorteile vor, andererseits wird eine hohe Standardisierung und eine realitätsnahe Durchführung ermöglicht. Ein Vertreter dieser Verfahren ist der Communication of Affect Receiving Ability Test (Bastians & Runde, 2002).

Jagschitz und Hupfer (2014) postulieren, dass aufgrund der Vielfalt und Multidimensionalität des Konzepts der sozialen Kompetenzen ausschließlich situationsspezifische Teilkompetenzen erfasst werden können und kein globales Verfahren zur Diagnostik entwickelt werden kann. Weiters führen sie aus, dass die Gründe für die Erfassung entweder eine formative oder eine summative Messung sein können. Erstere fokussieren auf die Erreichung eines Ziels in Bezug auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen, während letztere den Status quo erfassen. Ein Beispiel für die Entwicklung eines Verfahrens für die oben angesprochene Erfassung von Teilfähigkeiten zeigen Tschöpe, Dietzen und Monnier (2016).

Die Autor*innen entwickelten ein Messinstrument, das sich auf soziale Kompetenzen für spezifische Berufsfelder bezieht, nämlich auf medizinische Fachangestellte und Bankkaufleute (Tschöpe et al., 2016).

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurden zwei Paper-Pencil-Verfahren eingesetzt, die im Rahmen einer Selbstbeurteilung Aufschluss über die sozialen Kompetenzen der Teilnehmer*innen geben sollen. Auf die Inventare wird an späterer Stelle dieser Arbeit noch genauer eingegangen, zunächst allerdings werden soziale Kompetenzen im Rahmen von alkoholbezogenen Störungen besprochen.

2.3 Soziale Kompetenzen bei alkoholbezogenen Störungen

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche Studien, die sich mit den Zusammenhängen alkoholbezogener Störungen und sozialen Kompetenzen beschäftigen. Hinsch und Pfingsten (2015) erläutern, dass Personen, die Angst vor sozialen Interaktionen verspüren, zum Konsum von Alkohol animiert werden können. Besonders in kritischen Situationen können Defizite der sozialen Kompetenzen zu einem Rückfall führen. Im Rahmen einer effektiven Suchtbehandlung sind soziale Kompetenztrainings daher zur Prophylaxe und zum Erlernen alternativer Strategien essenziell (Hinsch & Pfingsten, 2015). Aufgrund dieser Zusammenhänge empfehlen Maisto, Ewart, Connors, Funderburk und Krenek (2009), im Rahmen der Anamnese bei Personen mit alkoholbezogenen Störungen auch soziale Kompetenzen zu erfassen, um eine Verbesserung bei der Suchtbehandlung zu bewirken.

Zahlreiche Forschungsarbeiten haben sich mit den Auswirkungen des Fötalen Alkoholsyndroms (FAS) auf soziale Kompetenzen auseinandergesetzt. Dabei handelt es sich um Schädigungen des Kindes, das schon vor der Geburt Alkohol durch seine Mutter aufgenommen hat (Kodituwakku, 2007). Die neuropsychologischen Schädigungen, die dadurch entstehen, können unter anderem auch zu Problemen der sozialen Kompetenzen führen. Diese Defizite werden in der Adoleszenz aufgrund der Komplexität der Anforderungen hinsichtlich sozialer Interaktionen in diesem Altersabschnitt ausgeprägter (Kodituwakku, 2007). Gezielte Trainings der sozialen Kompetenzen können positive Auswirkungen ebendieser bewirken und zu einer Verringerung problematischen Verhaltens führen (O'Connor et al., 2006). Dieser Zusammenhang wird nach Schonfeld, Paley, Frankel und O'Connor (2009) von exekutiven Funktionen beeinflusst. Auch im Tierversuch konnte gezeigt werden, dass sich der vorgeburtliche Kontakt mit Alkohol negativ auf soziale Kompetenzen auswirkt, was sich bei Ratten in Defiziten im Rahmen von sozialen Interaktionen und dem Spielverhalten äußert (Holman, Baglot, Morgan, & Weinberg, 2019).

Bei Adoleszenten zeigen sich ebenfalls Zusammenhänge der erwähnten Konstrukte. So ist soziales Selbstbewusstsein in Bezug auf Interaktionen mit der Gleichaltrigengruppe und hier speziell auf frühes Datingverhalten mit einem höheren Alkoholkonsum verbunden (Griffin, Nichols, Birnbaum, & Botvin, 2006). Generell sind hohe soziale Kompetenzen ein Schutzfaktor für problematischen Alkoholkonsum bei Adoleszenten (Epstein, Griffin, & Botvin, 2000), und Aspekte wie soziale Normen, das Konsumverhalten innerhalb der Bezugsfamilie sowie die wahrgenommenen Vorteile von Alkoholkonsum haben Auswirkungen auf das Trinkverhalten betroffener Jugendlicher (Epstein, Griffin, & Botvin, 2008). Die Förderung von sozialen Kompetenzen im Rahmen von Trainings hat positive Auswirkungen auf das Coping interpersoneller Probleme, Angstzustände sowie auf die Konfliktlösefähigkeit. Weiters können solche Programme präventiv gegen riskanten Alkoholkonsum wirken (Caplan et al., 1992).

Abschließend soll noch auf die Situation bei Personen mit sozialen Phobien eingegangen werden. Dabei leiden Betroffene unter geringen sozialen Kompetenzen und vermeiden soziale Interaktionen aufgrund von Angstzuständen und dem Risiko einer Demütigung. Selektive Wahrnehmung führt dazu, dass Gefahren omnipräsent wirken, und dies hat sozialen Rückzug zur Folge. Befinden sich Individuen mit einer sozialen Phobie in sozialen Situationen, ist dies mit großem Unbehagen verbunden (Miloyan, Bulley, Brilot, & Suddendorf, 2017). Laut Kessler (2003) können soziale Phobien zu erhöhtem Alkoholkonsum bei Betroffenen führen, und auch Miloyan et al. (2017) heben die hohe Komorbiditätsrate mit alkoholbezogenen Störungen hervor und betonen, dass soziale Phobien oftmals ein Auslöser für problematisches Trinkverhalten und die Entwicklung einer Abhängigkeit sind. Bei sozial ängstlichen Personen hat sich weiters gezeigt, dass Alkoholkonsum in sozialen Situationen je nach Geschlecht verschiedene Auswirkungen auf Gedächtnisprozesse haben kann (Battista, Pencer, & Stewart, 2014). Bei Frauen führte der Konsum zu einer schlechteren Erinnerung an die soziale Interaktion, während sie bei Männern verbessert wurde. Dies könnte ein Erklärungsansatz für die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf die Komorbiditätsrate, die bei Frauen in Bezug auf soziale Phobien und alkoholbezogene Störungen höher ausgeprägt ist als bei Männern, sein (Battista et al., 2014).

Im folgenden Kapitel wird auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, deren Messung sowie auf Forschungsergebnisse im Rahmen von alkoholbezogenen Störungen eingegangen.

3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

3.1 Definition

Als weiteres wesentliches Konzept im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit dient die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die nun in weiterer Folge erläutert werden soll. Lebensqualität im Allgemeinen wird von der WHO auf Basis ihres Verständnisses von Gesundheit definiert, die nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen meint, sondern körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden miteinschließt (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1997). Lebensqualität ist nach dem Verständnis der WHO „die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt, und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (WHO, 1997, S. 1). Es ist ein komplexes Konstrukt, das von verschiedenen weiteren Faktoren beeinflusst wird, wie beispielsweise psychische und physische Gesundheit, soziale Beziehungen sowie persönliche Überzeugungen, und dient als Grundlage zur Messung anderer Konzepte wie das Wohlbefinden und dem Gesundheitszustand einer Person (WHO, 1997). Glatzer (2012) betont, dass sich der Begriff der Lebensqualität erst in den 1970er Jahren im deutschsprachigen Raum etablieren konnte und lange Zeit mit Wirtschaftswachstum verknüpft war. Hier fand eine Abkehr statt und andere Komponenten, speziell die bereits erwähnten subjektiven Empfindungen von Personen, wurden fokussiert (Glatzer, 2012).

Eine Differenzierung des Konzepts ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität oder im Englischen health-related quality of life (HRQoL) genannt. Dieses Konstrukt beschreibt die subjektive Einschätzung der Lebensqualität von Personen hinsichtlich ihres physischen und psychischen Wohlbefindens, ihrer sozialen Beziehungen sowie der alltäglichen Funktionsfähigkeit (Von Steinbüchel-Rheinwall & Backhaus, 2015). Je nach Definition werden verschiedene Aspekte berücksichtigt. Die WHO bezieht insgesamt sechs Dimensionen ein: physische und psychische Gesundheit, Grad der Unabhängigkeit, soziale Beziehungen, Umweltfaktoren sowie persönlicher Glaube (WHO, 1997). Nach Otto und Ravens-Sieberer (2020) kann grundsätzlich festgehalten werden, dass oftmals körperliche, psychische, soziale, familiäre oder auch arbeitsbezogene Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden. Es handelt sich also um ein multidimensionales Konstrukt, das einen Schwerpunkt auf die subjektive Einschätzung mehrerer gesundheitsbezogener Faktoren sowie speziell auf die Funktionsfähigkeit im Alltag legt (Von Steinbüchel-Rheinwall & Backhaus, 2015). Vor dem Hintergrund des salutogenetischen Ansatzes zielt die Miteinbeziehung der HRQoL in die

Betreuung und Behandlung von Personen mit einer körperlichen Erkrankung oder psychischen Störung auf die Fokussierung gesunderhaltender Faktoren ab (Kramer, Füre, & Stute, 2014). Ellert und Kurth (2013) betonen die Bedeutung der Erfassung dieses umfassenden Konstrukts mit seinem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis vor dem Hintergrund der Chronifizierung diverser Krankheiten und Störungen. Diese spielen eine dominierende Rolle, und die HRQoL stellt einen guten Indikator für den Gesundheitszustand dar (Ellert & Kurth, 2013). Die Messung des Konstrukts wird in weiterer Folge eingehender behandelt.

3.2 Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität

Von Steinbüchel-Rheinwall und Backhaus (2015) berichten, dass bezüglich der Messung der HRQoL in der Literatur zwischen sogenannten patientenberichteten Ergebnisvariablen oder patient-reported outcomes (PRO) und praktischer Erhebung unterschieden wird. Letztere wird weiter in uni- beziehungsweise multidimensional, Selbst- beziehungsweise Fremdbeurteilung sowie krankheitsübergreifend beziehungsweise krankheitsspezifisch differenziert. Auf diese unterschiedlichen Herangehensweisen wird im Folgenden näher eingegangen.

Patientenberichtete Ergebnisvariablen beschreiben subjektive Empfindungen hinsichtlich bestimmter Maße der Gesundheit wie etwa Depression, Schlaf oder der Lebenszufriedenheit der befragten Personen, von denen aus auf die HRQoL geschlossen wird. Unidimensionale Instrumente dienen der Erfassung eines latenten Konstruktes, während multidimensionale Messverfahren mehrere Subskalen enthalten und damit mehrere voneinander abhängige oder unabhängige Dimensionen messen. Weiters gelten die Befragten grundsätzlich als Expert*innen ihrer HRQoL, was für eine Selbstbeurteilung spricht, allerdings kann bei kognitiven Defiziten oder anderen Einschränkungen auf eine Fremdbeurteilung durch Angehörige oder pflegerisches beziehungsweise medizinisches Personal zurückgegriffen werden (Von Steinbüchel-Rheinwall & Backhaus, 2015). Abschließend ermöglichen krankheitsübergreifende oder generische Messverfahren den Vergleich der HRQoL bei verschiedenen Störungen beziehungsweise Erkrankungen sowie Stichproben, während krankheitsspezifische Instrumente speziell auf die mit einer Störung oder Erkrankung einhergehenden Defizite eingehen und damit ein detailliertes Bild im Rahmen des jeweiligen Symptomkomplexes liefern. Erstere kommen daher beispielsweise bei bevölkerungsrepräsentativen Studien zum Einsatz, während letztere im klinischen Kontext im Rahmen von Wirksamkeitsstudien bestimmter Interventionen Anwendung finden (Von Steinbüchel-Rheinwall & Backhaus, 2015).

Kramer et al. (2014) betonen, dass die Messung der HRQoL in den letzten Jahren stark zugenommen hat und einen wesentlichen Aspekt im klinischen Setting darstellt. Hier ist grundsätzlich die Selbstbeurteilung vorzuziehen, da die Subjektivität ein wesentlicher Teil der Definition und daher besser als ein Fremdrating geeignet ist. Die Erfassung dient einerseits der Wirksamkeitsmessung von Interventionen zum Erhalt oder der Verbesserung der Lebensqualität, und andererseits wird dadurch beim behandelnden beziehungsweise betreuenden Personal ein Bewusstsein zur ganzheitlichen Betrachtung von Klient*innen geschaffen (Kramer et al., 2014). Probleme in der Erfassung ergeben sich durch die unterschiedliche Interpretation von Lebensqualität, die durch verschiedene kulturelle und soziale Hintergründe sowie durch die spezifische Persönlichkeitsstruktur von Personen bedingt wird (Kramer et al., 2014).

Beispiele für unterschiedliche Messverfahren sind unter anderem das krankheitsspezifische Instrument Quality of Life in Epilepsy-89/31 (QOLIE-89/31/10) (Von Steinbüchel-Rheinwall & Backhaus, 2015) oder die Affect Balance Scale (ABS) (Kramer et al., 2014). Auch die WHO bietet mit dem WHOQOL-100 ein eigenes Verfahren, das zur Erfassung der HRQoL eingesetzt werden kann (WHO, 1997). Das Short-Form-36 Health Survey (SF-36) stellt laut Ellert und Kurth (2013) ein generisches Instrument dar, das international als eines der am häufigsten eingesetzten Verfahren gilt – im Methodik-Teil der vorliegenden Arbeit wird darauf noch näher eingegangen. Zunächst werden allerdings einige Forschungsergebnisse in Bezug auf die Zusammenhänge HRQoL und alkoholbezogener Störungen erörtert.

3.3 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei alkoholbezogenen Störungen

In der wissenschaftlichen Literatur finden sich zahlreiche Forschungsarbeiten, die sich mit HRQoL im Rahmen von alkoholbezogenen Störungen auseinandergesetzt haben, allerdings sind die Zusammenhänge beziehungsweise Wechselwirkungen nicht immer eindeutig. Im folgenden Kapitel sollen nun stellvertretend einige Studienergebnisse beschrieben werden.

Das schon an anderer Stelle angesprochene FAS wurde in einer kanadischen Studie vor dem Hintergrund der HRQoL der Betroffenen untersucht. Hier zeigte sich, dass diese signifikant geringer ist als bei einer repräsentativen Vergleichsgruppe (Stade, Stevens, Ungar, Beyene, & Koren, 2006). Auch im Vergleich zu Personen mit anderen schweren Erkrankungen wie Krebs zeigte sich eine niedrigere HRQoL, weshalb die Autor*innen Implikationen für die Praxis wie eine frühere Diagnose und gezielte Interventionen hinsichtlich des FAS geben (Stade et al., 2006). Auch bei einem Sample von taiwanesischen Jugendlichen zeigte sich, dass der

Konsum von Alkohol mit einer verringerten HRQoL verbunden ist und dass diese Assoziation nicht durch den zusätzlichen Konsum anderer Substanzen verstärkt wird (Chen & Storr, 2006). Bei einer Gruppe von Personen, die in Nachtschichten arbeiten, hat sich einerseits gezeigt, dass das Risiko für eine alkoholbezogene Störung erhöht ist und dass andererseits eine geringere HRQoL vorliegt, obgleich diese Effekte nur bei Frauen nachweisbar waren (Pham & Park, 2019). Weiters ist das sogenannte Craving, also das Verlangen nach Alkoholkonsum, mit einer geringeren psychischen HRQoL verbunden, während dieser Zusammenhang bei der physischen Komponente kurvilinear ausgeprägt ist (Herrold, Pape, Li, & Jordan, 2017). Bei einem Sample von Sport-Studierenden hat sich außerdem gezeigt, dass der gleichzeitige Konsum von Alkohol und Zigaretten mit einer niedrigeren HRQoL assoziiert ist (Emamvirdi, Navidreza, & Colakoglu, 2016). Dieses Aspekts nahmen sich auch Wittenberg et al. (2021) an, die zeigten, dass simultan zu alkoholbezogenen Störungen auftretende Beeinträchtigungen wie andere Substanzabhängigkeiten oder psychische Störungen den Zusammenhang mit der HRQoL erklären können.

In einigen Studien zeigte sich entgegen den soeben beschriebenen Ergebnissen ein positiver Zusammenhang von moderatem Alkoholkonsum und der HRQoL. So zeigte sich bei einer kanadischen Längsschnittstudie, dass konstanter moderater Konsum von Alkohol mit einer erhöhten HRQoL verbunden ist. Vergleichsgruppen sowie konstant abstinenten Personen wiesen demnach eine geringere HRQoL auf (Kaplan et al., 2012). Bei einem Sample von Frauen jungen und mittleren Alters konnte ebenfalls festgestellt werden, dass moderater Konsum mit einer erhöhten physischen HRQoL assoziiert ist, während dieser Effekt bei der psychischen Komponente nicht zu finden war (Schrieks et al., 2015). Ähnliche Ergebnisse finden sich in zahlreichen weiteren Forschungsarbeiten (Kim & Kim, 2015; Ortolá, García-Esquinas, Galán, & Rodríguez-Artalejo, 2016). Weiters zeigte sich in Peltzer und Pengpid (2012) kein signifikanter Zusammenhang zwischen alkoholbezogenen Störungen und der HRQoL.

Im abschließenden Kapitel des theoretischen Teils werden auf Basis der bisherigen Erläuterungen Studien zum Zusammenhang zwischen sozialen Kompetenzen und der HRQoL dargestellt.

4 Zusammenhang sozialer Kompetenzen und gesundheitsbezogener Lebensqualität

Wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Masterarbeit angesprochen gibt es zahlreiche Forschungsergebnisse, die auf die komplexen Wirkmechanismen von sozialen Kompetenzen und der HRQoL hindeuten. Im folgenden Teil der Arbeit werden exemplarisch einige dieser Untersuchungen bei klinischen und nicht-klinischen Populationen vorgestellt.

Bei Personen mit einer Epilepsie stellen soziale Kompetenzprobleme eine große Herausforderung für Betroffene dar und führen zu einer reduzierten Lebensqualität (Szemere & Jokeit, 2015). Gezielte Interventionen, die soziale Kompetenzen und die Bildung eines sozialen Unterstützungssystems fördern, haben positive Auswirkungen auf die Lebensqualität und damit auch auf das Wohlbefinden der betroffenen Personen. Dieser Zusammenhang lässt sich ebenfalls in Bezug auf Menschen mit einer Schizophrenie feststellen (Szemere & Jokeit, 2015). Bei Schizophrenie, aber auch anderen psychotischen Störungen sind soziale Beeinträchtigungen nach Velthorst et al. (2017) ein zentraler Bestandteil des Störungsbildes. Die Entwicklungsverläufe dieser Defizite nach dem Eintreten der Störung sind langfristig stabil, allerdings ist der Schweregrad der Beeinträchtigungen variabel. Die Adoleszenz ist in diesem Zusammenhang ein relevanter Lebensabschnitt für Interventionen bei Risikopopulationen, da die soziale Funktionsfähigkeit in dieser Phase determiniert wird und damit auch die spätere Lebensqualität des Erwachsenenalters beeinflusst werden kann (Velthorst et al., 2017). Weiters zeigt sich bei Personen mit einer körperlichen Erkrankung wie beispielsweise einer Verletzung des Rückenmarks ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung als Folge von sozialen Kompetenzen und der Lebensqualität von betroffenen Personen, obgleich noch wenige Interventionen im Rahmen dieser Wirkmechanismen entwickelt wurden (Müller et al., 2012). Bei einem Sample von norwegischen Sozialhilfe-Empfänger*innen zeigte sich ein negativer Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und der HRQoL (Løyland, Miaskowski, Paul, Dahl, & Rustøen, 2010). Die Autor*innen führen die verringerte Lebensqualität unter anderem auf soziale Problemlagen wie Einsamkeit, fehlende soziale Unterstützung und geringeren sozioökonomischen Status zurück (Løyland et al., 2010). Wahrgenommene soziale Unterstützung hat positive Auswirkungen auf die HRQoL von Jugendlichen, die in Heimen untergebracht sind, und dieser Aspekt verdeutlicht die Bedeutung sozialer Kompetenztrainings für Betroffene sowie des Aufbaus eines stabilen sozialen Netzwerks (Singstad, Wallander, Greger, Lydersen, & Kayed, 2021).

Bei nicht-klinischen Gruppen finden sich in der Literatur ähnliche Ergebnisse hinsichtlich sozialer Kompetenzen und Lebensqualität. So konnte beispielsweise bei einer Studie mit Kindern und Jugendlichen gezeigt werden, dass im Rahmen einer multiplen Regressionsanalyse soziale Kompetenzen die Varianz der Lebensqualität signifikant erklären können (Lemonia, Goulimaris, & Georgios, 2017). Die Forscher*innen betonen, dass Freizeitaktivitäten wie Sport oder Tanzen zu verbesserten sozialen Kompetenzen und damit zu einer erhöhten Lebensqualität führen können (Lemonia et al., 2017). Weiters tragen gezielte Interventionen zur Verbesserung sozialer Skills zu einer subjektiv positiveren Wahrnehmung der HRQoL bei Kindern bei und führen zu einer verbesserten Bewertung hinsichtlich Dimensionen wie Familienleben, Freundschaften oder auch soziale Akzeptanz (Karasimopoulou, Derri, & Zervoudaki, 2012).

Die vorangegangenen Ausführungen des theoretischen Teils dienen als Basis des folgenden empirischen Teils der vorliegenden Masterarbeit. Hier wird die durchgeführte quantitative Untersuchung in mehreren Unterkapiteln eingehend erläutert. Besprochen werden die Methodik wie unter anderem Stichproben, Untersuchungsinstrumente sowie Fragestellungen und Hypothesen, während im Rahmen der Ergebnisdarstellung die statistische Auswertung und die damit einhergehende Hypothesenprüfung dargestellt wird. Abschließend folgt die Diskussion mit dazugehörigen Limitationen sowie ein Ausblick auf weitere Forschungsbemühungen vor dem Hintergrund der besprochenen Themengebiete.

Empirischer Teil

5 Zielsetzung der Studie

Auf Basis der beschriebenen Erkenntnisse der wissenschaftlichen Literatur ist das übergeordnete Ziel der vorliegenden Untersuchung die vertiefte Auseinandersetzung mit der Bedeutung und des Zusammenhangs von sozialen Kompetenzen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Es sollen Implikationen für die Praxis und weitere Forschungsbemühungen angestoßen werden. In Bezug auf ersteres soll die Studie eine weitere Fundierung für soziale Kompetenztrainings liefern, die speziell bei klinischen Gruppen bedeutsam sind (Hinsch & Pfingsten, 2015). Weiters verdeutlichen die komplexen Wirkmechanismen zwischen den genannten Konzepten sowie die weitreichenden Auswirkungen auf andere Maße der physischen und psychischen Gesundheit die Relevanz weiterer Forschung in diesem Gebiet. Zunächst sollen Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit einer studentischen Kontrollpopulation in Bezug auf die beiden Konstrukte verglichen werden. Weiters soll der Zusammenhang zwischen sozialen Kompetenzen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität untersucht werden. Abschließend sollen zwei unterschiedliche Instrumente zur Erfassung sozialer Kompetenzen eingesetzt und diese in weiterer Folge auf ihre Güte hin statistisch untersucht werden, um gegebenenfalls eine Empfehlung für deren Einsatz geben zu können.

6 Methodik

Die Methodik der Untersuchung hinsichtlich Stichproben, Untersuchungsdurchführung, Studiendesign, der verwendeten Instrumente, Fragestellungen und Hypothesen sowie die eingesetzten statistischen Auswertungsverfahren wird im folgenden Kapitel erläutert.

6.1 Stichproben

Die Gesamtstichprobe setzte sich aus zwei voneinander unabhängigen Teilstichproben zusammen. Zunächst wurden Klient*innen mit einer alkoholbezogenen Störung der Standorte *Sucht und Beschäftigung* und *Integrative Suchtberatung Modecenterstraße* des Verein Dialogs in Wien befragt. Der Verein Dialog ist die größte ambulante Suchthilfeeinrichtung Österreichs mit insgesamt sechs Standorten und jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten in Wien. Zielgruppen sind Personen, die an einer Suchterkrankung leiden, aber auch deren Angehörige sowie Organisationen im Rahmen einer betrieblichen Suchtprävention.¹ Je nach konsumiertem Suchtmittel gibt es wie in der gesamten Sucht- und Drogenkoordination eine unterschiedliche Finanzierung vonseiten der Fördergeber. Einschlusskriterium war eine laufende Betreuung in

¹ <https://www.dialog-on.at/ueber-uns/hintergruende> (Abgerufen am 05.03.2021)

einem der beiden erwähnten Standorte sowie ein sogenanntes *ALK (Alkohol. Leben können.)-Modul*, ansonsten gab es keine weitere Spezifikation. Die beiden Standorte befinden sich in denselben Räumlichkeiten im 3. Wiener Gemeindebezirk, weshalb diese für die Rekrutierung ausgewählt wurden. Aus der daraus generierten Liste der Klient*innen wurde die Stichprobe zufällig gezogen. Die zweite Teilstichprobe bestand aus Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit an der Fachhochschule (FH) Campus Wien. Um an der Studie teilzunehmen, war ein aufrechtes berufsbegleitendes Masterstudium nötig, weitere Kriterien waren nicht vorgesehen. Die angestrebte Fallzahl pro Stichprobe belief sich auf $n > 30$, daraus resultierend ergab sich für die Gesamtstichprobe eine gewünschte Fallzahl von $N > 60$. Insgesamt nahmen 70 Personen an der Untersuchung teil, damit konnte die geplante Stichprobengröße erreicht beziehungsweise übertroffen werden.

6.2 Untersuchungsdurchführung

Im Rahmen der Untersuchung wurde eine Testbatterie bestehend aus insgesamt vier Teilen erstellt. Grundsätzlich war eine persönliche Vorgabe des Fragebogens geplant, allerdings konnte dies aufgrund von Beschränkungen der Bundesregierung zur Eindämmung der Ausbreitung von Covid-19 nicht bei allen Personen durchgeführt werden. Die Erhebung der Daten gliederte sich in zwei Phasen. Im Dezember 2020 wurde die Kontrollstichprobe bestehend aus Studierenden in den Räumlichkeiten der FH Campus Wien mittels Paper-Pencil-Tests befragt. Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen und der geltenden Vorsichtsmaßnahmen im Zusammenhang mit Covid-19 innerhalb des Vereins Dialog wurden die Klient*innen von *Sucht und Beschäftigung* und der *Integrativen Suchtberatung Modecenterstraße* im Jänner 2021 im Rahmen von Telefoninterviews befragt. Die Fragen der Testbatterie wurden standardisiert vorgegeben, und die Teilnehmer*innen beantworteten diese per Telefon. Die Bearbeitung der Testbatterie nahm zwischen 20 und 45 Minuten in Anspruch.

6.3 Studiendesign

Beim Design handelt es sich um einen querschnittlich angelegten Versuchsplan mit einer Kontrollgruppe. Konkret wurden zwei voneinander unabhängige Kohorten, nämlich einerseits Klient*innen einer Suchthilfeeinrichtung mit einer alkoholbezogenen Störung und andererseits Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit der FH Campus Wien, zu einem Zeitpunkt befragt. Erstere bildeten die Versuchsgruppe (VG) und letztere die Kontrollgruppe (KG). Den Teilnehmer*innen wurde eine Testbatterie vorgelegt, das heißt, es gab weder eine experimentelle Bedingung noch Prä- beziehungsweise Posttests. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass keine Kausalschlüsse aus den Ergebnissen der Untersuchung ableitbar sind, da

dies bekanntlich nur im Rahmen eines Experiments möglich ist. Durch den Einsatz mehrerer standardisierter Untersuchungsinstrumente erlaubte die vorliegende Untersuchung allerdings die Bearbeitung zahlreicher Forschungsfragen und dazugehöriger Hypothesen. Auf diese Aspekte wird in den folgenden Teilen der Arbeit eingegangen.

6.4 Untersuchungsinstrumente

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die eingesetzten Messinstrumente zur Erfassung der soziodemografischen Daten, der sozialen Kompetenzen sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zu Beginn wurde noch über die Anonymität sowie über die Rechte der Teilnehmer*innen aufgeklärt, um anschließend um eine Einverständniserklärung zu bitten. Dieses Item war Voraussetzung zur weiteren Teilnahme an der Studie.

6.4.1 Soziodemografische Daten

Zur Erhebung der soziodemografischen Daten wurden eigens erstellte Items eingesetzt. Dieser Teil umfasste insgesamt fünf Items, die Geschlecht, Alter, Nationalität, Beziehungsstatus sowie die höchste abgeschlossene Ausbildung erfassten. Es handelte sich grundsätzlich um geschlossene Fragen, das heißt, die Antwortmöglichkeiten waren bis auf das Item zur Erhebung des Alters vorgegeben. Hinsichtlich der Nationalität wurde neben den vorgegebenen Möglichkeiten noch ein freies Textfeld angeboten, um individuelle Angaben gewährleisten zu können.

6.4.2 Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K)

Die ISK-K von Kanning (2009b) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren, das grundlegende soziale Kompetenzen erfasst. Die Kurzform beinhaltet 33 unterschiedlich gepolte Items, die sich auf die folgenden vier Subskalen beziehen: *Soziale Orientierung*, *Offensivität*, *Selbststeuerung* und *Reflexibilität*. Diese vier Dimensionen beschreiben übergeordnete Kompetenzen und setzen sich aus den 17 Primärskalen, die in der Langversion Anwendung finden, zusammen und werden in weiterer Folge in Tabelle 1 kurz beschrieben (Kanning, 2009b).

Das Verfahren kann bei Personen ab 16 Jahren verwendet werden und soll nach Kanning (2009b) in der Personalauswahl und -entwicklung, aber auch in der allgemeinen Persönlichkeitsdiagnostik und für Forschungszwecke eingesetzt werden. Die Kurzversion hat eine Bearbeitungsdauer von circa zehn Minuten, und die Items sind als Aussagen formuliert, die sich auf konkrete Verhaltensweisen beziehen. Die Teilnehmer*innen sollen auf einer vierstufigen Skala das Zutreffen dieser Aussagen auf die eigene Person einordnen.

Tabelle 1. *Skalen und Beschreibungen der ISK-K*

Skala	Beschreibung
<i>Soziale Orientierung</i>	Die Skala wird mittels zehn Items erfasst. Sie beschreibt eine grundsätzlich positive Einstellung zu anderen Menschen und Kompetenzen hinsichtlich der Lösung zwischenmenschlicher Konflikte.
<i>Offensivität</i>	Die Dimension umfasst acht Items und steht für aktives Zugehen auf andere Personen sowie die Durchsetzung individueller Interessen.
<i>Selbststeuerung</i>	Die Skala beinhaltet ebenfalls acht Items. Sie repräsentiert Eigenschaften einer Person, die auf ausgeglichene Emotionen sowie Flexibilität hinsichtlich sich ändernder Bedingungen hindeuten.
<i>Reflexibilität</i>	Die letzte Subskala erfasst mittels sieben Items das Maß der Auseinandersetzung mit der eigenen oder einer fremden Person in sozialen Situationen.

Die jeweiligen Antwortmöglichkeiten sind *trifft gar nicht zu*, *trifft eher nicht zu*, *trifft eher zu* und *trifft sehr zu* und entsprechen einem Zahlenwert von 1 bis 4. Bei negativ gepolten Items liegt bei diesen Zahlenwerten eine umgekehrte Polung vor – ein Aspekt, der in der Auswertung berücksichtigt werden muss. Die daraus resultierenden Rohwerte können mittels Normtabellen in Standardwerte, Stanine-Werte oder Prozentränge transformiert und mit Normstichproben verglichen werden (Kanning, 2009b). Die vierfaktorielle Struktur konnte belegt werden, und es wurden zahlreiche Validierungsstudien durchgeführt, die Zusammenhänge zu Konstrukten wie Selbstwirksamkeit oder auch Arbeits- und Lebenszufriedenheit zeigen (Kanning, 2009b). Die internen Konsistenzen (Cronbachs α) liegen in Bezug auf die Subskalen in der Kurzform zwischen .70 und .75 und können somit als akzeptabel betrachtet werden, während die Retest-Reliabilität bei einem Abstand der Vorgabe von vier Monaten zwischen .80 und .86 beträgt.

Nur die Skala *Offensivität* weist ein Cronbachs α von .69 auf und liegt damit unter dem akzeptablen Niveau von .70 (Kanning, 2009b).

6.4.3 Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15)

Die ICQ wurde ursprünglich von Buhrmester, Furman, Wittenberg und Reis (1988) konzipiert und später von Kanning (2006) ins Deutsche übersetzt. Coroiu et al. (2015) entwickelten eine Kurzversion der ICQ mit 15 Items und validierten diese an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. Soziale Kompetenzen werden als multidimensionales Konstrukt auf Basis der folgenden fünf Subskalen beschrieben: *Initiation*, *Negative Assertion*, *Emotional Support*, *Disclosure* und *Conflict Management*. Weiters kann mittels Summenbildung der Subskalen ein Gesamtscore gebildet werden. Die ICQ-15 kann für Forschungszwecke, aber beispielsweise auch zur Wirksamkeitsmessung psychologischer Interventionen eingesetzt werden (Coroiu et al., 2015). Eine konfirmatorische Faktorenanalyse belegte die fünffaktorielle Struktur, und die interne Konsistenz der Gesamtskala (Cronbachs α) beträgt .87. Bei den Subskalen *Initiation*, *Negative Assertion* und *Emotional Support* liegen die Werte zwischen .70 und .75 und damit im akzeptablen Bereich. Für *Disclosure* und *Conflict Management* liegt Cronbachs α bei .61 respektive .62 und damit unter dem kritischen Wert von .70. Die Items sind als Aussagen formuliert, und mittels einer vierstufigen Antwortskala soll im Rahmen einer Selbstbeurteilung angegeben werden, wie gut einer Person die jeweiligen Verhaltensweisen gelingen. Die fünf Skalen umfassen jeweils drei Fragen, von denen in Tabelle 2 stellvertretend jeweils eine angeführt ist. Die Antwortmöglichkeiten sind *gelingt mir schlecht*, *gelingt mir eher schlecht*, *gelingt mir eher gut* und *gelingt mir gut* und ergeben Zahlenwerte von 1 bis 4, wobei ein hoher Zahlenwert für eine höhere Ausprägung der jeweiligen sozialen Kompetenz steht. Die Rohwerte dieser Antworten können mit den Normwerten der deutschen Bevölkerungsstichprobe verglichen und in Prozentränge, z-Werte und T-Werte transformiert werden. Die ICQ-15 stellt damit ein testtheoretisch überprüftes und standardisiertes Verfahren zur Messung von sozialen Kompetenzen dar. Die Entscheidung für den Einsatz im Rahmen des vorgestellten Forschungsvorhabens basiert auch auf der kurzen Bearbeitungsdauer. Es handelt sich um ein ökonomisches Verfahren, und wie auch von den Autor*innen angemerkt wird, ist die Zeitersparnis besonders bei klinischen Gruppen, wie sie die Klient*innen des Vereins Dialog ebenfalls darstellen, ein großer Vorteil (Coroiu et al., 2015).

Tabelle 2. *Skalen und Beispielitems des ICQ-15*

Skala	Beispielitem
<i>Initiation</i>	Mir gemeinsame Unternehmungen mit neuen Bekannten, die ich interessant finde, ausdenken und vorschlagen
<i>Negative Assertion</i>	Wenn ein enger Freund ein Versprechen nicht eingehalten hat, ihn darauf hinweisen
<i>Emotional Support</i>	Einem engen Freund helfen, den Kern des Problems, das er hat, zu finden
<i>Disclosure</i>	Einem neuen Freund vertrauen und nicht nur starke Seiten präsentieren
<i>Conflict Management</i>	Zuzugeben, dass ich mich vielleicht im Irrtum befinde, wenn eine Auseinandersetzung mit einem engen Freund in einen ernsthaften Streit ausartet

6.4.4 Short-Form-36 Health Survey (SF-36)

Die SF-36 von Morfeld, Kirchberger und Bullinger (2011) ist ein etabliertes generisches Instrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Personen. Mittels 36 Items werden acht Dimensionen des subjektiven Gesundheitszustands erfasst: *Körperliche Funktionsfähigkeit*, *Körperliche Rollenfunktion*, *Körperliche Schmerzen*, *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, *Vitalität*, *Soziale Funktionsfähigkeit*, *Emotionale Rollenfunktion* und *Psychisches Wohlbefinden*. Die ersten vier der genannten Subskalen bilden die *Körperliche Summenskala*, wohingegen sich die vier weiteren auf die *Psychische Summenskala* beziehen. Ein weiteres Item erfasst den aktuellen Gesundheitszustand in Relation zum letzten Jahr, alle weiteren Items beziehen sich auf die letzten vier Wochen. Die beschriebenen Dimensionen werden in Tabelle 3 kurz inhaltlich dargestellt. Das Instrument ist für Personen ab 14 Jahren einsetzbar und kann beispielsweise bei klinischen oder epidemiologischen Fragestellungen angewendet werden. Laut den Autor*innen des Inventars sind die Testgütekriterien erfüllt (Morfeld et al., 2011). Zur Validierung wurden umfangreiche Studien durchgeführt, und in Bezug auf die internen Konsistenzen der Subskalen beträgt Cronbachs α in unterschiedlichen Stichproben über .70.

Tabelle 3. *Skalen und Beschriftungen der SF-36*

Skala	Beschreibung
<i>Körperliche Funktionsfähigkeit</i>	Die Skala umfasst zehn Items und erfasst die Beeinträchtigung durch den aktuellen Gesundheitszustand hinsichtlich Tätigkeiten des Alltags und der eigenen Versorgung.
<i>Körperliche Rollenfunktionen</i>	Diese Dimension wird mittels vier Items erfragt. Hier wird erfasst, inwieweit körperliche Beeinträchtigungen in der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten vorliegen.
<i>Körperliche Schmerzen</i>	Die Subskala besteht aus zwei Items und beschreibt das Maß an Schmerzen und die dadurch entstehenden Beeinträchtigungen.
<i>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung</i>	Hier werden mit fünf Items die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands sowie auch diesbezügliche Erwartungen erfragt.
<i>Vitalität</i>	Diese Dimension erfasst mittels vier Items die Beurteilung in Bezug auf das subjektive Ausmaß an Energie.
<i>Soziale Funktionsfähigkeit</i>	Dieser Skala sind zwei Items zugehörig. Der Grad der Beeinträchtigung in Bezug auf das Sozialleben wird damit erhoben.
<i>Emotionale Rollenfunktion</i>	Diese Dimension wird mittels drei Items erfragt. Hier wird erfasst, inwieweit psychische Beeinträchtigungen in der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten vorliegen.
<i>Psychisches Wohlbefinden</i>	Mit dieser Subskala wird anhand von fünf Items eine subjektive Einschätzung des psychischen Gesundheitszustands erhoben.

Kritisch angemerkt werden muss, dass in den Subskalen *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung* und *Soziale Funktionsfähigkeit* bei vereinzelt Stichproben Cronbachs α zwischen .57 und .69 liegt. Zur Vergleichbarkeit werden Normdaten aus repräsentativen und spezifischen Bevölkerungsstichproben angeführt, die in der 2. Ausgabe der SF-36 neu berechnet wurden (Morfeld et al., 2011). Die Bearbeitungsdauer beträgt circa zehn Minuten. Nach einer Rekodierung mittels einer Rekodierungstabelle werden für die jeweilige Dimension Durchschnittspunktwerte berechnet. Die mögliche Punktzahl kann zwischen 0 und 100 Punkten liegen, wobei 0 Punkte für die größtmögliche Einschränkung der Gesundheit und 100 Punkte für ein Ausbleiben von Einschränkungen stehen (Morfeld et al., 2011). Die Auswertung erfolgt per Computer mittels spezieller Software.

6.5 Fragestellungen und Hypothesen

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurden einige Fragestellungen und daraus resultierende statistische Hypothesen erarbeitet beziehungsweise generiert. Diese werden in weiterer Folge dargestellt.

6.5.1 Unterschiedshypothesen hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität

Fragestellung 1: Weisen Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf?

H₀ (1.1): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit gleich hohe oder höhere Werte in der Skala *Körperliche Funktionsfähigkeit* der SF-36 auf.

H₁ (1.1): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit geringere Werte in der Skala *Körperliche Funktionsfähigkeit* der SF-36 auf.

Entsprechend sind zu den weiteren sieben Subskalen und dem physischen und psychischen Summenscore der SF-36 die Hypothesen H₀ und H₁ (1.2) bis (1.10) formuliert.

6.5.2 Unterschiedshypothesen hinsichtlich sozialer Kompetenzen

Fragestellung 2: Weisen Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit geringere soziale Kompetenzen auf?

H₀ (2.1): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit gleich hohe oder höhere Werte in der Skala *Soziale Orientierung* der ISK-K auf.

H₁ (2.1): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit geringere Werte in der Skala *Soziale Orientierung* der ISK-K auf.

Entsprechend sind zu den weiteren drei Subskalen der ISK-K die Hypothesen H₀ und H₁ (2.2) bis (2.4) formuliert.

H₀ (2.5): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit gleich hohe oder höhere Werte in der Skala *Initiation* der ICQ-15 auf.

H₁ (2.5): Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit geringere Werte in der Subskala *Initiation* der ICQ-15 auf.

Entsprechend sind zu den weiteren vier Subskalen und dem Gesamtscore der ICQ-15 die Hypothesen H₀ und H₁ (2.6) bis (2.10) formuliert.

6.5.3 Hypothesen hinsichtlich Prädiktion sozialer Kompetenzen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität

Fragestellung 3: Stellen soziale Kompetenzen Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar?

H₀ (3.1): Keine Subskala der ISK-K stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den physischen Summenscore der SF-36 dar.

H₁ (3.1): Mindestens eine der Subskalen der ISK-K stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den physischen Summenscore des SF-36 dar.

H₀ (3.2): Keine Subskala der ISK-K stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den psychischen Summenscore der SF-36 dar.

H₁ (3.2): Mindestens eine der Subskalen der ISK-K stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den psychischen Summenscore des SF-36 dar.

H₀ (3.3): Keine Subskala der ICQ-15 stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den physischen Summenscore der SF-36 dar.

H₁ (3.3): Mindestens eine der Subskalen der ICQ-15 stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den physischen Summenscore des SF-36 dar.

H₀ (3.4): Keine Subskala der ICQ-15 stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den psychischen Summenscore der SF-36 dar.

H₁ (3.4): Mindestens eine der Subskalen der ICQ-15 stellt bei Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen einen Prädiktor für den psychischen Summenscore des SF-36 dar.

Entsprechend sind für die Kontrollgruppe bestehend aus Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit die Hypothesen H₀ und H₁ (3.5) bis (3.8) formuliert.

6.5.4 Fragestellung zum Vergleich der Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K) und der Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15)

Fragestellung 4: Bestehen Unterschiede in der statistischen Güte zwischen der ISK-K und der ICQ-15?

6.6 Datenaufbereitung und statistische Auswertungsverfahren

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die verwendeten statistischen Verfahren, die im Rahmen der vorliegenden Studie eingesetzt wurden.

Die Analysen wurden mit der Software IBM Statistics 24 durchgeführt. Bei einem angenommenen Signifikanzniveau von $\alpha = 5\%$ gilt ein Ergebnis ab $p < .05$ als statistisch signifikant. Da sowohl Versuchs- als auch Kontrollgruppe eine Stichprobengröße von $n > 30$ aufwies, konnte vor dem Hintergrund des zentralen Grenzwertsatzes von einer Normalverteilung der erfassten Daten ausgegangen werden (Bortz & Schuster, 2010). Zunächst wurden im Rahmen einer Reliabilitätsanalyse Cronbachs α und die Trennschärfen der

jeweiligen Items der eingesetzten Verfahren berechnet. Ersteres dient als Maß für die sogenannte interne Konsistenz und beschreibt das Ausmaß, in dem die Items einer Skala miteinander korrelieren. Hier gilt, dass je höher die positive Korrelation ausgeprägt ist, desto höher ist die Reliabilität der Testwerte (Moosbrugger & Kelava, 2020). Nach Blanz (2015) gelten Werte $> .70$ als akzeptabel. Die Trennschärfe steht für die Korrelation der Items mit dem Gesamtestwert und gibt an, wie gut das untersuchte Item das Gesamtergebnis vorhersagen kann. Hier liegt der kritische Wert bei $.30$, der nicht unterschritten werden sollte (Bortz & Döring, 2016).

Die soziodemografischen Ausprägungen wurden mittels Häufigkeiten ermittelt und anschließend deren prozentuelle Verteilung innerhalb der Stichproben bestimmt. Weiters wurden bei intervallskalierten Variablen deren Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet.

Die Unterschiedshypothesen wurden mittels t-Test für unabhängige Stichproben bearbeitet. Aufgrund der multiplen Testungen wurde vor dem Hintergrund einer möglichen Alphafehler-Kumulierung die Bonferroni-Holm-Korrektur durchgeführt (Victor, Elsässer, Hommel, & Blettner, 2010). Zusätzlich wurde bei signifikanten Unterschieden die Effektstärke nach Cohens d (Cohen, 1988) berechnet. Hier liegen die Cutoff-Werte für $|d|$ bei 0.20 , 0.50 und 0.80 für einen kleinen, mittleren beziehungsweise großen Effekt.

Im Rahmen der multiplen linearen Regressionsanalyse wurde untersucht, wie viel Varianz die Subskalen der verwendeten Verfahren zur Messung der sozialen Kompetenz am Outcome in Form der gesundheitsbezogenen Lebensqualität erklären können. Die Voraussetzungen zur Durchführung der Analyse wurden nach Field (2018) mit den jeweiligen Verfahren überprüft. Linearität und Homoskedastizität wurden im Rahmen von Streudiagrammen der standardisierten vorhergesagten Werte und Residuen kontrolliert. Die Normalverteilung und die Identifikation etwaiger Ausreißer wurde mit P-P-Diagrammen, Histogrammen sowie Mahalanobis-Abstand, Cook-Distanz und zentriertem Hebelwert überprüft. Field (2018) empfiehlt zur Untersuchung der Unabhängigkeit der Beobachtungen nicht mehr den Durbin-Watson-Test, daher wurde sie vor dem Hintergrund des beschriebenen Untersuchungsdesigns angenommen. Die Multikollinearität der Prädiktoren wurde mittels Variance-Inflation-Factor (VIF) berechnet, wobei dieser Wert unter 10 liegen muss (Field, 2018). Die standardisierten Regressionskoeffizienten geben Aufschluss über die Richtung der Vorhersage der Prädiktoren. Außerdem dienen sie als Maß zur Effektstärke, die Cutoff-Werte

liegen für $|\beta|$ bei .10, .30 und .50 für kleine, mittlere beziehungsweise starke Effekte (Cohen, 1988).

Die etwaigen Unterschiede der statistischen Güte der beiden Verfahren zur Messung der sozialen Kompetenzen ISK-K und ICQ-15 wurden mittels Untersuchung von Boden- und Deckeneffekten und in weiterer Folge durch Receiver Operating Characteristics Curves (ROC-Kurven) kontrolliert. Letztere dienen zur Einschätzung, inwieweit Messverfahren zwischen zwei Schweregradgruppen unterscheiden können. Diese Teilgruppen wurden für die Kontroll- und Versuchsgruppe jeweils entlang des Medians in der Subskala *Soziale Funktionsfähigkeit* der SF-36 gebildet, die als Außenkriterium der Analyse diente. ROC-Kurven werden mittels der Sensitivität auf der y -Achse und 1-Spezifizität auf der x -Achse gebildet. Sensitivität beschreibt die Fähigkeit eines diagnostischen Verfahrens, tatsächlich erkrankte Personen auch als krank zu identifizieren, während die Spezifizität für die Fähigkeit eines diagnostischen Verfahrens steht, tatsächlich gesunde Personen auch als gesund zu erkennen (Benesch & Steiner, 2008). 1-Spezifizität steht demnach für den Fall, dass eine Person als gesund identifiziert wird, obwohl sie tatsächlich erkrankt ist. Ziel eines diagnostischen Verfahrens ist es daher, sowohl eine hohe Sensitivität als auch eine hohe Spezifizität aufzuweisen. Zur Interpretation der diagnostischen Güte eines Instruments wird die Area Under the Curve (AUC) herangezogen. Der maximale Wert der Fläche beträgt 1, was bedeuten würde, dass die Schweregradgruppen durch das Instrument perfekt voneinander getrennt werden können. Bei einem AUC-Wert von .50 ist die Diskriminationsfähigkeit nicht besser als der Zufall, und erst ab einem Niveau von .70 liegt eine mittelmäßige bis exzellente Vorhersagekraft vor (Weiß, 2019).

7 Ergebnisdarstellung

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Teilstichproben deskriptivstatistisch dargestellt, und im Anschluss wird auf die inferenzstatistischen Ergebnisse der durchgeführten Auswertungen eingegangen.

7.1 Stichprobenbeschreibung

In weiterer Folge werden für die beiden Teilstichproben jeweils die Verteilung der Geschlechter und des Alters sowie Häufigkeitsangaben zum Beziehungsstatus und der höchsten abgeschlossenen Ausbildung angegeben.

7.1.1 Geschlecht und Alter

Die erste Teilstichprobe bestehend aus den Klient*innen des Vereins Dialog mit alkoholbezogener Störungen bestand aus 34 Personen und machte damit 48.6% der Gesamtstichprobe aus. Hiervon waren 24 Personen (70.6%) männlich und 10 Personen (29.4%) weiblich. Das Durchschnittsalter in dieser Gruppe lag bei 48.79 ($SD = 9.93$), wobei die jüngste Person 30 Jahre und die älteste Person 69 Jahre alt war.

Die Studierenden der FH Campus Wien machten mit 36 Personen 51.4% der Gesamtstichprobe aus. 32 Personen (88.9%) waren weiblich, während sich 4 Personen (11.1%) dem männlichen Geschlecht zuordneten. Die jüngste Person in dieser Gruppe war 21 Jahre alt, wohingegen die älteste Person 40 Jahre alt war. Durchschnittlich lag das Alter in dieser Gruppe bei 26.58 ($SD = 4.11$). Die Gruppe der Studierenden war damit im Schnitt 22.21 Jahre jünger als die Klient*innen des Verein Dialogs.

7.1.2 Nationalität und Beziehungsstatus

Alle Klient*innen des Vereins Dialog und damit 100% dieser Teilstichprobe gaben an, aus Österreich zu sein. Bei der zweiten Teilstichprobe kamen 27 Personen (75.0%) aus Österreich, 7 Personen (19.4%) aus Deutschland und jeweils eine Person (2.8%) aus Italien beziehungsweise Luxemburg.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Beziehungsstatus der beiden Teilstichproben.

Tabelle 4. *Häufigkeiten und Verteilung des Beziehungsstatus*

Beziehungsstatus	Klient*innen Verein Dialog	Studierende FH
	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Single	17 (50.0%)	9 (25.0%)
in einer Beziehung	3 (8.8%)	25 (69.4%)
verheiratet/eingetragene Partnerschaft	5 (14.7%)	1 (2.8%)
getrennt/geschieden	9 (26.5%)	
anderes		1 (2.8%)
Gesamt	34 (100%)	36 (100%)

7.1.3 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Tabelle 5 beschreibt die unterschiedlichen Bildungsabschlüsse der Teilnehmer*innen, erneut jeweils für die beiden Teilstichproben getrennt.

Tabelle 5. Häufigkeiten und Verteilung der Bildungsabschlüsse

Höchste abgeschlossene Ausbildung	Klient*innen Verein Dialog	Studierende FH
	Anzahl (%)	Anzahl (%)
Pflichtschule	11 (32.4%)	
Lehrabschluss	13 (38.2%)	
Meisterprüfung	3 (8.8%)	
Hochschulreife (Matura, Abitur)	2 (5.9%)	
Bachelor	1 (2.9%)	28 (77.8%)
Master (auch Magister, Diplom)	4 (11.8%)	8 (22.2%)
Gesamt	34 (100%)	36 (100%)

7.2 Reliabilität der Untersuchungsinstrumente

Im folgenden Kapitel wird für alle verwendeten Verfahren die durchgeführte Reliabilitätsanalyse dargestellt. Reliabilität zählt zu den Hauptgütekriterien statistischer Verfahren und beschreibt deren Messgenauigkeit beziehungsweise Präzision (Bortz & Döring, 2016). Eine Möglichkeit, um die Reliabilität zu bestimmen, ist die Berechnung der internen Konsistenz. Hierzu wird Cronbachs α als Maß herangezogen, das Werte zwischen 0 und 1 annehmen kann. Nach Blanz (2015) gelten Werte ab .70 als akzeptabel, wobei zu hohe Werte nach Streiner (2003) ebenfalls problematisch sein können und die Interpretation der Werte vor dem Hintergrund der Stichprobe, des Untersuchungsdesigns und des Forschungsstands stattfinden muss. Weiters angeführt werden Minimum und Maximum der Trennschärfen der verwendeten Items. Die Trennschärfe gibt die Korrelation der Items mit dem Gesamtestwert, also aller Items ohne das betrachtete Item, an. Es ist ein Maß, das bestimmt, wie gut die Beantwortung des Items das Gesamtergebnis vorhersagt und sollte nicht unter .30 liegen (Bortz & Döring, 2016).

7.2.1 Reliabilitätsanalyse ISK-K

Die folgende Tabelle gibt die interne Konsistenz der Subskalen der ISK-K an. Die Skala *Selbststeuerung* liegt als einzige über dem kritischen Wert von $\alpha > .70$. In allen Subskalen gibt es Items, die eine Trennschärfe von $< .30$ aufweisen und damit nicht mehr im akzeptablen

Bereich liegen. Ein Entfernen der jeweiligen Items führte zu keiner wesentlichen Verbesserung des Cronbachs α . Weiters wurde im theoretischen Teil bereits angemerkt, dass die Messung sozialer Kompetenzen aufgrund der noch nicht geklärten Konzeptionalisierung vor Herausforderungen steht. Dieser Aspekt wird durch das hier verwendete Untersuchungsdesign, das sich von der im Manual durchgeführten Analyse unterscheidet, verstärkt. Vor diesem Hintergrund wurde der Entschluss gefasst, die weiteren Analysen mit allen Items durchzuführen.

Tabelle 6. Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen der ISK-K, $N = 70$

Skalen	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Soziale Orientierung	10	.640	.125	.569
Offensivität	8	.515	.111	.382
Selbststeuerung	8	.758	.276	.614
Reflexibilität	7	.668	.247	.613

7.2.2 Reliabilitätsanalyse ICQ-15

Die Reliabilitätsanalyse der ICQ-15 ergab für die Subskalen *Initiation*, *Negative Assertion*, *Emotional Support* und dem Gesamtscore akzeptable bis gute Werte in Bezug auf Cronbachs α . Für die Skalen *Disclosure* und *Conflict Management* ergaben sich Werte $\alpha < .70$. Die Trennschärfen der einzelnen Items lagen bis auf die Skala *Conflict Management* und dem Gesamtscore über dem kritischen Wert von .30. Auch hier führte ein Weglassen der betreffenden Items zu keiner wesentlichen Verbesserung des Cronbachs α . Aufgrund der weiter oben beschriebenen Herausforderungen der Messung sozialer Kompetenzen und dem sich vom Manual unterscheidenden Forschungsdesign werden auch hier alle Items in die weitere Analyse miteingeschlossen. Tabelle 7 gibt einen Überblick über alle beschriebenen Koeffizienten.

7.2.3 Reliabilitätsanalyse SF-36

Alle Subskalen sowie Summenscores der SF-36 wiesen akzeptable bis exzellente Werte der internen Konsistenz auf. Die Trennschärfen der Items lagen über alle Skalen hinweg über dem kritischen Wert von .30. In Tabelle 8 finden sich alle Werte von Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen.

Tabelle 7. Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen des ICQ-15, $N = 70$

Skalen	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Initiation	3	.759	.517	.644
Negative Assertion	3	.825	.593	.767
Emotional Support	3	.808	.625	.677
Disclosure	3	.630	.331	.515
Conflict Management	3	.492	.257	.371
Gesamtscore	15	.776	.266	.640

Tabelle 8. Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen der SF-36, $N = 70$

Skalen	Itemanzahl	Cronbachs α	Trennschärfe	
			Minimum	Maximum
Körperliche Funktionsfähigkeit	10	.892	.320	.791
Körperliche Rollenfunktion	4	.902	.739	.815
Körperliche Schmerzen	2	.978	.958	.958
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	5	.864	.439	.855
Vitalität	4	.833	.564	.788
Soziale Funktionsfähigkeit	2	.822	.714	.714
Emotionale Rollenfunktion	2	.794	.573	.689
Psychisches Wohlbefinden	5	.877	.685	.812
Körperliche Summenskala	21	.918	.342	.855
Psychische Summenskala	14	.929	.651	.757

7.3 Hypothesenprüfungen

In weiterer Folge werden die beschriebenen Hypothesen mittels der vorgestellten statistischen Verfahren überprüft und die aufgestellten Fragestellungen beantwortet.

7.3.1 Unterschiedshypothesen hinsichtlich gesundheitsbezogener Lebensqualität

Zur Beantwortung der ersten Fragestellung *Weisen Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität auf?* wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt, der die Mittelwerte der Teilstichproben miteinander verglich. Die Daten wurden nach Festlegung der Einschlusskriterien aus den jeweiligen Gruppen zufällig erhoben und von einer Normalverteilung konnte auf Basis des zentralen Grenzwertsatzes ausgegangen werden. Der Signifikanzwert wurde aufgrund der einseitigen Formulierung der entsprechenden Hypothesen halbiert, allerdings wurde aufgrund der multiplen Testung eine Bonferroni-Holm-Korrektur durchgeführt. Tabelle 9 gibt die Mittelwerte (M), die Standardabweichung (SD), die t-Werte mit dazugehörigen Freiheitsgraden, das Signifikanzniveau (p), das korrigierte Alpha-Niveau (α^*) sowie die Effektstärke (d) an. Hohe Werte stehen für eine höhere gesundheitsbezogene Lebensqualität. Auf Basis der angeführten Ergebnisse können alle formulierten Alternativhypothesen H_1 (1.1) bis (1.10) angenommen werden. Somit weisen Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität als eine Kontrollgruppe bestehend aus Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit auf. Über alle Skalen hinweg sind die Effekte des untersuchten Unterschieds groß. Die Differenzen des Mittelwerts und die Effektstärken sind in der körperlichen Summenskala höher ausgeprägt als in der psychischen Summenskala.

7.3.2 Unterschiedshypothesen hinsichtlich sozialer Kompetenzen

Die zweite Fragestellung *Weisen Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen im Vergleich zu Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit geringere soziale Kompetenzen auf?* wurde ebenfalls mittels t-Test für unabhängige Stichproben untersucht. Hohe Werte stehen für eine höhere Ausprägung der jeweiligen sozialen Kompetenz. Tabelle 10 gibt eine Übersicht über die deskriptivstatistischen Kennzahlen und der Signifikanztestung mit korrigiertem Alpha-Niveau in Bezug auf die Skalen der ISK-K.

Tabelle 9. Kennwerte der Skalen der SF-36 bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, *t*-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, korrigiertes α -Niveau und Effektstärke

Skala SF-36	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (df)	<i>p</i>	α^*	<i>d</i>
Körperliche Funktionsfähigkeit	VG	73.24	20.15	-6.972	< .001***	.0063	1.69
	KG	97.78	4.04	(35.510)			
Körperliche Rollenfunktion	VG	35.29	38.49	-6.707	< .001***	.0071	1.61
	KG	88.89	27.02	(58.846)			
Körperliche Schmerzen	VG	51.65	36.37	-5.129	< .001***	.0083	1.24
	KG	87.39	18.64	(48.592)			
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung	VG	42.35	22.67	-7.384	< .001***	.0100	1.76
	KG	77.92	17.42	(68)			
Vitalität	VG	36.32	18.92	-4.000	< .001***	.0125	0.96
	KG	53.47	16.94	(68)			
Soziale Funktionsfähigkeit	VG	55.51	32.59	-3.566	< .001***	.0167	0.86
	KG	80.21	24.53	(61.224)			
Emotionale Rollenfunktion	VG	28.43	37.72	-4.009	< .001***	.0250	0.96
	KG	64.81	38.17	(68)			
Psychisches Wohlbefinden	VG	46.71	23.71	-4.752	< .001***	.0500	1.14
	KG	69.22	14.59	(54.278)			
Körperliche Summenskala	VG	50.63	22.69	-8.460	< .001***	.0250	2.04
	KG	87.99	12.51	(50.730)			
Psychische Summenskala	VG	41.74	23.13	-4.735	< .001***	.0500	1.13
	KG	66.93	21.37	(68)			

^a*n*=36, ^b*n*=34

*** *p* < .001, einseitig

Auf Basis der Ergebnisse können die Alternativhypothesen H₁ (2.1) bis (2.4) angenommen werden, da die Kontrollgruppe über alle Skalen hinweg signifikant höhere Werte erzielt hat. Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen weisen demnach geringere soziale Kompetenzen als Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit auf. Die Effekte reichen von einer kleinen Ausprägung bei der Skala *Reflexibilität* bis zu einer großen Effektstärke bei der Skala *Soziale Orientierung*.

Tabelle 10. Kennwerte der Skalen der ISK-K bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, *t*-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, korrigiertes α -Niveau und Effektstärke

Skala ISK-K	Gruppe	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i> (df)	<i>p</i> *	α *	<i>d</i>
Soziale Orientierung	VG	28.00	4.47	-4.174 (68)	< .001***	.0125	0.99
	KG	31.83	3.14				
Offensivität	VG	19.38	3.31	-2.354 (68)	.011*	.0250	0.57
	KG	21.36	3.70				
Selbststeuerung	VG	19.35	4.74	-2.989 (68)	.002**	.0167	0.72
	KG	22.58	4.30				
Reflexibilität	VG	20.12	3.96	-1.781 (68)	.040*	.0500	0.42
	KG	21.64	3.16				

^a*n*=36, ^b*n*=34

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, einseitig

Tabelle 11 zeigt die deskriptivstatistischen Ergebnisse sowie die Kennzahlen der Signifikanztestung bezüglich der Skalen der ICQ-15. Auch hier stehen hohe Werte für eine höhere Ausprägung der jeweiligen sozialen Kompetenz. In der Subskala *Disclosure* sowie im Gesamtscore resultierten signifikante Unterschiede zugunsten der Kontrollgruppe mit einer mittleren beziehungsweise kleinen Effektstärke. Die entsprechenden Alternativhypothesen H_1 (2.8) und (2.10) können somit angenommen werden. Daraus lässt sich schließen, dass Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen über eine insgesamt geringere Ausbildung sozialer Kompetenzen verfügen als Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit sowie eine geringer ausgeprägte Kompetenz aufweisen, ihre Gefühle offenzulegen. Die Mittelwerte in den restlichen Skalen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander, die Nullhypothesen H_0 (2.5), (2.6), (2.7) und (2.9) werden daher beibehalten. Eine geringere Ausprägung dieser Kompetenzen bei der Versuchsgruppe kann daher nicht angenommen werden. Angemerkt werden soll auch, dass ebendiese in der Skala *Negative Assertion* höhere Werte erzielte als die Kontrollgruppe, obgleich dieser Unterschied nicht signifikant war.

Tabelle 11. Kennwerte der Skalen der ISK-K bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, t-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertes α -Niveau

Skala ICQ-15	Gruppe	M	SD	t(df)	p	α^*	d
Initiation	VG	7.88	2.48	-2.297 (68)	.013*	.0125	
	KG	9.14	2.09				
Negative Assertion	VG	9.06	2.67	1.669 (68)	.050	.0167	
	KG	8.11	2.05				
Emotional Support	VG	10.76	1.92	-1.402 (68)	.083	.0250	
	KG	11.28	1.03				
Disclosure	VG	7.68	2.07	-3.133 (68)	.002**	.0100	0.75
	KG	9.28	2.19				
Conflict Management	VG	8.94	1.89	-1.109 (68)	.136	.0500	
	KG	9.42	1.69				
Gesamtscore	VG	44.32	7.58	-1.903 (68)	.031*		0.48
	KG	47.32	4.96				

^an=36, ^bn=34

* p < .05, ** p < .01, einseitig

7.3.3 Hypothesen hinsichtlich Prädiktion sozialer Kompetenzen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität

Die dritte Fragestellung *Stellen soziale Kompetenzen Prädiktoren für die gesundheitsbezogene Lebensqualität dar?* wurde mittels multipler Regressionsanalysen untersucht. Dazu wurden für die beiden Teilstichproben getrennt insgesamt acht Regressionsmodelle erstellt, in denen die Skalen der ISK-K und der ICQ-15 jeweils als Prädiktoren für den physischen und den psychischen Summenscore der SF-36 dienten. Diese wurden mittels Rückwärtselimination in die entsprechenden Modelle aufgenommen. In weiterer Folge werden nur jene Modelle dargestellt, bei denen signifikante Regressionskoeffizienten resultierten, und die Ergebnisse werden jeweils für die Versuchs- und Kontrollgruppe angeführt. Die Tabellen 12 bis 15 geben einen Überblick über die multiplen linearen Regressionsanalysen und die signifikanten Prädiktoren der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit standardisierten und unstandardisierten Regressionskoeffizienten, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und der Modelle, R^2 und korrigierten R^2 -Werten, F-Statistik mit Freiheitsgraden sowie dem jeweils höchsten VIF-Wert.

Die Tabellen 12 und 13 zeigen die Ergebnisse der Modellprüfungen für die Klient*innen des Vereins Dialog, wobei erstere die Skalen der ISK-K und letztere jene der ICQ-15 als Prädiktoren anführt. Alle weiter oben beschriebenen Voraussetzungen der multiplen linearen Regressionsanalysen waren erfüllt. Im Modell, das die Skalen der ICQ-15 enthielt, wurden allerdings zwei Ausreißer aus der Analyse ausgeschlossen.

Tabelle 12. *Multiple lineare Regressionsanalyse VG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ISK-K), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2 , F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten*

Prädiktor	Summenscores der SF-36							
	Physische Summenskala				Psychische Summenskala			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	p^a	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	p^a
Selbststeuerung	2.415	0.731	.504	.002**	2.319	0.759	.475	.004**
R^2 (R^2_{korr})	.254 (.231)				.226 (.202)			
F (df ₁ , df ₂)	10.920 (1, 32)				9.341 (1, 32)			
p^b	.002**				.004**			
VIF	1.000				1.000			

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler *B*, β = standardisierter Regressionskoeffizient, p^a = Signifikanzbeurteilung Koeffizienten, p^b = Signifikanzbeurteilung Modell

** $p < .01$

Eine Skala der ISK-K stellt einen signifikanten Prädiktor sowohl für den physischen als auch für den psychischen Summenscore der SF-36 dar, weshalb die Alternativhypothesen H_1 (3.1) und (3.2) angenommen werden können. Bei den Skalen der ICQ-15 konnte eine den physischen Summenscore signifikant vorhersagen, allerdings resultierte hinsichtlich des psychischen Summenscores kein signifikanter Koeffizient. Die Alternativhypothese H_1 (3.3) kann somit angenommen werden, während die Nullhypothese H_0 (3.4) beibehalten wird. Die Skala *Selbststeuerung* der ISK-K hat sowohl für den physischen als auch den psychischen Summenscore eine positive Vorhersagekraft. Das Bestimmtheitsmaß R^2 für die Modelle lag bei 25.4% beziehungsweise 22.6%. Der physische Summenscore der SF-36 wird im Modell mit den Prädiktoren der ICQ-15 durch die Subskala *Negative Assertion* negativ vorhergesagt. R^2

lag in diesem Modell, das auch den nicht signifikanten Prädiktor *Emotional Support* enthält, bei 22.6%.

Tabelle 13. *Multiple lineare Regressionsanalyse VG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ICQ-15), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R² und korrigiertem R², F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten*

Summenscores der SF-36				
Physische Summenskala				
Prädiktor	B	SE B	β	p^a
Negative Assertion	-4.671	1.701	-.473	.010*
Emotional Support	6.635	3.661	.313	.080
<i>R</i> ² (<i>R</i> ² _{korrr})	.226 (.173)			
<i>F</i> (df ₁ , df ₂)	4.233 (2, 29)			
<i>p</i> ^b	.024			
VIF	1.117			

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler *B*, *β* = standardisierter Regressionskoeffizient, *p*^a = Signifikanzbeurteilung Koeffizienten, *p*^b = Signifikanzbeurteilung Modell

* *p* < .05

Die Tabellen 14 und 15 geben einen Überblick über die Modellprüfungen für die Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit. Erstere enthält wiederum die Skalen der ISK-K, während letztere jene der ICQ-15 anführt. Erneut waren alle Voraussetzungen der multiplen linearen Regressionsanalysen erfüllt, und es wurden keine Ausreißer festgestellt. Zwei Skalen der ISK-K bildeten signifikante Prädiktoren für die psychische Summenskala der SF-36, jedoch konnte für die physische Summenskala kein signifikanter Regressionskoeffizient festgestellt werden. Die Alternativhypothese *H*₁ (3.6) kann demnach angenommen werden, wohingegen die Nullhypothese *H*₀ (3.5) beibehalten wird. Weiters stellt ebenfalls eine Skala der ICQ-15 einen signifikanten Prädiktor für den psychischen Summenscore der SF-36 dar, während kein entsprechendes Ergebnis für die physische Summenskala resultierte. Auch hier kann die Alternativhypothese *H*₁ (3.8) angenommen werden, während die Nullhypothese *H*₀ (3.7) beibehalten wird. Die Skalen *Offensivität* der ISK-K sagt den psychischen Summenscore der SF-36 positiv vorher, während *Reflexibilität* eine negative Vorhersagekraft besitzt. *R*² lag in

diesem Modell bei 30.6%. Der psychische Summenscore der SF-36 wird durch die Subskala *Negative Assertion* der ICQ-15 positiv vorhergesagt und R^2 betrug in diesem Modell 23.5%.

Tabelle 14. *Multiple lineare Regressionsanalyse KG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ISK-K), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2 , F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten*

Prädiktor	Summenscores der SF-36			
	Psychische Summenskala			
	<i>B</i>	<i>SE B</i>	β	p^a
Offensivität	2.280	0.841	.394	.011*
Reflexibilität	-2.845	0.983	-.421	.007**
R^2 (R^2_{korr})	.306 (.264)			
F (df ₁ , df ₂)	7.264 (2, 33)			
p^b	.002**			
VIF	1.007			

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler *B*, β = standardisierter Regressionskoeffizient, p^a = Signifikanzbeurteilung Koeffizienten, p^b = Signifikanzbeurteilung Modell

* $p < .05$, ** $p < .01$

7.3.4 Fragestellung zum Vergleich der Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen (ISK-K) und der Brief Form of the Interpersonal Competence Scale (ICQ-15)

Um die letzte Fragestellung *Bestehen Unterschiede in der statistischen Güte zwischen der ISK-K und der ICQ-15?* zu beantworten, wurde zunächst eine Analyse der Boden- und Deckeneffekte und im Anschluss eine ROC-Analyse der beiden Verfahren jeweils für die beiden Gruppen getrennt durchgeführt.

Boden- und Deckeneffekte

Die Analyse etwaiger Boden- und Deckeneffekte ergab eindeutige Differenzen zwischen den beiden Verfahren. Bei einem Cutoff-Wert von 10% liegen in der Versuchsgruppe bei zwei Skalen der ICQ-15 Deckeneffekte vor. Besonders ausgeprägt ist dieser bei der Skala *Emotional*

Support, hier erzielten 47.1% der Teilnehmer*innen den höchsten Wert. Im Gegensatz dazu konnte für die ISK-K bei keiner der Skalen ein Boden- oder Deckeneffekt gefunden werden. Tabelle 16 gibt eine Übersicht der beschriebenen Effekte.

Tabelle 15. *Multiple lineare Regressionsanalyse KG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ICQ-15), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R² und korrigiertem R², F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten*

Summenscores der SF-36				
Psychische Summenskala				
Prädiktor	B	SE B	β	p^a
Negative Assertion	5.041	1.561	.484	.003**
<i>R</i> ² (<i>R</i> ² _{korr})	.235 (.212)			
<i>F</i> (df ₁ , df ₂)	10.423 (1, 34)			
<i>p</i> ^b	.003**			
VIF	1.000			

Anmerkung. *B* = unstandardisierter Regressionskoeffizient, *SE B* = Standardfehler *B*, *β* = standardisierter Regressionskoeffizient, *p*^a = Signifikanzbeurteilung Koeffizienten, *p*^b = Signifikanzbeurteilung Modell

** *p* < .01

Tabelle 16. *Boden- und Deckeneffekte der Skalen der ICQ-15 bei der VG*

Skala	Maximum (%)	Minimum (%)
Negative Assertion	5.9	23.5
Emotional Support	2.9	47.1

Bei der Kontrollgruppe wurde bei drei Skalen des ICQ-15 ein Deckeneffekt und bei einer Skala sowohl Boden- als auch Deckeneffekt festgestellt. Auch hier sind die Effekte bei der Subskala *Emotional Support* am deutlichsten ausgeprägt, da 11.1% der Personen den niedrigsten und 58.3% den höchsten Wert erzielten. Auch bei dieser Gruppe fanden sich keine Effekte bei den Skalen der ISK-K. Tabelle 17 zeigt alle von Boden- und/oder Deckeneffekten betroffenen Skalen.

Tabelle 17. *Boden- und Deckeneffekte der Skalen der ICQ-15 bei der KG*

Skala	Maximum (%)	Minimum (%)
Initiation	5.6	19.4
Emotional Support	11.1	58.3
Disclosure	2.8	13.9
Conflict Management	5.6	13.9

Angemerkt werden soll noch, dass sich für den Gesamtscore der ICQ-15 bei keiner der beiden Gruppen Boden- oder Deckeneffekte zeigten. In der Versuchsgruppe erzielten 2.9% den niedrigsten und 5.9% den höchsten Wert, während sich die Kennwerte in der Kontrollgruppe auf jeweils 2.8% für das Minimum beziehungsweise Maximum belief.

ROC-Analyse

Im Rahmen der ROC-Analyse wurden die beiden Teilstichproben jeweils in zwei Gruppen eingeteilt. Hier diente der Median der Subskala *Soziale Funktionsfähigkeit* der SF-36 als Außenkriterium. Diese beschreibt das Ausmaß, in dem eine Beeinträchtigung des Soziallebens vorliegt. Für die Klient*innen des Vereins Dialog belief sich dieser Wert auf 50, was die Bildung von zwei gleich großen Untergruppen zu je 17 Personen (50%) zur Folge hatte. Bei den Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit resultierten ebenfalls zwei gleich große Gruppen zu je 18 Personen (50%). Hier lag der Median hinsichtlich *Soziale Funktionsfähigkeit* bei 87.5. Der Score der Skala reicht von 0 bis 100, wobei hohe Werte für ein Ausbleiben von Einschränkungen stehen und damit ein positives Outcome beschreiben. Zunächst werden die Ergebnisse der Analyse für die Versuchsgruppe dargestellt und in weiterer Folge jene der Kontrollgruppe.

Abbildung 1 bildet die ROC-Kurven für die Subskalen der ICQ-15 ab, und Tabelle 18 gibt einen Überblick über die Kennwerte der ROC-Analyse, im Speziellen der AUC-Werte. Wie schon angesprochen beziehen sich die Ergebnisse zunächst auf die Versuchsgruppe.

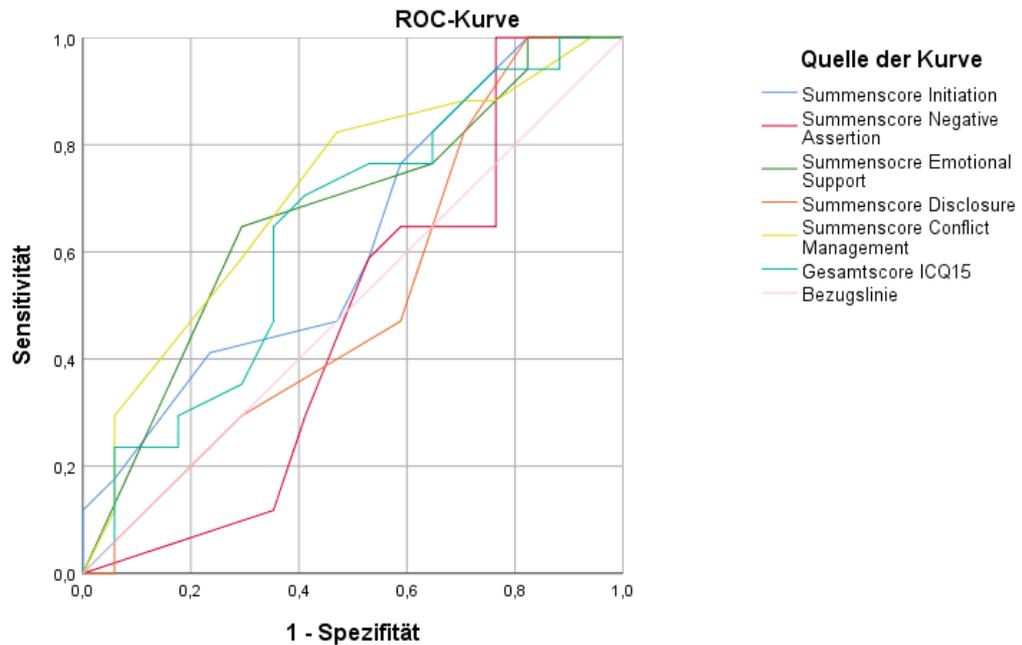


Abbildung 1. ROC-Kurven der VG mit den Skalen der ICQ-15

Tabelle 18. Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der VG mit den Skalen der ICQ-15

Skalen ICQ-15	AUC	SE	p	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Initiation	.619	0.097	.235	.429	.810
Negative Assertion	.471	0.104	.770	.267	.674
Emotional Support	.671	0.094	.088	.487	.855
Disclosure	.514	0.102	.890	.314	.714
Conflict Management	.709	0.090	.037*	.533	.886
Gesamtscore ICQ-15	.640	0.096	.163	.451	.829

* $p < .05$

Einzig die Subskala *Conflict Management* ist signifikant und damit gut geeignet, zwischen den beiden Teilgruppen zu differenzieren. Der AUC-Wert liegt mit .709 allerdings im mittelmäßigen Bereich. Die restlichen Skalen sind nicht signifikant und erzielen AUC-Werte von .471 bis .671.

Abbildung 2 und Tabelle 19 zeigen erneut die Ergebnisse der ROC-Analyse für die Versuchsgruppe, allerdings beziehen sie sich hier auf die Subskalen der ISK-K.

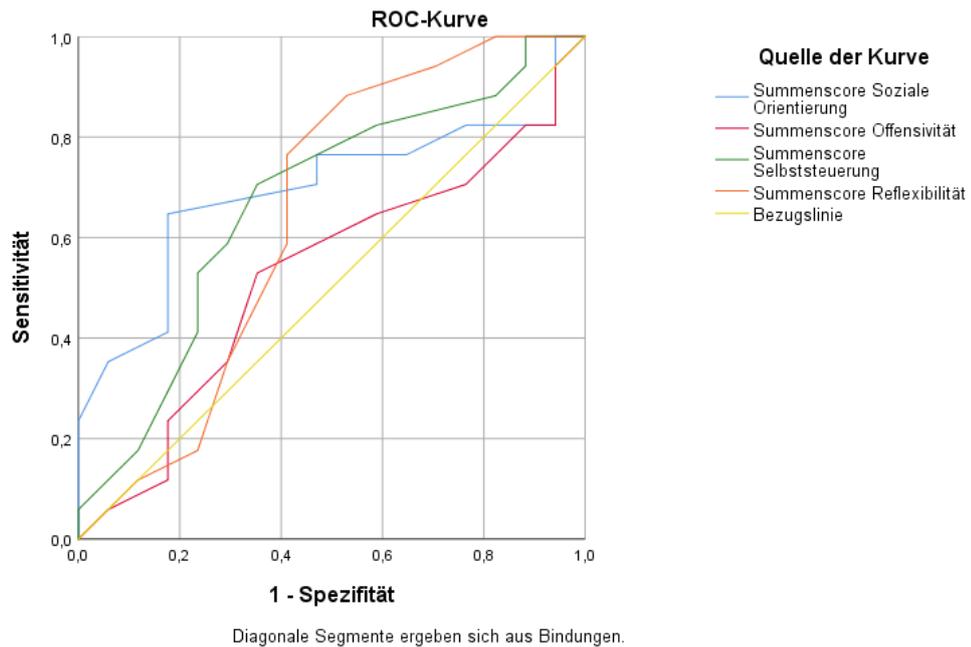


Abbildung 2. ROC-Kurven der VG mit den Skalen der ISK-K

Tabelle 19. Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der VG mit den Skalen der ISK-K

Skalen ISK-K	AUC	SE	p	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Soziale Orientierung	.694	0.096	.054	.507	.881
Offensivität	.526	0.102	.796	.327	.725
Selbststeuerung	.671	0.095	.088	.485	.857
Reflexibilität	.644	0.099	.153	.449	.839

Für keine der Subskalen der ISK-K konnte ein signifikantes Ergebnis festgestellt werden, das heißt sie sind nicht geeignet, um zwischen den beiden gebildeten Gruppen zu differenzieren. Die erzielten AUC-Werte liegen allesamt zwischen .60 und .70 und damit im dürftigen Bereich.

Für die ROC-Analyse der Kontrollgruppe wurden ebenfalls jeweils die Subskalen der untersuchten Verfahren untersucht. Abbildung 3 zeigt die ROC-Kurven der Skalen der ICQ-15, während Tabelle 20 einen detaillierten Überblick über die Kennwerte der ROC-Analyse gibt.

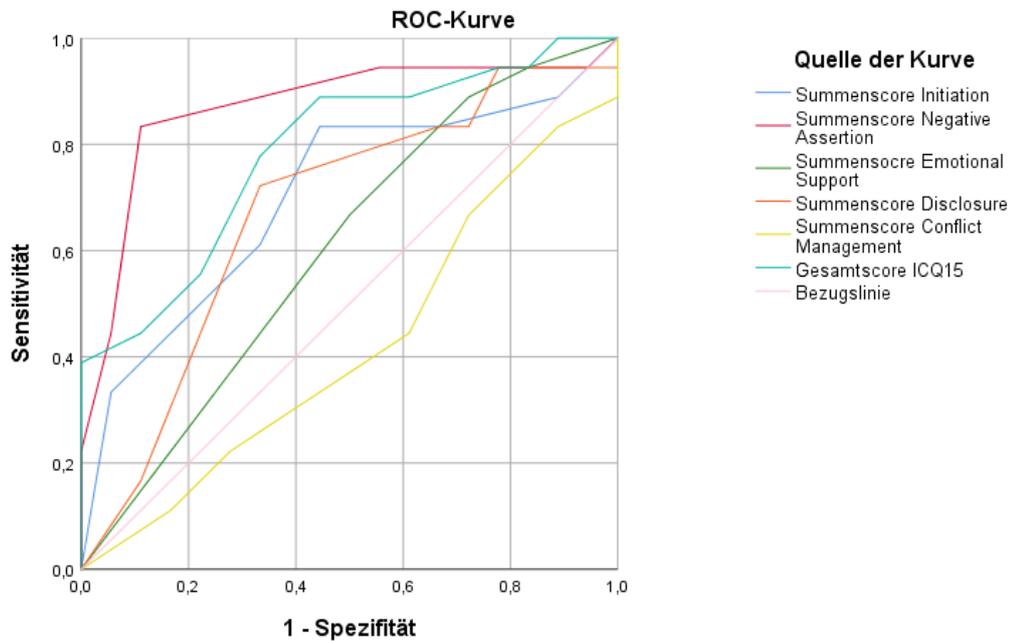


Abbildung 3. ROC-Kurven der KG mit den Skalen der ICQ-15

Tabelle 20. Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der KG mit den Skalen der ICQ-15

Skalen ICQ-15	AUC	SE	p	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Initiation	.702	0.090	.038*	.527	.878
Negative Assertion	.870	0.066	< .001***	.741	1.000
Emotional Support	.603	0.095	.289	.417	.790
Disclosure	.673	0.093	.076	.491	.855
Conflict Management	.421	0.096	.420	.233	.610
Gesamtscore ICQ-15	.787	0.076	.003**	.638	.936

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Die Subskalen *Initiation*, *Negative Assertion* und der Gesamtscore weisen ein signifikantes Ergebnis auf und sind damit gut geeignet, um zwischen den Teilgruppen zu unterscheiden. *Initiation* und der Gesamtscore erzielen einen mittelmäßigen AUC-Wert, während *Negative Assertion* mit .870 im guten Bereich liegt. Die restlichen Skalen sind nicht signifikant und die AUC-Werte liegen zwischen .421 und .673.

Abschließend werden die Ergebnisse der ROC-Analyse für die Kontrollgruppe in Bezug auf die Skalen der ISK-K berichtet. Abbildung 4 und Tabelle 21 geben einen Überblick über die ROC-Kurven und die relevanten Kennwerte der Analyse.

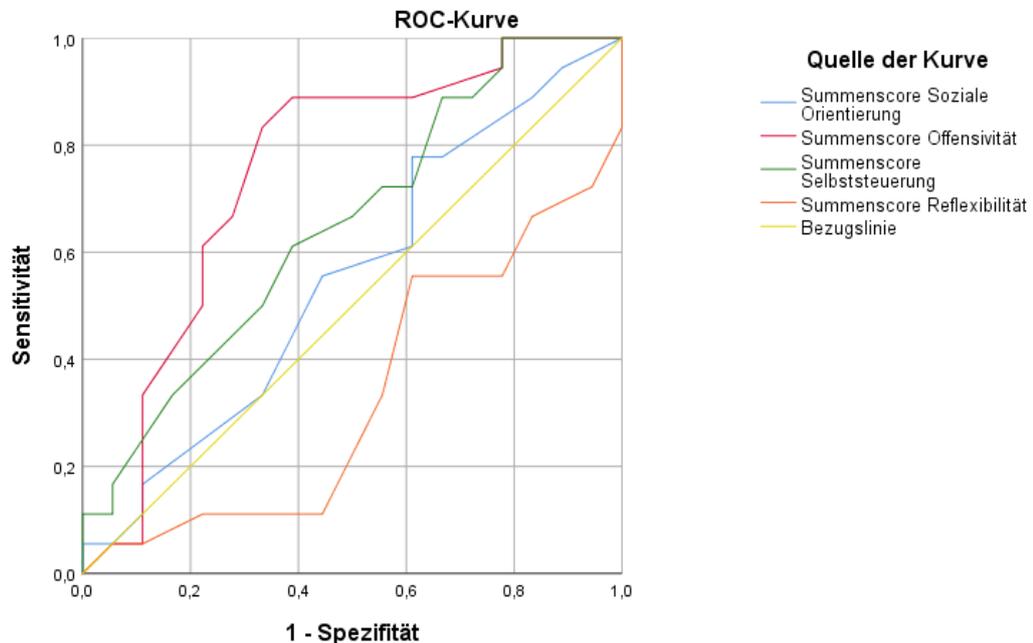


Abbildung 4. ROC-Kurven der KG mit den Skalen der ISK-K

Tabelle 21. Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der KG mit den Skalen der ISK-K

Skalen ISK-K	AUC	SE	p	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Soziale Orientierung	.551	0.097	.602	.360	.741
Offensivität	.748	0.086	.011*	.580	.917
Selbststeuerung	.651	0.091	.121	.472	.830
Reflexibilität	.335	0.092	.091	.155	.514

* $p < .05$

Alle Skalen liegen über dem AUC-Wert von .50, allerdings ist nur die Skala *Offensivität* signifikant. Somit ist sie in der Lage, zwischen den oben beschriebenen Gruppen zu differenzieren. Der AUC-Wert dieser Skala liegt mit .748 im mittelmäßigen Bereich.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich die statistische Güte zwischen den eingesetzten Verfahren je nach Stichprobe unterscheidet. Bei der Kontrollgruppe resultierten

im Vergleich zur Versuchsgruppe bei beiden Verfahren mehr signifikante Subskalen mit höheren AUC-Werten zur Diskriminierung der gebildeten Teilgruppen. Weiters zeigte sich, dass die ICQ-15 bei beiden Stichproben bessere Ergebnisse erzielte als die ISK-K. In Bezug auf die ICQ-15 muss allerdings kritisch auf die festgestellten Boden- beziehungsweise Deckeneffekte hingewiesen werden.

8 Diskussion und Ausblick

Das abschließende Kapitel der vorliegenden Masterarbeit soll vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil die dargestellten Ergebnisse zusammenfassen und in Bezug setzen. Weiters wird auf die Limitationen der Studie sowie zukünftige Forschungsvorhaben eingegangen.

Das Ziel der Masterarbeit war die vertiefte Auseinandersetzung mit den aus der Literatur bekannten komplexen Zusammenhängen und Wechselwirkungen sozialer Kompetenzen und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Karasimopoulou et al., 2012; LEMONIA et al., 2017; Szemere & Jokeit, 2015). Zwei voneinander unabhängige Stichproben, nämlich Klient*innen einer Wiener Suchthilfeeinrichtung mit alkoholbezogenen Störungen sowie Studierende der Klinischen Sozialen Arbeit wurden zunächst hinsichtlich der beiden Konzepte miteinander verglichen. In weiterer Folge wurde untersucht, inwieweit soziale Kompetenzen die HRQoL im Rahmen von multiplen linearen Regressionsanalysen vorhersagen können. Abschließend wurden zwei Verfahren zur Messung sozialer Kompetenzen auf ihre statistische Güte hin untersucht.

Die erste Fragestellung beschäftigte sich mit den Unterschieden der HRQoL zwischen den beiden Teilstichproben. Hier zeigten sich der wissenschaftlichen Literatur folgend eindeutige Differenzen zugunsten der Kontrollgruppe (Chen & Storr, 2006; Herrold et al., 2017; Pham & Park, 2019). Die Klient*innen des Vereins Dialog wiesen in allen Sub- sowie Summenskalen der SF-36 signifikant geringere Werte auf als die Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit. Der größte Effekt zeigte sich mit einem d von 1.76 in der Subskala *Allgemeine Gesundheitswahrnehmung*, woraus sich schließen lässt, dass die Personen der Versuchsgruppe ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich negativer wahrnehmen als jene der Kontrollgruppe. Interessant ist, dass die Effektstärke der physischen Summenskala mit $d = 2.04$ deutlich höher ist im Vergleich zum psychischen Summenscore, in dem dieser Wert bei $d = 1.13$ liegt. Zwar sind die Mittelwertsunterschiede bei beiden Scores signifikant, allerdings scheint die subjektiv negative Einschätzung des Gesundheitszustandes hinsichtlich der physischen Verfassung bei der Versuchsgruppe stärker ausgeprägt.

Eine weitere Fragestellung beschäftigte sich mit den Unterschieden in Bezug auf soziale Kompetenzen der untersuchten Teilstichproben. Hier kamen mit der ISK-K und der ICQ-15 zwei verschiedene Verfahren zum Einsatz, und es wurden jeweils die Mittelwertsunterschiede der Subskalen miteinander verglichen. Bei der ISK-K zeigten sich in allen Skalen signifikante Unterschiede, wobei die Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit höhere Werte erzielten und damit auf Basis von Selbsteinschätzungen über höher ausgeprägte soziale Kompetenzen verfügen. Die Effektstärken waren klein bis groß, wobei dieser bei der Subskala *Soziale Orientierung* mit $d = 0.99$ am stärksten ausgeprägt war. *Soziale Orientierung* beschreibt das Ausmaß einer grundsätzlich positiven Einstellung zu anderen Menschen und Kompetenzen in Bezug auf die Lösung zwischenmenschlicher Konflikte. Daraus resultierend kann geschlossen werden, dass sich die Kontrollgruppe hier höhere Kompetenzen zuschreibt als die Klient*innen des Vereins Dialog. Die Analyse der Unterschiede in Bezug auf die Skalen der ICQ-15 ergab beim Gesamtscore und einer Subskala, nämlich *Disclosure*, ein signifikantes Ergebnis mit einer Effektstärke von $d = 0.48$. beziehungsweise 0.75 . Letztere beschreibt die Bereitschaft, die wahre Persönlichkeit offen zu präsentieren und sich anderen Personen gegenüber verletzlich zu zeigen. Unerwartet war die deskriptivstatistisch höhere Ausprägung in der Skala *Negative Assertion* bei den Klient*innen des Vereins Dialog. Hierzu zählen Verhaltensweisen, die sich auf die Behauptung beziehungsweise Konfrontation in Situationen, die subjektiv als ungerecht betrachtet werden, beziehen. Zwar war dieser Unterschied zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant, allerdings wurde eine höhere Ausprägung einer sozialen Kompetenz bei der Versuchsgruppe nicht erwartet. Zusammenfassend kann also in Bezug auf die Fragestellung zu den Unterschieden sozialer Kompetenzen festgehalten werden, dass diese bei der Kontrollgruppe grundsätzlich höher ausgeprägt sind. Bei der ISK-K konnte dies in allen Subskalen gezeigt werden, obgleich dies bei der ICQ-15 nur für den Gesamtscore und eine Subskala festgestellt werden konnte. Die Mittelwerte der Kontrollgruppe waren allerdings auch hier bis auf jenen in der erwähnten Subskala höher, wenn auch nicht in einem signifikanten Ausmaß. Wie schon im theoretischen Teil besprochen sind soziale Kompetenzen auch in der hier untersuchten klinischen Population demnach geringer ausgebildet (Hinsch & Pfingsten, 2015; Kodituwakku, 2007).

Um die dritte Fragestellung zu beantworten, wurden in weiterer Folge multiple lineare Regressionsanalysen durchgeführt. Hier zeigte sich für die Klient*innen des Vereins Dialog, dass soziale Kompetenzen eine signifikante Vorhersagekraft für die HRQoL besitzen. Die Skala *Selbststeuerung* der ISK-K war sowohl für den physischen als auch den psychischen Summenscore der SF-36 ein signifikanter Prädiktor. Diese beschreibt Merkmale einer Person,

die sich auf ausgeglichene Emotionen und die Adaptation bei sich wechselnden Bedingungen beziehen. Das R^2 von 25.4% für den physischen beziehungsweise 22.6% für den psychischen Summenscore zeigt zwar, dass der Großteil der Varianz von nicht untersuchten Prädiktoren erklärt wird, allerdings konnte eine signifikante Vorhersagekraft dieser sozialen Kompetenz belegt werden, was sich an der mittleren bis großen Effektgröße des Regressionskoeffizienten zeigt. Die Verbesserung in Bezug auf *Selbststeuerung* führt demnach zu einer verbesserten HRQoL. Bei der ICQ-15 resultierte nur für die physische Summenskala ein signifikantes Modell. Hier hatte die schon erwähnte Subskala *Negative Assertion* eine signifikante Erklärungskraft vor dem Hintergrund einer mittleren Effektstärke. R^2 lag hier bei 22.6%, demnach kann auch hier auf einen Einfluss sozialer Kompetenzen auf die physische HRQoL geschlossen werden. Der Koeffizient war negativ, woraus sich schließen lässt, dass je geringer diese Kompetenz ausgeprägt ist, desto höher ist die physische HRQoL. Eine mögliche Interpretation könnte sein, dass bei einem geringeren Bedürfnis, sich gegen ungerechte Behandlung zu behaupten, auch weniger Konflikte entstehen und damit das Risiko sinkt, physische Schädigungen zu erleiden. Bei den Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit resultierten im Rahmen der Regressionsanalyse bei beiden Inventaren nur für die psychische Summenskala signifikante Koeffizienten. Bei der ISK-K stellten die Skalen *Offensivität* und *Reflexibilität* signifikante Prädiktoren dar und konnten zusammen $R^2 = 30.6\%$ der Varianz erklären. Allerdings lagen Unterschiede in der Richtung der Koeffizienten vor, da ersterer positiv und letzterer negativ ausgeprägt war. *Offensivität* steht für das aktive Zugehen auf andere Personen und die Durchsetzung individueller Interessen, was einen positiven Effekt auf die psychische HRQoL dieser Gruppe bewirkt. *Reflexibilität* beschreibt das Ausmaß der Beschäftigung mit sich selbst und anderen Personen, speziell in sozialen Situationen. Hier könnte der negative Effekt damit erklärt werden, dass ein ständiges Überdenken des eigenen oder auch fremden Verhaltens zu einer Belastung werden und sich damit negativ auf die subjektive Wahrnehmung der psychischen HRQoL auswirken kann. Im Modell mit den Skalen der ICQ-15 resultierte *Negative Assertion* als signifikanter Koeffizient. Im Unterschied zu den Klient*innen des Vereins Dialog war er bei den Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit allerdings positiv mit einer mittleren Effektstärke. R^2 lag hier bei 23.5%, woraus man schließen kann, dass diese soziale Kompetenz einen signifikanten Prädiktor der psychischen HRQoL der Kontrollgruppe darstellt. Selbstbehauptung könnte gerade für Studierende eines sozialwissenschaftlichen Fachs, das speziell auf Konsensfindung und das Eingehen auf die Bedürfnisse der anderen Personen ausgerichtet ist, eine wichtige Ressource für das eigene psychische Wohlergehen sein. Die Analysen zeigen zusammenfassend, dass soziale

Kompetenzen wie schon im theoretischen Teil angesprochen auch bei den beiden hier untersuchten Teilstichproben Prädiktoren für die psychische und/oder die physische HRQoL darstellen (Karasimopoulou et al., 2012; Lemonia et al., 2017; Løyland et al., 2010; Singstad et al., 2021). Bei genauerer Betrachtung muss allerdings festgehalten werden, dass sich die Koeffizienten je nach Teilstichprobe entweder ganz voneinander unterscheiden oder die Richtung der Vorhersagekraft abweichend ist. Ebenso scheint es Unterschiede der Vorhersagekraft sozialer Kompetenzen hinsichtlich psychischer und physischer Komponenten der Lebensqualität je nach untersuchter Gruppe zu geben. Dies impliziert andere Schwerpunkte für etwaige Kompetenztrainings, die speziell für klinische Populationen einen wertvollen Teil der Behandlung ausmachen (Hinsch & Pfingsten, 2015). Bei der Entwicklung und Implementierung solcher Programme sollten zunächst immer die relevanten sozialen Kompetenzen identifiziert werden, um in einem nächsten Schritt gezielte Verbesserungen in Bezug auf die psychische und physische HRQoL zu ermöglichen.

Für den Vergleich hinsichtlich der statistischen Güte der beiden Verfahren zur Messung der sozialen Kompetenzen wurden zunächst etwaige Boden- und Deckeneffekte untersucht und anschließend ROC-Analysen durchgeführt. Einige der Skalen der ICQ-15 zeigten bei beiden Gruppen Deckeneffekte. Besonders die Skala *Emotional Support* ist hier zu erwähnen, da hier bei der Kontrollgruppe zusätzlich auch ein Bodeneffekt festgestellt werden konnte. Die Skalen ermöglichen also keine gute Differenzierung in einem oder beiden Extrembereichen, und die Messung ist demnach beeinträchtigt. Allerdings kann relativierend angemerkt werden, dass beim Gesamtscore der ICQ-15 keiner der beiden Effekte vorlag. Im Gegensatz dazu konnte bei der ISK-K weder Boden- noch Deckeneffekt festgestellt werden. Die ROC-Analysen ergaben zusammenfassend Unterschiede zwischen den beiden Stichgruppen sowie den untersuchten Verfahren. Als Außenkriterium diente die Subskala *Soziale Funktionsfähigkeit* der SF-36, entlang dessen Median jeweils zwei Teilgruppen pro Teilstichprobe gebildet wurden. Hier wurde im Vorfeld ein Zusammenhang mit sozialen Kompetenzen angenommen und daher als geeignetes externes Merkmal eingeschätzt. Bei den Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit zeigten sich bei beiden Verfahren mehr signifikante Subskalen mit höheren AUC-Werten als bei den Klient*innen des Vereins Dialog. Den höchsten AUC-Wert in der Kontrollgruppe erzielte die Subskala *Negative Assertion* der ICQ-15 mit .870. Diese Skala ist demnach gut dazu geeignet, die gebildeten Gruppen voneinander zu unterscheiden. Bei der ISK-K war *Offensivität* mit einem AUC-Wert von .748 bei der Kontrollgruppe jene Subskala mit der besten Diskriminationsfähigkeit. Bei den Klient*innen des Vereins Dialog resultierte mit *Conflict Management* der ICQ-15 nur eine signifikante Subskala mit einem AUC-Wert von

.709. Bei der ISK-K konnte bei keiner der untersuchten Skalen eine signifikante Diskriminationsfähigkeit festgestellt werden. Vor diesem Hintergrund kann festgehalten werden, dass die ICQ-15 über eine grundsätzlich höhere statistische Güte verfügt als die ISK-K und damit besser geeignet ist, zwischen Personen mit hohen beziehungsweise geringen sozialen Kompetenzen zu differenzieren. Dieser Vorteil ist bei den Studierenden der Klinischen Sozialen Arbeit höher ausgeprägt als bei den Klient*innen des Vereins Dialog. Es scheint also, dass das Verfahren bei der klinischen Population eine geringere Diskriminationsfähigkeit aufweist als bei der Kontrollgruppe. Dennoch ist diese höher ausgeprägt als bei der ISK-K, weshalb der Einsatz der ICQ-15 zur Messung sozialer Kompetenzen grundsätzlich empfohlen werden kann, während dies für die ISK-K zumindest auf Basis der Ergebnisse der hier untersuchten Teilstichproben differenzierter betrachtet werden muss. Zwar soll hier nochmal auf die erwähnten Boden- beziehungsweise Deckeneffekte aufmerksam gemacht werden, diese werden aber durch das Fehlen im Gesamtscore der ICQ-15 relativiert. Außerdem besteht ein Vorteil des Verfahrens speziell für klinische Gruppen in seiner äußerst kurzen Bearbeitungsdauer, was für den Einsatz als Screeninginstrument spricht (Coroiu et al., 2015). Zusätzlich soll angemerkt werden, dass Kanning (2009b) den Einsatz der ISK-K grundsätzlich in der Personalauswahl und -entwicklung oder auch der allgemeinen Persönlichkeitsdiagnostik empfiehlt, was sich von dem hier durchgeführten Einsatzbereich deutlich unterscheidet.

Abschließend wird noch auf Limitationen der vorliegenden Masterarbeit eingegangen. Hier sind mehrere Aspekte kritisch anzumerken. Zunächst war das Verhältnis der Geschlechter und des Alters zwischen den beiden Teilstichproben sehr ungleich verteilt, nachdem die Versuchsgruppe mehrheitlich älter und männlich und die Kontrollgruppe überwiegend jünger und weiblich war. Auch die Verteilung der höchsten abgeschlossenen Ausbildung war aufgrund der Einschlusskriterien der beiden Stichproben wie zu erwarten äußerst unterschiedlich. Zukünftige Studien sollten hier ein ausgewogeneres Verhältnis anstreben, da die Vergleichbarkeit damit verbessert werden kann. Generell muss auch festgehalten werden, dass es sich um eine insgesamt eher kleine Stichprobe mit $N = 70$ gehandelt hat, die im Rahmen einer querschnittlich angelegten Untersuchung zu einem Zeitpunkt befragt wurde. Daraus resultierend können keine Kausalschlüsse aus den Ergebnissen gezogen werden, und die Implikationen sind auch vor dem Hintergrund der eingesetzten Verfahren und der unterschiedlichen Befragungssituation zu relativieren. Wie schon angesprochen konnten die Klient*innen des Vereins Dialog, die eine hochvulnerable Gruppe darstellen, aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen und der Vorsichtsmaßnahmen der Institution nicht persönlich befragt werden. Aus diesem Grund wurde auf eine telefonische Befragung in Interviewform

ausgewichen, was sich vom Untersuchungssetting der Kontrollgruppe, die per Paper-Pencil-Test befragt wurde, deutlich unterschied und damit nicht standardisiert vorgegangen werden konnte. Weiters enthielt die Testbatterie ausschließlich Verfahren, die auf der Selbsteinschätzung der Teilnehmer*innen basierten. In Zukunft sollten ähnliche Untersuchungen mit standardisierten Bedingungen und einer größeren Diversität der Messinstrumente durchgeführt werden. Zusätzlich wurde im Rahmen dieser Studie deutlich, dass die Messung von sozialen Kompetenzen, wie im theoretischen Teil der Arbeit erörtert wurde, vor Herausforderungen steht (Bastians & Runde, 2002; Jagschitz & Hupfer, 2004). Die Reliabilitätsanalyse zeigte, dass Cronbachs α und die Trennschärfen der Items teilweise nicht akzeptabel waren. Vor diesem Hintergrund unterliegen die dargestellten Ergebnisse ebenfalls Einschränkungen, und vor allem auch der Vergleich der ISK-K und der ICQ-15 wird damit erschwert.

Eine der wesentlichsten Erkenntnisse der dargestellten Studie ist neben den erwarteten Mittelwertsunterschieden zwischen den beiden Teilstichproben hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und sozialer Kompetenzen die Vorhersagekraft letzterer auf die psychische und/oder physische HRQoL. Im Rahmen der multiplen linearen Regressionsanalysen ergaben sich bei beiden Stichproben und für beide der eingesetzten Verfahren zur Messung der sozialen Kompetenzen zumindest für einen der Summenscores der SF-36 signifikante Regressionskoeffizienten. Die resultierenden Modelle erklärten in etwa 20% bis 30% der Varianz, was zwar einerseits darauf hinweist, dass der Großteil von nicht in der Analyse untersuchten Prädiktoren vorhergesagt wird. Andererseits wird dadurch aber deutlich, dass soziale Kompetenzen signifikante Prädiktoren für die psychische und/oder physische HRQoL darstellen, was speziell für die klinische Teilstichprobe von Bedeutung ist. Diese Ergebnisse liefern eine weitere Fundierung für die Implementierung sozialer Kompetenztrainings in der Betreuung und Behandlung von klinischen Gruppen (Hinsch & Pfingsten, 2015). Aber auch bei der hier untersuchten nicht-klinischen Population wurde die Relevanz sozialer Kompetenzen in Bezug auf das subjektive Wohlbefinden der Betroffenen deutlich, weshalb auch hier spezifische Trainingsangebote forciert werden sollten. Die Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben unterstreichen die verschiedenen Schwerpunkte, die je nach Gruppe hinsichtlich der trainierten Kompetenzen gesetzt werden sollten und die im Vorfeld eingehend untersucht werden müssen (Caplan et al., 1992; Karasimopoulou et al., 2012)

Neben der noch nicht vollständig geklärten Begriffsbestimmung des Konzepts sind daher weitere Forschung und die Etablierung testtheoretisch geprüfter Verfahren zur Messung

sozialer Kompetenzen die wichtigsten Implikationen der vorliegenden Masterarbeit. Die Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Literatur sowie der hier durchgeführten Studie verdeutlichen die Relevanz sozialer Kompetenzen in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und legitimieren soziale Kompetenztrainings zur Verbesserung der individuellen Situation von Personen hinsichtlich ihrer HRQoL. Zukünftige Forschungsvorhaben sollten diese Zusammenhänge daher weiter untersuchen und verschiedene Verfahren und Gruppen miteinander vergleichen, um eine bessere Fundierung zu ermöglichen. Vor dem Hintergrund des Vergleichs der eingesetzten Instrumente kann grundsätzlich eine Empfehlung für die ICQ-15 zur Messung sozialer Kompetenzen gegeben werden, die als Screeningverfahren angedacht werden kann. Dies muss aber wie schon erwähnt aufgrund der durchgeführten Reliabilitätsanalyse relativiert werden. Wichtig ist auf Basis der dargestellten Ergebnisse, an der konkreten Operationalisierung sozialer Kompetenzen zu arbeiten und daraus resultierend Instrumente zu entwickeln oder bestehende zu adaptieren, die die Testgütekriterien ausreichend gut erfüllen. Bedeutsam wären längsschnittlich angelegte Designs, die im Rahmen von standardisierten Bedingungen die angesprochenen Konzepte untersuchen. Eine Möglichkeit wäre die Analyse eines sozialen Kompetenztrainings und etwaige daraus entstehende Verbesserungen im Rahmen eines Randomised Controlled Trials (RCT) – allerdings sollte dies erst nach der Konsensfindung in Bezug auf die Begriffsbestimmung sozialer Kompetenzen durch die Scientific Community angedacht werden.

Literaturverzeichnis

- Bachmayer, S., Strizek, J., & Uhl, A. (2020). *Handbuch Alkohol – Österreich*, Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Bastians, F., & Runde, B. (2002). Instrumente zur Messung sozialer Kompetenzen. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 186-196. doi:10.1026//0044-3409.210.4.186
- Battista, S. R., Pencer, A. H., & Stewart, S. H. (2014). Drinking and thinking. Alcohol effects on post-event processing in socially anxious individuals. *Cognitive Therapy Research*, 38, 33-42. doi:10.1007/s10608-013-9574-8
- Beck, A., Rosenthal, A., Müller, C., Heinz, A., & Charlet, K. (2018). Alkohol. In M. von Heyden, H. Jungaberle, & T. Majić (Eds.), *Handbuch psychoaktive Substanzen* (609-629). Berlin: Springer.
- Benesch, M., & Steiner, E. (2018). *Klinische Studien lesen und verstehen*. Wien: UTB.
- Berg, L., Bäck, K., Vinnerljung, B., & Hjern, A. (2016). Parental alcohol-related disorders and school performance in 16-year-olds – a Swedish national cohort study. *Addiction*, 111, 1795-1803. doi:10.1111/add.13454
- Beiglböck, W., & Feselmayer, S. (2000). <F10> Störungen durch Alkohol. In W. Beiglböck, S. Feselmayer, & E. Honemann (Eds.), *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlung* (S. 79-100). Wien: Springer.
- Blanz, M. (2015). *Forschungsmethoden und Statistik für die Soziale Arbeit: Grundlagen und Anwendungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bortz, J., & Döring, N. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (7. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Brooks, A. T., & Wallen, G. R. (2014). Sleep disturbances in individuals with alcohol-related disorders. A review of cognitive-behavioral therapy for insomnia (CBT-I) and associated non-pharmacological therapies. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 8, 55-62. doi:10.4137/SART.S18446.

- Buckner, J. D., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Liu, S.-M., Wang, S., & Blanco, C. (2012). The relationship between cannabis use disorders and social anxiety disorder in the National Epidemiological Study of Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Drug and Alcohol Dependence, 124*, 128-134. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.023
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(6), 991-1008.
- Caplan, M., Weissberg, R. P., Grober, J. S., Sivo, P. J., Grady, K., & Jacoby, C. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents. Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(1), 56-63.
- Chen, C.-Y., & Storr, C. L. (2006). Alcohol use and health-related quality of life among youth in Taiwan. *Journal of Adolescent Health, 39*, 9-16. doi:10.1016/j.jadohealth.2006.04.019
- Chou, W.-J., Huang, M.-F., Chang, Y.-P., Chen, Y.-M., Hu, H.-F., & Yen, C.-F. (2017). Social skills deficits and their association with Internet addiction and activities in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 6*(1), 42-50. doi:10.1556/2006.6.2017.005
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coroiu, A., Meyer, A., Gomez-Garibello, C. A., Brähler, E., Hessel, A., & Körner, A. (2015). Brief form of the Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ-15). Development and preliminary validation with a German population sample. *European Journal of Psychological Assessment, 31*(4), 272-279. doi:10.1027/1015-5759/a000234
- Ellert, U., & Kurth, B. M. (2013). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, 56*, 643-649. doi:10.1007/s00103-013-1700-y
- Emamvirdi, R., Navidreza, H. A., & Colakoglu, F. F. (2016). Health-related quality of life with regard to smoking, consumption of alcohol, and sports participation. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 18*(7), 1-7. doi: 10.5812/ircmj.27919

- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2000). Role of general and specific competence skills in protecting inner-city adolescents from alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(3), 379-386.
- Epstein, J. A., Griffin, K. W., & Botvin, G. J. (2008). A social influence model of alcohol use for inner-city adolescents. Family drinking, perceived drinking norms, and perceived social benefits of drinking. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69(3), 397-405.
- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). Los Angeles, CA: Sage.
- Figl, B. (2021). „Wir unterschätzen die Auswirkungen von Einsamkeit“. Abgerufen unter <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/chronik/wien/2091825-Wir-unterschaetzen-die-Auswirkungen-von-Einsamkeit.html>
- Glatzer, W. (2012). Lebensqualität. Eine über Wachstum und Wohlstand hinausgehende gesellschaftliche Leitidee. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 4, 123-129. <https://doi.org/10.5771/0340-8574-2012-4-123>
- Griffin, K. W., Nichols, T. R., Birnbaum, A. S., & Botvin, G. J. (2006). Social competence among urban minority youth entering middle school. Relationships with alcohol use and antisocial behaviors. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 97-106
- Grønkaer, M., Flensburg-Madsen, T., Olser, M., Sørensen, H. J., Becker, U., & Mortensen, E. L. (2019). Intelligence test scores before and after alcohol-related disorders – a longitudinal study of Danish male conscripts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(10), 2187-2195. doi:10.1111/acer.14174
- Health Education Council (1984). *That's the Limit. Alcohol information pamphlet*. Abgerufen unter <https://publications.parliament.uk/pa/cm201012/cmselect/cmsctech/1536/153605.htm>
- Herrold, A. A., Pape, T. L.-B., Li, X., & Jordan, N. (2017). Association between alcohol craving and health-related quality of life among veterans with co-occurring conditions. *Military Medicine*, 182, 1712-1717. doi:10.7205/MILMED-D-16-00360
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2015). *Gruppentraining Sozialer Kompetenzen GSK*. Basel: Beltz.

- Hintz, T., Diehl, A., & Croissant, B. (2004). Psychische Komorbidität bei alkoholbezogenen Störungen. *psychoneuro*, 30(1), 42-48.
- Hochbein, M. (2013). Soziale Kompetenz – was ist das? *Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 20, 447-460. doi:10.1007/s11613-013-0345-x
- Holman, P. J., Baglot, S. L., Morgan, E., & Weinberg, J. (2019). Effects of prenatal alcohol exposure on social competence. Asymmetry in play partner preference among heterogeneous triads of male and female rats. *Developmental Psychology*, 61, 513-524. doi:10.1002/dev.21842
- Jagschitz, K., & Hupfer, R. (2014). *Soziale Kompetenzen: Erklärung, Entwicklung und Messung*. Hamburg: disserta.
- Kanning, U. P. (2002). Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210(4), 154-163. doi:10.1026//0044-3409.210.4.154
- Kanning, U. P. (2006). Development and validation of a German-language version of the Interpersonal Competence Questionnaire (ICQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(1), 43-51. doi:10.1027/1015-5759.22.1.43
- Kanning, U. P. (2009a). *Diagnostik sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kanning, U. P. (2009b). *Inventar sozialer Kompetenzen*. Göttingen: Hogrefe.
- Kaplan, M. S., Huguet, N., Feeny, D., McFarland, B. H., Caetano, R., Bernier, J.,... Ross, N. (2012). Alcohol use patterns and trajectories of health-related quality of life in middle-aged and older adults. A 14-year population-based study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 581-590.
- Karasimopoulou, S., Derri, V., & Zervoudaki, E. (2012). Children's perceptions about their health-related quality of life. Effects of a health education–social skills program. *Health Education Research*, 27(5), 780-793. doi:10.1093/her/cys089
- Kessler, R. C. (2003). The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(417), 19-27.
- Kim, K., & Kim, J.S. (2015). The association between alcohol consumption patterns and health-related quality of life in a nationally representative sample of south Korean adults. *PLoS ONE*, 10(3), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0119245

- Kodituwakku, P. W. (2007). Defining the behavioral phenotype in children with fetal alcohol spectrum disorders. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *31*, 192-201. doi:10.1016/j.neubiorev.2006.06.020
- Korbel, C. (2015). Mehrfachabhängigkeit – Alkohol, Opioide und Benzodiazepine. *psychopraxis.neuropraxis*, *18*, 73-76. doi:10.1007/s00739-015-0253-2
- Kramer, L., Füre, J., & Stute, P. (2014). Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, *12*, 119-123.
- Lemonia, D., Goulimaris, D., & Georgios, M. (2017). Social skills and prediction of the quality of life of adolescents. The case of dance and physical activities. *Journal of Physical Education and Sport*, *17*(2), 502-508. doi:10.7752/jpes.2017.s2076
- Løyland, B., Miaskowski, C., Paul, S. M., Dahl, E., & Rustøen, T. (2010). The relationship between chronic pain and health-related quality of life in long-term social assistance recipients in Norway. *Quality of Life Research*, *19*, 1457-1465. doi:10.1007/s11136-010-9707-4
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell, Y. (2015). The use of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population. Validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *39*(1), 158-165. doi:10.1111/acer.12593
- Maisto, S. A., Ewart, C. K., Connors, G. J., Funderburk, J. S., & Krenek, M. (2009). Use of the social competence interview and the anger transcendence challenge in individuals with alcohol use disorder. *Journal of Behavioral Medicine*, *32*, 285-293.
- Miloyan, B., Bulley, A., Brillot, B., & Suddendorf, T. (2017). The association of social anxiety disorder, alcohol use disorder and reproduction. Results from four nationally representative samples of adults in the USA. *PLoS ONE*, *12*(11), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188436>
- Moehring, A., Rumpf, H.-J., Hakpe, U., Bischof, G., John, U., & Meyer, C. (2019). Diagnostic performance of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in detecting DSM-5 alcohol use disorders in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, *204*, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.06.032>

- Mons, U., Gredner, T., Behrens, G., Stock, C., & Brenner, H. (2018). Cancers due to smoking and high alcohol consumption. *Deutsches Ärzteblatt International*, *115*, 571-577. doi:10.3238/arztebl.2018.0571
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2020). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2011). *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- Muller, A. E., Skurtveit, S., & Clausen, T. (2016). Many correlates of poor quality of life among substance users entering treatment are not addiction-specific. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*(39), 1-10.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., & Geyh, S. (2012). The role of social support and social skills in people with spinal cord injury – a systematic review of the literature. *Spinal Cord*, *50*, 94-106. doi:10.1038/sc.2011.116
- O'Connor, M. J., Frankel, F., Paley, B., Schonfeld, A. M., Carpenter, E., Laugeson, E. A., & Marquardt, R. (2006). A controlled social skills training for children with fetal alcohol spectrum disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 639-648. doi:10.1037/0022-006X.74.4.639
- Ortalá, R., García-Esquinas, E., Galán, I., & Rodríguez-Artalejo, F. (2016). Patterns of alcohol consumption and health-related quality of life in older adults. *Drug and Alcohol Dependence*, *159*, 166-173. <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.12.012>
- Otto, C., & Ravens-Sieberer, U. (2020). Gesundheitsbezogene Lebensqualität. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. doi:10.17623/BZGA:224-i030-2.0
- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2012). Alcohol use and health-related quality of life among hospital outpatients in South Africa. *Alcohol and Alcoholism*, *47*(3), 291-295. doi:10.1093/alcalc/ags001
- Pham, T.-T., & Park, B. (2019). Alcohol use disorder and health-related quality of life in Korean night-shift workers. A cross-sectional study using the KNHANES 2007-2015 data. *PLoS ONE*, *14*(4), 1-12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214593>

- Reis, D. C., Almeida, T. A. C., Miranda, M. M., Alves, R. H., & Madeira, A. M. F. (2013). Health vulnerabilities in adolescence. Socioeconomic conditions, social networks, drugs and violence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 586-594.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption—II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schonfeld, A. M., Paley, B., Frankel, F., & O'Connor, M. J. (2009). Behavioral regulation as a predictor of response to children's friendship training in children with fetal alcohol spectrum disorders. *The Clinical Neuropsychologist*, 23, 428-445. doi:10.1080/13854040802389177
- Shrieks, I. C., Wei, M. Y., Rimm, E. B., Okereke, O. I., Kawachi, I., Hendriks, H. F. J., & Mukamal, K. J. (2015). Bidirectional associations between alcohol consumption and health-related quality of life amongst young and middle-aged women. *Journal of Internal Medicine*, 279, 376-387. doi:10.1111/joim.12453
- Singstad, M. T., Wallander, J. L., Greger, H. K., Lydersen, S., & Kayed, N. S. (2021). Perceived social support and quality of life among adolescents in residential youth care. A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 19(29), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01676-1>
- Stade, B. C., Stevens, B., Ungar, W. J., Beyene, J., & Koren, G. (2006). Health-related quality of life of Canadian children and youth prenatally exposed to alcohol. *Health and Quality of Life Outcomes*, 4(81), 1-10. doi:10.1186/1477-7525-4-81
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. doi:10.1207/s15327752jpa8001_18
- Szemere, E., & Jokeit, H. (2015). Quality of life is social – Towards an improvement of social abilities in patients with epilepsy. *Seizure*, 26, 12-21. doi:10.1016/j.seizure.2014.12.008
- Tomioka, H., Sekiya, R., Nishio, C., & Ishimoto, G. (2014). Impact of smoking cessation therapy on health-related quality of life. *BMJ Open Respiratory Research*, 1, 1-10. doi:10.1136/bmjresp-2014-000047

- Torrente, E., Piqueras, J. A., Orgilés, M., & Espada, J. P. (2014). Association of internet addiction with social anxiety and lack of social skills in Spanish adolescents. *Terapia Psicológica*, 32(3), 175-184.
- Tran, B. X., Huong, L. T., Hinh, N. D., Nguyen, L. H., Le, B. N., Nong, V. M.,... Ho, R. C. M. (2017). A study on the influence of internet addiction and online interpersonal influences on health-related quality of life in young Vietnamese. *BMC Public Health*, 17(138), 1-8. doi:10.1186/s12889-016-3983-z
- Tschöpe, T., Dietzen, A., & Monnier, M. (2016). Modellierung und Messung sozialer Kompetenzen – Zugänge aus der Berufsbildungsforschung. *Berufsbildung in Wissenschaft und Praxis*, 46(2), 45-49.
- Uhl, A., & Springer, A. (1996). *Studie über den Konsum von Alkohol und psychoaktiven Stoffen in Österreich unter Berücksichtigung problematischer Gebrauchsmuster – Repräsentativerhebung 1993/94, Band 1–2*, Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Velthorst, E., Fett, A.-K. J., Reichenberg, A., Perlman, G., van Os, J., Bromet, E. J., & Kotov, R. (2017). The 20-year longitudinal trajectories of social functioning in individuals with psychotic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 174(11), 1075-1085.
- Victor, A., Elsäßer, A., Hommel, G., & Blettner, M. (2010). Wie bewertet man die p-Wert-Flut? *Deutsches Ärzteblatt*, 107(4), 50-56. doi:10.3238/arztebl.2010.0050
- Von Steinbüchel-Rheinwall, N., & Backhaus, J. (2015). Erhebung gesundheitsbezogener Lebensqualität. Gegenwärtiger Stand und Perspektiven. *Zeitschrift für Epileptologie*, 28, 102-110. doi:10.1007/s10309-015-0432-4
- Weiss, E. M., Singewald, E., Ruepp, B., & Marksteiner, J. (2014). Alkohol induzierte kognitive Dysfunktion. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 164, 9-14. doi:10.1007/s10354-013-0226-0
- Weiß, C. (2019). *Basiswissen Medizinische Statistik*. Berlin: Springer.
- Wellhöfer, P. R. (2004). *Schlüsselqualifikation Sozialkompetenz*. Stuttgart: UTB.
- Weltgesundheitsorganisation (1997). *WHOQOL Measuring Quality of Life*. Abgerufen unter https://www.who.int/mental_health/media/68.pdf

- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Wittenberg, E., Barbosa, C., Hein, R., Hudson, R., Thornburg, B., & Bray J. W. (2021). Health-related quality of life of alcohol use disorder with co-occurring conditions in the US population. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108558>
- Yee, A., Adlan, A. S. A., Rashid, R. R., Habil, H., & Kamali, K. (2015). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) – Bahasa Malaysia version among a group of alcohol users. *Journal of Substance Use*, 20(4). 229-233.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. <i>Skalen und Beschreibungen der ISK-K</i>	31
Tabelle 2. <i>Skalen und Beispielitems des ICQ-15</i>	33
Tabelle 3. <i>Skalen und Beschriftungen der SF-36</i>	34
Tabelle 4. <i>Häufigkeiten und Verteilung des Beziehungsstatus</i>	40
Tabelle 5. <i>Häufigkeiten und Verteilung der Bildungsabschlüsse</i>	41
Tabelle 6. <i>Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen der ISK-K, $N = 70$</i>	42
Tabelle 7. <i>Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen des ICQ-15, $N = 70$</i>	43
Tabelle 8. <i>Cronbachs α sowie Minimum und Maximum der Trennschärfen der Skalen der SF-36, $N = 70$</i>	43
Tabelle 9. <i>Kennwerte der Skalen der SF-36 bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, t-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, korrigiertes α-Niveau und Effektstärke</i>	45
Tabelle 10. <i>Kennwerte der Skalen der ISK-K bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, t-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, korrigiertes α-Niveau und Effektstärke</i>	46
Tabelle 11. <i>Kennwerte der Skalen der ISK-K bei Klient*innen (VG)^a und Studierenden (KG)^b, t-Werte mit Freiheitsgraden, Signifikanzwert, Effektstärke und korrigiertes α-Niveau</i>	47
Tabelle 12. <i>Multiple lineare Regressionsanalyse VG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ISK-K), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2, F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten</i>	48
Tabelle 13. <i>Multiple lineare Regressionsanalyse VG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ICQ-15), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2, F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten</i>	49
Tabelle 14. <i>Multiple lineare Regressionsanalyse KG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ISK-K), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2, F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten</i>	50
Tabelle 15. <i>Multiple lineare Regressionsanalyse KG für die Summenskalen der HRQoL (SF-36) mit Regressionskoeffizienten (ICQ-15), Standardabweichung, Signifikanzbeurteilung der Koeffizienten und des Modells, R^2 und korrigiertem R^2, F-Statistik mit Freiheitsgraden und VIF-Werten</i>	51

Tabelle 16. <i>Boden- und Deckeneffekte der Skalen der ICQ-15 bei der VG</i>	51
Tabelle 17. <i>Boden- und Deckeneffekte der Skalen der ICQ-15 bei der KG</i>	52
Tabelle 18. <i>Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der VG mit den Skalen der ICQ-15</i>	53
Tabelle 19. <i>Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der VG mit den Skalen der ISK-K</i>	54
Tabelle 20. <i>Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der KG mit den Skalen der ICQ-15</i>	55
Tabelle 21. <i>Skalenbeschreibung, AUC-Werte, Standardfehler (SE), Signifikanzbeurteilung der ROC-Analyse der KG mit den Skalen der ISK-K</i>	56

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1. ROC-Kurven der VG mit den Skalen der ICQ-15</i>	53
<i>Abbildung 2. ROC-Kurven der VG mit den Skalen der ISK-K</i>	54
<i>Abbildung 3. ROC-Kurven der KG mit den Skalen der ICQ-15</i>	55
<i>Abbildung 4. ROC-Kurven der KG mit den Skalen der ISK-K</i>	56

Abkürzungsverzeichnis

HRQoL	gesundheitsbezogene Lebensqualität, health-related quality of life
ISK-K	Kurzform des Inventars Sozialer Kompetenzen
ICQ-15	Brief Form of the Interpersonal Competence Scale
SF-36	Short-Form-36 Health Survey
ROC	Receiver Operating Characteristic
GSK	Gruppentraining sozialer Kompetenzen
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ICD	International Classification of Diseases
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
LAST	Lübecker Alkoholismus Screening Test
MALT	Münchener Alkoholismustest
PRO	patient-reported outcomes
QOLIE-89/31/10	Quality of Life in Epilepsy-89/31
ABS	Affect Balance Scale
FH	Fachhochschule
VIF	Variance-Inflation-Factor
AUC	Area Under the Curve
VG	Versuchsgruppe
KG	Kontrollgruppe
RCT	Randomised Controlled Trial
FAS	Fötales Alkoholsyndrom