



Faktenblatt 119

Evaluation «REAS – Regionale Anlaufstellen» 2020–2024

Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen

Abstract

Das Projekt «REAS – Regionale Anlaufstellen » (2020–2024) wurde von der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko) getragen und durch Gesundheitsförderung Schweiz¹ gefördert. Drei Anlaufstellen für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen wurden in Bern, Schaffhausen und Lausanne etabliert, an denen Klient*innen im Rahmen eines Sozialtherapeutischen Case Management (SCM) begleitet wurden. Dazu wurde eine Software für psychosoziale Diagnostik und Intervention entwickelt und eingesetzt.

Die Begleitforschung wurde von der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Zusammenarbeit mit der Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL) der HES-SO Fachhochschule Lausanne durchgeführt. Sie ergab, dass mit dem SCM eine personenzentrierte Fallbearbeitung und Koordination von Leistungen erreicht wurde. Klient*innen berichten von besserer Orientierung im Versorgungssystem, Stabilisierung und einem reduzierten Bedarf an Notfallversorgungen. Es zeigten sich ebenso eine Verbesserung der Ressourcensituation und eine signifikante Steigerung der Lebenszufriedenheit. Für Menschen mit komplexen Problemlagen wird der Zugang zu längerfristigen Unterstützungsangeboten empfohlen. Dabei gilt es, soziale und sozioökonomische Problemstellungen nachhaltig zu bewältigen und verbindliche Strukturen für die Zusammenarbeit klar zu definieren.

1 Über das Projekt REAS

1.1 Hintergrund

Chronische und nichtübertragbare Erkrankungen sowie Multimorbidität nehmen zu und verursachen etwa 80% der Behandlungskosten in der Schweiz (BAG, 2016; Bachmann et al., 2015). Chronische Erkrankungen und psychosoziale Problemlagen können sich gegenseitig beeinflussen: Erkrankungen können die funktionale Gesundheit beeinträchtigen, während eingeschränkte Teilhabe an Lebensberei-

Inhaltsverzeichnis

1	Über das Projekt REAS	1
2	Ausgewählte Ergebnisse	3
3	Empfehlungen	7
4	Evaluationsdesign und Vorgehensweise	7
5	Literatur	9

chen (Arbeit, Schule, Familie) den Gesundheitszustand verschlechtern kann. Das stark fragmentierte Gesundheitssystem erfordert eine bessere Koordination der Behandlungsleistungen und die Umsetzung einer «Integrierten Versorgung» (BAG, 2013; WHO, 2015). Die Koordination multidisziplinärer Versorgungsleistungen weist im schweizerischen Gesundheitssystem jedoch Defizite auf (Vettori et al., 2015).

2020 lancierte die Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko) das vierjährige Projekt «REAS – Regionale Anlaufstellen für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen» (REAS 2020–2024). Damit reagierte sie auf die erkannte Problematik der erschwerten Unterstützung bei Mehrfachbelastungen. Initiiert wurde das Projekt 2015 durch zwei Sozialarbeitende von aha! Allergiezentrum Schweiz (einem Mitglied der Geliko) und von der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit.

Während des Projekts wurden zwischen 2020 und 2024 an den drei Anlaufstellen insgesamt 82 Dossiers eröffnet. 44 Personen wurden in einem Sozialtherapeutischen Case Management (SCM) begleitet, 38 wurden an andere Unterstützungsleistungen und Organisationen in der Regelversorgung vermittelt.

1.2 Zielgruppe von REAS

REAS konnte ein individuell zugeschnittenes Hilfeangebot bieten. Die fallführenden REAS-Fachpersonen (in der Regel Sozialarbeitende) hatten zur Identifikation von potenziellen Klient*innen ein Screening-Instrument mit fünf definierten Kriterien zur Verfügung, mit welchem sie den grundsätzlichen Bedarf eruierten. Die Kriterien waren *Multimorbidität, psychosoziale Mehrfachbelastungen, Koordinationsbedarf, Überforderung* von Klient*in und/oder Versorgungssystem sowie eine erwartete längerfristige *Unterstützungsdauer*. Grundsätzlich konnten sich alle Personen mit entsprechendem Bedarf für die REAS-Unterstützung melden. Aus Kapazitätsgründen wurden die Personen jedoch primär aus den Zielgruppen der beteiligten Organisationen rekrutiert.

Die Erfahrungen seit 2020 zeigten, dass die begleiteten Personen zumeist eine hohe bis sehr hohe Problemlast hatten. Neben einer häufig prekären sozioökonomischen Lage wiesen die tiefen Werte beim Bildungsabschluss und der Erwerbstätigkeitsquote

sowie hohe Anteile an staatlichen Unterstützungsleistungen auf die vulnerable und gefährdete Personengruppe hin. Die REAS-Klient*innen waren zudem von unterschiedlichen gesundheitlichen Problemen betroffen, beispielsweise chronischem Rheuma, psychischen Störungen oder Lungenerkrankungen. Zudem waren soziale Probleme häufig, wie zum Beispiel Gewalterfahrungen in Beziehungen, eine prekäre Wohnsituation oder familiäre Schwierigkeiten.

1.3 Grundlagen der REAS-Intervention

Das Projekt zielte auf die Förderung der Lebensqualität und der Autonomie der betroffenen Personen, sollte kostendämpfend wirken, die Fachpersonen weiterbilden und nachhaltige Finanzierungsmodelle entwickeln.

Die zentrale theoretische Grundlage zur REAS-Intervention bilden die Theorie «Integration und Lebensführung» und die darauf aufbauende Methodik des Sozialtherapeutischen Case Management (Sommerfeld et al., 2016). In diesem Rahmen wurden gezielt Instrumente entwickelt, die auf die REAS-Zielgruppe und -Intervention zugeschnitten sind. Die Interventionen wurden von qualifizierten und erfahrenen Fachpersonen, in der Regel Sozialarbeitende, ausgeführt. Sie durchliefen zu Beginn des Projekts eine spezifische Schulung an der FHNW und der HETSL, in der sie einerseits in der Umsetzung der SCM-Methodik und andererseits für die praktischen Anteile der Begleitforschung ausgebildet wurden.

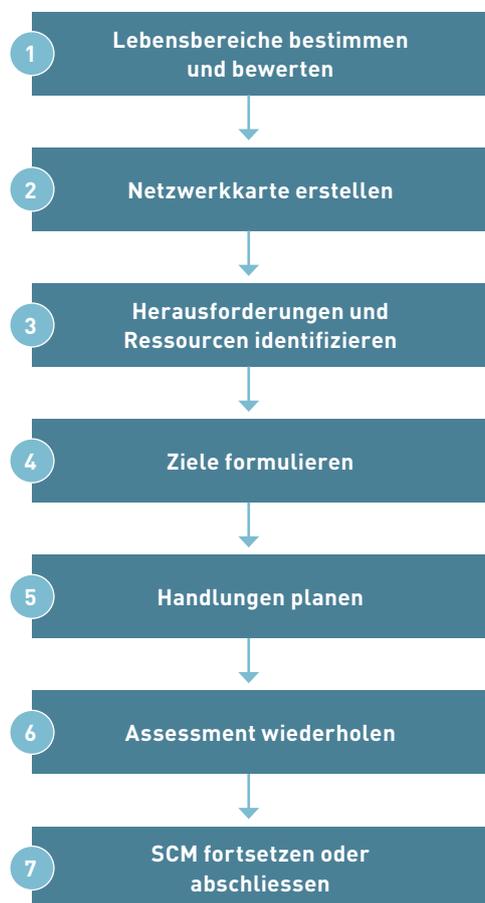
1.4 REAS-Prozess (Intervention)

Die Anmeldung/Überweisung von Klient*innen erfolgte durch involvierte Fachpersonen, die Betroffenen selbst oder durch Angehörige. Im Rahmen der Fallaufnahme wurden die dringendsten Probleme der betroffenen Person erhoben und im Rahmen eines Kurzassessments der Bedarf für ein SCM eruiert. Der Entscheid nach dem Kurzassessment führte entweder (a) zu einer Triage (Vermittlung zu einem anderen Angebot in der Regelversorgung) oder (b) zur Eröffnung eines SCM. Im Falle eines Entscheids für ein SCM wurde einem idealtypischen Prozess gefolgt ([Abbildung 1](#)), der von den REAS-Fachpersonen in Kooperation mit ihren Klient*innen gestaltet wurde.

Mit einer von Diartis AG für das Projekt entwickelten Software wurden die verschiedenen Prozessschritte (insb. die diagnostischen Schritte) zusätzlich visuell

ABBILDUNG 1

Übersicht über die Prozessschritte im Sozialtherapeutischen Case Management



unterstützt. Zudem generierte die Anwendung der Instrumente Daten für die Begleitforschung. Die in REAS eingesetzten Instrumente umfassen die Erhebung der subjektiven Lebensqualität (O'Boyle, 1993), der sozialen Netzwerke (Pantuček-Eisenbacher, 2019), der Ressourcenlage (Schiepek & Matschi, 2003) und der Zielerreichung (Reichert & Pauls, 2015). Die Instrumente wurden von den REAS-Fachpersonen gemeinsam mit den Klient*innen genutzt.

Parallel zu den SCM-Schritten reagierten REAS-Fachpersonen auf dringliche Bedarfe ihrer Klient*innen. Damit wurde beispielsweise erreicht, dass die betroffene Person emotional ausreichend stabil/entlastet war und sich auf die Arbeit mit den SCM-Instrumenten einlassen bzw. konzentrieren konnte.

2 Ausgewählte Ergebnisse

Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse des Projekts vorgestellt. Dabei verweisen die Abschnitte 2.1 und 2.2 auf Erfahrungen und Erkenntnisse, die bei der Projektumsetzung entstanden sind. In den Abschnitten 2.3 bis 2.7 werden ausgewählte Ergebnisse der Begleitforschung und -evaluation ausgeführt.

2.1 Kooperationsförderliche Struktur und Qualitätssicherung

Zur nachhaltigen Implementierung von regionalen Anlaufstellen war wichtig, dass ein nationales Projektteam die unterschiedlichen Aktivitäten koordinierte, indem alle Beteiligten (insb. Geschäfts- und Projektleitende der beteiligten Organisationen) ihre Erfahrungen einbrachten, Fragen klärten und nächste Schritte diskutierten. Die gleichberechtigte Projektstruktur ermöglichte es, verschiedene Fachpersonen mit ihrer Expertise zu integrieren. Die Mitsprache- bzw. Mitentscheidungsmöglichkeiten förderten zusätzlich die Motivation aller Beteiligten. Die im Projektkonzept definierte Kooperation zwischen Wissenschaft und Praxis erwies sich als durchwegs gewinnbringend, um ein qualitativ hochwertiges Angebot zu entwickeln und solide Ergebnisse zur Intervention zu generieren (Süsstrunk & Lüthi, 2022).

Um eine hohe Qualität der Intervention zu erreichen, war die Anwendung der Methodik des Sozialtherapeutischen Case Management (SCM) nur qualifizierten Fachpersonen vorbehalten. Die Methodenschulung zu Beginn des Projekts sowie die fortlaufende Supervision konnten eine fachliche Kontinuität sicherstellen. Diese regelmässigen Reflexions-sitzungen ermöglichten es den REAS-Fachpersonen, eigene Fälle einzubringen, eine Einschätzung der Kolleg*innen zu erhalten und Interventionsoptionen zu diskutieren. In Bezug auf das Anforderungsprofil der REAS-Fachpersonen bestätigte sich die Empfehlung im Projektkonzept, wonach diese in der Regel einen FH-Abschluss in Sozialer Arbeit haben sollten. Dies zeigt sich unter anderem in der Notwendigkeit von Fachkenntnissen zu Sozialversicherungsverfahren oder dem Erschliessen von sozialen Ressourcen. Ebenso wurde deutlich, dass REAS-Fachpersonen profunde Berufserfahrung mit komplexen Fallsituationen haben müssen.

2.2 Sprachregionenübergreifende Umsetzung

REAS wurde neben den beiden Standorten in der Deutschschweiz auch in der Westschweiz erfolgreich implementiert, was als wichtiger Beitrag zur Verbreitung in der ganzen Schweiz diente. Die sprachlichen und kulturellen Hürden förderten einen intensiven Austausch und trugen zur Verbesserung der Qualität in den Bereichen Schulung, Fallführung und Datenerhebung bei. Durch Übersetzungen und die Kombination von deutsch- und französischsprachigen Konzepten liess sich neues Wissen generieren und interkulturelle Kompetenzen wurden gestärkt (Straubhaar et al., 2024).

Die Zusammenarbeit stärkte zudem das nationale Zusammengehörigkeitsgefühl und ermöglichte es, wichtige Erkenntnisse und Materialien in beiden Sprachen bereitzustellen. Dank der neu gegründeten Nationalen Allianz für psychosoziale Angebote (ANOPS Suisse) und der fortgesetzten Zusammenarbeit über Sprachgrenzen hinweg wird die Verbreitung und Weiterentwicklung von REAS in weiteren Regionen der Schweiz vorangetrieben.

2.3 Kontinuität der Begleitung und Personenzentrierung

Die qualitative, formative Begleitforschung von REAS zeigte, dass im SCM insbesondere die Möglichkeit, über einen längeren Zeitraum zu arbeiten, als vorteilhaft bewertet wurde. Durchschnittlich wurden in REAS die Klient*innen etwa 17 Monate begleitet. Ohne vorgängig fixierten Abschlusstermin bot sich mehr Flexibilität, um die Klient*innen umfassend zu unterstützen. Dies ermöglichte nicht nur eine intensivere Abstimmung der erforderlichen Leistungen im interprofessionellen Kontext, sondern auch eine direkte Unterstützung bei wichtigen Terminen und Aufgaben. Dadurch konnte eine Kontinuität der Begleitung erreicht werden, die in herkömmlichen Versorgungsstrukturen oft fehlt.

Die Fachpersonen betonten auch die Wichtigkeit, die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Klient*innen zu verstehen und die Unterstützung darauf aufzubauen. Durch eine empathische Haltung schufen die REAS-Fachpersonen eine Vertrauensbasis für eine (längere) bedarfsorientierte Zusammenarbeit. Dieser konsequent personenzentrierte Ansatz förderte ebenso die Selbstkompetenzen und die Autonomie der Klient*innen, was nicht zuletzt zur Aufrecht-

erhaltung der Motivation führte. Das langfristige, prozessorientierte Setting unterstützte auch positive Entwicklungen in Bezug auf die Zukunftsaussichten der Klient*innen und stärkte deren Handlungskompetenzen.

2.4 Prozess-Visualisierungen

Laut Aussagen der REAS-Fachpersonen und der Klient*innen ermöglichten die eingesetzten Diagnostik-Instrumente eine differenziertere Erfassung der Problemlagen und Ressourcen als in der Regelversorgung. Besonders die Visualisierungen, wie beispielsweise das SEIQoL-Instrument² zur Lebensqualität, halfen, bisher unerkannte Themen aufzudecken und die Komplexität der Fallsituationen für alle Beteiligten bewusst zu machen. Letztlich spielten alle Instrumente eine wichtige Rolle bei der Motivationsförderung und dienten als Grundlage, um Verhaltensmuster zu identifizieren und Veränderungen im Handlungsspektrum der Klient*innen anzuregen. [Abbildung 2](#) zeigt beispielhaft eine Visualisierung der SCM-Software, namentlich der Netzwerkanalyse. Ein weiterer Vorteil der REAS-Diagnostik (mithilfe der Visualisierungen) war, dass sie die Entwicklung angemessener und überprüfbarer Ziele erleichterte. Dies vermittelte den Klient:innen mehr Orientierung und Sicherheit und gab ihnen die Möglichkeit, in schwierigen Alltagssituationen Erfolge zu erkennen.

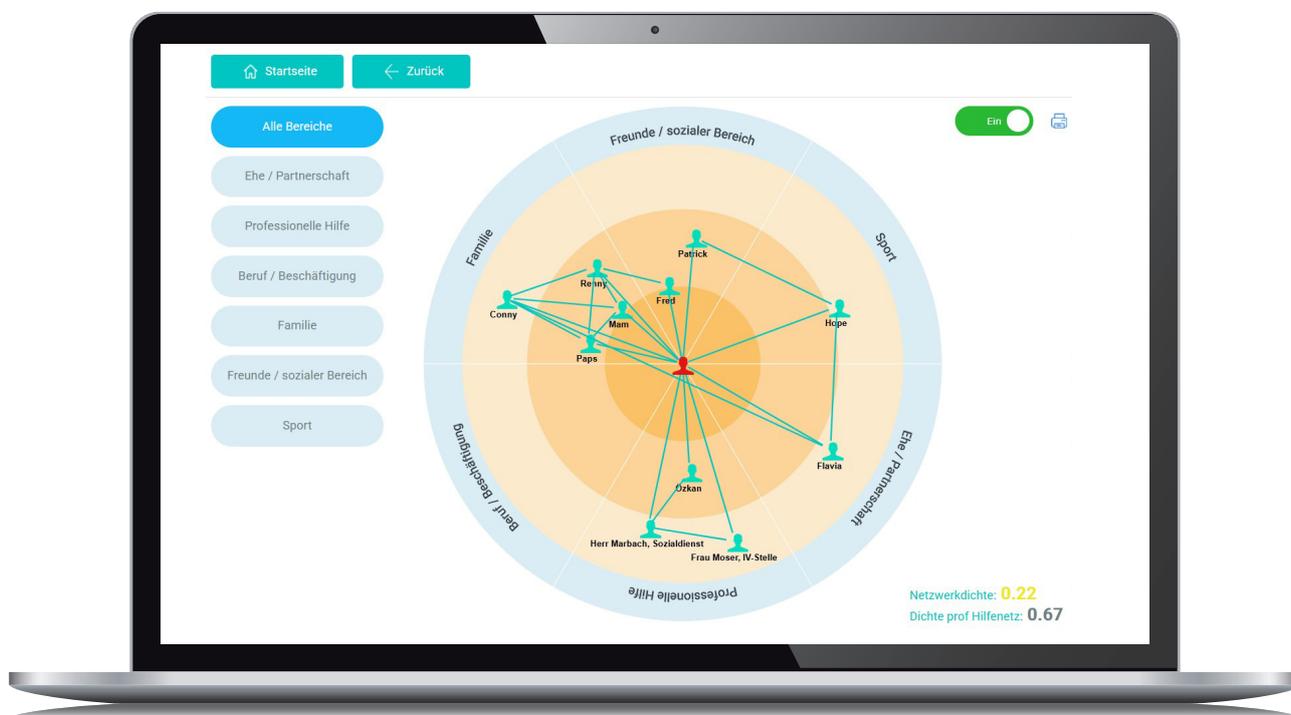
2.5 Bedarfsorientierte Fallkoordination

Gemäss Aussagen der Klient*innen und der REAS-Fachpersonen in den Interviews wurden die Klient*innen im SCM entlastet, indem die fallbezogene Abstimmung bzw. Koordination der verschiedenen Leistungen die Ausrichtung an gemeinsamen Zielen förderte und dadurch ein bedarfsgerechtes Hilfearrangement realisiert werden konnte. REAS-Fachpersonen konnten Orientierung schaffen und verschiedene Hilfsangebote abstimmen oder bei Bedarf neue interprofessionelle Netzwerke aufbauen. Die praktische und emotionale Unterstützung durch Fachpersonen trug ebenfalls dazu bei, dass sich die Klient*innen besser im Versorgungssystem zurechtfinden. Neben den Leistungen der REAS-Fachpersonen konnten einzelne Klient*innen auch selbst koordinierende Aufgaben übernehmen dabei verschiedene Fachpersonen zusammenführen. Beispielsweise schaffte es ein*e Klient*in während

2 SEIQoL: Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (O'Boyle, 1993).

ABBILDUNG 2

Fiktive Visualisierung einer Netzwerkanalyse



des REAS-Prozesses, einen Kontakt zwischen dem Rechtsvertreter, dem Sozialdienst und der Psychiaterin herzustellen.

Der Erfolg eines unterstützenden Netzwerks hing dabei massgeblich von der Kooperationsbereitschaft und von regionalen (Versorgungs-)Strukturen ab. Oft trugen REAS-Fachpersonen die alleinige Verantwortung für die Fallkoordination, was als belastend empfunden wurde, insbesondere auch bei mangelnder Beteiligung involvierter Fachpersonen.

2.6 Kostenrelevante Einflüsse der REAS-Intervention

Obwohl genauere Einsparungen schwer zu quantifizieren sind, zeigen die Rückmeldungen der Klient*innen, dass sich ihre Inanspruchnahme von Leistungen des Versorgungssystems verändert hat. Den verschiedenen Aussagen von Fachpersonen und Klient*innen zufolge konnte die REAS-Intervention helfen, individuellen Krisen vorzubeugen, die fall-spezifische Koordination bedarfsorientierter zu ge-

stalten oder die Notfallversorgung weniger in Anspruch zu nehmen. Diese Schilderungen lassen die Annahme zu, dass ein Hilfearrangement wie in REAS das Versorgungssystem entlastet.

Ein weiterer Aspekt ist die Stärkung der Selbstfürsorge bzw. das Selbstmanagement der Personen. Die Klient*innen berichten von einer grossen Entlastung durch REAS, was sich in den Möglichkeiten niederschlägt, neben der professionellen Unterstützung auch in Eigenverantwortung die Organisation der Versorgung mitzubestimmen und zu gestalten. Dies kann die Inanspruchnahme professioneller Hilfeleistungen reduzieren.

Zudem wurde die Förderung der wirtschaftlichen Selbstständigkeit betont, etwa durch einen Berufswechsel, der mit der REAS-Unterstützung möglich wurde. In einigen Fällen führte dies zu besserer psychischer Gesundheit und eröffnete neue Perspektiven und Arbeitsmöglichkeiten. Somit wurde ein volkswirtschaftlicher Nutzen generiert.

2.7 Positive Entwicklung der Lebensqualität und Verbesserung der Ressourcensituation

Ein wichtiges Ziel der REAS-Intervention war, Menschen dabei zu unterstützen, trotz gesundheitlicher, sozialer bzw. sozioökonomischer Einschränkungen eine befriedigende Lebensqualität zu erreichen oder wiederzuerlangen. Lebensqualität bemisst sich dabei nicht nur an den objektiven Lebensbedingungen, sondern umfasst auch die subjektiven Bewertungen der Lebensumstände und der verfügbaren Möglichkeiten, die Menschen im Hinblick auf ihre persönlichen Erwartungen, Wünsche und Ziele wahrnehmen (Zumbrunn et al., 2022; WHO, 1997).

Im Verlauf der REAS-Begleitung zeigten sich deutliche, statistisch signifikante Steigerungen bei der subjektiven Lebenszufriedenheit bzw. Lebensqualität der Klient*innen, und dies in längerfristiger Hinsicht. **Abbildung 3** verbildlicht den (in etwa linearen) Anstieg der Lebenszufriedenheit über die Dauer der REAS-Begleitung. Gemäss dem Modell zeigt sich ein signifikanter Anstieg nach 18 Monaten, im Mittel um über 20 Punkte, auf einer Skala von 0 bis 100.³ Gemäss der Theorie der Wohlbefindens-Homöostase nach Cummins et al. (2012), die auf der Vorstellung beruht, dass Individuen über ein selbstregulierendes psychologisches System verfügen, kann bei Werten über 70 davon ausgegangen werden, dass Menschen über ausreichende Bewältigungsmöglichkeiten und

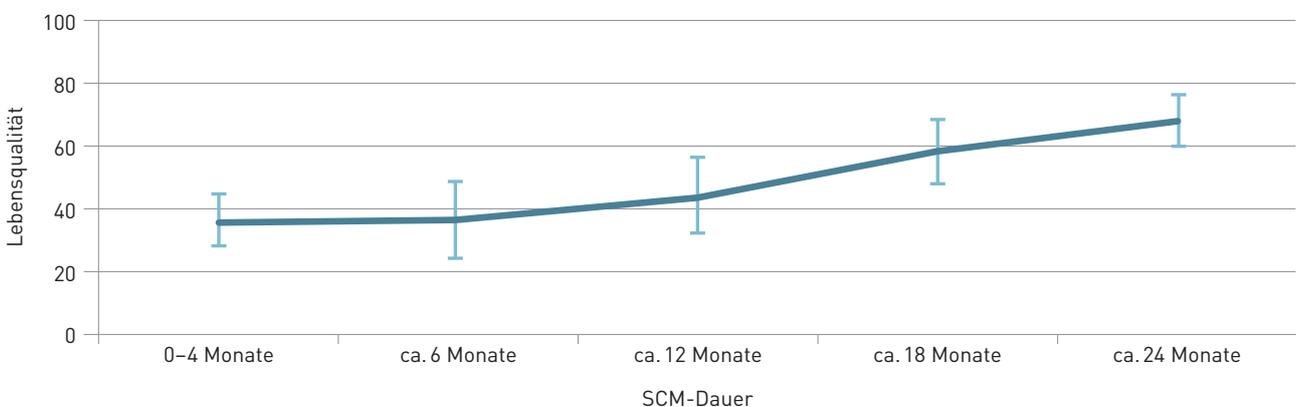
Ressourcen verfügen, um mit auftretenden Belastungen so umzugehen, dass ihr Wohlbefinden nicht übermässig beeinträchtigt wird. Im Durchschnitt näherten sich die REAS-Klient*innen nach etwa 1,5 Jahren Begleitung diesem Wert an.

Auch wenn keine Vergleichsgruppe zur Verfügung stand, deuten die qualitativen Ergebnisse darauf hin, dass die Steigerung der Lebenszufriedenheit auch auf die positiven Effekte der intensiven Ressourcen- und Zielarbeit der Fachpersonen mit den Klient*innen und der Fallkoordination zurückzuführen ist. Dies verdeutlicht den Beitrag von REAS zur Stabilisierung der Lebenssituation der Klient*innen und zur Prävention weiterer sozialer und gesundheitlicher Probleme.

In Bezug auf die Ressourcenentwicklung und Zielarbeit zeigen die Längsschnittdaten ausserdem eine deutlich positive Entwicklung bei den vorhandenen Ressourcen und der persönlichen Zielerreichung der Klient*innen (Ergebnisse nicht gezeigt). Langfristig hat sich die Ressourcensituation aus Sicht der Klient*innen im Durchschnitt signifikant verbessert und die Zielerreichung erhöht. Dies fügt sich gut in die Ergebnisse aus den Interviews mit Klient*innen und Fachpersonen ein, die den hohen Aufwand und ebenso hohen Nutzen der Ressourcenerschliessung und Zielarbeit zwischen REAS-Fachpersonen und Klient*innen deutlich belegen.

ABBILDUNG 3

Veränderung der Lebensqualität während der REAS-Begleitung



Gemessen mit SEIQoL (O'Boyle, 1993).

N=66 Messungen; Abhängigkeit in den Daten ist berücksichtigt (Schätzung mit Genlinmixed-Modell).

³ Genlinmixed: $F=9.003$, $df_1=4$, $df_2=58$, $p<.001$.

F: Teststatistik des Effekts, df_1 : Zählerfreiheitsgrad des Effekts (5 Gruppen), df_2 : Nennerfreiheitsgrad, p: statistische Signifikanz.

3 Empfehlungen

Auf der Grundlage der Evaluationsergebnisse lassen sich folgende praxisorientierte Empfehlungen für die Unterstützung von Menschen in komplexen Problemlagen ableiten. Sie verweisen auf begründete Anpassungen bzw. Ergänzungen der bestehenden Versorgungspraxis sowie auf Veränderungsbedarfe struktureller Rahmenbedingungen.

3.1 Priorisierung dringender Bedarfe

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass zu Beginn einer Begleitung existenzielle Probleme der Klient*innen im Vordergrund stehen sollten, bevor die vertiefte Diagnostik und die Bearbeitung grundlegender Probleme erfolgen. Die dringenden Bedarfe sind häufig soziale und/oder sozioökonomische Probleme, die im Rahmen des SCM systematisch bearbeitet wurden. Diese Priorisierung war in einigen Fällen der Schlüssel für eine erfolgreiche, langfristige Zusammenarbeit.

3.2 Längerfristige Verfahren

Entsprechend den Evaluationsergebnissen wird empfohlen, bei (hoch) komplexen Problemlagen verstärkt auf längerfristig angelegte, konsequent personenzentrierte und partizipative Verfahren zu setzen. Das REAS-Prozessverständnis und das eingesetzte Sozialtherapeutische Case Management (SCM) erscheinen geeignet, die erforderlichen Hilfen sowohl bedarfsgerecht als auch effizient einzusetzen. Solche Entwicklungen erfordern jedoch entsprechende Zeit und Geduld, weshalb der ausgedehnte zeitliche Rahmen wie in REAS eine entscheidende Voraussetzung darstellt.

3.3 Geeignete Strukturen für eine effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit

Die Gestaltung (bzw. das «Management») der interprofessionellen Zusammenarbeit hat sich als sehr anspruchsvoll erwiesen. Ein effektives und effizientes SCM erfordert künftig verbindliche und längerfristige Strukturen für den interprofessionellen Austausch sowie die dafür notwendigen finanziellen Ressourcen. Übergeordnete Konsortien und Netzwerke auf regionaler Ebene, zusammengesetzt

unter anderem aus Vertreter*innen verschiedener Professionen, Leistungsträgern und Verantwortlichen aus Kantonen und/oder Gemeinden, können entsprechende Strukturen schaffen.

4 Evaluationsdesign und Vorgehensweise

Das Wirkungsmodell von REAS (Abbildung 4) wurde im Rahmen der Projekteingabe (2018) entwickelt. Es geht vom oben ausgeführten Interventionsansatz, dem Sozialtherapeutischen Case Management (SCM) aus und bildet die Massnahmen bzw. die Leistungen der REAS-Fachpersonen ab (siehe Output). Ausgehend von diesen Unterstützungsleistungen zeigt das Modell die möglichen Effekte (Outcome). Das Wirkungsmodell war die Grundlage der Begleitforschung und lässt die Ergebnisse darin verorten. Die Begleitforschung wurde als Interventionsforschung von der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW), Institut Soziale Arbeit und Gesundheit konzipiert, gemeinsam mit der Haute école de travail social et de la santé Lausanne (HETSL/HES-SO) umgesetzt und umfasste über die gesamte Projektlaufzeit qualitative und quantitative Methoden zur Datenerhebung und -analyse. Ziele des qualitativen Teils der Begleitforschung waren, die Wirkfaktoren der REAS-Intervention zu erheben und zu rekonstruieren, wie diese Faktoren im Zusammenhang mit dem beobachteten und rekonstruierten Nutzen stehen (Prozessevaluation). Zudem sollten die Wirkungen auf Outcome-Ebene untersucht werden (summative Evaluation). Ziel dieser quantitativen Analysen war es, die Veränderungen, beispielsweise der Lebensqualität im Unterstützungsverlauf, abzubilden.

4.1 Qualitative Datenerhebung und -analyse

Die qualitativen Daten wurden durch Gruppendiskussionen (N=24) mit allen beteiligten REAS-Fachpersonen sowie problemzentrierte Interviews mit REAS-Fachpersonen (N=8) und REAS-Klient*innen (N=7) generiert. Diese wurden nach erfolgter Transkription inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Analyse umfasste neben den deskriptiven Darstellungen auch Hypothesen im Hinblick auf mögliche Wirkungsweisen der REAS-Intervention.

4.2 Quantitative Datenerhebung und -analyse

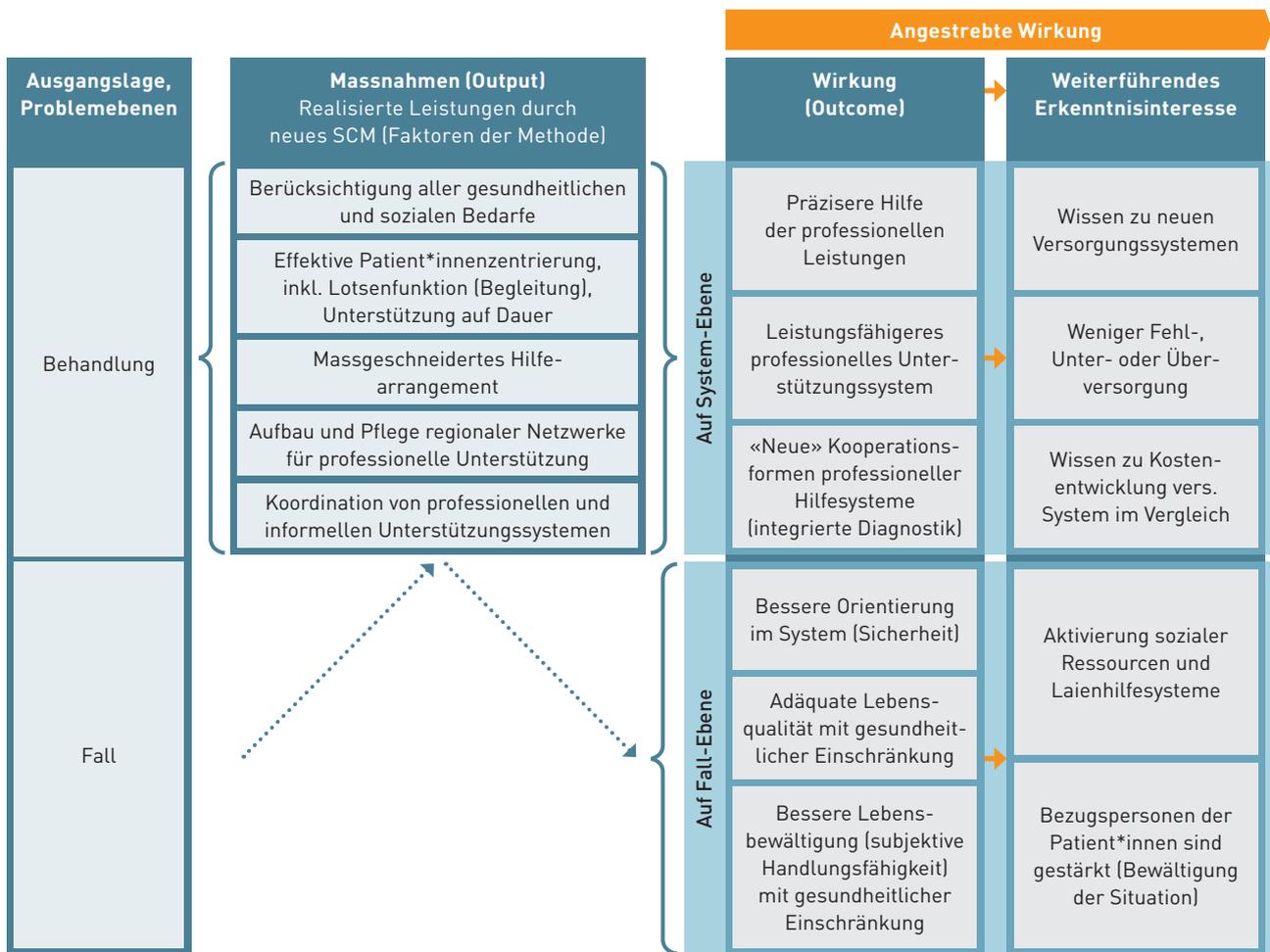
Für die Datenerhebung wurden Informationen aus den Diagnoseinstrumenten der Fallarbeit (siehe REAS-Prozess) sowie aus einem zusätzlichen, von Klient*innen beantworteten Fragebogen genutzt. Die Auswertung der anonymisierten Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm SPSS und in erster Linie deskriptiv. Zusätzlich wurden zeitliche Veränderungen mittels Regressionsanalysen auf statistische

Signifikanz geprüft. Dabei wurden Verfahren (Genlinmixed) eingesetzt, die Abhängigkeiten in den Daten berücksichtigen, welche durch wiederholte Messungen im Längsschnittdesign entstehen.

Eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens sowie eine ausführliche Ergebnisdarstellung finden sich im umfassenden Evaluationsbericht (Geliko, 2024).

ABBILDUNG 4

Wirkungsmodell im REAS-Projekt



5 Literatur

- Bachmann, N., Diebold, M., Burla, L. & Kohler, D. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen: Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Hogrefe.
- Bundesamt für Gesundheit (2013). *Gesundheit 2020*. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheit2020/g2020/bericht-gesundheit2020.pdf.download.pdf/bericht-gesundheit2020.pdf> [Zugriffsdatum: 07. April 2025].
- Bundesamt für Gesundheit (2016). *Nichtübertragbare Krankheiten (NCD)*. Eidgenössisches Departement des Innern EDI. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/faktenblatt-ncd.pdf.download.pdf/faktenblatt-ncd.pdf> [Zugriffsdatum: 07. April 2025].
- Cummins, R. A., Lau, A. L. D. & Davern, M. T. (2012). Subjective Wellbeing Homeostasis. In K. C. Land, A. C. Michalos & M. J. Sirgy (Hrsg.), *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. S. 20.
- Geliko, Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (2024). *Schlussbericht Projekt REAS – Regionale Anlaufstellen*. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.).
- O'Boyle, C. A. (1993). The schedule for the evaluation of individual quality of life (SEIQoL). *International Journal of Mental Health*, 23. Jg. (3), 3–23.
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. 4., aktualisierte Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reicherts, M. & Pauls, H. (2015). Die Zielerreichungsanalyse (ZEA) als Methode der Einzelfallanalyse. In M. Reicherts & P. Genoud, *Einzelfallanalysen in der psychosozialen Forschung und Praxis* (S. 61–84). ZKS-Verlag.
- Schiepek, G. & Cremers, S. (2003). Ressourcenorientierung und Ressourcendiagnostik in der Psychotherapie. In H. Schemmel & J. Schaller (Hrsg.), *Ressourcen. Ein Hand- und Lesebuch zur therapeutischen Arbeit*. dgvt. S. 147–193.
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rügger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Straubhaar, T., Csupor, I., Kühr, J. & Süsstrunk, S. (2024). Sprachregionen übergreifende Zusammenarbeit im Projekt REAS PGV. *Soziale Innovation*. 03. Jg. (1), 39–52.
- Süsstrunk, S. & Lüthi, H. (2022). Implementierung einer dualen Hilfeleistung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemen im REAS-Projekt. *Case Management*, 19. Jg. (4), 199–204.
- Vettori, A., Trageser, J. & von Stokar, T. (2015). *Gesundheitsligen in der Schweiz: Aufgaben, Rolle und Perspektiven*. INFRAS. https://www.infras.ch/media/filer_public/33/d0/33d04b8b-284c-4841-86cd-eea36d6874e6/rolle_und_bedeutung_der_gesundheitsligen.pdf [Zugriffsdatum: 07. April 2025].
- WHO, World Health Organization (1997). *WHOQOL. Measuring quality of life*. <https://www.who.int/tools/whoqol> [Zugriffsdatum: 07. April 2025].
- WHO, World Health Organization (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?ua=1&ua=1 [Zugriffsdatum: 07. April 2025].
- Zumbrunn, A., Hess, N., Solèr, M., Hüttemann, M., Sommerfeld, P. & Süsstrunk, S. (2022). Messung der subjektiven Lebensqualität von Klient:innen klinischer Sozialarbeit im Interventionsverlauf. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit / Revue suisse de travail social*. 19. Jg. (30), 34–62.

Impressum

Herausgeberin

Gesundheitsförderung Schweiz

Projektleitung Gesundheitsförderung Schweiz

- Raphaël Trémeaud, Leiter Prävention in der Gesundheitsversorgung
- Giada Gianola, Projektleiterin Wirkungsmanagement

Autor*innen

- Simon Süsstrunk
- Hannes Lüthi
- Andrea Zumbrunn
- Maria Solèr
- Nadja Hess
- Judith Kühr
- Isabelle Cuspor

Evaluationsbericht

Geliko, Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (2024). *Schlussbericht Projekt REAS – Regionale Anlaufstellen*. Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.).

Erhältlich auf Anfrage.

Fotonachweis Titelbild

AdobeStock

Reihe und Nummer

Gesundheitsförderung Schweiz, Faktenblatt 119

© Gesundheitsförderung Schweiz, Juni 2025

Auskünfte/Informationen

Gesundheitsförderung Schweiz
Wankdorffallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04

office.bern@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch/publikationen