

# Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit in der somatischen Akutversorgung der Deutschschweiz

## Auswertung einer Umfrage



**Prof. Tom Friedli, Dr. phil.**  
**Fabienne Rotzetter, Dr. phil.**

Olten, 14. August 2025

Dieses Dokument ist unter der offenen Lizenz [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) veröffentlicht.

Als Namensnennung im Sinne der Lizenz ist vorgesehen:

«Tom Friedli und Fabienne Rotzetter für Hochschule für Soziale Arbeit FHNW».

Die Wort-Bildmarke der FHNW ist markenrechtlich geschützt und daher nicht Teil der offenen Lizenz.



# Inhaltsverzeichnis

	Zusammenfassung	3
1	Einleitung	4
2	Methodik	5
2.1	Zielgruppe und Rekrutierung	5
2.2	Fragebogenstruktur	5
2.3	Datenerhebung	6
2.4	Datenanalyse	6
3	Ergebnisse	7
4	Diskussion und weitere Schritte	12
5	Dank	13
	Quellen	14

## **Zusammenfassung**

Gesundheitsbezogene soziale Risiken wie finanzielle Unsicherheit, instabile Wohnverhältnisse oder fehlende Unterstützung beeinflussen Krankheitsverläufe und Behandlungsergebnisse erheblich. In der somatischen Akutversorgung der Deutschschweiz fehlt bislang ein validiertes, praxisnahes Instrument, um diese Faktoren systematisch zu erfassen.

Die Resultate der vorliegenden explorativen Online-Umfrage unter Fachpersonen aus Akutspitälern, Sozialer Arbeit, Therapie, Pflege und psychosomatischer Medizin zeigen: Die meisten Einrichtungen erheben entsprechende Informationen, nutzen jedoch überwiegend nicht validierte, teils selbst entwickelte Verfahren; Zuständigkeiten und Prozesse sind häufig unklar.

Genannt werden Bedarfe nach standardisierten, praxistauglichen, IT-integrierten Verfahren, klaren Abläufen, ausreichenden Ressourcen und gezielter Schulung.

Vor diesem Hintergrund erscheint die Entwicklung eines kontextsensiblen, nach State-of-the-Art entwickelten und in allen relevanten Dimensionen validierten Instruments wichtig. Das Instrument sollte zudem an klinische Workflows angepasst, in gängige Klinikinformationssysteme integrierbar, ethisch geprüft, interprofessionell verständlich und theoretisch anschlussfähig sein, damit es für die Praxis einen tatsächlichen Mehrwert darstellt und nachhaltig implementiert werden kann.

# 1 Einleitung

Die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit, konkrete gesundheitsbezogene soziale Risiken wie finanzielle Unsicherheit, instabile Wohnverhältnisse oder fehlende soziale Unterstützung sowie gesundheitsbezogene soziale Bedürfnisse beeinflussen nachweislich Krankheitsverläufe, Behandlungserfolge und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (Alderwick & Gottlieb, 2019; Gottlieb et al., 2016). Zahlreiche nationale und internationale Studien zeigen, dass ihre frühzeitige Identifikation und gezielte Adressierung zur Reduktion von Hospitalisationsdauer und Wiederaufnahmen beitragen sowie die Lebensqualität von Patient:innen signifikant verbessern können (Andermann & CLEAR Collaboration, 2016; Billioux et al., 2017).

Trotz dieser Evidenz fehlt in der somatischen Akutversorgung in der deutschsprachigen Schweiz bislang ein validiertes und praxisnahes Instrument, mit dem gesundheitsbezogene soziale Risiken und Bedürfnisse systematisch und digital in klinischen Abläufen erfasst werden können. Viele existierende Tools aus dem internationalen Raum – etwa aus nordamerikanischen Gesundheitssystemen – erweisen sich aufgrund systemischer und kontextueller Unterschiede als nicht direkt übertragbar (Alderwick & Gottlieb, 2019; Billioux et al., 2017).

Um diese Situation empirisch zu konkretisieren, hat die Hochschule für Soziale Arbeit FHNW im Jahr 2025 eine explorative Umfrage unter Fachleuten aus Akutspitälern, Sozialer Arbeit, Ergotherapie, Physiotherapie, Pflege und psychosomatischer Medizin durchgeführt. Ziel war es, Verfahren der Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit<sup>1</sup> in der Praxis zu identifizieren, vorhandene Lücken sichtbar zu machen und den Bedarf nach Verbesserungen zu erheben, um diese Erkenntnisse als Basis für einen geplanten Forschungsantrag zu nutzen. Dieser Bericht fasst die zentralen Ergebnisse der Umfrage zusammen.

<sup>1</sup> In der Umfrage wurde nicht von gesundheitsbezogenen sozialen Risiken und Bedürfnissen gesprochen, sondern etwas genereller und für die interprofessionelle Praxis verständlicher von der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit.

## 2 Methodik

Die Umfrage wurde als explorative Querschnittserhebung konzipiert, um einen Überblick über die aktuelle Praxis der Erfassung von Problemen bezüglich der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit in der Gesundheitsversorgung in der Deutschschweiz zu gewinnen. Ziel war es, bestehende Erfassungsverfahren, eingesetzte Instrumente, wahrgenommene Lücken sowie organisatorische und technische Rahmenbedingungen zu identifizieren.

### 2.1 Zielgruppe und Rekrutierung

Die Erhebung richtete sich an Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die in der somatischen Akutversorgung oder in der Nachsorge zur somatischen Akutversorgung tätig sind. Die Rekrutierung erfolgte Ende 2024 / Anfang 2025 über gezielte Einladungen, die mit Unterstützung der weiter unten genannten Partnerorganisationen in deren Netzwerken und Mitgliedschaftslisten verbreitet wurden:

### 2.2 Fragebogenstruktur

Der Fragebogen gliederte sich in folgende Abschnitte:

1. **Allgemeine Angaben zur Einrichtung und zur eigenen Tätigkeit** (z. B. Berufsgruppe, Institutionstyp, Versorgungsbereich)
2. **Aktuelle Erfassungspraxis** (Art und Umfang der Erhebung sozialer Faktoren, zuständige Berufsgruppen, eingesetzte Instrumente)
3. **Organisatorische und technische Rahmenbedingungen** (Workflow, IT-Integration, Zuständigkeiten)
4. **Wahrgenommene Lücken und Verbesserungsvorschläge** (offene Freitextantworten)

Der Fragebogen umfasste folgende Fragen:

1. Welches sind in Ihrer Praxis die für eine ganzheitliche Behandlung bedeutenden Teilaspekte der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit?
2. Werden in Ihrer Organisation Probleme der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit (z. B. in den Lebensbereichen Familie, Wohnen, Arbeit, Finanzen, etc.) erfasst?
3. Wenn ja, von welcher Berufsgruppe (oder welchen Berufsgruppen) werden diese Probleme erfasst? (Mehrfachantworten möglich)
4. Wie erfolgt die Erfassung?
5. Falls Sie ein Instrument oder mehrere Instrumente nutzen: Welche sind diese?
6. Wird in Ihrer Organisation die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit zusätzlich zur Erfassung auch bearbeitet?
7. Wenn ja, von welcher Berufsgruppe (oder welchen Berufsgruppen) wird die soziale Dimension bearbeitet? (Mehrfachantworten möglich)

8. Falls die Erfassung und die Bearbeitung nicht durch dieselbe Berufsgruppe erfolgt: Wie wird zugewiesen? (Mehrfachantworten möglich)
9. Gibt es Ihrer Meinung nach in Ihrer Organisation einen Bedarf zur Verbesserung der Erfassung, Zuweisung und/oder Bearbeitung von Problemen in den Bereichen Familie, Wohnen, Arbeit, Finanzen etc. (soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit)? Wenn ja, was würden Sie sich wünschen?
10. In welchen Bereichen des Gesundheitswesens ist Ihre Organisation tätig? (Mehrfachantworten möglich)

Zusätzlich konnten fakultativ eine Kontaktadresse und der Name der Organisation angegeben werden. Diese Angaben wurden nicht ausgewertet.

### **2.3 Datenerhebung**

Die Umfrage wurde mit einer webbasierten Befragungssoftware (Microsoft Forms) durchgeführt. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Der Teilnahmezeitraum erstreckte sich über acht Wochen.

### **2.4 Datenanalyse**

- **Quantitative Daten:** Die geschlossenen Fragen wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet.
- **Qualitative Daten:** Die offenen Fragen – insbesondere zum Verbesserungspotenzial – wurden in einer an der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) angelehnten «rapid analysis» ausgewertet. Wir liessen uns dabei von KI unterstützen.

### 3 Ergebnisse

Die Umfrage wurde von 68 Fachpersonen aus unterschiedlichen Berufsgruppen beantwortet. Die grössten Anteile stellten die Soziale Arbeit sowie Ergotherapie und Physiotherapie (Doppelnennungen waren möglich) (vgl. Abb 1).

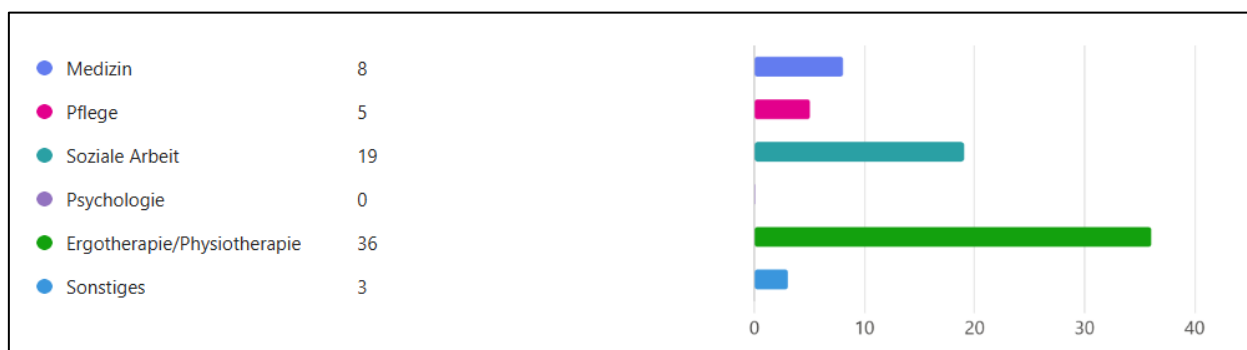


Abbildung 1: Antwortende nach Berufsgruppen.

In fast allen Organisationen (bei 64 der 68 Teilnehmenden) werden Probleme der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit erfasst und in 80 % (n=55) auch bearbeitet.

Die Erfassung der Daten geschieht durch sehr unterschiedliche Berufsgruppen (vgl. Abb.2).

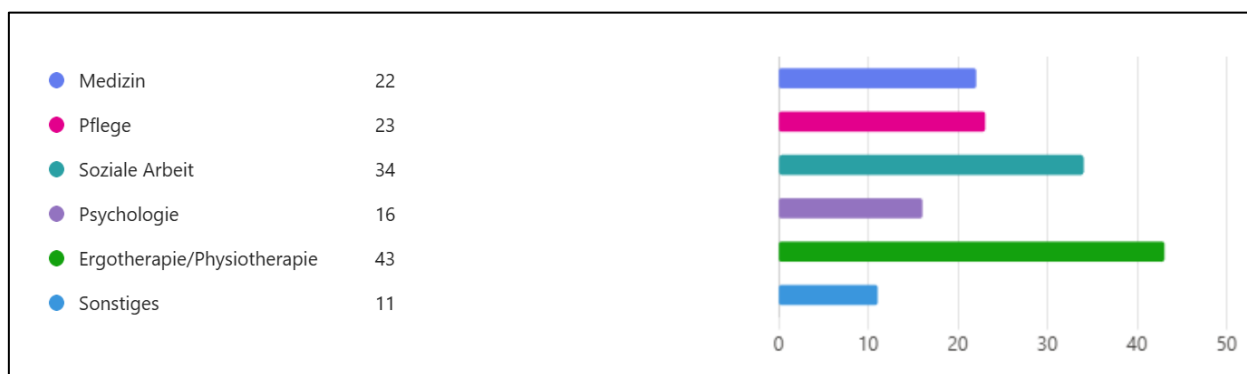


Abbildung 2: Berufsgruppen, welche Daten zur sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit erheben.

Die Erhebung der Daten erfolgt nur teilweise methodisch geleitet und personell geregelt. In den Betrieben von 41 Antwortenden kommen dazu spezielle Instrumente zum Einsatz. (vgl. Abb. 3).

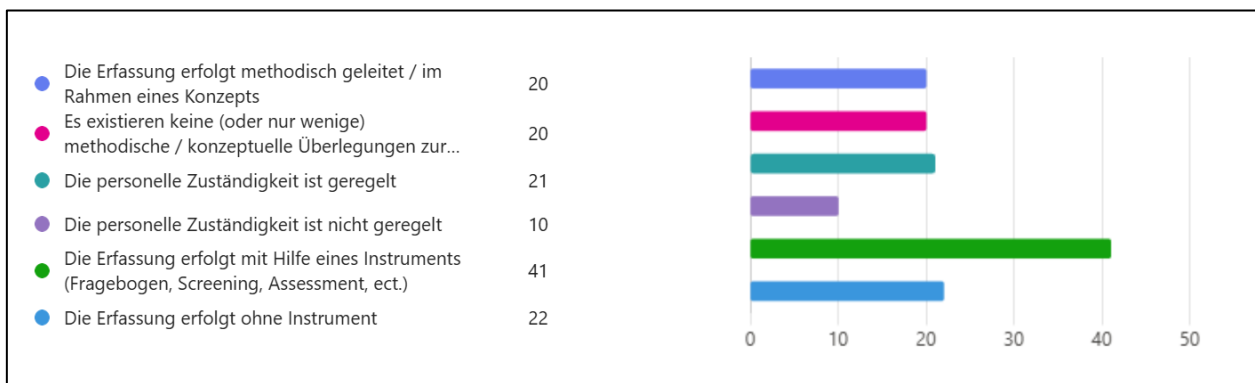


Abbildung 3: Art und Weise der Erfassung.

Die Auswertung der Antworten auf die Frage nach den genutzten Instrumenten zeigt, dass die überwiegende Mehrheit der genannten Instrumente nicht validierte Selbstentwicklungen oder selbst angepasste Instrumente sind. Die genannten validierten Screening-Instrumente können höchstens am Rande als Erhebungsinstrumente der sozialen Dimension von Gesundheit angesehen werden (HADS<sup>2</sup>, UKS<sup>3</sup>, PSFS<sup>4</sup>). Das gleiche Bild zeigt sich bei den Instrumenten, die den standardisierten Assessments/Fragebogen zugeordnet werden können: Auch hier handelt es sich nur teilweise um Instrumente, welche für die Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit eingesetzt werden können. Teilweise handelt es sich auch um Instrumente, bei denen die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit zwar angesprochen wird, aber nicht im Zentrum steht (FLZ<sup>5</sup>, GAF<sup>6</sup>, CANSAS<sup>7</sup>). Lediglich DISAPO<sup>8</sup> stellt ein strukturiertes, forschungsbasiertes Instrument dar, das ausdrücklich zur Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit entwickelt wurde.

In der Umfrage wurde kein einziges validiertes Screening-Instrument für die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit genannt, das in der Praxis angewendet wird.

<sup>2</sup> Hospital Anxiety and Depression Scale (Snaith & Zigmond, 1983)

<sup>3</sup> Ultrakurz-Screening (Temp et al., 2012)

<sup>4</sup> Patient Specific Functional Scale (Sterling & Brentnall, 2007)

<sup>5</sup> Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Fahrenberg et al., 2000)

<sup>6</sup> Global Assessment of Functioning (Hall, 1995)

<sup>7</sup> Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (Slade & Thornicroft, 2020)

<sup>8</sup> Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie (Krottendorfer, 2024)

Tabelle 1: Zuordnung der genannten Erhebungsinstrumente

<b>Kategorie</b>	<b>Nennungen</b>	<b>Genannte Instrumente (Zusammenfassung)</b>
standardisierte und validierte Screenings	5	Distress-Thermometer <sup>9</sup> ; HADS; Patient Specific Functional Scale (PSFS); Ultrakurz-Screening (UKS)
selbst entwickelte oder angepasste, nicht validierte Screenings	2	Screening (unspezifisch); Screening Soziale Risikofaktoren
standardisierte Anamnesebögen, Fragebögen	5	CANSAS; FLZ; GAF; Fragen der Schweizer Gesundheitsbefragung; WHO-5
selbst entwickelte oder angepasste, nicht validierte Anamnesebögen oder Fragebögen	25	Screening-Instrument (FHNW) <sup>10</sup> ; eigene Anamnese-Fragebogen; Fragebogen (angelehnt an ICF); Sozialanamnese (intern)
(teil)standardisierte, strukturierte Interviews, Leitfäden	6	COPM <sup>11</sup> ; DISAPO; Notruf-Abfrageschema
Grafische Instrumente	4	Genogramm; Kawa-Modell <sup>12</sup> ; Netzwerkkarte; PRISM <sup>13</sup>
Beobachtungsbögen	1	Beobachtung (unspezifisch)
sonstiges/unklar	17	Bio-psycho-soziales Modell; clinical Reasoning; Multimodale Schmerztherapie; persönliche Anamnese; Standards; Gesprächsleitfaden Erstkontakt

Eine an die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) angelehnte «rapid analysis» der Freitextangaben zum Verbesserungsbedarf zeigte, dass der Wunsch nach einer systematischeren, standardisierten Erfassung geäußert wird. Genannt werden flächendeckende Screenings, einheitliche Assessments, die Nutzung von Modellen zur sozialen Dimension von Gesundheit sowie strukturierte Fragebögen. Die Befragten verbinden damit verschiedene Ziele: Erstens eine bessere Erhebung relevanter Daten, zweitens die Ableitung klarer Ziele und Massnahmen sowie drittens die Vermeidung von Doppelbefragungen.

Auch die Zuweisungs- und Zuständigkeitsprozesse werden thematisiert. Kritisiert werden umständliche Abläufe, unklare Zuständigkeiten und fehlende Rollenabgrenzung zwischen Professionen. Gewünscht werden eine klarere Aufgabenverteilung, schnellere und niederschwelligere Zuweisungen sowie die gezielte Informationsweitergabe bereits bei der Verordnung oder Fallübernahme.

Ein weiterer zentraler Befund betrifft die Ressourcenfrage. Hier dominieren Hinweise auf Personalmangel, fehlende Zeit und eine unzureichende Abrechenbarkeit sozialarbeiterischer oder psychosozialer Leistungen. Mehrfach wird eine verbesserte Finanzierung

<sup>9</sup> NCCN Distress-Thermometer (Mehnert et al., 2006)

<sup>10</sup> Screening-Instrument zur Selbstbeurteilung von Patientinnen und Patienten (FHNW, 2013)

<sup>11</sup> Canadian Occupational Performance Measure (Law et al., 1990)

<sup>12</sup> (Kranz, 2010)

<sup>13</sup> Pictorial Representation of Illness and Self Measure (Büchi & Sensky, 1998)

gefordert, um administrativen Aufwand, interprofessionelle Koordination oder Angehörigenarbeit angemessen abzudecken. In einigen Fällen werden Kapazitätsengpässe als Ursache für Verzögerungen und eingeschränkte Angebotsnutzung genannt.

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird sowohl als Potenzial wie auch als Herausforderung beschrieben. Nebst positiven Beispielen aus einzelnen Teams gibt es deutliche Wünsche nach stärkerer interner und externer Vernetzung, einer gemeinsamen Sprache (z. B. auf Basis der ICF) und klar definierten Zuständigkeiten.

Einige Beiträge richten den Blick auf Versorgungsübergänge und die Reichweite von Angeboten. Genannt werden Schwierigkeiten beim Anschluss nach stationären Aufenthalten, ein Mangel an fortführenden Unterstützungsangeboten und der Wunsch nach flächendeckender sozialer Beratung – auch in der ambulanten Grundversorgung.

Ergänzend werden Fragen der Niederschwelligkeit und des Datenschutzes angesprochen. Hierzu gehören Forderungen nach leichterem Zugang zu Beratungsangeboten, einer datenschutzkonformen, aber effizienten Kontaktaufnahme zwischen Disziplinen sowie einer stärkeren Sensibilisierung aller Berufsgruppen für soziale Problemlagen.

Ein kleinerer, aber relevanter Teil der Rückmeldungen bezieht sich auf den Einbezug von Angehörigen und die Berücksichtigung des gesamten sozialen Systems im Behandlungsprozess.

Darüber hinaus finden sich Aussagen dazu, dass Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, aber auch die stationäre und ambulante Gesundheitsversorgung, zu starre Systemgrenzen haben respektive zu wenig koordiniert werden.

Mehrere Aussagen befassen sich mit Handlungsprinzipien, Tools und Leitfäden. Nebst dem Wunsch nach praxistauglichen Instrumenten und Orientierungshilfen wird eine grundsätzliche Haltung betont, die Patient:innen als aktive Teilnehmende im Lösungsprozess versteht und Begleitung auf Augenhöhe vorsieht.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Rückmeldungen sowohl konkrete, umsetzungsnahe Verbesserungsvorschläge als auch strukturell-politische Forderungen enthalten. Die Spannweite der Antworten – vom klar bejahten Handlungsbedarf über differenzierte Einzelwünsche bis hin zu zufriedenen Statusbeschreibungen – deutet darauf hin, dass die Wahrnehmung des Bedarfs und der Prioritäten stark vom jeweiligen Arbeitsbereich, den vorhandenen Ressourcen und den bisherigen Erfahrungen in der Zusammenarbeit abhängt. Personen, die in Angeboten tätig sind, welche der stationären Behandlung nachgelagert sind, scheinen am zufriedensten mit der Situation zu sein.

Wenn wir die Antworten nun auf zentrale Entwicklungsfelder entlang des «Lebenszyklus» eines Screening-Instruments übertragen, zeigt sich folgendes Bild:

### **1. Anforderungsanalyse / Problemdefinition**

Mehrere Rückmeldungen betonen die Notwendigkeit, die soziale Dimension fest in die Gesundheitsversorgung zu integrieren («Screening bei allen Krebspatient:innen nötig», «Bedarf an systematischer Erfassung»). Dies umfasst sowohl die grundsätzliche Anerkennung

ihrer Relevanz («Ja, weil der Mensch ist nicht nur sein Körper») als auch die präzise inhaltliche Definition der zu erfassenden sozialen Faktoren. Ein fehlendes gemeinsames Begriffsverständnis («Gemeinsame Sprache») wird als Barriere für die Vergleichbarkeit und Nutzbarkeit von Daten gesehen.

Übertragen auf ein Projekt zur Entwicklung eines Screening-Instruments zur Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit bedeutet dies, dass eine initiale Phase zur gemeinsamen Definition der relevanten Risikodimensionen unverzichtbar ist.

Ergänzend wird auf die Notwendigkeit der Praxistauglichkeit hingewiesen, um die inhaltliche Qualität und Vergleichbarkeit der Erhebung zu sichern («praxisalltagstaugliche Tools zur Erfassung und Bearbeitung sozialmedizinischer Aspekte, v. a. bei chronisch kranken Menschen»). Dies zeigt, dass die Entwicklung validierbarer Instrumente von Beginn an eng an die klinische Praxis anschließen und klare Handlungsanweisungen enthalten muss.

## **2. Workflow-Design / Zuweisungslogik**

Ein wiederkehrendes Thema ist die Notwendigkeit klarer Zuständigkeiten und einheitlicher Abläufe für Erfassung und Zuweisung. Doppelspurigkeiten sollen vermieden und interprofessionelle Schnittstellen optimiert werden («Vermeidung von Doppelspurigkeiten», «klare Zuständigkeitsregelung»).

Dies bedeutet, dass ein Screening in bestehende klinische Workflows integriert werden muss, inklusive klarer Verantwortlichkeiten und Übergabepunkte.

## **3. Technische Umsetzung / IT-Einbettung**

Technische Barrieren werden häufig genannt: fehlende Schnittstellen, mangelnde Benutzerfreundlichkeit und uneinheitliche Systeme («Zuweisung im Kliniksystem zu umständlich»). Eine reibungslose IT-Integration gilt als Voraussetzung für eine nachhaltige Nutzung.

Für die Entwicklung eines Instruments bedeutet dies, dass parallel zur inhaltlichen Entwicklung die technische Einbettung in klinische Informationssysteme geplant werden muss, idealerweise unter Berücksichtigung interoperabler Standards.

## **4. Schulung & Change Management**

Eine Lücke besteht laut den Befragten bei gezielten Schulungen, dem Ausbau fachlicher Kompetenzen und der Sensibilisierung aller Berufsgruppen («Awareness in sämtlichen Berufsgruppen schaffen»). Fehlende Kenntnisse in Sozialer Diagnostik gelten als Hemmfaktor («Ärzt:innen, welche über zu wenig Weiterbildung in bio-psycho-sozialer Medizin verfügen»).

Für die Instrumentenentwicklung bedeutet dies, dass begleitende Schulung und leicht verständliche Manuale wichtig sein können, um Akzeptanz und korrekte Anwendung des Instruments zu sichern.

## **4 Diskussion und weitere Schritte**

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass die Entwicklung eines Screening-Instruments für die Erfassung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit nicht nur eine methodische, sondern auch eine organisationale und technologische Aufgabe ist. Erfolgsentscheidend ist die parallele Arbeit an inhaltlicher Präzision unter Einbezug aller Stakeholder, Workflow-Integration, IT-Umsetzung, Qualifizierung der Fachkräfte und einer kontinuierlichen Qualitätssicherung.

Diese Umfrage ist nicht repräsentativ für die Praxis. Wenn aber davon ausgegangen wird, dass eher Personen mit einer gewissen Sensibilität für das Thema auf den Aufruf geantwortet haben, bestätigt sie dennoch das vorhandene Wissen aus der professionspolitischen Arbeit, den bestehenden internationalen systematischen Reviews und einer eigenen Scoping Review (Friedli & Rotzetter, in Erarbeitung): Es existiert momentan kein validiertes Screening-Instrument zur sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit, welches in der Praxis der (deutschschweizerischen) stationären Gesundheitsversorgung angewendet wird. Daraus lässt sich folgern, dass die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit im genannten Feld nicht systematisch bearbeitet wird.

Daher scheint es wichtig, dass zu Handen der Praxis ein Instrument entwickelt werden kann, welches die oben und in der Literatur genannten Qualitätskriterien erfüllt: partizipative, konsensbasierte Entwicklung, validiert in allen wesentlichen Dimensionen, orientiert an den Workflows der klinischen Praxis, implementierbar in die gängigen Klinikinformationssysteme, ethisch geprüft, interprofessionell verständlich und nutzbar (inkl. theoretische Anschlussfähigkeit).

## **5 Dank**

Wir danken allen Fachleuten, die den Fragebogen ausgefüllt haben sowie den Partnerorganisationen, die uns beim Versand der Umfrage unterstützt haben:

- Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES)
- Ergotherapie-Verband Schweiz (EVS)
- Physioswiss – Schweizer Physiotherapie Verband
- Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (fmc)
- Swiss Pain Society (SPS)
- Schweizerische Akademie für Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM)
- Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspsychologie (SGGPsy)

## Quellen

- Alderwick, H., & Gottlieb, L. M. (2019). Meanings and Misunderstandings: A Social Determinants of Health Lexicon for Health Care Systems. *The Milbank Quarterly*, 97(2).
- Andermann, A. & CLEAR Collaboration. (2016). Taking action on the social determinants of health in clinical practice: A framework for health professionals. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 188(17–18), E474–E483.  
<https://doi.org/10.1503/cmaj.160177>
- Billioux, A., Verlander, K., Centers for Medicare and Medicaid Services, Anthony, S., Centers for Medicare and Medicaid Services, Alley, D., & Centers for Medicare and Medicaid Services. (2017). Standardized Screening for Health-Related Social Needs in Clinical Settings: The Accountable Health Communities Screening Tool. *NAM Perspectives*, 7(5). <https://doi.org/10.31478/201705b>
- Büchi, S., & Sensky, T. (1998). Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM): Eine einfache Visualisierungsmethode für Forschung und Praxis. ["Pictorial Representation of Illness and Self Measure:" A simple visualization method for research and practice.]. *Verhaltenstherapie*, 8(2), 112–117.  
<https://doi.org/10.1159/000030636>
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., & Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit*. FHNW. (2013). *Screening-Instrument zur Selbstbeurteilung von Patientinnen und Patienten*. Deskriptive Systemmodellierung (DeskSM). <https://www.soziale-diagnostik.ch/wp-content/uploads/sites/65/2019/11/Standardisiertes-Kurzassessment.pdf>
- Friedli, T., & Rotzetter, F. (in Erarbeitung). *Instruments for screening social determinants of health – results of a scoping review*.
- Gottlieb, L. M., Hessler, D., Long, D., Laves, E., Burns, A. R., Amaya, A., Sweeney, P., Schudel, C., & Adler, N. E. (2016). Effects of Social Needs Screening and In-Person Service Navigation on Child Health: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatrics*, 170(11), e162521. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2016.2521>
- Hall, R. C. W. (1995). Global Assessment of Functioning: A Modified Scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267–275.  
[https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71666-8](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71666-8)
- Kranz, F. (2010). Die etwas andere Perspektive auf das Handeln. *praxis ergotherapie*, 23(05).

- Krottendorfer, K. (2024). *Anwendungsmanual—Soziales Diagnostikverfahren für die Klinische Soziale Arbeit in der Pädiatrischen Onkologie (DISAPO)*.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Beltz Juventa.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: An outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 57(2), 82–87.  
<https://doi.org/10.1177/000841749005700207>
- Mehnert, A., Müller, D., Lehmann, C., & Koch, U. (2006). Die deutsche Version des NCCN Distress-Thermometers. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1661-4747.54.3.213>
- Slade, M., & Thornicroft, G. (2020). *Camberwell Assessment of Need (CAN) 2nd Edition*. Cambridge University Press & Assessment. <https://www.cambridge.org/universitypress/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology/camberwell-assessment-need-can-2nd-edition>
- Snaith, R. P., & Zigmond, A. S. (1983). *HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale—Deutsche Version*. <https://www.testzentrale.de/shop/hospital-anxiety-and-depression-scale-deutsche-version-69320.html>
- Sterling, M., & Brentnall, D. (2007). Patient Specific Functional Scale. *Australian Journal of Physiotherapy*, 53(1), 65. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(07\)70066-1](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(07)70066-1)
- Temp, J., Küch, D., & Franke, G. (2012). *Ist der UKS als Screening-Instrument zur Erfassung psychischer Belastung in der somatischen Rehabilitation geeignet?* (S. 70–83).