



Donnerstag, 15. Juni 2023

15:45 – 17:15

«Soziales Vernetzen» als Wirkmechanismus in der Klinischen Sozialen Arbeit

Nadja Hess, Andrea Zumbrunn, Maria Solèr
Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule
Nordwestschweiz, Olten (Schweiz)

Ablauf Panel

- Präsentation Forschungsprojekt Aliment (15.45-16.10)
- Diskussion (16.10-16.30)

- Präsentation Forschungs- und Entwicklungsprojekt REAS (16.30-16.55)
- Diskussion (16.55-17.15)

Mentimeter

Welche Wirkungen erzielen Sie mit Ihren Interventionen bzw. welche Wirkungen streben Sie an?

www.menti.com

Enter the code **8991 8008**



Forschungsprojekt ALIMEnt

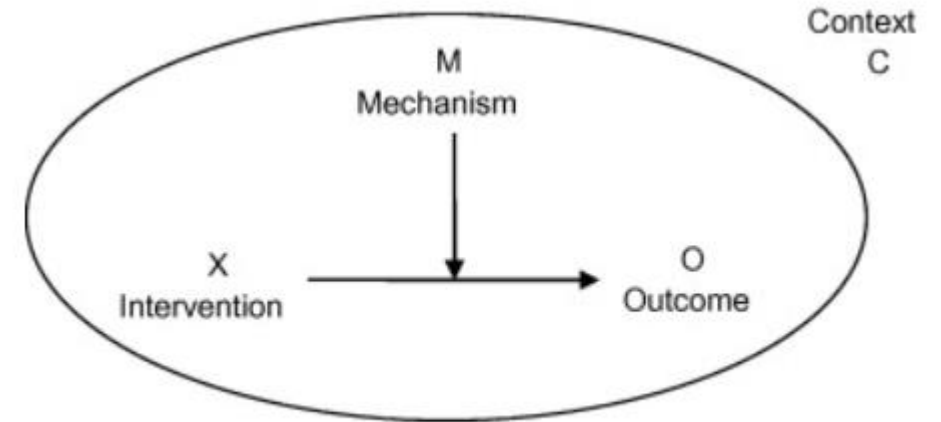
- Ausgangslage und Ziel der Studie
- Methodisches Vorgehen
- Ergebnisse:
 - Wirkungsmodell
 - Mechanismus Soziales Vernetzen
- Diskussion

Ausgangslage und Forschungsstand

Wirkungsnachweis wird zunehmend eingefordert.
Studienlage in der Klinischen Soziale Arbeit weiterhin **mangelhaft** (Knoop et al., 2019. Petruzzi et al. 2022)

Klassische Wirkungsmessungen (RCT-Designs) werden den spezifischen Interventionsbedingungen in der Sozialen Arbeit nicht gerecht (individualisiert, bedarfsorientiert)

Realistische Evaluationsansätze: Wirkungen von Interventionen entstehen als Zusammenspiel von Kontextbedingungen und Mechanismen.
Wirkungsanalysen erfolgen daher unter realen Praxisbedingungen.



KMO-Konfigurationen (Kontext, Mechanismus, Outcome)

Pedersen et al, 2012

Outcome: Ergebnisse von Veränderungsprozessen

Projekt ALIMEnt

Projektdauer: 2016-2020

ALIMEnt (Akteure, Lebensweltkontext, Interventionskontext, **M**echanismen, **E**ntwicklung)

Methodologischer Rahmen:

Realistic evaluation (Blom/Morén 2009), Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996)

Forschungsfragen (Auswahl):

Wie kommt Entwicklung bei den Klientinnen zustande, wie lässt sie sich erklären?

Welche Wirkfaktoren und Wirkmechanismen lassen sich in Bezug auf welche Kontexte und Verläufe rekonstruieren?

Ziel: Ein allgemeines Wirkungsmodell für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit entwickeln.

Als Grundlage für systematische Wirkungsforschung und Entwicklung für die Praxis

Team: Nadja Hess, Matthias Hüttemann, Peter Sommerfeld, Maria Solèr, Simon Süssstrunk, Andrea Zumbrunn

Datenerhebung: Mixed Methods Verfahren

Drei Organisationen (N=24 Klient:innen):

1 Suchthilfe, 1 Psychiatrische Klinik/Sozialpsychiatrie, 1 Medizinische Rehabilitationsklinik; 8 Fälle pro Organisation

Qualitative Erhebung:

- 1 narrativ-biographisches, problemzentriertes und 1 problemzentriertes, retrospektives Interview pro Klient:in (nach 6 Monate)
- 6 Interviews (Sozialarbeitende, Leitende) zum Interventionskontext
- 3 Gruppengespräche (klientenbezogenes Hilfesystem) zum Interventionskontext
- Teilnehmende Beobachtungen in der Organisation zur Erfassung des Interventionskontextes
- Dokumentenanalyse (Konzepte, Organigramm, Leitfaden, u.ä.)

Quantitative Erhebung (4 Erhebungszeitpunkte):

- Fallbezogene Lebensqualität und Verwirklichungschancen über einen Zeitraum von 6 Monaten (4 Erhebungen)

(siehe Sommerfeld et al., 2019; Zumbrunn et al., 2022)

Vorgehen: Rekonstruktion der Mechanismen

Prozesse im Interventionskontext (beobachtbar)

Input: Aktivitäten im Rahmen der Arbeitsbeziehung
(Mechanismen bzw. Handlungsmodi
Sozialer Arbeit)

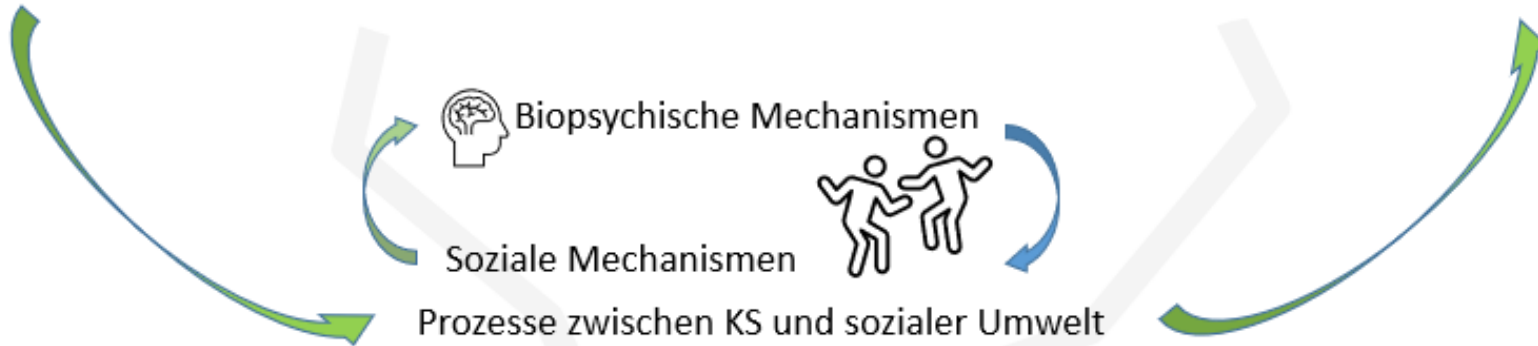


Zustände im Lebensführungssystem

Outcome
biopsychischer Zustand

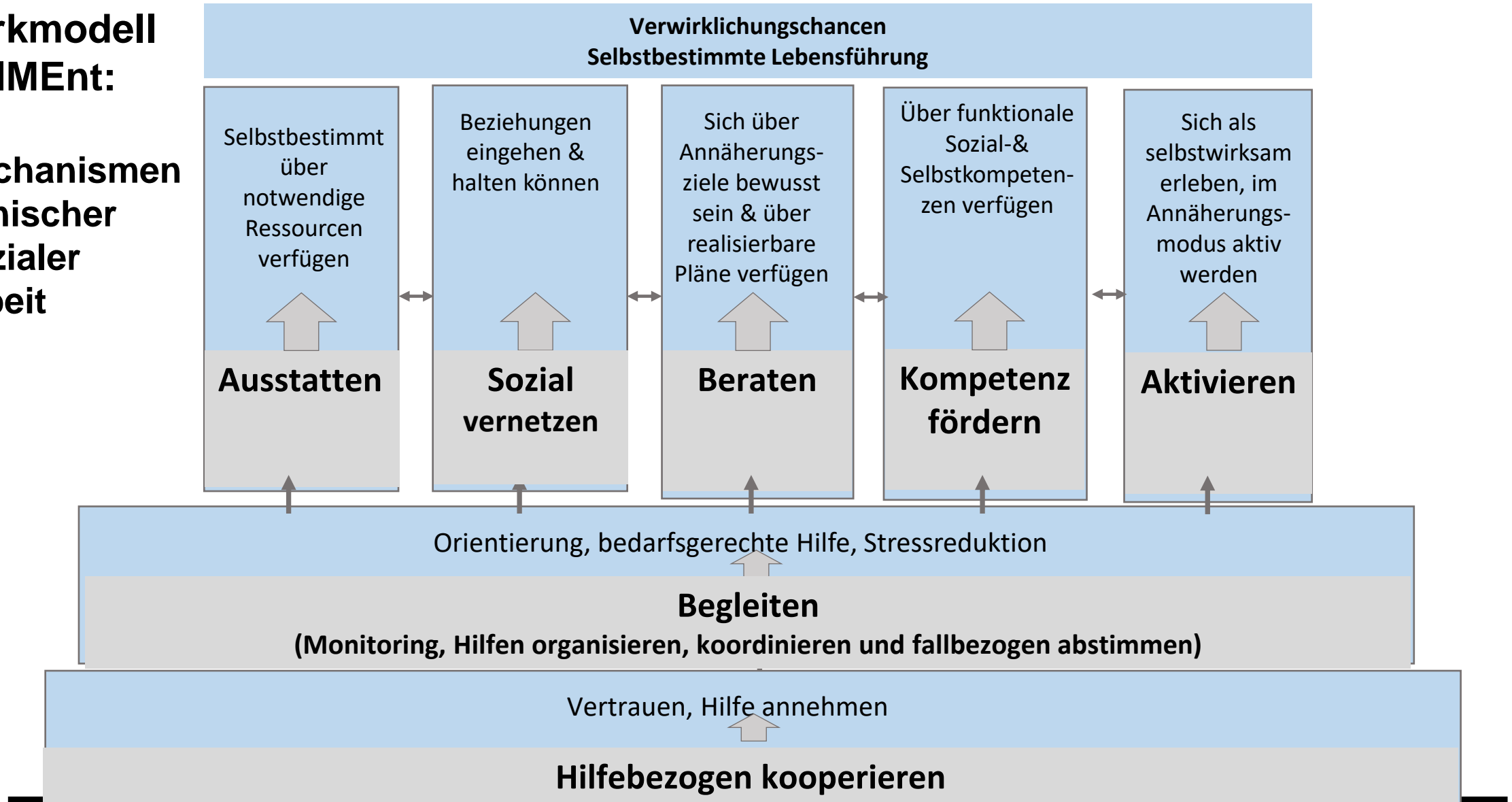


sozialer/
sozioökonom. Zustand



**Wirkmodell
ALIMEnt:**

**Mechanismen
Klinischer
Sozialer
Arbeit**



Soziales Vernetzen

Aktivitäten der Sozialarbeitenden:

- Informieren über Freizeitangebote und zur Teilnahme ermutigen
- Finanzierung der Kosten für kulturelle Aktivitäten
- Auf Auflösung von Beziehung zielende Interventionen
- Interventionen in soziale Systeme (z.B. Konfliktregelung)
- Vermittlung von Angeboten wie Tagesstrukturen/ Begleitetes Wohnen, Arbeitsintegrationsprogramme

Einflussnahme über andere Modi

- Über Kompetenzförderung verbesserte Sozial-und Selbstkompetenzen
- Über verbesserte sozioökonomische Ausstattung (Rente, Bildungsabschluss, finanzielle Unterstützung, Hilfsmittel)

Outcomes:

→ Erhalt sozialer Beziehungen
Erwerb förderlicher Sozialbeziehungen
Befriedigenden sozialen Austausch



→ Zuwachs an **Sozialer Teilhabe**

Wirkannahme von Sozialem Vernetzen

Psychosoziale und biopsychische Mechanismen



Soziale Unterstützung

emotionale, praktische,..
Unterstützung



Soziales Engagement

Aktive Ausübung
bedeutsamer sozialer Rollen
«Etwas beitragen können»



Stressreduktion

Sicherheit, Orientierung



Soziales Disengagement
Negative Interaktionen,
Sozialer Rückzug
«Eine Last sein für andere»



Fazit

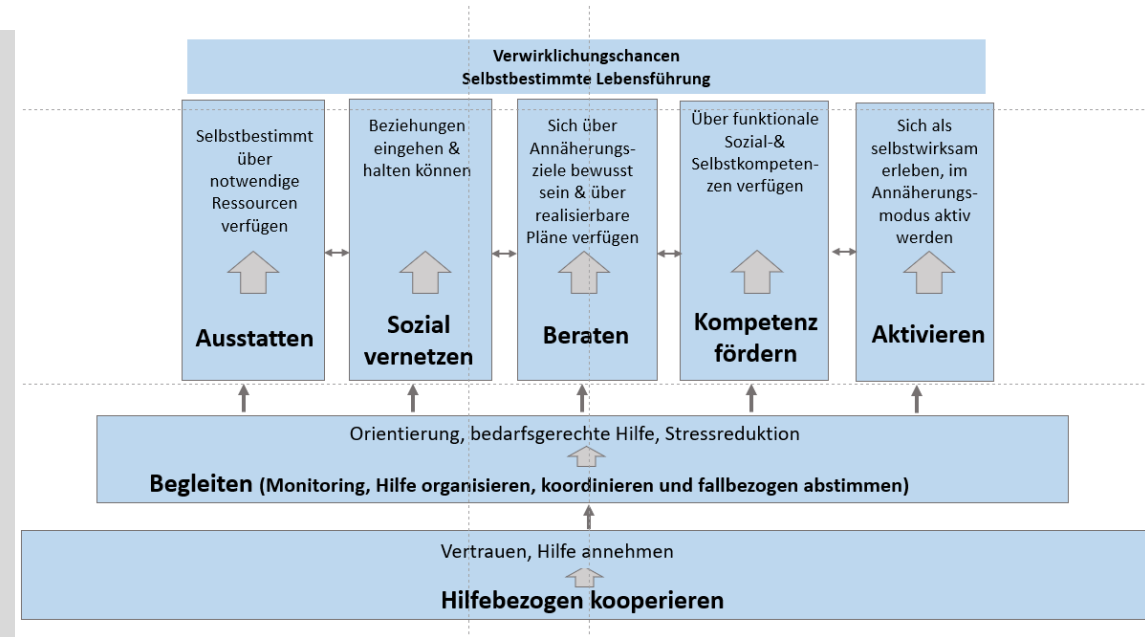
Wirkmodell deckt die Breite der sozialarbeiterischen Aktivitäten in der Klinischen Sozialen Arbeit ab.

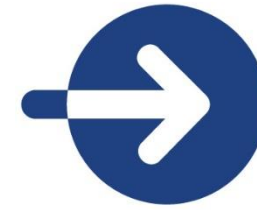
Trägt der Individualisierung der SA-Massnahmen Rechnung (unterschiedliche Kombinationen von Wirkmechanismen);

Fokus auf unmittelbaren Outcomes der Wirkmechanismen: Wirkungen von sozialarbeiterischen Tätigkeiten können darüber sichtbar gemacht werden. Einziger Fokus auf Lebensqualität und Gesundheit zur Beurteilung von Veränderungsprozessen (distale Effekte) birgt das Risiko, positive Veränderungen bei Klient:innen nicht zu erkennen/auszuweisen.

Diskussion

- Inwiefern lässt sich das Modell auf Ihre Tätigkeit und deren Ergebnisse übertragen?
- Welche Dimensionen fehlen?
- Ergebnisse Mentimeter



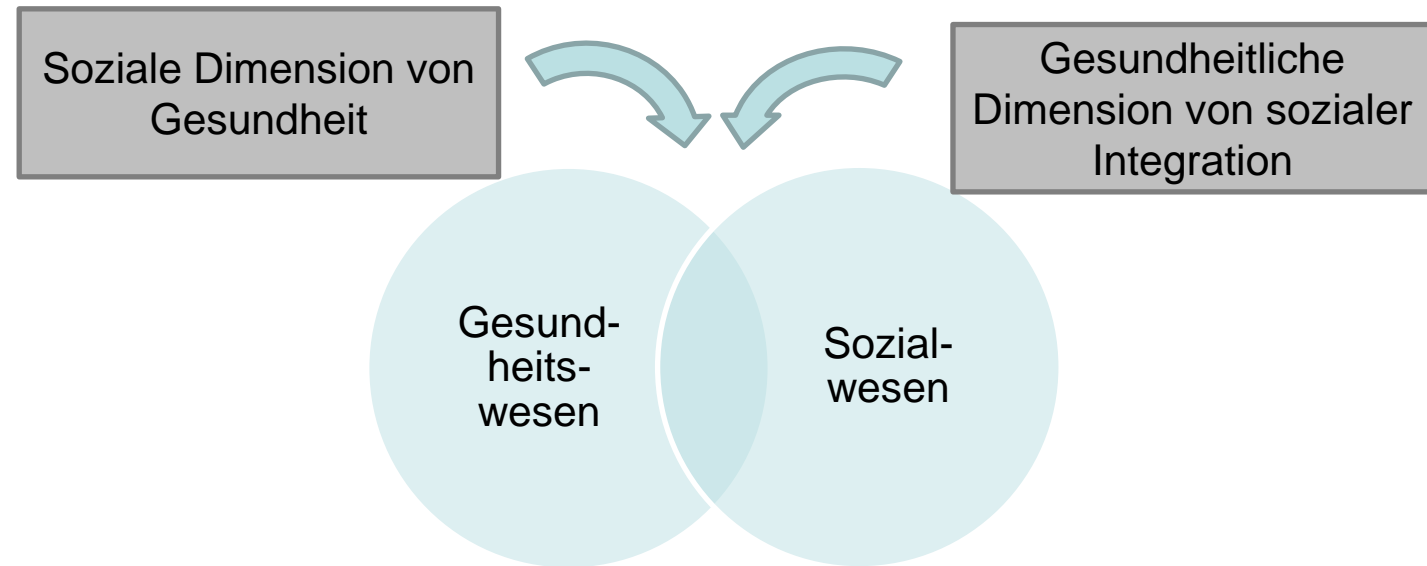


Forschungs- und Entwicklungsprojekt REAS

- Informationen zum Gesamtprojekt (Ausgangslage, Zielgruppe, Methodik)
- Erste Ergebnisse der Interventionsforschung
 1. Beschreibung des Samples
 2. Soziale Netzwerke
 3. Soziale Integration, Soziale Unterstützung
- Diskussion der Ergebnisse, Herausforderungen der Datenerhebung, Weiterentwicklung des Ansatzes

Ausgangslage

- Chronische Erkrankungen und Multimorbidität nehmen zu; Fehlende Bedarfsorientierung des stark fragmentiertes Gesundheitssystem
- Bedingungen im Gesundheitssystem überfordern Personen in vulnerabler Lage
- Ungenügende Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialwesen; Psychosoziale Ursachen / Folgen oft ungenügend adressiert



Pilotprojekt Regionale Anlaufstellen (REAS)

REAS sind regionale Anlaufstellen für Case Management und Triage für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen

Beteiligte:

- Trägerschaft Schweizerische Gesundheitsligen (Geliko)
- Finanzierung durch Gesundheitsförderung Schweiz (Laufzeit 2020 bis 2024)
- Co-Leitung (Hannes Lüthi aka!/GELIKO und Simon Süssstrunk FHNW)
- Soziales Case-Management durch speziell ausgebildete Sozialarbeitende in drei Pilotregionen
- Begleitforschung mit Evaluation und Wirkungsmessung durch Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW Hochschule für Soziale Arbeit und Haute école de travail social et de la santé HETSL

Forschungsteam: Sarah Bühler, Raphael Calzaferri, Nadja Hess, Peter Sommerfeld, Maria Solèr, Simon Süssstrunk, Andrea Zumbrunn, Judith Kühr, Isabel Csupor

Ziele von REAS

Zielgruppe im REAS-Projekt

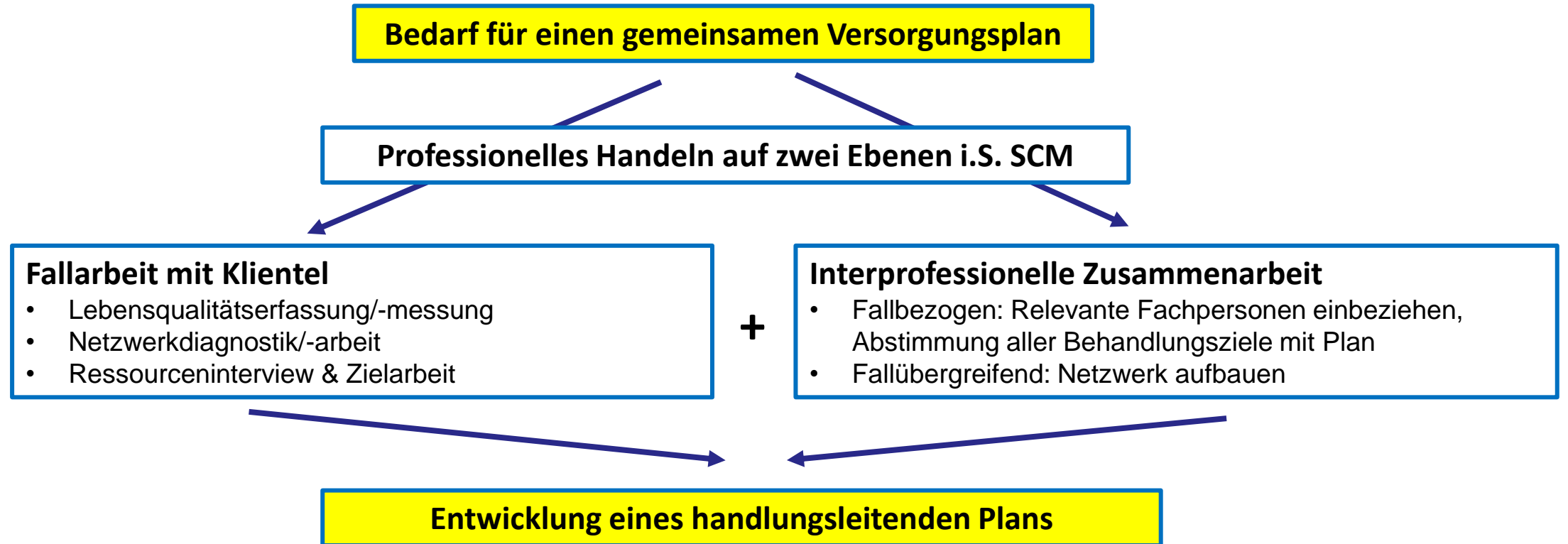
Personen mit hoher Fall-Komplexität in Bezug auf die Problemsituationen (gesundheitliche und soziale Probleme) sowie auf Ebene des Unterstützungssystems

Zugang primär über Gesundheitsligen

Triage-Prozess nach definierten Kriterien (Multimorbidität, psychosoziale Probleme, Koordinationsbedarf, Überforderung der Klientel, Dauer der Hilfe)

Klient:innen werden von REAS so begleitet, dass sie mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen (wieder) ein Leben in guter Lebensqualität führen können, und dafür (auch) sozial gut integriert sind.

REAS: Fallarbeit



Begleitforschung

Phase I: **Interventionsentwicklung** (Fallworkshops), gemeinsam mit Umsetzungspartner:innen

Phase II: **Formative und summative (Selbst)-Evaluation, Wirkungsforschung**

Forschungsfragen in Bezug auf Klient:innen (Auswahl):

- Wie verändert sich die Lebensbewältigung, bzw. die «subjektive Handlungsfähigkeit», bei den REAS-Klient:innen?
- Wie verändert sich bei den REAS-Klient:innen die «Bessere Orientierung im System»?

Theoretische Grundlagen: Sommerfeld et al., 2016, Wirkmodell ALIMEnt, Böhnisch, 2016

Datenerhebung: Mixed Methods Verfahren

Qualitative Erhebung

- Regelmässige Gruppendiskussionen mit REAS-Fachpersonen
- Problemzentrierte Interviews mit REAS-Fachpersonen (2)
- Problemzentrierte Interviews mit Klient:innen (3 pro Standort)

Quantitative Erhebung (Längsschnitterhebung alle 4 Monate)

Über Fallsoftware:

- Lebensqualität: Seiqol (O'Boyle et al. 1993)
- Netzwerkkarte (Pantuček-Eisenbacher 2019)
- Ressourceninterview (Schiepek/Matschi 2013)
- Zielerreichungsanalyse (Reicherts/Pauls 2015)

Über Fragebogen (Online/Papierform)

- Lebensqualität: SF-12 (M. Morfeld et al. 2011); Allg. Lebensqualität (SGB)
- Handlungsfähigkeit: HeiQ (Schuler et al. 2013)
- Soziale Anerkennung
- Soziale Unterstützung: F-SOZU (Fydrich et al. 2007)
- Orientierung im Versorgungssystem
- Nutzen REAS

Beschreibung des Samples

Anzahl Fälle im Sample: 68 registrierte Fälle, 41 SCM-Fälle, 24 Triage Fälle

Stand Mai 2023

Merkmals	REAS-Klient*innen
Alter (n=40)	22-40 J.: 8 41-60 J.: 28 61-74 J.: 4 Mittelwert: 48.6 Jahre
Geschlecht (n=41)	Weiblich 28; Männlich 13, Anderes: 0
Höchster Bildungsabschluss (n=41)	Oblig. Schule: 16; Berufslehre/Gymnasium/Höhere Fachausbildung: 13; Fachhochschule/Universität: 3, Keine Angaben: 9;
Erwerbstätigkeit (n=41)	Ja: 4; Nein: 37
Soziale Sicherungssysteme (n=42, teils Mehrfachnennungen)	Invalidenversicherung: 18; Sozialhilfe: 9; Krankentaggeld:5; ALV: 3; AHV: 1; EL: 2; Suva: 2; Weitere: 2

Zwischenergebnisse der Begleitforschung

- Biopsychosoziale Gesundheit der Klient:innen
- Wirkmechanismus Hilfebezogen Kooperieren
- Wirkmechanismus Begleiten
- Wirkmechanismus Soziales Vernetzen

Gesundheitliche und soziale Einschränkungen der Klient:innen

- **Multimorbidität:** Mehrere chronische Erkrankungen und Beschwerden (Multimorbidität)

Krebserkrankungen

Rheumatische Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

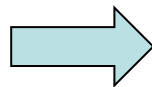
Psychische Störungen, häufig Depressionen

- **Mehrfachbelastung:** Psychosoziale Herausforderungen

Einsamkeit, Beziehungsprobleme, Gewalterfahrungen,

Arbeitslosigkeit, Verminderte Leistungsfähigkeit, Arbeitseinstieg, Existenzsicherung,

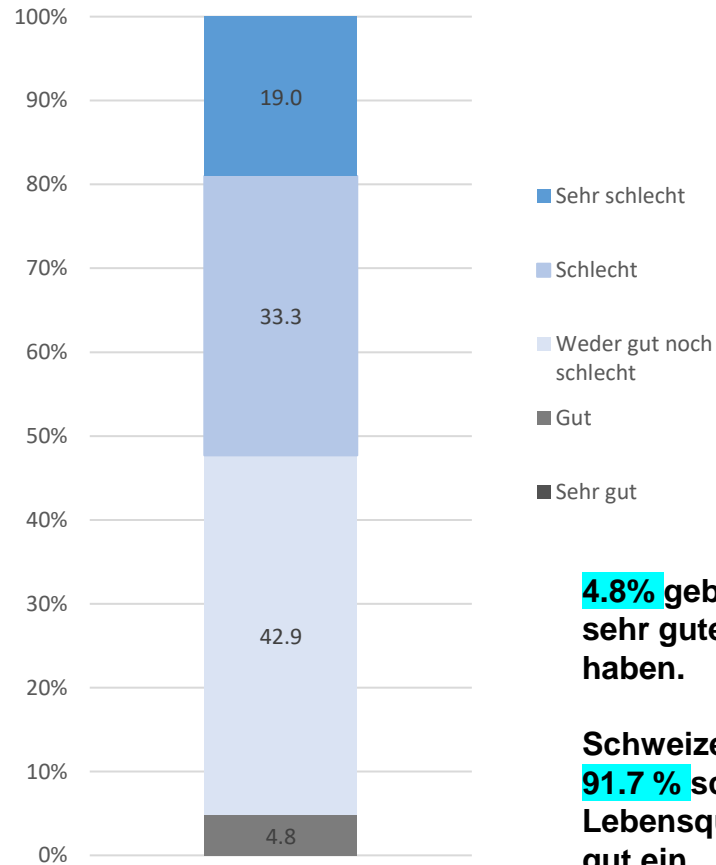
Umgang mit Ängsten, Schlafstörungen, Erschöpfung, Immobilität,



Gesundheitlich und sozial **stark belastete** Personen

Vergleich zur Gesamtbevölkerung: Lebensqualität / Gesundheitszustand

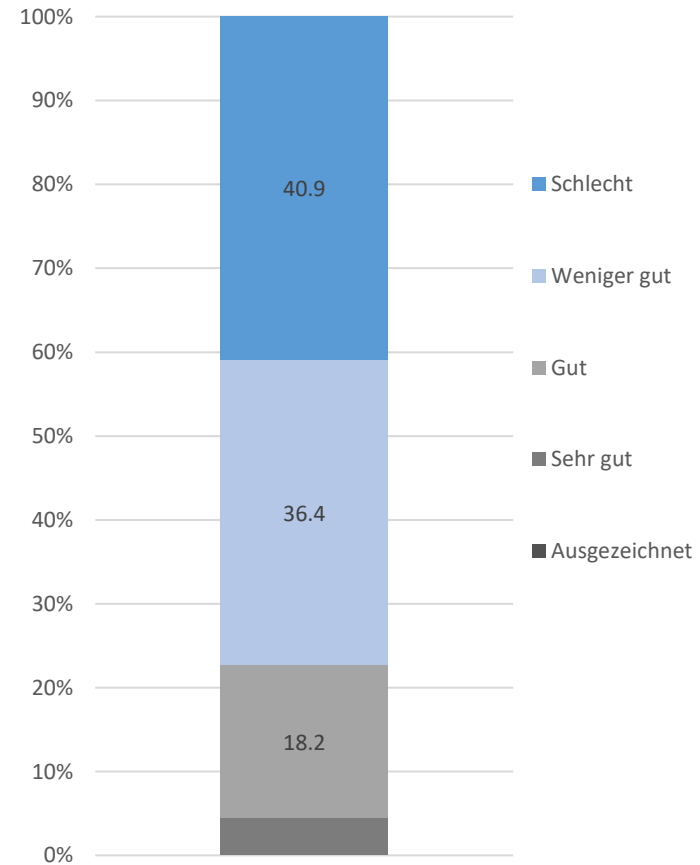
Allgemeine Lebensqualität



4.8% geben an, eine gute bis sehr gute Lebensqualität zu haben.

Schweizer Bevölkerung, 2017:
91.7 % schätzen ihre Lebensqualität als gut bis sehr gut ein.

Allgemeiner Gesundheitszustand



23.8% in unserem Sample geben an, einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand zu haben.

Schweizer Bevölkerung, 2017:
84.7% geben an, einen guten bis sehr guten Gesundheitszustand zu haben.

Indikatoren zur «Hilfebezogenen Kooperieren»

11 frühzeitige Beendigungen (27%). Zur Hälfte auf Initiative der Klient:in / durch SA (aufgrund ungenügender Beteiligung der Klient:in)

In der grossen Mehrheit der Reas-Fälle konnte eine Vertrauensbeziehung aufgebaut werden.

(Durchschnittliche) Qualität der Beziehung zur REAS-Fachperson, Einschätzung der Klient:innen (N=18)

während/am Ende der Behandlung, Frage wurde bei t0 nichtgestellt.

	stimme zu (%)
sich im Kontakt wohl fühlen	77.8
offen und ehrlich sein können	94.4
akzeptiert / ernst genommen fühlen	94.4
sicher und unterstützt fühlen	88.9
Angebot ist hilfreich	83.3

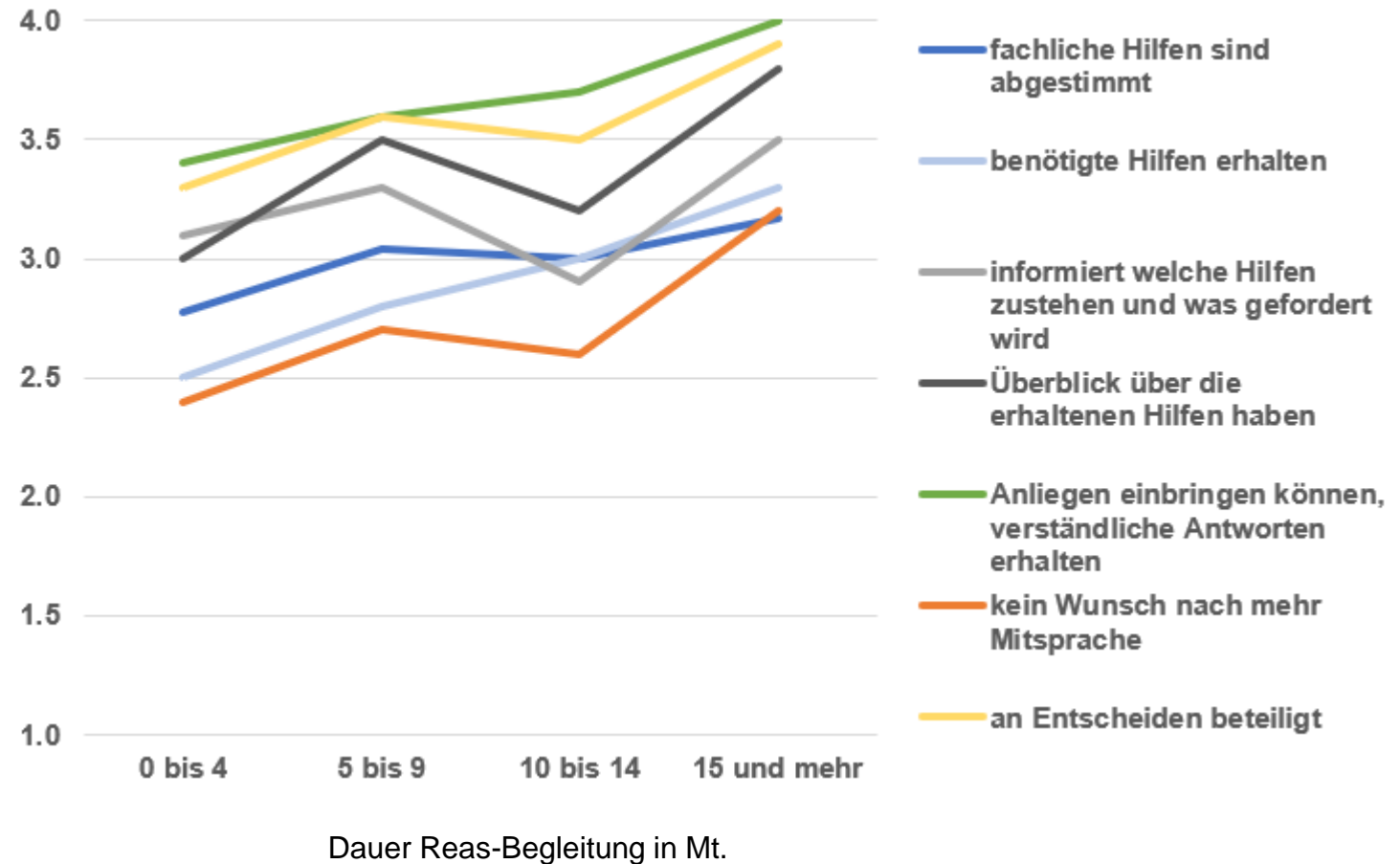
Indikatoren zu «Begleiten»

Bewertung der prof. Hilfen (insgesamt) durch Klient:innen im Zeitverlauf (Online-Fragebogen):

Stetige durchschnittliche Verbesserung bei Koordination der Hilfen, Orientierung und bedarfsgerechter Hilfe (Outcomes vom Mechanismus Begleiten)

Dasselbe gilt für Beteiligung und Mitsprache

Keine Einschätzungen von Seiten der Reas-Fachpersonen



N=18/12/10/8

Grösse der sozialen Netzwerke

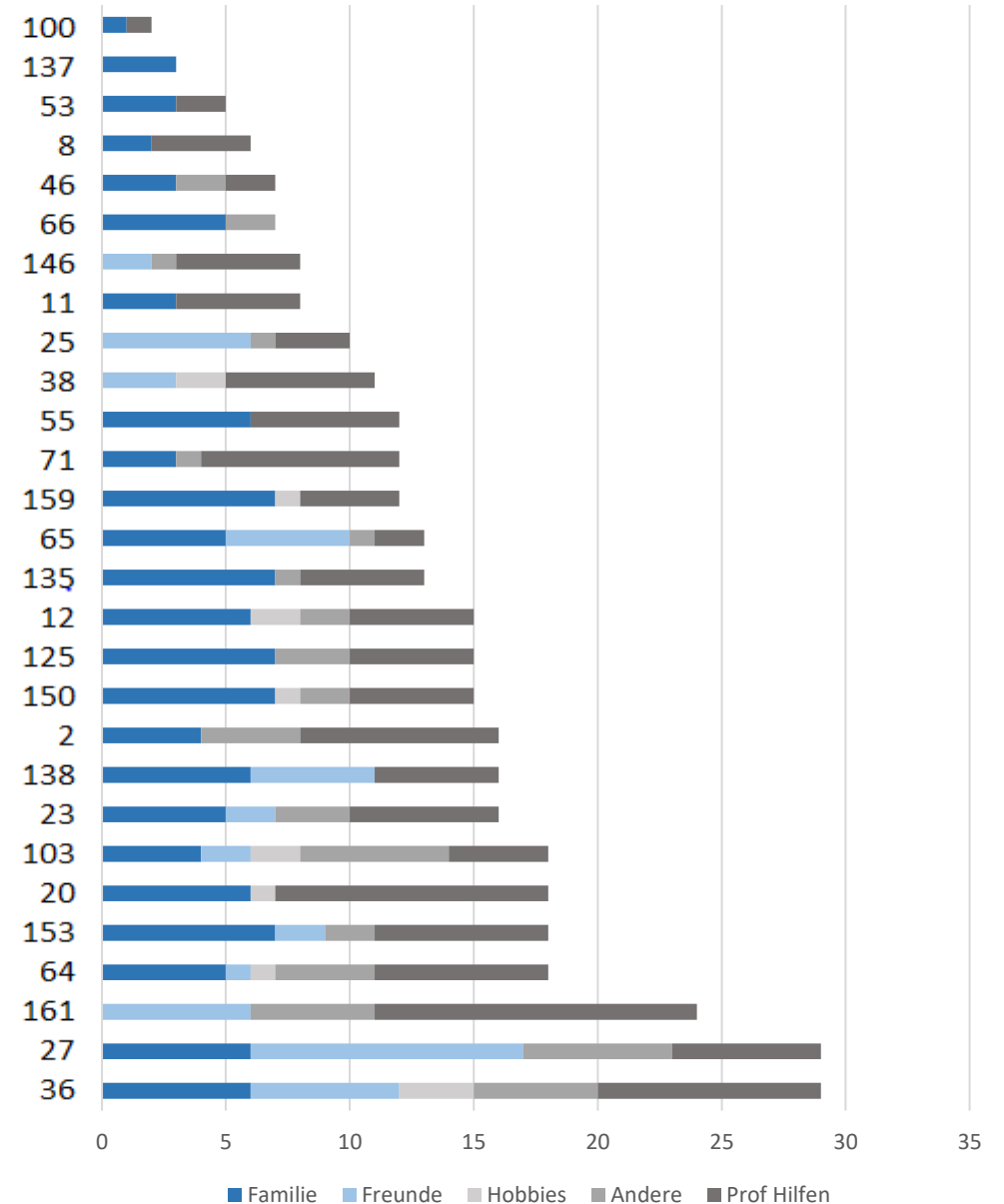
Bei Beginn der Begleitung (t0, N=27, N=378)

Deckt sich mit Literatur, Grösse der Netzwerke von Klient:innen der Sozialen Arbeit N=6-20 (Pantuček-Eisenbacher, 2019)

Lebensbereiche Familie, Freund:innen überwiegen bei informellen Beziehungen

Anteil Fachpersonen im Netz:

- Im Schnitt 40% (6.8 Personen)
- 5 Klient:innen haben 8 bis 13 Fachkräfte in ihrem Netzwerk.
- 4 Personen haben keine Fachkräfte in ihrem Netzwerk.

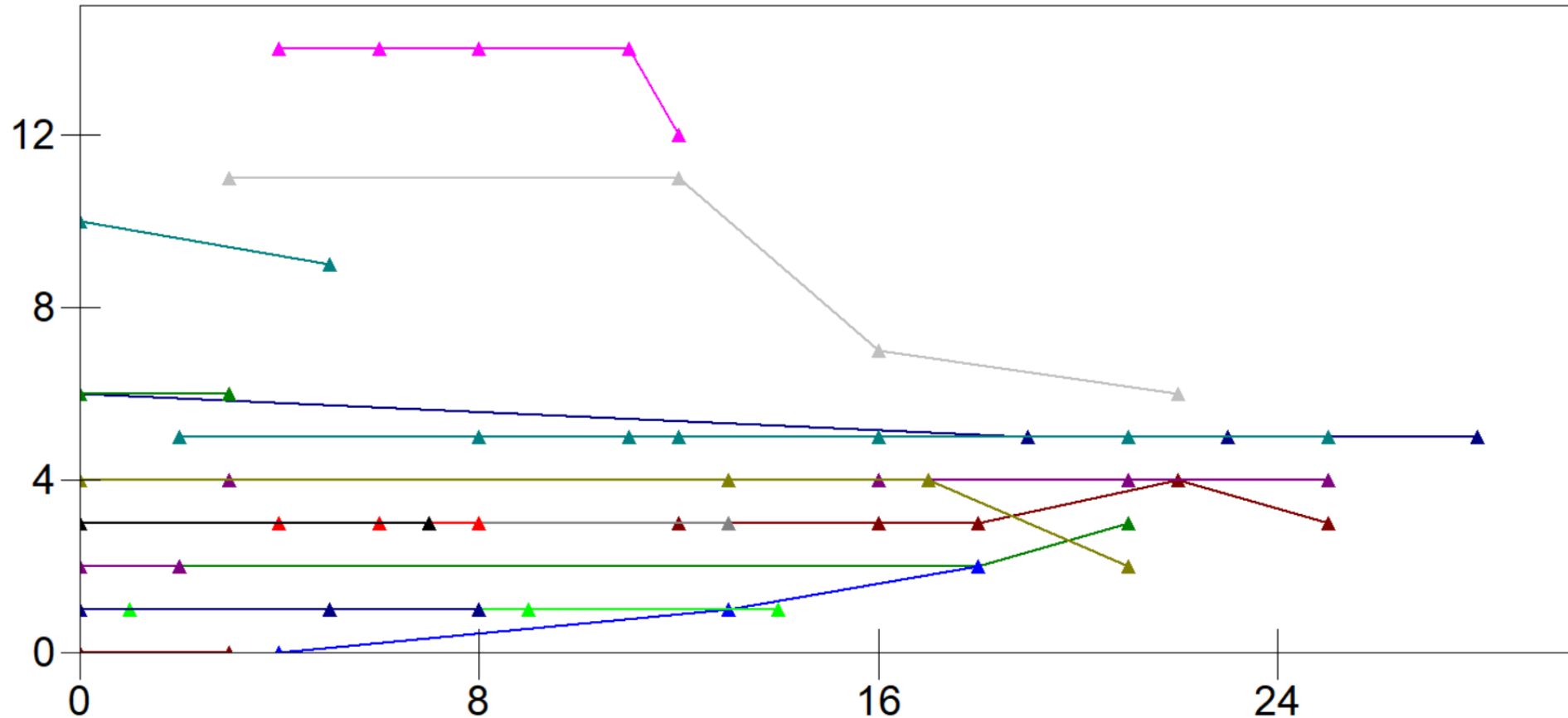


Anzahl Freund:innen/Bekannte im Netzwerk im Zeitverlauf

SA-Aktivitäten:

In neue Lebensfelder integrieren (Hobbies, Freizeit..)

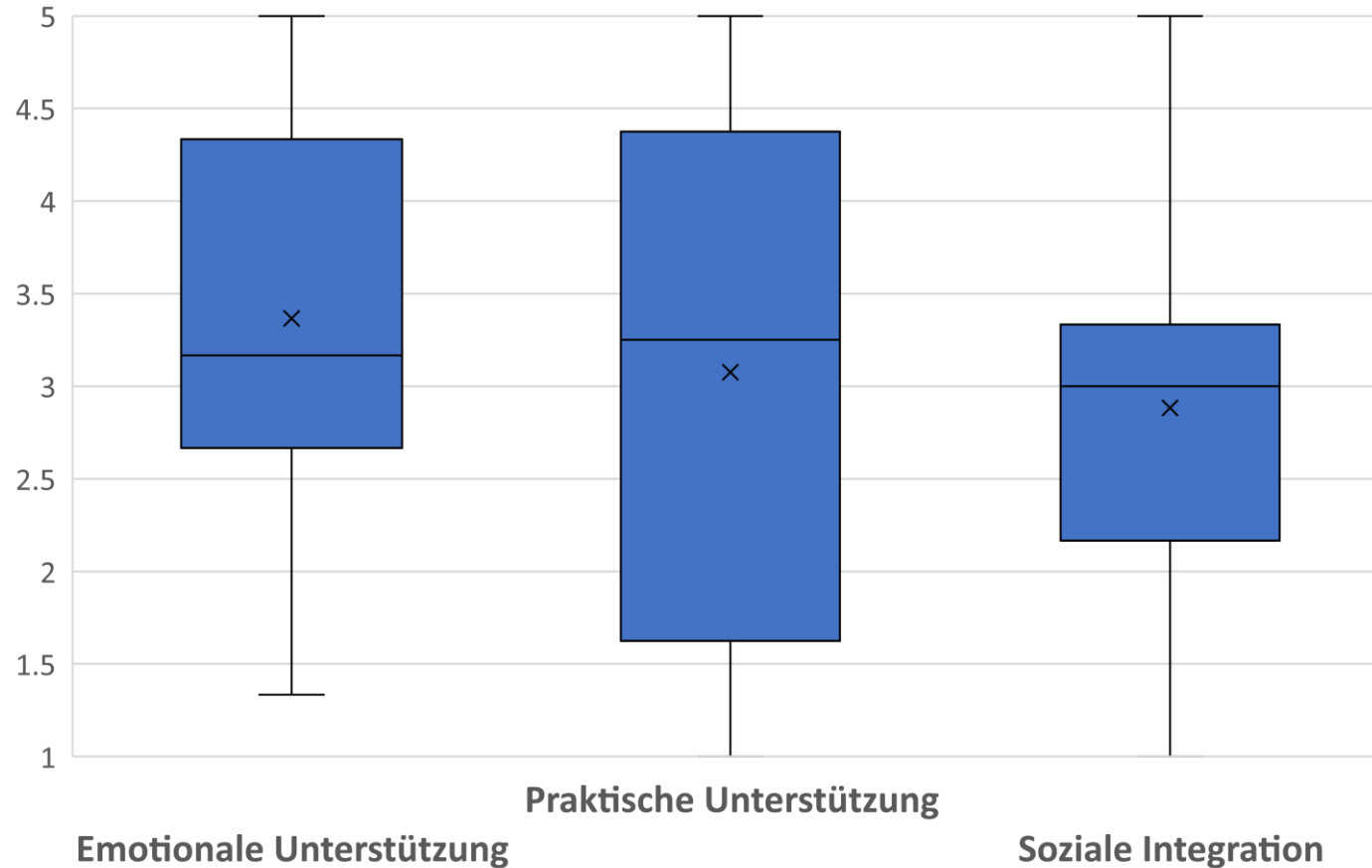
Keine einheitliche Tendenz bei Klient:innen mit sehr kleiner Anzahl



Soziale Unterstützung und Integration: Items aus FSOZU (Fydrich et al., 2007)

Emotionale Unterstützung	Praktische Unterstützung	Soziale Integration
Ich habe einen vertrauten Menschen mit dessen Hilfe ich immer rechnen kann.	Wenn ich krank bin, kann ich ohne Zögern Freund:innen/Angehörige bitten, wichtige Dinge für mich zu erledigen.	Ich fühle mich oft als Aussenseiter:in.
Wenn ich mal sehr bedrückt bin, weiss ich zu wem ich ohne weiteres gehen kann.	Ich finde jemanden, der sich um meine Wohnung kümmert, wenn ich mal nicht da bin.	Ich kenne mehrere Menschen, mit denen ich gerne etwas unternehme.
Es gibt Menschen, die Freude und Leid mit mir teilen.		Ich erfahre von anderen viel Verständnis und Geborgenheit.

Soziale Unterstützung/Integration: Verteilung bei t0



Bedarf primär nach sozialer Integration

Positiver Zusammenhang zwischen den Skalen:

Je besser die emotionale Unterstützung, desto besser ist auch die praktische Unterstützung und desto besser die soziale Integration ($r=.69^{**}$, $r=.73^{**}$)

Weitere Hinweise auf geringe durchschnittliche soziale Integration (t0)

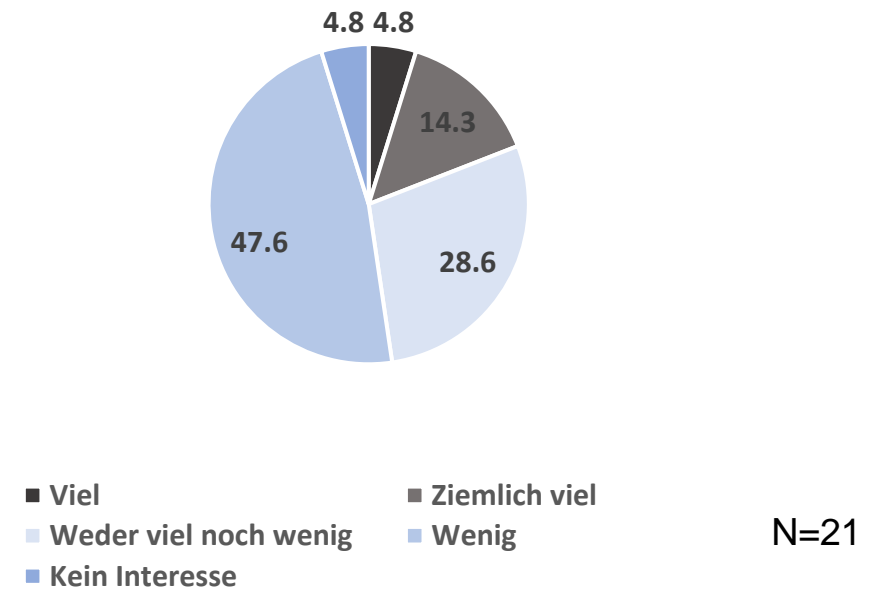
Sozialer Rückzug: 76% sagen aus, dass sie sich (teilweise/eher) aus sozialen Kontakten zurückziehen.

Soziale Anerkennung: 75% geben an, dass andere Menschen wenig bis kein Interesse zeigen

Soziale Anerkennung korreliert mit sozialer Integration ($r=.5^*$), aber nicht mit sozialer Unterstützung

Sozialer Rückzug korreliert mit sozialer Integration ($r=.6^{**}$), aber nicht mit sozialer Unterstützung

Wie viel Interesse und Anteilnahme zeigen andere Menschen an dem, was Sie machen?



Zusammenhänge zwischen Sozialer Integration und Lebensqualität

Je höher die soziale Integration,

- desto höher die Zufriedenheit mit sich ($r=0.5$ $p<0.05$)
- desto mehr Wertschätzung von anderen wird wahrgenommen ($r=0.6$ $p<0.1$)
- desto besser der psychische Zustand ($r=0.6$ $p<.01$)
- desto besser die allgemeine Lebensqualität ($r=0.5$ $p<0.05$), ($t0$, $n=21$)

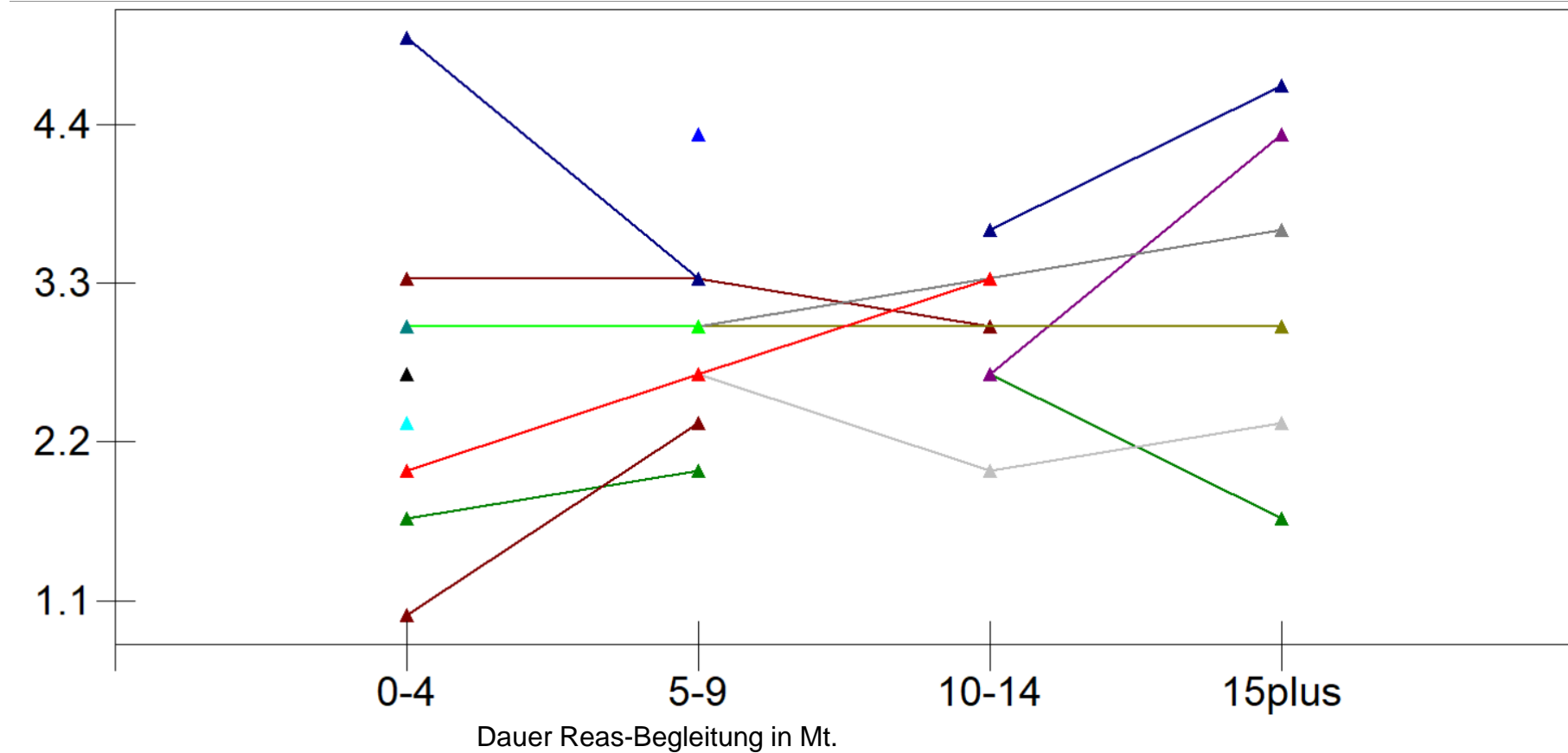
Keine Zusammenhänge zwischen emotionaler und praktischer Unterstützung und Lebensqualität.

Soziale Integration im Zeitverlauf

Bei der Mehrheit der Klient:innen nimmt soziale Integration zu oder stagniert:

7 Zunahmen, 2 Fluktuation/Stagnation, 2 Abnahmen

Keine klare Tendenz bei praktischer/emotionaler Unterstützung



Zusammenhang zwischen sozialem Netzwerk und sozialer Unterstützung/Integration (t0, N=13)

Netzwerkgrösse ist ein Indikator für soziale Integration:

Die Grösse der Netzwerke korreliert mit der sozialen Integration: Je grösser die Netzwerke sind, desto weniger ziehen sie sich aus sozialen Kontakten zurück ($r=.48$, $p<.1$; $r=-.53$, $p<.1$).

Vorhandensein von Familienmitgliedern ein Indikator für emotionale Unterstützung:

Je mehr Familienmitglieder sie haben, desto mehr wissen sie, an wen sie sich wenden können, wenn sie etwas bedrückt ($r=.6^{**}$, $n=12$), desto mehr emotionale Unterstützung erhalten sie ($r=.6^*$, $n=12$) und desto mehr Leute kennen sie, mit denen sie gerne etwas unternehmen ($r=.76^{**}$).

Dies trifft nicht auf die Anzahl Freund:innen zu.

Anzahl Professionelle Hilfen korrelieren schwach mit praktischer Unterstützung ($.5$, $<.1$), nicht mit sozialer Unterstützung

Fazit

- **Basis Mechanismen (Kooperieren, Begleiten) bei der Mehrheit umgesetzt:** Stimmig mit Rückmeldungen der SA (hoher zeitlicher Einsatz für Ressourcenerschliessung). Soziales Vernetzen setzt Ressourcen (Finanzen, Zugänge) voraus.
- **Soziales Vernetzen:**
 - Geringerer Bedarf nach emotionaler Unterstützung, grösserer nach sozialer Integration
 - Während REAS-Begleitung Hinweise auf Zunahme an sozialer Integration bei Klient:innen (längerfristige Prozesse)
- Annahmen über **Zusammenhänge zwischen Gesundheit und sozialer Unterstützung/Integration bestätigen** sich: Soziale Beziehungen leben steht im Zusammenhang mit guter Lebensqualität und Gesundheit (soziales Engagement); Wichtig, soziales Rückzugsverhalten durchbrechen
- **Methodik:** Netzwerk-Karte vor allem in Kombination mit qualitativen Daten für Forschungszweck nutzbar

Schwierigkeiten Datenerhebung und – auswertung

Auswertungsschwierigkeiten:

- unterschiedliche Zeitpunkte, Zeitabstände
- Missings aufgrund unregelmässiger Datenerhebung

Gründe für Nicht-Erhebung von Seiten REAS-Fachpersonen:

- Dringliche finanzielle, rechtliche Abklärungen, lebenspraktische Problemlösung, keine Delegationsmöglichkeiten
- Zeitaspekt: Die Verwendung der Instrumente ist zeitintensiv, keine zusätzliche Kapazität
- Verwendung der Instrumente wurde teilweise als belastend für das Klientel empfunden (Schonung)

Herausforderungen, Weiterentwicklung

REAS ist ein Pilotprojekt, Ergebnisse nicht verallgemeinerbar, kleine Untersuchungsgruppe:

- Fehlende Vergleichsgruppe: Effekte nicht direkt auf Intervention zurückführbar
- Systematische Erhebung der sozialen Diagnostik, nicht aber der weiteren Aktivitäten/Methodik der SA.
- Einschränkung aufgrund Datenerhebung über Sozialarbeitende

Anschlussprojekt ALIMEnt II für Ende 2023 geplant: Repräsentative Stichprobe, Ziel: Empirische Prüfung der Wirkmechanismen

Literatur

Berkman, Lisa F./Krishna, Aditi (2014). Social Network Epidemiology. In: Berkman, Lisa F./Kawachi, Ichiro/Glymour, M. Maria (Hg.). Social Epidemiology. Oxford University Press. S. 234–289. Fydrich, Thomas/ Sommer, Gert/ Brähler Elmar (2007). Fragebogen zur Sozialen Unterstützung

Böhnisch, Lothar, 2016. Lebensbewältigung: Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa.

Knoop, T. et al. (2019). Social Work in Medical Rehabilitation. – A Review of Current research. Rehabilitation. 58(2), 89-95.

Fydrich Thomas, Sommer, Gert/ Brähler, Elmar (2007), Fragebogen zur Sozialen Unterstützung.

Morfeld, Matthias/Kirchberger, Inge/Bullinger, Monika (2011). SF 12 Selbstbeurteilungsbogen. Fragebogen zum Gesundheitszustand. Deutsche Version des Short Form-36 Health Survey. Göttingen Bern Wien Paris Oxford Prag Toronto Cambridge Amsterdam Kopenhagen Stockholm: Hogrefe.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1996). Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Beltz Verlag.

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2019). Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 4., aktualisierte Auflage. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Petruzzi, L. et al. (2022). Exploring the Efficacy of Social Work Interventions in Hospital Settings: A Scoping Review. Social Work in Public Health, 1-14.

Pedersen, LM et al. 2012. Realistic evaluation as a new way to design and evaluate occupational safety interventions. Safety Science, 50, 1, 48-54

Literatur

Reicherts, Michael/Pauls, Helmut (2015). 3. Die Zielerreichungsanalyse (ZEA) als Methode der Einzelfallanalyse. S. 25.

Schiepek, Günter/Matschi, Brigitte (2013). Ressourcenerfassung im therapeutischen Prozess. In: PiD - Psychotherapie im Dialog. 14. Jg. (01). S. 56–61. DOI: 10.1055/s-0033-1337098.

Schuler, Michael/Musekamp, Gunda/Faller, Hermann/Ehlebracht-König, Inge/Gutenbrunner, Christoph/Kirchhof, Roland/Bengel, Jürgen/Nolte, Sandra/Osborne, Richard H./Schwarze, Monika (2013). Assessment of proximal outcomes of self-management programs: translation and psychometric evaluation of a German version of the Health Education Impact Questionnaire (heiQ™). In: Quality of Life Research. 22. Jg. (6). S. 1391–1403. DOI: 10.1007/s11136-012-0268-6.

Sommerfeld, Peter/Dällenbach, Regula/Rüegger, Cornelia/Hollenstein, Lea (2016). Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer VS.

Zumbrunn, A., Hess, N. et al. (2022). Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient:innen klinischer Sozialarbeit im Interventionsverlauf, SZSA, 30.