

# Klinische Sozialarbeit als forschungsbasierte Intervention

Internationale Perspektiven forschungsbasierter Praxis und die Situation Klinischer Sozialarbeit in der Schweiz

Matthias Hüttemann, Klaus Fetscher und Beat Leuthold

**K**linische Professionalität muss sich in konkreten Handlungssituationen bewähren. Von klinisch arbeitenden Fachkräften Sozialer Arbeit wird erwartet, dass sie ihr Wissen und Können in „direkter Praxis“ (Allen-Meaures & Garvin 2000) kompetent zum Wohle der Leistungsnutzerinnen und -nutzer einsetzen. Darüber hinaus wird zunehmend erwartet, dass die Wirksamkeit und Unbedenklichkeit von psychosozialen Interventionen ausgewiesen werden kann: „Nur auf der Basis empirischer Nachweise wird gegenüber Kostenträgern, politischen Gremien und der Öffentlichkeit die Bedeutung Klinischer Sozialarbeit in absehbarer Zukunft vermittelbar sein.“ (Pauls 2004: 29) Evaluations- und Wirkungsforschung gewinnt demnach an Bedeutung. Die *Clinical Social Work* kann bereits auf einen großen Bestand an relevanter Forschung zurückgreifen. Mit der Internationalisierung der Sozialen Arbeit und dem Anwachsen des Wissenskorporus auch im deutschsprachigen Raum muss neben der Produktion auch die Rezeption von Forschung thematisiert werden.

Professionelle haben die Pflicht, nach bestem Wissen und Gewissen zu handeln. Das impliziert die Forderung, die beste verfügbare Wissensbasis zu ermitteln und zur Verfügung zu stellen. Das gilt speziell für Fachkräfte klinischer Sozialarbeit, die in besonders schwierigen Beziehungs- und Behandlungskontexten tätig sind. Eine unzureichende oder fehlerhafte Wissensbasis kann buchstäblich zu einer Frage von Leben und Tod werden. Nutzerinnen und Nutzer haben das Recht, über die verschiedenen Behandlungsoptionen informiert zu werden und eine Auswahl treffen zu können. Nur auf dieser Grundlage ist eine informierte Übereinstimmung (informed consent) über die Behandlung möglich. Damit Forschungsergebnisse tatsächlich zur Optimierung der Praxis beitragen, sind Infrastrukturen und Kompetenzen zur Nutzung von Forschungswissen erforderlich. Eine Option, auf das Wachstum des Wissens sowie dessen technische Verfügbarkeit zu reagieren, wurde im Modell *Evidence-based Practice* (EBP) formuliert. In der Medizin entstanden, breitete sich EBP bald auf den gesamten Gesundheitssektor aus und

hat spätestens mit dem Erscheinen des *Journal of Evidence-Based Social Work*<sup>1</sup> im Jahr 2004 auch die Soziale Arbeit erreicht. In diesem Beitrag wird das Modell EBP knapp skizziert, die Bedeutung für die klinische Sozialarbeit diskutiert und ein Programm forschungsbasierter Interventionsentwicklung an der Hochschule für Soziale Arbeit der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) vorgestellt. Abschließend wird die Klinische Sozialarbeit in der Schweiz in Ausblick genommen.

## Das Modell evidenzbasierter Praxis

EBP hat historisch mehrere Ursprünge, etwa wegweisende Arbeiten des Epidemiologen Archibald Cochrane, des Namensgebers der „Cochrane Collaboration“ ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)), und der Forschungsgruppe um David L. Sackett, welche die meist zitierten Definitionen von EBP in der Medizin verfasst haben.<sup>2</sup> EBP ist aber nur verständlich vor dem Hintergrund des rapiden Anwachsens der wissenschaftlichen Informationen und deren Verfügbarkeit in elektronischen Literaturdatenbanken (Lauterbach & Schrappe 2004). Liegen zu einem Thema der Forschung mehrere Studien vor, besteht die Notwendigkeit, Forschungsergebnisse zusammenzuführen und durch eine systematische Analyse zu einer Entscheidung über die Grundlage für die Praxis im jeweiligen Handlungsfeld zu gelangen. Insbesondere in der Medizin wird EBP bereits seit vielen Jahren thematisiert und partiell umgesetzt. Die explosionsartige Vermehrung von Wissen gilt zunehmend aber nicht mehr nur für die Medizin, sondern betrifft auch andere Health Professionals, etwa aus Public Health, Pflege, Psychologie und Sozialer Arbeit. Im anglophonen und skandinavischen Raum erfolgt in der Sozialen Arbeit seit einigen Jahren verstärkt eine Hinwendung zu evidenzbasierter Praxis. EBP wird im internationalen Vergleich recht unterschiedlich gesehen, aber auch innerhalb der Länder zeichnet sich die Auseinandersetzung mit EBP durch Vielstimmigkeit aus (Gambrill 2006; Sommerfeld 2005). Für die Kritik an der EBP gilt ebenso, dass

unterschiedliche Aspekte akzentuiert werden (vgl. Hüttemann & Sommerfeld 2006).

In der Konzeptualisierung sowie in der Bewegung EBP gibt es problematische Momente, aber auch Aspekte, deren Aneignung einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit leisten kann. Zunächst werden einige Kritikpunkte formuliert, bevor ausgeführt wird, welche nützlichen Elemente EBP hat bzw. haben könnte. Die Hierarchisierung von Forschung in levels of evidence (1. *Systematic Reviews/Meta-Analyses*; 2. *Randomized Controlled Trials*; 3. *Quasi-Experimental Studies*; 4. *Case-Control and Cohort Studies*; 5. *Pre-Experimental Group Studies*; 6. *Surveys*; 7. *Qualitative Studies*), die in der Erstausgabe des *Journal of Evidence-based Social Work* deklariert wurde (McNeece & Thyer 2004: 10), wurde aus der Medizin entlehnt und kann in dieser Form nicht auf die Soziale Arbeit übertragen werden. Die Angemessenheit der Methode wird durch den Gegenstand bestimmt. Für Medizin und Soziale Arbeit kann jedoch nicht der gleiche Gegenstandsbereich unterstellt werden. Problematisch wäre auch eine einseitige Outcome-Orientierung. Outcome-Orientierung wird häufig als Kennzeichen evidenzbasierter Praxis benannt: Programme, die sich in „harter“ Forschung als wirksam erwiesen haben, werden als maßgebliche Grundlage der Interventionspraxis betrachtet. Gegenüber den erzielten Effekten werden Hypothesen über Wirkungsmechanismen von Interventionen vernachlässigt. Ohne Hypothesen über Wirkmechanismen kann in unübersichtlichen Situationen nicht sozialprofessionell gehandelt werden. Die realen Kontextbedingungen, in denen soziale Interventionen durchgeführt werden, sind variabel und können kaum in jedem Fall stabil gehalten werden. Prozess und Inhalt einer Intervention dürfen nicht zu Gunsten des Ergebnisses vernachlässigt werden. Was ebenfalls differenzierter verstanden werden muss, ist das Verhältnis von Wissenschaft und Praxis. Eine Annäherung von Forschenden und praktisch tätigen Fachkräften bis hin zu deren Identität wird als erstrebenswertes und realistisches Ziel an-

gesehen (Mullen, Bellamy & Bledsoe 2007). Wissenschaftliches Wissen verändert sich aber durch Applikation im Berufsfeld. Die unterschiedlichen Anforderungen von Wissenschaft und Praxis erfordern Differenzierung und Arbeitsteilung. Daher wird auch die Personalunion von Wissenschaftler und Praktiker eher die Ausnahme als die Regel bleiben, wenngleich eine Verbesserung der wechselseitigen Bezugnahme von Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit durchaus notwendig, wünschenswert und chancenreich ist.

Zu den sachlich gut begründbaren Forderungen der EBP zählt die Nutzung von Forschung. In den letzten Jahren hat der Umfang empirischer Evidenz in der Sozialen Arbeit kräftig zugenommen. Resultate empirischer Forschung zu rezipieren und auf die Praxis zu beziehen, müsste tatsächlich schneller und systematischer als bisher geschehen, um im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer nicht hinter dem *state of the art* zurückzubleiben und im Vergleich mit angrenzenden Professionen Schritt zu halten. In Bezug auf die Forschungsnutzung kann zwischen einer Mikro-Ebene der fallbezogenen Hilfe, einer Meso-Ebene der Praxis von Hilfeagenturen und einer Makro-Ebene der politischen Entscheidungsfindung unterschieden werden. Ob der EBP-Prozess in vergleichbarer Weise auf allen Ebenen methodisiert werden kann, muss bezweifelt werden. Mindestens aber für die fallbezogene Arbeit kann die Konzeptualisierung einer Schrittfolge des Hilfeprozesses eine nützliche Orientierung bieten:

1. „Klärung der professionellen Aufgabe,
2. Formulierung einer präzisen Frage mit praktischer Relevanz,
3. Recherche nach relevantem Forschungswissen auf der Grundlage der jeweiligen Fragestellung,
4. Kritische Beurteilung der gefundenen Erkenntnisse hinsichtlich Validität und praktischer Relevanz (Anwendbarkeit),
5. Implementierung der besten verfügbaren Evidence in die Praxis
6. Evaluation der Wirkung.“ (Meng 2006: 96)

Im Vergleich mit anderen Prozessmodellen wie beispielsweise dem Case Management weist dieses Modell durchaus Parallelen auf, zeichnet sich aber durch den systematischen Bezug zu Forschungswissen aus. Insbesondere dem Vorgang, eine beantwortbare Frage zu formulieren und Forschungswissen zu suchen („Client Oriented Practical Evidence Search“), wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt (Gibbs 2003). Die Nutzung der besten verfügbaren Evidenz wird in EBP zu Recht als ethische Verpflichtung

aufgefasst. Es ist prinzipiell auch unstrittig, dass Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienstleistungen Anspruch auf möglichst aktuelle und vollständige Informationen haben, sofern dadurch ein Beitrag zur Verbesserung ihrer Situation erwartbar ist.

### **Bedeutung evidenzbasierter Praxis für die Klinische Sozialarbeit**

Das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit bildet die Grundlage klinischer Sozialarbeit. Als Fachdisziplin im Gesundheits- und Sozialwesen ist die Klinische Sozialarbeit mit der Aufgabenstellung psychosozialer Beratung, Sozialtherapie und Krisenintervention befasst (Geissler-Piltz, Mühlum & Pauls 2005). Die Diskussion um EBP hat insbesondere für den wissenschaftlichen Anteil der Fachlichkeit Bedeutung. Die Halbwertszeit jeglichen Forschungswissens verringert sich rapide. Neben Aus- und Weiterbildung, Supervision und kollegialer Beratung bieten Online-Ressourcen und elektronische Datenbanken eine Form der informationellen Unterstützung, die durch andere Quellen zunehmend weniger kompensiert werden kann. Über eine forschungsfreundliche Kultur und die Kompetenz zur Forschungsnutzung hinaus wird es zukünftig einer verbesserten Infrastruktur bedürfen, die systematisches

Reviewing und die Verbreitung von Forschungsergebnissen bereitstellt, sowie der technischen und organisatorischen Voraussetzungen, die Professionellen den Zugang dazu ermöglichen. Die Interventionspraxis im klinischen Kontext Sozialer Arbeit muss fortwährend durch den Stand der Forschung aktualisiert werden können. Die Kenntnis der empirischen Interventions- und Wirkungsforschung allein reicht natürlich nicht aus. Es ist profunde berufspraktische Expertise erforderlich, damit „Kliniker“ in den realen Alltagsbedingungen kompetent handeln können. Darüber hinaus muss sich eine soziale Dienstleistung daran messen lassen, inwieweit den Wünschen, Erwartungen und Werten der Nutzerinnen und Nutzer entsprochen wird. Damit sind die Grundkomponenten evidenzbasierter Praxis benannt (vgl. Abbildung 1). Um *best practice* zu erzielen, sind alle Komponenten gleichermaßen zu berücksichtigen.

### **Forschungsbasierte Interventionsentwicklung**

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass nicht alle Aspekte der EBP neu sind, aber neue Gewichtungen insbesondere der Relevanz empirischer Forschung für die Praxis erfolgen. Von EBP können wertvolle Impulse für die klinische Sozialarbeit ausgehen. Kritische Aspekte der EBP sind

ANZEIGE

## **AUSBILDUNG ZUM KINDER- UND JUGENDLICHEN-PSYCHOTHERAPEUTEN**

### **Institut für Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie Heidelberg e.V.**

- Staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut der VAKJP
- Erwerb der Approbation
- Erwerb zweier Fachkundenachweise (in analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie) in verkammerter Ausbildung



#### **Zugelassen werden:**

Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpädagogen, Erziehungswissenschaftler und Psychologen.

Die Ausbildung kann berufsbegleitend absolviert werden und dauert ca. 5 Jahre.

Nähere Informationen unter [www.akjp-hd.de](http://www.akjp-hd.de)

klar zu benennen, können dann zu Modifikationen führen und für die weitere Modellbildung fruchtbar gemacht werden. Beispielsweise wird das Verhältnis von Wissenschaft und professioneller Praxis in EBP nicht selten unterkomplex im Sinne einer „naiven Transfermentalität“ (Dewe, Ferchhoff & Radtke 1992) konzeptualisiert. Austauschprozesse zwischen Wissenschaft und Praxis können realistischer als Kooperation unterschiedlicher sozialer Systeme beschrieben werden, die zu Innovationen und einer Erhöhung der Problemlösungskapazität führen können. Ein solcher Ansatz kooperativer Wissensbildung wird derzeit in einem F&E-Programm der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW in mehreren Projekten in jeweils unterschiedlichen Handlungsfeldern Sozialer Arbeit zugleich erprobt und erforscht. Das Programm zielt darauf, das Verfahren *forschungsbasierter Interventionsentwicklung* systematisch zu überprüfen und im Hinblick auf seine Bewährung für Prozesse sozialer Innovation zu untersuchen (vgl. Gredig 2005). Der konzeptionelle Rahmen des Programms, der hier nur in abgekürzter Form skizziert werden kann, sieht vor, dass Kooperationspartner aus Wissenschaft, Praxis und ggf. aus anderen Bereichen projektbezogen zusammenarbeiten, um ein innovatives Interventionskonzept zu entwickeln. Die gemeinsame Konzeptentwicklung erfolgt auf der Grundlage des relevanten Forschungswissens. Ziel ist, einen höheren Grad der Problembewältigung zu erzielen. Zu diesem gemeinsamen Interesse haben verschiedene Akteure einen spezifischen Zugang. Das Projektteam zeichnet sich also potentiell durch Heterogenität aus, was Ko-Produktion im Hinblick auf Problemlösungsstrategien erfordert. Auch die jeweils beteiligten Organisationen sind zu berücksichtigen. Die planvoll gestaltete Interventionsentwicklung arbeitet mit dem und ggf. auch an dem gegebenen organisationalen Kontext. Dadurch wird verhindert, dass das Interventionskonzept ein Artefakt wird, das durch aufwändige Kontrollmechanismen abgesichert werden muss (Rüegg-Stürm 2001). Nicht zuletzt wird der Versuch unternommen, Nutzerinnen und Nutzer bzw. ihre Vertretungen am Projektteam zu beteiligen. Zu Recht wird international zunehmend die Forderung erhoben, Nutzerinnen und Nutzer personenbezogener Dienstleistungen an Forschung und Entwicklung zu beteiligen, die in ihrem Interesse stattfindet. Im Folgenden werden zwei Teilprojekte, in welchen das Verfahren forschungsbasierter Interventionsentwicklung derzeit erprobt wird, kurz vorgestellt:

**Das Projekt „Bodyguard“ – Gesundheitsförderung & HIV/AIDS Präven-**

**tion im Betrieb bei Männern“** wird in Kooperation mit den Aidshilfen der Kantone Zug, Luzern und Schwyz sowie einem Industrieunternehmen durchgeführt. Ausgehend von den Erkenntnissen zu Prädiktoren des HIV-Schutzverhaltens und der Tatsache, dass seit 1992 der heterosexuelle Übertragungsweg in der Schweiz der häufigste Weg von Neuansteckungen darstellt, zielt das Projekt darauf, in dem Unternehmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Belegschaft Maßnahmen zu entwickeln, die eine Auseinandersetzung mit dem Körper, dem Themenkreis HIV/AIDS fördern und eine Befähigung ermöglichen, HIV-Schutzstrategien in unterschiedlichen Situationen umzusetzen. (Nideröst, Hüttemann & Gredig 2007, im Erscheinen)

**Das Projekt „Arbeitsfeldanalyse und Konzeptentwicklung der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie“** ist Nachfolgeprojekt der Studie „Die Dynamiken von Integration und Ausschluss“ (Sommerfeld, Calzaferri & Hollenstein 2006). Diese Studie zeigt u.a., dass die Integration von Menschen nach stationären Aufenthalten in verschiedene „konkrete Handlungssysteme“ (vgl. Crozier & Friedberg 1993) sehr komplex und hoch voraussetzungsvoll ist, und dass zugleich von dieser Integration sowohl die psychische Entwicklung, als auch die Rückfallgefährdung direkt abhängt. Von Bedeutung für das geplante Interventionsprojekt im Rahmen des Programms ist, dass auf der Basis der Studie angenommen werden muss, dass die Hilfesysteme sowohl die systemische Komplexität als auch die zeitliche Dynamik der Fälle nicht adäquat erfassen und daher in den meisten Fällen wenig zur Problemlösung beitragen. Insbesondere konnten beim Übergang aus den stationären Einrichtungen mit der Segmentierung der Hilfesysteme verbundene strukturelle Probleme der Kontinuität und Koordination der Hilfen beobachtet werden. Geplant ist die Kooperation mit einem regionalen psychiatrischen Verbund.

Die Interventionsentwicklung erfolgt nahe an den realen Kontextbedingungen. Die Produktion klinisch relevanten Wissens hat durch die Anlage der Projekte günstige Voraussetzungen.

### **Klinische Sozialarbeit in der Schweiz**

Der Begriff Klinische Sozialarbeit ist in der Schweiz (noch) nicht weit verbreitet, wenngleich verschiedene Entwicklungen in Ausbildung, Weiterbildung, Forschung und professioneller Praxis bereits jetzt gut damit zusammengefasst werden könnten. In der Schweiz sind von 4.051 Millionen Erwerbs-

tätigen (SAKE 2006) etwa 430'000 Personen im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt (BFS 2003), wovon laut einer Anfrage beim Bundesamt für Statistik vom Mai 2007 3816 Personen (2615 Frauen, 1201 Männer) auf den Bereich der Sozialen Arbeit entfallen. Im Gesundheitswesen (stationäre, teilstationäre und ambulante Dienste) sind aktuell 693 Personen (554 Frauen, 139 Männer) als Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tätig. Nimmt man diese Zahlen als Grundlage, ist davon auszugehen, dass schweizweit mehrere Hundert Fachkräfte in einem klinischen Kontext Sozialer Arbeit beschäftigt sind. Genauere Angaben zur Sozialen Arbeit im schweizerischen Gesundheitswesen sind noch ein Forschungsdesiderat.

Die Soziale Arbeit in der Schweiz steht vor der Herausforderung, im aktuellen Veränderungsprozess des Gesundheitswesens eine neue Position zu finden. Carigiet begründete die Notwendigkeit einer Spezialisierung der Sozialarbeit, welche adäquater auf die Problemlagen des Einzelnen reagieren kann (Carigiet 2005). Er fordert ein selbstbewusstes und sichtbares Auftreten der Klinischen Sozialarbeit im medizinisch-industrialisierten Komplex des heutigen Gesundheitssystems und bezeichnet fünf Maßnahmenziele:

1. Klinische Sozialarbeit als eigenständige Disziplin und Profession neben Medizin, Psychologie und Pflege
2. Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit als zentraler Fokus
3. Beschäftigung mit sozialen Ursachen und Folgen von Erkrankungen
4. Aufbau einer beratenden Funktion für Medizin, Pflege und Psychologie
5. Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit als Wissenschaft zur Generierung von Wissen für die Praxis

Im November 2004 erfolgte mit der Arbeitstagung „Klinische Sozialarbeit und die Chance zur Professionalisierung“ der Auftakt zur Entwicklung einer Klinischen Sozialarbeit in der Schweiz (Fäh & Kaegi 2005). Die Gründung der Interessengemeinschaft Klinische Sozialarbeit ([www.klinische-sozialarbeit.ch](http://www.klinische-sozialarbeit.ch)) sowie die Kooperation der Hochschule für Soziale Arbeit FHNW mit dem Masterstudiengang „Klinische Sozialarbeit“ der Fachhochschule Coburg und der Alice-Salomon-Fachhochschule Berlin können als weitere Schritte genannt werden. Der Bedarf an einer klinischen Fachsozialarbeit ist in der Schweiz in ähnlicher Weise wie in Deutschland, Österreich und anderen europäischen Ländern gegeben. Eine weitere Vernetzung der verschiedenen Aktivitäten zur Profilbildung der Klinischen Sozialarbeit auf europäischer Ebene erscheint daher sinnvoll und aussichtsreich.

## Anmerkungen

1. Journal of Evidence-Based Social Work. Ed. Marvin D. Feit, The Haworth Press, Inc.
2. „Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research.“ (Sackett et al. 1996: 71) „Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values“. (Sackett et al. 2000: 1)

## Literatur

- Allen-Meaers, P. & Garvin, C. (Eds.) (2000). *The Handbook of Social Work Direct Practice*. Thousand Oaks: Sage.
- Bundesamt für Statistik [BFS] (2003). *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Ergebnisse der Betriebszählung 2001*. Neuchâtel: BFS.
- Carigiet, E. (2005). Beraten, Behandeln und Begleiten in einem sich wandelnden Sozial- und Gesundheitswesen: Ist klinische Sozialarbeit eine Antwort? *Intercura*, 90, 23-29.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1993). *Macht und Organisation – die Zwänge kollektiven Handelns*. Frankfurt: Hain.
- Dewe, B., Ferchhoff, W. & Radtke, F.-O. (1992). Das „Professionswissen“ von Pädagogen. Ein wissenschaftstheoretischer Rekonstruktionsversuch. In B. Dewe et al. (Hg.), *Erziehen als Profession* (S. 70-91). Opladen: Leske + Budrich.
- Fäh, B. & Kägi, U. (2005). Klinische Sozialarbeit an den Fachhochschulen für Soziale Arbeit Brugg und Basel. Entwicklungschance zur Professionalisierung Sozialer Arbeit. *Sozial Aktuell*, 1, 7-9.
- Gambrill, E. (2006). Evidence-Based Practice and

Policy. Choices Ahead. Research on *Social Work Practice*, 16 (3), 338-357.

Geissler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.

Gibbs, L.E. (2003). *Evidence based practice for the helping professions. A practical guide with integrated multimedia*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole-Thompson Learning.

Gredig, D. (2005). The Co-Evolution of Knowledge Production and Transfer. Evidence-based Intervention Development as an approach to improve the impact of evidence on social work practice. In P. Sommerfeld (Ed.), *Evidence-based Social Work – Towards a New Professionalism?* (pp. 175-200). Bern: Lang.

Hüttemann, M. & Sommerfeld, P. (2006). Evidence-based Social Work. In S. Dungs, U. Gerber, H. Schmidt & R. Zott (Hg.), *Ethik und Soziale Arbeit im 21. Jahrhundert*. Leipzig: Evg. Verlagshaus.

Lauterbach, K.W. & Schrappe, W. (2004). Evidence-based Medicine: Einführung und Begründung. In K.W. Lauterbach & W. Schrappe (Hg.), *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung* (S. 57-66). Stuttgart/New York: Schattauer.

McNeece, C.A. & Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1, 7-25.

Meng, J. (2006). *Evidence-Based Social Work Practice. Wissenschaftlich fundierte Versorgungspraxis der Sozialen Arbeit*. Oldenburg: Paolo Freire.

Mullen, E.J., Bellamy, J.L. & Bledsoe S.E. (2007, in press). Evidence-based Social Work Practice. In R.M. Grinnell & Y.A. Unrau (Eds.), *Social Work Research and Evaluation* (8th ed.). New York: Oxford University Press.

Nideröst, S., Hüttemann, M. & Gredig, D. (2007, i.Dr.) Bodyguard – Gesundheitsförderung und HIV/

Aids-Prävention bei Männern. In E. Engelke et al. (Hg.), *Forschung für die Praxis. Zum gegenwärtigen Stand der Sozialarbeitsforschung*. Freiburg: Lambertus.

Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Juventa .

Rüegg-Stürm, J. (2001). *Organisation und organisationaler Wandel. Eine theoretische Erkundung aus konstruktivistischer Sicht*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Sackett, D.L., Rosenberg, W., Gray, J.A.M., Haynes, R.B. & Richardson, S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM*. Edinburgh: Elsevier .

Bundesamt für Statistik [BFS] (2007). *SAKE. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: BFS.

Shlonsky, A. & Gibbs, L. (2004). Will the real evidence-based practice please stand up? Teaching the process of evidence-based practice to the helping professions. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4, 137-153.

Sommerfeld, P. (Ed.) (2005). *Evidence-based Social Work – Towards a New Professionalism?* Bern: Lang

Sommerfeld, P., Calzaferri, R. & Hollenstein, L. (2006). *Die Dynamiken von Integration und Ausschluss. Studie zum Zusammenspiel von individuellen Aktivitäten und sozialen Systemen nach Entlassung aus stationären Einrichtungen*. Online-Publikation: [www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1](http://www.fhnw.ch/sozialarbeit/ipw/forschung-und-entwicklung/abgeschlossene-projekte-1) [12.05.07].

ANZEIGE



## MASTER-STUDIUM

### „Sozialraumorientierte und Klinische Soziale Arbeit“

#### AUSWAHL

Im Oktober 2007 beginnt an der Fachhochschule Campus Wien ein Master-Studium mit der Wahlmöglichkeit zwischen zwei Vertiefungsrichtungen: „Sozialraumorientierte“ oder „Klinische“ Soziale Arbeit.

#### ABSCHLUSS

Das akkreditierte wissenschaftliche Studium schließt mit dem akademischen Grad: „Master of Arts in Social Sciences“ (M.A. oder MA) ab, der an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen gleichermaßen verliehen wird und mit 300 ECTS-Punkten den Anerkennungsrichtlinien der Europäischen Union entspricht.

#### DAUER

Das Studium dauert vier Semester, es wird berufs begleitend und berufstätigenfreundlich durchgeführt, wesentliche Teile erfolgen in Fernlehre ohne erforderliche persönliche Anwesenheit.

#### KOSTEN

Die Kosten betragen 420.- Euro pro Semester (gesetzliche Studiengebühr und Materialbeitrag).

#### ZULASSUNG

Als Zulassungsvoraussetzung gilt ein abgeschlossenes Vorstudium von mindestens 6 Semestern (Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Gesundheitsbezogene-, Gesellschaftswissenschaftliche- oder Pädagogische Studien, etc).

#### FRIST

Das ausgefüllte und unterfertigte Bewerbungsformular ist bitte bis 31. August 2007 auf dem Postweg an die Fachhochschule FH Campus Wien, Master-Studium, Freytaggasse 32, 1210 Wien, Österreich, zu übermitteln. Bewerber/innen werden im September 2007 schriftlich zu einem Aufnahmeverfahren eingeladen werden.

#### KONTAKT

Nähere Informationen und Download des Bewerbungsformulars auf der Homepage der Hochschule [www.fh-campuswien.ac.at](http://www.fh-campuswien.ac.at), weitere Anfragen und Formularanforderungen auch per Email an [sozialklinisch@fh-campuswien.ac.at](mailto:sozialklinisch@fh-campuswien.ac.at).