

Zahngesundheit in der Sozialhilfe

EINE FORSCHUNGSSARBEIT IM KANTON SOLOTHURN
ÜBER DIE INANSPRUCHNAHME ZAHNÄRZTLICHER
BEHANDLUNGEN



BACHELOR-ARBEIT

Noemi Steiner

Begleitperson: Aylin Wagner

Eingereicht am 11. August 2025

Bachelor-Arbeit

Ausbildungsgang: Sozialarbeit

Kurs:

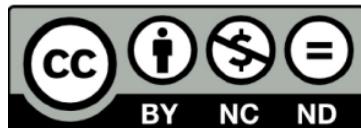
Noemi Steiner**Zahngesundheit in der Sozialhilfe****Eine Forschungsarbeit im Kanton Solothurn über die Inanspruchnahme
zahnärztlicher Behandlungen**

Diese Arbeit wurde am **11. August 2025** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



Urheberrechtlicher Hinweis:

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-
Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>

Sie dürfen:



Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.
Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

Vorwort der Studiengangleitung Bachelor

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von mehreren Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme und Entwicklungspotenziale als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Denken und Handeln in Sozialer Arbeit ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es liegt daher nahe, dass die Diplomand_innen ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Fachleute der Sozialen Arbeit mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachkreisen aufgenommen werden.

Luzern, im August 2025

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Diese Bachelorarbeit der Studierenden Noemi Steiner befasst sich mit der Zahngesundheit in der Sozialhilfe am Beispiel des Kantons Solothurn. Untersucht wird, welche Faktoren die Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen durch Sozialhilfebezieher*innen beeinflussen. Grundlage bilden die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen der wirtschaftlichen Sozialhilfe sowie in den fachlichen Diskurs zur Zahngesundheit.

Für die Datenerhebung wurden qualitative Leitfadeninterviews mit sechs Sozialhilfebezieher*innen durchgeführt und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass Zahnbehandlungen häufig erst bei akuten Schmerzen erfolgen. Zentrale Hürden sind zum einen finanzielle Belastungen wie der zehnprozentige Selbstbehalt, zum anderen strukturelle Hindernisse durch komplizierte Bewilligungsverfahren sowie psychische Faktoren wie Angst oder Scham.

Diese Hürden wirken oft zusammen und können dazu führen, dass notwendige Behandlungen lange hinausgezögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden. Abschliessend werden Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit formuliert.

Danksagung

An dieser Stelle möchte sich die Autorin bei allen Personen bedanken, die zum Entstehen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben. Speziell zu erwähnen sind die Interviewpartner*innen, welche sich zur Verfügung gestellt haben, sowie die Begleitperson Aylin Wagner von der Hochschule Luzern.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Danksagung	II
Abbildungsverzeichnis.....	VI
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
1.1 Ziele und Motivation.....	3
1.2 Berufsrelevanz.....	3
1.3 Fragestellungen	4
1.4 Abgrenzung	4
1.5 Aufbau der Bachelorarbeit	5
1 Theorie.....	6
2.1 Wirtschaftliche Sozialhilfe	6
2.1.1 Definition	6
2.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	7
2.1.3 Kanton Solothurn	8
2.1.4 sozialhilferechtliches Existenzminimum	8
2.1.5 Ziele und Prinzipien der wirtschaftlichen Sozialhilfe	9
2.1.6 Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe	10
2.1.7 Armutskonzepte und Lebenslagen.....	12
2.1.8 Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Folgen	13
2.1.9 Schlussfolgerungen.....	14
2.2 Zahngesundheit.....	14
2.2.1 Definition	15
2.2.2 Soziale Determinanten der Zahngesundheit.....	15
2.2.3 Zahngesundheit und Armut.....	16
2.2.4 Salutogenese	17
2.2.5 Prävention	18
2.2.6 Schlussfolgerungen.....	19

3. Methodisches Vorgehen	20
3.1 Forschungsfrage.....	20
3.2 Forschungsmethode und Sampling	20
3.2.1 Qualitative Forschung	20
3.2.2 Sampling	21
3.3 Datenerhebung	22
3.3.1 Leitfadeninterview	23
3.3.2 Entwicklung Leitfaden	23
3.3.3 Durchführung der Interviews	23
3.4 Datenaufbereitung	24
3.5 Datenauswertung.....	24
3.6 Bewertung der Methoden	27
4. Darstellung der Forschungsergebnisse	29
4.1 Vorstellung der Interviewpartner*innen.....	29
4.1.1 Person 1.....	29
4.1.2 Person 2.....	30
4.1.3 Person 3.....	30
4.1.4 Person 4.....	30
4.1.5 Person 5.....	30
4.1.6 Person 6.....	31
4.2 Darstellung der Ergebnisse	31
4.2.1 Akute Schmerzen.....	31
4.2.2 Finanzielle Belastungen.....	32
4.2.3 Strukturelle Hürden	35
4.2.4 psychische Hemmschwelle	37
4.2.5 Behandlung im Ausland	37
4.2.6 Selbstbild.....	38
4.2.7 Teilhabe	40
4.3 Schlussfolgerungen	41
5. Diskussion der Forschungsergebnisse	42
5.1 Schlussfolgerung	46
5.2 Persönliche Stellungnahme	47

6. Schlussfolgerung für die Soziale Arbeit	49
6.1 Schlussfolgerungen und Fazit	49
6.2 Praxisbezug	52
6.3 Ausblick	53
Literaturverzeichnis	54
Anhang	58
A. Interviewleitfaden.....	58
B. Einverständniserklärung (ohne Angabe der Person).....	60
C. Kategorienhandbuch	61

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Fragestellungen (eigene Darstellung)</i>	4
<i>Abbildung 2: Übersicht Sampling (eigene Darstellung)</i>	22
<i>Abbildung 3: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (eigene Darstellung, angelehnt an Mayring, 2010b, S.62)</i>	26

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Übersicht Quote Forschungsarbeit (eigene Darstellung)</i>	21
<i>Tabelle 2: Kategorienhandbuch verkürzte Version (eigene Darstellung)</i>	27

1. Einleitung

«Ich zeige meine Zähne nicht mehr, auch nicht beim Lachen»

(Person 1, Z.179–173)

Diese Aussage einer befragten Person aus dem Kanton Solothurn verdeutlicht, wie sehr der Zustand der Zähne das Selbstwertgefühl und die soziale Teilhabe beeinträchtigen kann. Sie steht exemplarisch für Erfahrungen, die in ähnlicher Weise mehrfach im Rahmen dieser Forschung geschildert worden sind. Zahnschmerzen, Schamgefühle und der Rückzug aus sozialen Kontakten gehören für manche Menschen mit knappen finanziellen Mitteln zum Alltag, selbst in einem Land mit hohem Lebensstandard wie der Schweiz.

Zahngesundheit betrifft weit mehr als die Fähigkeit zu sprechen oder zu kauen. Sie ist ein Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und unterstützt Menschen dabei, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (World Health Organization [WHO], 2023, S. 7). Wer sich eine zahnärztliche Behandlung nicht leisten kann, leidet nicht nur unter körperlichen Beschwerden, sondern häufig auch unter psychischer Belastung und sozialer Isolation (WHO, 2023, S. 7).

Erhebungen zeigen, dass finanzielle Gründe den Zugang zu Zahnbehandlungen in der Schweiz einschränken. Die Analyse über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) aus dem Jahr 2020 belegt, dass 2,4 % der Wohnbevölkerung auf eine notwendige Zahnbehandlung aus Kostengründen verzichtet hat (Dorn, 2023, S. 40). In der International Health Policy Survey (IHP) vom selben Jahr gaben sogar 26,4 % der befragten Personen an, eine Zahnkontrolle oder Behandlung nicht in Anspruch genommen zu haben (Dorn, 2023, S. 40). Der prozentuale Unterschied erklärt sich durch die abweichenden Erhebungsmethoden. Die SILC-Erhebung erfasst ausschliesslich Fälle, in denen aus Zwang auf eine Behandlung verzichtet wurde, während die IHP-Umfrage auch freiwillige Verzichtsentscheidungen berücksichtigt (Dorn, 2023, S. 40).

Auch in der Region belegen Erhebungen, dass Menschen mit einem geringen Budget besonders betroffen sind. In einer Befragung im Kanton Bern gaben 18 % an, aufgrund von Geldmangel verzichtet zu haben. (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 24). Zudem heben Fachpersonen in einer weiteren Studie hervor, dass finanzielle Hürden den Zugang zu Zahnbehandlungen erschweren können.

Die hohen Behandlungskosten können bei sozialbenachteiligten Personen Angstgefühle auslösen, wobei fortlaufend Zahnbehandlungen ausgelassen werden. (Sottas, Brügger & Jaquier, 2014, S. 24–26).

Eine zentrale Ursache liegt in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Schweiz. Die obligatorische Krankenpflegeversicherung deckt zahnärztliche Leistungen grundsätzlich nicht ab. Nur in definierten Ausnahmefällen, bei komplexen, unvermeidbaren Erkrankungen des Kausystems, bei Unfällen oder bei bestimmten Geburtsgebrechen, werden die Kosten übernommen (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft [SSO], 2011, S. 2–3). Somit muss die Finanzierung in der Regel privat getragen werden.

Wenn weder Eigenmittel noch vorgelagerte Sozialversicherungen ausreichen, um den Lebensunterhalt in der Schweiz zu sichern, greift die wirtschaftliche Sozialhilfe. Sie stellt das unterste Netz der sozialen Sicherheit dar und gewährleistet das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum (Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS], 2021, Kap. A.6–1). Unter bestimmten Voraussetzungen übernimmt die wirtschaftliche Sozialhilfe auch zahnärztliche Behandlungen, sofern diese als notwendig, wirtschaftlich und zweckmäßig gelten. Im Kanton Solothurn wird dabei ein Selbstbehalt von bis zu 10 % pro Person und abgeschlossener Behandlung verlangt (Amt für Gesellschaft und Soziales Kanton Solothurn [AGSo], 2025), was für viele betroffene Personen in der Praxis eine zusätzliche Hürde darstellt.

Trotz dieser Erkenntnisse gibt es kaum empirische Studien darüber, welche Faktoren tatsächlich ausschlaggebend sind, ob Menschen im Sozialhilfebezug zahnärztliche Leistungen in Anspruch nehmen oder nicht. Genau hier setzt die vorliegende Arbeit mit der qualitativen Untersuchung an. Im Zentrum der Arbeit steht folgende Forschungsfrage:

Wovon hängt die Inanspruchnahme von
Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe ab?

1.1 Ziele und Motivation

Die Bachelor-Arbeit hat ausgehend von der Einleitung zum Ziel, die Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen durch Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe im Kanton Solothurn beziehen, umfassend zu analysieren. Dabei stehen zwei wesentliche Aspekte im Vordergrund. Zum einen die rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen, die den Zugang zu zahnärztlichen Leistungen erschweren oder ermöglichen und zum anderen werden die psychosozialen Faktoren erforscht, die das Verhalten der Sozialhilfebezieher*innen beeinflussen. Neben den individuellen Lebensbedingungen werden auch die kantonalen Gegebenheiten in Bezug auf den Kanton Solothurn berücksichtigt. Es soll so die Wechselwirkung zwischen systemischen und persönlichen Aspekten analysiert werden.

Die Motivation zur Themenwahl sowie der Ausgangspunkt sind sowohl fachlich als auch biografisch begründbar. In der bisherigen beruflichen Tätigkeit im Bereich der wirtschaftlichen Sozialhilfe hat die Autorin der vorliegenden Arbeit immer wieder erlebt, dass Klient*innen mit gesundheitlichen Einschränkungen konfrontiert sind und insbesondere beim Zugang zu zahnmedizinischen Behandlungen grosse Hürden bestehen. Darüber hinaus bringt sie durch die frühere Tätigkeit als Dentalassistentin praktische Kenntnisse aus dem zahnmedizinischen Bereich mit, die dazu beitragen, die fachlichen und organisatorischen Abläufe zu verstehen. Das Zusammenspiel dieser Erfahrungen führte zum Wunsch, die Problemstellung systematisch zu untersuchen.

Die Arbeit soll damit zu einem besseren Verständnis der Lebensrealität von betroffenen Personen beitragen und zugleich aufzeigen, welche Handlungsmöglichkeiten die Soziale Arbeit hat, um den Zugang zur zahnärztlichen Versorgung gezielt zu unterstützen und zu verbessern.

1.2 Berufsrelevanz

Die Relevanz des Themas ergibt sich bereits aus dem Forschungsfeld der Bachelor-Arbeit. Die wirtschaftliche Sozialhilfe stellt ein zentrales Handlungsfeld der Sozialen Arbeit dar. Sozialarbeiter*innen begegnen im Praxisalltag häufig Klient*innen, die sowohl finanziellen als aber auch gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Wenn soziale Ausgrenzung oder Armut dazu führen, dass notwendige Gesundheitsleistungen, wie etwa zahnärztliche Behandlungen, nicht in Anspruch genommen werden, gerät dies in ein Spannungsverhältnis zum Auftrag der Sozialhilfe. Die wirtschaftliche Sozialhilfe hat das Ziel, die Existenzsicherung zu gewährleisten und soziale Teilhabe zu ermöglichen (SKOS, 2021, A.1–1).

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (AvenirSocial, 2010) bildet den ethischen Rahmen für das professionelle Handeln. Er fordert, dass die Arbeit auf den Werten der Menschenwürde, Gleichbehandlung, Selbstbestimmung und sozialen Gerechtigkeit basiert. Gleichzeitig verpflichtet er Fachpersonen dazu, Klient*innen dabei zu unterstützen, ihre Rechte wahrzunehmen und sich im System zurechtzufinden, auch im Bereich der Gesundheitsversorgung (AvenirSocial, 2010, S. 5–6).

1.3 Fragestellungen

Basierend auf dem Kenntnisstand sowie der Ausgangslage werden für die Bachelor-Arbeit folgende Fragestellungen formuliert:



Abbildung 1: Fragestellungen (eigene Darstellung)

1.4 Abgrenzung

Die Arbeit fokussiert bewusst auf eine klar definierte Zielgruppe, Sozialhilfebezieher*innen im Kanton Solothurn. Im Zentrum stehen ihre persönlichen Perspektiven, Erfahrungen und Einschätzungen zur Inanspruchnahme zahnärztlicher Behandlungen. Damit richtet sich der Blick ausschliesslich auf die Sicht der Betroffenen und nicht auf die Perspektive von Fachpersonen. Es werden ausschliesslich Personen berücksichtigt, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen. Andere Formen sozialer Unterstützung, wie Asylsozialhilfe, Ergänzungsleistungen oder privat finanzierte Sozialleistungen, werden nicht untersucht. Ebenso wird nicht auf spezifische medizinische Fachbegriffe eingegangen.

1.5 Aufbau der Bachelorarbeit

Die Bachelorarbeit gliedert sich in sechs Kapitel. Im zweiten Kapitel folgt der theoretische Rahmen, wobei wirtschaftliche Sozialhilfe sowie Aspekte der Zahngesundheit thematisiert werden. Kapitel drei beschreibt das methodische Vorgehen, insbesondere die Durchführung und Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Kapitel vier stellt die Ergebnisse der Interviews entlang zentraler Kategorien dar. Kapitel fünf diskutiert diese im theoretischen Kontext und leitet in Kapitel sechs praxisrelevante Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit ab.

2. Theorie

In diesem Kapitel wird das Thema der Forschungsarbeit in einen theoretischen Bezugsrahmen gesetzt. Es folgt zur Verordnung des Kenntnisstandes ein Teil zur wirtschaftlichen Sozialhilfe. Nachfolgend wird auf das Thema Zahngesundheit eingegangen und daraus abschliessend in die Forschungsmethodik übergeleitet.

2.1 Wirtschaftliche Sozialhilfe

Ausgehend von Kapitel 1 wird folgender leitender Theoriefrage im untenstehenden Abschnitt nachgegangen:

Wie wird wirtschaftliche Sozialhilfe definiert?

2.1.1 Definition

Die wirtschaftliche Sozialhilfe ist Teil der sozialen Sicherheit in der Schweiz und bildet dabei das unterste Netz. Sie gewährt existenzsichernde Unterstützung, wenn andere Sozialversicherungen wie die Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung oder Altersvorsorge nicht oder nicht ausreichend greifen (Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren [SODK], o. J.). Ziel ist es, betroffenen Personen auch in schwierigen Lebenslagen ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen und ihnen gleichzeitig eine Perspektive zur Rückkehr in die finanzielle Unabhängigkeit zu eröffnen (Schleicher, 2021, S. 267).

Schleicher (2021, S. 267) unterscheidet verschiedene Dimensionen der Sozialhilfe. Zum einen lässt sich zwischen individueller und institutioneller Sozialhilfe differenzieren. Die individuelle Sozialhilfe umfasst direkte materielle und persönliche Unterstützungsleistungen, etwa finanzielle Beiträge zur Sicherung des Lebensunterhalts oder Beratung in sozialen Fragen. Die institutionelle Sozialhilfe bezieht sich auf die staatliche Unterstützung von sozialen Einrichtungen, auf Massnahmen zur Armutsprävention sowie auf die Erforschung und Bearbeitung sozialer Problemlagen (Schleicher, 2021, S. 267).

Darüber hinaus wird zwischen öffentlicher und privater Sozialhilfe unterschieden. Die öffentliche Sozialhilfe wird von staatlichen Stellen getragen, etwa durch kommunale Sozialdienste. Die private Sozialhilfe wird hingegen von gemeinnützigen Organisationen, Stiftungen oder kirchlichen Träger*innen erbracht (Schleicher, 2021, S. 267).

Ein weiteres zentrales Unterscheidungskriterium betrifft den Umfang der Leistungen. Die Sozialhilfe im engeren Sinn bezeichnet die bedarfsabhängige Unterstützung durch staatliche Stellen, die unabhängig von der Ursache der Notlage gewährt wird. Sie richtet sich an Personen, die ihren Lebensunterhalt nicht selbstständig decken können (Schleicher, 2021, S. 268). Die Sozialhilfe im weiteren Sinn umfasst dagegen eine Vielzahl risikospezifischer Leistungen, wie zum Beispiel Kinderzulagen, Stipendien, Ergänzungsleistungen zur AHV oder IV oder Unterstützungsangebote für Alleinerziehende Personen (Schleicher, 2021, S. 268).

In dieser Arbeit wird unter dem Begriff Sozialhilfe, die Sozialhilfe im engeren Sinn verstanden. Sie bildet die Grundlage für die theoretische Einordnung und ist Gegenstand der empirischen Untersuchung.

2.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Das Recht auf Hilfe in Notlagen ist in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999, SR 101 verankert:

«Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.»
(BV, Art. 12)

Die Umsetzung dieses Grundrechts liegt gemäss Art. 115 (BV) in der Zuständigkeit der Kantone. Daraus ergibt sich die föderalistische Ausgestaltung der Sozialhilfe in der Schweiz (BV, Art. 115). Jeder der 26 Kantone erlässt eigene Sozialhilfegesetze, die sich in Inhalt, Detailgrad und Umsetzungspraxis teilweise deutlich unterscheiden (Schleicher, 2021, S. 267–268).

Eine wichtige Rolle bei der praktischen Ausgestaltung der Sozialhilfe spielen die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS). Die SKOS ist ein nationaler Fachverband, dem laut Wizent (2020, S. 108) alle relevanten Akteur*innen im Bereich der Sozialhilfe angehören. Die von ihr herausgegebenen Richtlinien konkretisieren insbesondere das soziale Existenzminimum und geben Empfehlungen zur Berechnung des Grundbedarfs, zu situationsbedingten Leistungen sowie zur Integrationsförderung (SKOS, 2021).

Auch wenn die Richtlinien formal nicht rechtsverbindlich sind, besitzen sie in den meisten Kantonen einen normativen Charakter. Sie wurden entweder direkt in die kantonale Gesetzgebung integriert oder gelten als verbindliche Vollzugshilfe für die zuständigen Behörden (Wizent, 2020, S. 109).

2.1.3 Kanton Solothurn

Im Kanton Solothurn ist die wirtschaftliche Sozialhilfe auf kantonaler Gesetzesgrundlage geregelt. Die rechtlichen Grundlagen bilden das Sozialgesetz (SG SO) vom 1. Januar 2009, BGS 831.1 sowie die dazugehörige Sozialverordnung (SV SO) vom 1. Januar 2009, BGS 831.11. Diese definieren unter anderem die Aufgabenverteilung, Zuständigkeiten und Grundsätze der Ausgestaltung der wirtschaftlichen Sozialhilfe (§§ 1–5 SG SO; §§ 1–3 SV SO). Die operative Durchführung liegt bei den Gemeinden (§ 3 Abs. 1 SG SO). Sie sind zuständig für die Prüfung, Bewilligung und Umsetzung der individuellen Unterstützungsleistungen. Damit folgt der Kanton Solothurn dem in der Schweiz üblichen dezentralen Modell, bei dem die kommunale Ebene die Hauptverantwortung für die Fallführung trägt (Schleicher, 2021, S. 267–268).

Zur Unterstützung bei der praktischen Umsetzung stellt das Amt für Gesellschaft und Soziales Kanton Solothurn (AGSo) ein verbindliches Sozialhilfehandbuch zur Verfügung. Es dient den Gemeinden als Hilfe in der Fallarbeit mit Klient*innen. Es konkretisiert die gesetzlichen Vorgaben und orientiert sich dabei an den SKOS-Richtlinien, gleichzeitig enthält es kantonsspezifische Regelungen, etwa zur Berechnung des Grundbedarfs oder zur Fallführung (AGSo, 2025).

Die fachliche Aufsicht über die kommunalen Sozialdienste obliegt ebenfalls dem kantonalen Amt für Gesellschaft und Soziales (§ 3 Abs. 2 SG SO). Dieses prüft unter anderem die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben und unterstützt die Gemeinden bei einer einheitlichen Anwendung der Richtlinien (§ 3 Abs. 2 SG SO).

2.1.4 sozialhilferechtliches Existenzminimum

Das sozialhilferechtliche Existenzminimum umfasst alle Mittel, die für ein Leben in Würde erforderlich sind. Es beinhaltet den pauschalen Grundbedarf für den Lebensunterhalt, die Wohnkosten, die obligatorische Krankenversicherung sowie situationsbedingte Leistungen, die bei besonderem Bedarf gewährt werden (SKOS, 2021, Kap. B.3.1).

Der Grundbedarf wird gemäss SKOS-Richtlinien schweizweit einheitlich empfohlen und deckt die alltäglichen Ausgaben für Nahrung, Kleidung, Hygiene, Kommunikation und persönliche Bedürfnisse. Für eine alleinstehende Person beträgt dieser gemäss SKOS aktuell CHF 1'007.- pro Monat (2021, Anhang A). Im Kanton Solothurn liegt der Ansatz gemäss kantonalem Sozialhilfehandbuch derzeit bei CHF 1'031.- (AGSo, 2025). Dieser Betrag wird den Sozialhilfebezieher*innen jeweils am ersten Tag des Monats per Überweisung an die entsprechende Kontoverbindung ausbezahlt. Zusätzlich werden die effektiven Wohnkosten, gemäss kantonalen Vorgaben, sowie die Prämien für die obligatorische Krankenversicherung übernommen (AGSo, 2025).

Situationsbedingte Leistungen wie Beiträge zu medizinischen Behandlungen, Schulmaterial oder notwendigen Haushaltsanschaffungen werden im Einzelfall durch die zuständige Fachperson geprüft und ergänzen das Existenzminimum bei besonderen Situationen (SKOS, 2021, Kap. B.3.3).

Im Unterschied zum betreibungsrechtlichen Existenzminimum berücksichtigt das sozialhilferechtliche Existenzminimum auch Aspekte der sozialen Teilhabe. Es soll nicht nur das physische Überleben sichern, sondern auch eine minimale gesellschaftliche Integration ermöglichen (SKOS, 2021, Kap. A.2.1).

2.1.5 Ziele und Prinzipien der wirtschaftlichen Sozialhilfe

Die wirtschaftliche Sozialhilfe verfolgt gemäss SKOS-Richtlinien (2021, Kap. A.2.1) vier übergeordnete Ziele:

- **die Sicherung des Existenzminimums**
- **die Förderung von Selbsthilfe und Eigenverantwortung**
- **die Vermeidung und Bekämpfung von Armut**
- **sowie die soziale und berufliche Integration**

Diese Zielsetzungen spiegeln sich in grundlegenden Prinzipien wider, die das sozialhilferechtliche Handeln im Praxisalltag leiten. Schleicher und Mösch Payot (2021, S. 273–276) beschreiben fünf zentrale Prinzipien in diesem Zusammenhang:

- **Individualisierung**

Die Ausgestaltung der Unterstützung soll sich an der individuellen Lebenssituation und den persönlichen Ressourcen der betroffenen Person orientieren.

- Subsidiarität

Sozialhilfe wird nur gewährt, wenn keine anderen zumutbaren Mittel zur Verfügung stehen, etwa durch Eigenleistung oder durch vorgelagerte Sozialversicherungen.

- Nachhaltigkeit

Ziel ist nicht nur die kurzfristige Sicherung des Lebensunterhalts, sondern auch die Förderung einer langfristig stabilen sozialen und wirtschaftlichen Perspektive.

- Verhältnismässigkeit

Alle Massnahmen und Auflagen im Rahmen der Sozialhilfe müssen angemessen und für die betroffene Person tragbar sein.

- Transparenz

Entscheidungen und Verfahren sollen klar, nachvollziehbar und verständlich kommuniziert werden.

Diese Prinzipien konkretisieren den Anspruch, Menschen nicht nur materiell abzusichern, sondern sie in ihrer Würde zu achten und zu stärken. Sie stehen damit in Verbindung mit dem Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (AvenirSocial, 2010, S. 5–6), der Werte wie Selbstbestimmung, Gleichbehandlung und soziale Gerechtigkeit als Grundlage professionellen Handelns formuliert.

2.1.6 Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe

Zahnärztliche Behandlungen sind in der Schweiz grundsätzlich nicht Teil der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Wie bereits in der Einleitung erwähnt, erfolgt eine Kostenübernahme nur bei bestimmten schwerwiegenden Erkrankungen des Kausystems, bei Unfallfolgen oder bei definierten Geburtsgebrechen (SSO, 2011, S.2–3). Für Menschen mit geringem Einkommen führt dies häufig zu Versorgungslücken, insbesondere im Bereich der Routine- und Präventionsbehandlungen. In der International Health Policy Survey (IHP) gaben 26,4 % der befragten Personen in der Schweiz an, im Jahr 2020 aus finanziellen Gründen auf eine zahnärztliche Kontrolle oder Behandlung verzichtet zu haben. Der Bericht vom schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) vom Oktober 2023 hebt ergänzend hervor, dass vor allem Personen mit niedrigem Einkommen und geringem Bildungsstand gesundheitliche Leistungen deutlich seltener in Anspruch nehmen als andere Bevölkerungsgruppen (Dorn, 2023, S. 42).

Im Rahmen der wirtschaftlichen Sozialhilfe gelten zahnärztliche Behandlungen als situationsbedingte Leistungen. Diese sind nicht pauschal gedeckt, sondern müssen im Einzelfall beantragt, medizinisch begründet und nach sozialhilferechtlichen Kriterien geprüft werden. Die SKOS-Richtlinien sehen vor, dass bei anerkannter Notwendigkeit 90 % der Behandlungskosten übernommen werden können. Der verbleibende Selbstbehalt von 10 % liegt in der Verantwortung der unterstützten Person (SKOS, 2021, Kap. B.3.4). In der Praxis wird dieser Betrag meist direkt bei der nächsten monatlichen Auszahlung abgezogen.

Im Kanton Solothurn richtet sich die Handhabung nach dem kantonalen Sozialhilfehandbuch. Für eine Kostenübernahme gelten folgende Voraussetzungen (AGSo, 2025):

- **Die betroffene Person bezieht seit mindestens sechs Monaten wirtschaftliche Sozialhilfe.**
- **Vor einem Eingriff, welcher geplant ist, ist ein Kostenvoranschlag einzureichen.**
- **Bei Behandlungskosten über CHF 1'000.- ist eine Beurteilung durch eine Vertrauenzahnärztin oder einen Vertrauenzahnarzt erforderlich.**
- **Es werden ausschliesslich notwendige, wirtschaftliche und zweckmässige Behandlungen übernommen.**

Nicht übernommen werden Behandlungen aus ästhetischen Gründen sowie komplexe prothetische Versorgungen wie Implantate oder Keramikkronen, sofern keine medizinische Notwendigkeit besteht (AGSo, 2025).

Der Selbstbehalt stellt für viele Sozialhilfebezieher*innen im Praxisalltag eine spürbare Hürde dar. Eine Ausnahme bildet die jährliche Zahnreinigung, welche im Kanton Solothurn vollumfänglich übernommen wird, ohne Selbstbehalt (AGSo, 2025). Voraussetzung dafür ist, dass die Massnahme ärztlich empfohlen oder im Rahmen der zahnmedizinischen Grundversorgung angezeigt ist (AGSo, 2025). In der Praxis müssen Klient*Innen in der Regel ein Zeugnis oder Schreiben der behandelnden Ärzt*innen vorlegen.

2.1.7 Armutskonzepte und Lebenslagen

In der Schweiz wird Armut vor allem dann festgestellt, wenn Menschen über längere Zeit so geringe finanzielle Mittel zur Verfügung haben, dass sie nicht mehr angemessen am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können. Damit steht nicht das reine physische Überleben im Vordergrund, sondern der Mangel an Ressourcen, die soziale Teilhabe ermöglichen (Bundesamt für Statistik [BFS], 2022). Dieses Verständnis von Armut als soziale Ausgrenzung steht im Zentrum des Konzepts der relativen Armut, das nicht nur das Einkommen, sondern auch den eingeschränkten Zugang zu gesellschaftlichen, gesundheitlichen und beruflichen Möglichkeiten umfasst. Dieses Verständnis wird sowohl vom BFS (2022) als auch von Diderichsen, Hallqvist und Whitehead (2019) geteilt.

Die wirtschaftliche Sozialhilfe greift genau an dieser Schnittstelle ein. Sie soll nicht nur das physische Überleben sichern, sondern ein Leben ermöglichen, das den Mindestanforderungen an Würde, Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe entspricht (SKOS, 2021, Kap. A.2.1). Armut umfasst in der Realität mehr als finanzielle Not, sie wirkt sich auch auf soziale Beziehungen, Bildungschancen und Gesundheitszustände aus (Diderichsen et al., 2019, S. 55).

Der Lebenslagenansatz erweitert das Verständnis von Armut, indem er nicht nur materielle, sondern auch soziale, kulturelle und gesundheitliche Ressourcen in den Blick nimmt (Diderichsen et al., 2019, S. 55). Besonders im Zugang zu Gesundheitsleistungen wie zahnärztlicher Versorgung wird deutlich, wie eng diese Faktoren miteinander verbunden sind. Erklärungsrelevant ist in diesem Zusammenhang auch das Kapitalmodell von Pierre Bourdieu. Er unterscheidet zwischen:

- **ökonomisches Kapital**
Geld und Besitz
- **kulturelles Kapital**
Bildung, Sprachkenntnisse und Gesundheitswissen
- **soziales Kapital**
Netzwerke und Beziehungen (Bourdieu, 1987, S. 183–184)

Personen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, verfügen oft über eine eingeschränkte Ausstattung in allen drei Kapitalformen nach Bourdieu (1987, S. 183–184).

Diese Mehrfachbenachteiligung erschwert nicht nur den Zugang zu gesundheitlichen Leistungen, sondern auch die Inanspruchnahme rechtlich zustehender Hilfeleistungen. So zeigt eine Auswertung, dass armutsbetroffene Personen aufgrund fehlender Ressourcen, mangelnder Information oder sozialer Isolation häufig auf nötige medizinische Behandlungen verzichten. Ebenso die Ansprüche auf Gesundheitsleistungen, wie beispielsweise der Selbstbehalt bei Krankenkassenabrechnungen gar nicht geltend machen (Berner Fachhochschule [BFH] & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW], 2021, S. 25).

2.1.8 Soziale Ungleichheit und gesundheitliche Folgen

Soziale Ungleichheit beeinflusst nicht nur Bildungs- und Erwerbsmöglichkeiten oder Wohnverhältnisse, sondern hat auch erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit. Menschen mit niedrigem Einkommen oder instabilen Lebensbedingungen sind statistisch häufiger von chronischen Erkrankungen, psychischen Belastungen und einer insgesamt schlechteren gesundheitlichen Verfassung betroffen (BFH & ZHAW, 2021, S. 4–5).

In der Schweiz zeigt sich diese Ungleichheit besonders deutlich in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Daten des Bundesamts für Gesundheit belegen, dass Personen mit tiefem Einkommen oder Sozialhilfebezug deutlich häufiger auf notwendige Behandlungen verzichten, die in der Regel nicht von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung gedeckt sind (BAG, o. J.). Auch präventive Massnahmen wie regelmässige Kontrolluntersuchungen oder Dentalhygiene werden seltener genutzt, was das Risiko für spätere gesundheitliche Komplikationen erhöht und die bestehende Ungleichheit weiter verstärken kann (BAG, o. J.).

Die Untersuchung (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 23–25) zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden zeigt, dass sich Armut und gesundheitliche Probleme gegenseitig verstärken. Wer aus finanziellen Gründen auf medizinische Versorgung verzichtet, riskiert zusätzliche gesundheitliche Belastungen. Diese wiederum können die Chancen auf eine Integration in den Arbeitsmarkt oder gesellschaftliche Teilhabe erheblich verringern (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 23–25). Dieser sogenannte Teufelskreis aus Armut und Krankheit betrifft in besonderem Menschen im Sozialhilfebezug.

Neben den finanziellen Faktoren ist auch die psychosoziale Seite wichtig. Personen in prekären Lebenslagen empfinden häufiger Scham, ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück oder misstrauen institutionellen Einrichtungen. Solche Hürden führen dazu, dass vorhandene Unterstützungsangebote, auch in der Zahnmedizin, nicht oder erst spät in Anspruch genommen werden (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 23–25).

2.1.9 Schlussfolgerungen

Zusammenfassend lässt sich die wirtschaftliche Sozialhilfe als bedarfsgerechte und individuelle Unterstützung aus öffentlichen Mitteln verstehen, die dann greift, wenn weder Eigenmittel noch andere Sozialleistungen ausreichen. Sie sichert das sozialhilferechtliche Existenzminimum und verfolgt das Ziel, ein Leben in Würde sowie mit gesellschaftlicher Teilhabe zu ermöglichen (SKOS, 2021, Kap. A.2.1).

Als Auffangnetz ist sie in der Bundesverfassung verankert (Art. 12) und garantiert dabei das Recht auf Hilfe in Notlagen. Artikel 115 (BV) überträgt die Zuständigkeit für die Ausgestaltung der wirtschaftlichen Sozialhilfe den Kantonen. Die konkrete Umsetzung erfolgt daher auf kantonaler Ebene, im Fall des Kantons Solothurn sind die Gemeinden dafür verantwortlich, gestützt auf das Sozialgesetz (BGS 831.1) und die Sozialverordnung (BGS 831.11). Ergänzend konkretisiert das kantonale Sozialhilfehandbuch die fachlichen Standards und Ausführung in der Praxis (AGSo, 2025).

Die fachlich-ethischen Grundprinzipien der wirtschaftlichen Sozialhilfe, Subsidiarität, Verhältnismässigkeit, Individualisierung und Transparenz sind im kantonalen Vollzug verankert und gewährleisten, dass Unterstützung nur im notwendigen Umfang und unter Wahrung der Menschenwürde gewährt wird (SKOS, 2021, Kap. A.2, Kap. A.4). Damit wird deutlich, dass wirtschaftliche Sozialhilfe nicht nur der materiellen Absicherung dient, sondern ein zentrales sozialpolitisches Instrument ist, das den verfassungsrechtlichen Anspruch auf ein Leben in Würde mit der berufsethischen Verpflichtung der Sozialen Arbeit verbindet (AvenirSocial, 2010, S. 5–6).

2.2 Zahngesundheit

Im vorhergehenden Kapitel wurde die wirtschaftliche Sozialhilfe thematisiert, insbesondere im Hinblick auf den Umgang mit zahnärztlichen Behandlungen im Kanton Solothurn. Das folgende Kapitel widmet sich nun der Zahngesundheit selbst. Es wird in Anknüpfung an Kapitel 1 folgende Theoriefrage bearbeitet:

Wie wird Zahngesundheit definiert?

2.2.1 Definition

Zahngesundheit bedeutet mehr, als nur frei von Erkrankungen wie Karies oder Zahnfleischentzündungen zu sein. Sie beschreibt einen Zustand, in dem Zähne, Zahnfleisch und die gesamte Mundhöhle funktionsfähig sind, keine Schmerzen verursachen und ein gepflegtes Erscheinungsbild haben. Gesunde Zähne ermöglichen es, im Alltag problemlos zu kauen und zu sprechen und tragen dazu bei, unbeschwert lächeln zu können (WHO, 2023, S. 7). Zahngesundheit ist damit ein wesentlicher Bestandteil der allgemeinen Gesundheit und Lebensqualität von Individuen. Neben den körperlichen Aspekten spielen auch psychosoziale Faktoren eine wichtige Rolle. Gesunde Zähne stärken das Selbstwertgefühl, fördern das Sozialverhalten und unterstützen die gesellschaftliche Teilhabe. Umgekehrt können sichtbare Zahnschäden und Erkrankungen mit Stigmatisierung, sozialem Rückzug oder Schamgefühlen einhergehen, besonders bei Menschen in prekären Lebenslagen (Marthaler, Menghini & Steiner, 2019, S. 27).

In dieser Arbeit wird Zahngesundheit daher als mehrdimensionales Konzept verstanden, das körperliche Funktionalität ebenso wie soziale und psychische Auswirkungen umfasst, insbesondere im Kontext der sozioökonomischen Benachteiligung von Bezieher*innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe.

2.2.2 Soziale Determinanten der Zahngesundheit

Zahngesundheit wird nicht allein durch das Verhalten der Ernährung oder Zähneputzen bestimmt. Sie ist stark von sozialen, wirtschaftlichen und bildungsbezogenen Faktoren abhängig. Diese sogenannten sozialen Determinanten beeinflussen, wie leicht eine Person Zugang zu zahnärztlichen Leistungen findet, ob sie präventive Angebote wahrnimmt und wann sie bei Beschwerden professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (Public Health Schweiz, 2022).

In der Schweiz lassen sich diese Ungleichheiten klar nachweisen. Im Jahr 2023 verzichteten 5,1 % der Bevölkerung aus finanziellen Gründen auf notwendige medizinische oder zahnärztliche Behandlungen. Unter armutsgefährdeten Personen lag der Anteil bei 11,9 %, bei Personen ohne nachobligatorische Ausbildung bei 11,2 % und bei Menschen mit ausländischem Hintergrund bei 9,5 % (BFS, o. J.). Neben finanziellen Barrieren spielen auch psychologische und kulturelle Faktoren eine Rolle. Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz oder negativen Vorerfahrungen im Gesundheitssystem berichten häufiger von Unsicherheit oder dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden. Solche Erfahrungen betreffen vor allem gesellschaftlich benachteiligte Gruppen und führen dazu, dass notwendige Behandlungen seltener oder verspätet erfolgen (Public Health Schweiz, 2022).

Die WHO (2023) weist darauf hin, dass Unterschiede in der Zahngesundheit nicht zufällig entstehen, sondern systematisch bedingt sind, etwa durch ungleiche finanzielle Möglichkeiten, Bildungsungleichheiten oder Unterschiede in der Versorgung.

2.2.3 Zahngesundheit und Armut

Armut kann die Zahngesundheit auf viele Arten verschlechtern. Neben dem fehlenden Geld spielen auch Lebensumstände, Bildung und Wohnsituation eine Rolle. Der Global Oral Health Status Report der Weltgesundheitsorganisation zeigt, dass Menschen mit wenig Einkommen oder niedriger Bildung seltener zur Vorsorge oder Behandlung zu Zahnärzt*innen gehen. Dadurch werden kleinere Probleme oft nicht rechtzeitig behoben, was zu ernsteren und teureren gesundheitlichen Schäden führen kann (WHO, 2023, S. 11).

Zahlen aus der Erhebung zu Einkommen und Lebensbedingungen (SILC) zeigen, dass besonders gefährdete Gruppen häufiger auf notwendige medizinische oder zahnärztliche Behandlungen verzichten. 2023 verzichteten 11,9 % der armutsgefährdeten Personen, 11,2 % der Menschen ohne weiterführende Ausbildung und 9,5 % der Menschen mit Migrationshintergrund aus Kostengründen, dies im Vergleich zu 5,1 % in der Gesamtbevölkerung (BFS, o. J.).

Eine Untersuchung belegt ausserdem, dass Sozialhilfebezieher*innen nicht nur seltener Vorsorgeleistungen nutzen, sondern auch häufiger unter chronischen Krankheiten, psychischen Problemen und einer tieferen Lebensqualität leiden. Diese gesundheitlichen Nachteile erschweren die Arbeitssuche und können dazu führen, dass Menschen länger auf Sozialhilfe angewiesen sind (Kessler, Höglner, Heiniger, Läser & Hümbelin, 2021, S. 1–2). Neben Geldmangel gibt es weitere Hindernisse, die den Zugang zu Zahnbehandlungen erschweren. Dazu gehören wenig Vertrauen ins Gesundheitssystem, schlechte Erfahrungen bei Behandlungen, fehlende Informationen über die eigenen Rechte und Pflichten und komplizierte Abläufe. Beispiele sind ein verpflichtender Kostenvoranschlag vor einer geplanten Behandlung oder zusätzliche Abklärungen durch Vertrauenzahnärzt*innen. Solche rechtlichen, strukturellen Vorgaben können dazu führen, dass wichtige Behandlungen verzögert oder gar nicht durchgeführt und in Anspruch genommen werden (AGSo, 2025; SKOS, 2021, Kap. B.3.4).

2.2.4 Salutogenese

Das Konzept der Salutogenese, entwickelt vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987, 1997), stellt eine Alternative zur klassischen pathogenetischen Sichtweise dar. Während die Pathogenese fragt, was krank macht, richtet sich die salutogenetische Perspektive auf die Frage, wie sich Menschen trotz Belastungen gesund halten (Antonovsky, 1987/1997, S. 15). Im Zentrum des salutogenetischen Modells steht das Kohärenzgefühl, welches aus drei Dimensionen besteht:

- **Verstehbarkeit**

Die Welt wird als geordnet, strukturiert und nachvollziehbar erlebt.

- **Handhabbarkeit**

Die Überzeugung, über die nötigen Ressourcen zu verfügen, um Anforderungen zu bewältigen.

- **Sinnhaftigkeit**

Herausforderungen werden als bedeutsam und lohnend wahrgenommen (Antonovsky, 1997, S. 15).

Ein starkes Kohärenzgefühl erleichtert den Umgang mit Stressfaktoren wie finanzieller Unsicherheit, Krankheit oder sozialer Ausgrenzung und trägt dazu bei, die eigene Gesundheit zu erhalten (Antonovsky, 1987/1997, S. 15). Übertragen auf die Zahngesundheit bedeutet das, wer versteht, warum Zahnpflege wichtig ist, der weiß, wie und wo eine Behandlung möglich ist, und wer darin einen persönlichen Sinn erkennt, hat eine höhere Wahrscheinlichkeit, präventive Massnahmen zu nutzen und notwendige Behandlungen frühzeitig in Anspruch zu nehmen (vgl. Antonovsky, 1987/1997, S. 15).

Menschen in prekären Lebenslagen weisen oft ein geschwächtes Kohärenzgefühl auf. Antonovsky (1987/1997, S. 15–23) beschreibt, dass ein starkes Kohärenzgefühl aus Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit besteht und entscheidend dafür ist, ob Menschen trotz Belastungen gesundheitsförderlich handeln (1987/1997, S. 15–23). Unklare Informationen über die eigenen Pflichten und Rechte, negative Erfahrungen mit Behörden oder medizinischem Personal und das Gefühl, von Institutionen abhängig zu sein, können diese Bereiche negativ beeinflussen.

Empirische Analysen zeigen, dass ein geringes Kohärenzgefühl mit niedrigerer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und schlechterem Gesundheitsverhalten zusammenhängt (Eriksson & Lindström, 2006, S. 379–381). Die Soziale Arbeit kann hier gezielt ansetzen. Durch transparente Informationen wird die Verstehbarkeit gefördert, ressourcenorientierte Beratung stärkt die Handhabbarkeit, und Beziehungsarbeit unterstützt die Sinnhaftigkeit. Auf diese Weise lässt sich das Kohärenzgefühl insgesamt verbessern (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36–37).

2.2.5 Prävention

Der Begriff Prävention bedeutet im Allgemeinen, Krankheiten zu verhindern oder ihre Verschlimmerung zu vermeiden. Das Ziel ist es, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Präventive Massnahmen können an verschiedenen Punkten ansetzen: vor dem Entstehen einer Krankheit, bei der Früherkennung oder zur Vermeidung von Folgeschäden (Habermann-Horstmeier, 2017, S.33). Massnahmen lassen sich je nach Zielsetzung und Zeitpunkt in verschiedene Kategorien einteilen. Die wichtigsten Unterscheidungen sind Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Habermann-Horstmeier, 2017, S.33).

- **Primärprävention**

Das Ziel ist es, das Auftreten von Krankheiten zu verhindern, bevor sie erst entstehen. Sie richten sich an gesunde Personen ohne Symptome. Beispiele bilden Impfungen, Rauchverbote oder Kampagnen zur Aufklärung (Habermann-Horstmeier, 2017, S.34).

- **Sekundärprävention**

Diese Massnahmen sollen Erkrankungen in einem sehr frühen Stadium erkennen, wenn noch keine Symptome spürbar sind, um ein Fortschreiten zu verhindern. Ein Beispiel in diesem Zusammenhang bildet ein Krebsscreening (Habermann-Horstmeier, 2017, S.35).

- **Tertiärprävention**

Diese zielt darauf ab, die Verschlimmerung bestehender Krankheiten zu verhindern, Folgeschäden zu vermeiden oder die Lebensqualität zu verbessern. Beispiele sind Massnahmen zur Rehabilitation oder Programme zur Rückfallvermeidung (Habermann-Horstmeier, 2017, S.36).

Diese drei Formen in der Prävention finden auch in der Praxis der Zahnmedizin Anwendung. Je nach Zielsetzung können sie dazu beitragen Zahnerkrankungen vorzubeugen, diese frühzeitig zu erkennen oder Folgeschäden zu vermeiden (vgl. SSO, 2025).

In der Praxis stellen regelmässige Kontrolluntersuchungen, professionelle Zahnreinigungen, gezielte Fluoridierungsprogramme sowie eine zahngesunde Ernährung als präventive Massnahmen im Vordergrund (SSO, 2025).

Für Menschen in prekären Lebenslagen ist zahnmedizinische Prävention besonders wichtig. Präventive Vorsorgeuntersuchungen ermöglichen es, Probleme rechtzeitig zu erkennen und wirksam zu behandeln, bevor sich der Zustand verschlechtert (SSO, 2025). Zudem können präventive Massnahmen langfristig das Gesundheitssystem entlasten.

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass Personen mit geringem Einkommen Präventionsangebote deutlich seltener nutzen. Eine Analyse weist darauf hin, dass Sozialhilfebeziehende zahnärztliche Leistungen häufig erst dann in Anspruch nehmen, wenn akute Schmerzen auftreten (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 23–24).

Im Rahmen der wirtschaftlichen Sozialhilfe bestehen jedoch Möglichkeiten zur Kostenübernahme, auch für präventive Massnahmen. So sieht das kantonale Sozialhilfehandbuch des Kantons Solothurn vor, dass eine jährliche Zahnreinigung bei entsprechender medizinischer Indikation vollständig und ohne Selbstbehalt übernommen werden kann (AGSo, 2025). Die SSO beschreibt in ihrer Rubrik Soziale Zahnmedizin, dass solche Leistungen von Sozialdiensten übernommen werden können, sofern die Behandlung medizinisch notwendig, wirtschaftlich und zweckmässig ist (SSO, 2025).

2.2.6 Schlussfolgerungen

Zahngesundheit wird als Zustand körperlicher, psychischer und sozialer Unversehrtheit verstanden. Sie ermöglicht es, ohne Schmerzen, funktionelle Einschränkungen oder Scham zu essen, zu sprechen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen (SSO, 2025; WHO, 2023, S. 7).

Im Kontext von Armut wird deutlich, dass verschlechterte Zahngesundheit nicht nur medizinische, sondern auch soziale und emotionale Folgen hat (WHO, 2023, S. 11). Fehlender oder ungleicher Zugang zu Prävention und Behandlung verschärft bestehende gesundheitliche Ungleichheiten. Die Zahngesundheit ist damit nicht nur eine Frage individueller Gesundheit, sondern auch eine Frage sozialer Gerechtigkeit, und somit ein zentrales Handlungsfeld für die Soziale Arbeit.

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen der Arbeit beschrieben. Dargestellt werden die gewählte Forschungsstrategie, das Sampling sowie das Vorgehen bei der Datenerhebung, Datenaufbereitung und Auswertung.

3.1 Forschungsfrage

Ausgehend vom Kapitel 1 wird folgender, leitender Forschungsfrage nachgegangen:

Wovon hängt die Inanspruchnahme von
Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe ab?

3.2 Forschungsmethode und Sampling

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Grundsätzlich unterscheidet die Sozialforschung zwischen qualitativen und quantitativen Methoden. Quantitative Ansätze arbeiten mit standardisierten Messinstrumenten und zielen auf Vergleichbarkeit und statistische Messbarkeit ab, während qualitative Methoden die subjektiven Erfahrungen und Perspektiven fokussieren (Lambers, 2020, S. 341). Sie ermöglichen tiefe Einblicke in die Lebenswelt der Beteiligten und eignen sich besonders für offene, kontextgebundene Fragestellungen (Lambers, 2020, S. 341).

Mayring (2022, S. 23) betont, dass ein qualitatives Vorgehen insbesondere dann angezeigt ist, wenn ein Forschungsfeld wenig vorstrukturiert ist und neue Hypothesen generiert werden sollen. Angesichts des aktuellen Kenntnisstands, der zur Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe nur begrenzte und kaum differenzierte Erkenntnisse bereithält, ist dieser Ansatz besonders angezeigt (vgl. Einleitung).

3.2.1 Qualitative Forschung

Die vorliegende empirische Untersuchung basiert auf einem qualitativen Ansatz, der die Lebensrealität der Betroffenen offen erfasst. Im Unterschied zur quantitativen Forschung richtet sich der Fokus weniger auf objektiv messbare Daten, sondern auf subjektive Bedeutungen und individuelle Erfahrungen (Mayer, 2013, S. 24–25).

Mayer (2013, S. 13–16) hebt hervor, dass in der qualitativen Forschung die Perspektive der beteiligten Personen zentral ist und eine vollständige Objektivität nicht erreichbar ist. Dieser offene Zugang bildet die Grundlage für Untersuchungsansatz der vorliegenden Arbeit.

3.2.2 Sampling

In qualitativen Forschungsarbeiten wird mit gezielten Stichproben gearbeitet, die unterschiedliche Perspektiven erfassen (Mayer, 2013, S. 38). Aus zeitlichen und organisatorischen Gründen konnten nicht alle Klient*innen im Kanton Solothurn berücksichtigt werden. Daher wurde eine Stichprobe gebildet, die zentrale Merkmale der Zielgruppe abbildet.

Für die Stichprobenbildung wurde das Prinzip der Varianzmaximierung angestrebt, die bewusste Auswahl heterogener Merkmale, um so ein breites Spektrum an Erfahrungen sichtbar zu machen (Metzger, 2009, S. 41–47).

Metzger unterscheidet zwischen deduktiver und induktiver Auswahl. Bei der deduktiven Festlegung erfolgen die Kriterien vorab theoretisch begründet (Metzger, 2009, S. 52–64), während die induktive Vorgehensweise Fälle fortlaufend ergänzt, bis theoretische Sättigung erreicht ist (Metzger, 2009, S. 85–99).

Für diese Arbeit wurde ein deduktives Verfahren gewählt, da die Auswahlkriterien bereits im Vorfeld definiert wurden.

Forschungsziel	Untersuchung der Beweggründe von Inanspruchnahme einer Zahnbehandlung bei Bezieher*innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe	
Quote	Gesamtanzahl: 6 Leitfadeninterviews	
Merkmale	Männlich gelesene Personen	Weiblich gelesene Personen
	Bezieher von wirtschaftlicher Sozialhilfe während der Datenerhebung	Bezieherin von wirtschaftlicher Sozialhilfe während der Datenerhebung
	Wohnhaft im Kanton Solothurn	Wohnhaft im Kanton Solothurn
	Volljährig	Volljährig

Tabelle 1: Übersicht Quote Forschungsarbeit (eigene Darstellung)

Die Tabelle verdeutlicht, dass mit sechs Interviews gearbeitet wurde. Die Stichprobe wurde so zusammengesetzt, dass geschlechterspezifische Perspektiven berücksichtigt werden konnten. Jeweils drei weiblich gelesene und drei männlich gelesene Personen wurden befragt. Alle erfüllten die zuvor festgelegten Merkmale.

Durch die aktuelle Tätigkeit der Autorin im Bereich der Sozialhilfe konnten passende Interviewpartner*innen rasch gefunden werden. Von ursprünglich neun angefragten Personen erklärten sich sechs bereit, an der Untersuchung teilzunehmen.

Person 1

- Geschlecht: männlich
- Alter: 58 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: Januar 2024

Person 2

- Geschlecht: weiblich
- Alter: 58 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: April 2018

Person 3

- Geschlecht: männlich
- Alter: 62 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: September 2005

Person 4

- Geschlecht: männlich
- Alter: 62 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: April 2015

Person 5

- Geschlecht: männlich
- Alter: 54 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: Juni 2017

Person 6

- Geschlecht: weiblich
- Alter: 35 Jahre
- bezieht Sozialhilfe seit: Juni 2021

Abbildung 2: Übersicht Sampling (eigene Darstellung)

Das in der Tabelle dargestellte Sampling gibt einen Überblick über die Zusammensetzung der Stichprobe und zeigt, dass alle sechs befragten Personen wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen und den definierten Auswahlkriterien entsprechen. Damit ist das Sampling stimmig zum Forschungsvorhaben und zur Forschungsfrage aufgebaut (Mayer, 2013, S. 38).

3.3 Datenerhebung

In der qualitativen Sozialforschung zählen Befragungen zu den zentralen Methoden, um persönliche Sichtweisen, Erlebnisse und Bedeutungszuschreibungen zu erschliessen (Mayer, 2013, S. 35). Verbreitet sind unter anderem erzähllogische und leitfadenbasierte Interviews (Mayer, 2013, S. 35).

3.3.1 Leitfadeninterview

Eingesetzt für die vorliegende Arbeit wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews, welche geeignet sind für wenig beforschte Felder mit offenem Zugang (Dresing & Pehl, 2018, S. 5–6). Die Gesprächsführung orientierte sich am Leitfaden, liess aber narrative Offenheit zu. Gute Praxis sind offene Fragen, Flexibilität am Gesprächsverlauf und keine Suggestion (Dresing & Pehl, 2018, S. 13–15).

3.3.2 Entwicklung Leitfaden

Für die Erstellung des Interviewleitfadens wurden sowohl theoretische als auch praxisbezogene Überlegungen berücksichtigt. Grundlage bildete ein Konzept nach Mayer (2013). Es soll sicherstellen, dass die relevanten Lebensbereiche der befragten Personen möglichst vollständig abgebildet werden und zusätzliche, für das Thema bedeutende Aspekte ebenfalls Berücksichtigung finden (Mayer, 2013, S. 43).

Beim Aufbau wurde darauf geachtet, den Leitfaden übersichtlich zu gestalten und nicht zu überladen. Die Fragen sind in thematische Blöcke gegliedert. Sie reichen von allgemeinen Informationen zur Lebenssituation und zum Bezug wirtschaftlicher Sozialhilfe über persönliche Erfahrungen mit Zahngesundheit bis hin zu wahrgenommenen Hürden, Auswirkungen auf das Wohlbefinden und zur Rolle der Sozialen Arbeit. Abgeschlossen wird jedes Interview mit einer offenen Frage, in der die Interviewpartner*innen alles ansprechen können, was ihnen noch wichtig ist.

Der vollständige Interviewleitfaden ist im Anhang dieser Arbeit dokumentiert (vgl. Interviewleitfaden).

3.3.3 Durchführung der Interviews

Die sechs Interviews wurden zwischen März und Mai 2025 in ruhigen und vertrauten Räumlichkeiten vom zuständigen Sozialdienst durchgeführt. Ziel war es, eine angenehme Gesprächsatmosphäre zu schaffen, in der sich die Teilnehmenden wohl und sicher fühlen konnten. Für jedes Interview war etwa eine Stunde vorgesehen, um die im Leitfaden enthaltenen Themenblöcke vertieft zu bearbeiten.

Zu Beginn des Gesprächs wurde das Thema der Bachelorarbeit vorgestellt, ebenso wie Ziel, Ablauf und Dauer des Interviews. Zusätzlich wurden Informationen zum Datenschutz, zur Anonymisierung und zum Umgang mit den erhobenen Daten transparent vermittelt.

Erst im Anschluss daran begann die inhaltliche Befragung. Der Interviewleitfaden wurde den Teilnehmer*innen nicht im Voraus ausgehändigt, um Offenheit und Spontanität zu fördern, entsprechend den Empfehlungen von Bogner et al. (2014, S. 31). Während des Gesprächs diente der Leitfaden als Orientierungshilfe, wobei flexibel auf individuelle Erzählverläufe eingegangen wurde.

Mit Einverständnis der befragten Personen wurden sämtliche Gespräche als Audioaufnahme auf dem Smartphone der Autorin aufgezeichnet. Die Aufnahmen wurden ausschliesslich für die Transkription verwendet, vertraulich behandelt und nach Abschluss der Arbeit gelöscht. Wie Dresing und Pehl (2018, S. 13–15) betonen, sind transparente Information, eine klare Vertraulichkeitserklärung und eine vertrauensvolle Gesprächsführung zentrale Voraussetzungen für gelingende Interviews.

3.4 Datenaufbereitung

Nach der Durchführung der sechs Interviews wurden sämtliche Gespräche anhand der Audioaufnahmen vollständig transkribiert. Dabei kam eine vereinfachte Transkriptionsweise zum Einsatz. Inhaltlich relevante Aussagen wurden wortgetreu aufgeschrieben, sprachliche Besonderheiten wie Füllwörter oder Pausen jedoch ausgelassen (Kuckartz & Rädiker, 2018, S. 155). Ziel war es, eine gut lesbare und zugleich präzise Textgrundlage für die spätere Auswertung zu schaffen, ohne den Sinnzusammenhang zu verfälschen (Kuckartz & Rädiker, 2018, S. 155).

Die Transkription erfolgte jeweils zeitnah nach dem Interview, um den Gesprächskontext möglichst genau zu bewahren. Im Anschluss wurden alle Transkripte pseudonymisiert, um die Anonymität der Teilnehmer*innen zu gewährleisten. Die Dateien wurden passwortgeschützt gespeichert und nach Abschluss der Analyse datenschutzkonform gelöscht (Mayring, 2015, S. 60).

3.5 Datenauswertung

Die Auswertung der Interviewdaten orientierte sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring. Dieses methodische Vorgehen folgt klar definierten Regeln, berücksichtigt den jeweiligen Kommunikationskontext und richtet sich an wissenschaftliche Gütekriterien wie Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Systematik (Mayring, 2022, S. 48–52).

Der Analyseprozess erfolgt in mehreren Schritten. Zunächst wird das Ausgangsmaterial bestimmt, es wird festgelegt welche Textabschnitte in die Auswertung einbezogen werden. Zudem werden die Entstehungsbedingungen des Materials, also Form und Situation der Datenerhebung, beschrieben (Mayring, 2022, S. 53–54).

Im nächsten Schritt ist die Wahl der passenden Analysetechnik zentral. Mayring unterscheidet drei Grundformen:

- **Zusammenfassende Inhaltsanalyse**

Diese reduziert das Material auf wesentliche Inhalte und ermöglicht eine abstrahierte, aber dennoch aussagekräftige Darstellung.

- **Explizierende Inhaltsanalyse**

Sie erläutert unklare oder knappe Textstellen mit zusätzlichem Kontextwissen.

- **Strukturierende Inhaltsanalyse**

Diese ordnet das Material entlang vorher definierter Kriterien, um gezielt bestimmte Themen auszuarbeiten (Mayring, 2022, S. 66–67).

Parallel dazu werden die Analyseeinheiten definiert. Die Kodiereinheit beschreibt die kleinste zu codierende Texteinheit, die Kontexteinheit den maximal zu berücksichtigenden Textabschnitt und die Auswertungseinheit legt die Bearbeitungsreihenfolge fest (Mayring, 2022, S. 61-62).

Die Kategorienbildung erfolgt deduktiv auf Basis theoretischer Überlegungen. Jede Kategorie wird präzise definiert und durch typische Textpassagen, Ankerbeispielen gestützt. Kodierregeln dienen der Konsistenz und Nachvollziehbarkeit der Zuordnung (Mayring, 2022, S. 88-89).

Nach der Codierung erfolgt die Interpretation. Inhalte werden zusammengefasst, kontextualisiert, hinsichtlich ihrer Häufigkeit beschrieben oder nach wiederkehrenden Mustern analysiert. Abschliessend wird die Auswertung anhand zentraler Gütekriterien überprüft, insbesondere Reliabilität, Validität und Intercoderreliabilität, also der Vergleich der Codierung durch mehrere Personen (Mayring, 2022, S. 118–122). Aufgrund begrenzter Ressourcen konnte in dieser Arbeit keine umfassende Gütekriterienprüfung erfolgen.

Die nachfolgende Abbildung zeigt die einzelnen Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring von der Materialauswahl über die Kategorienbildung bis hin zur Interpretation und Überprüfung.

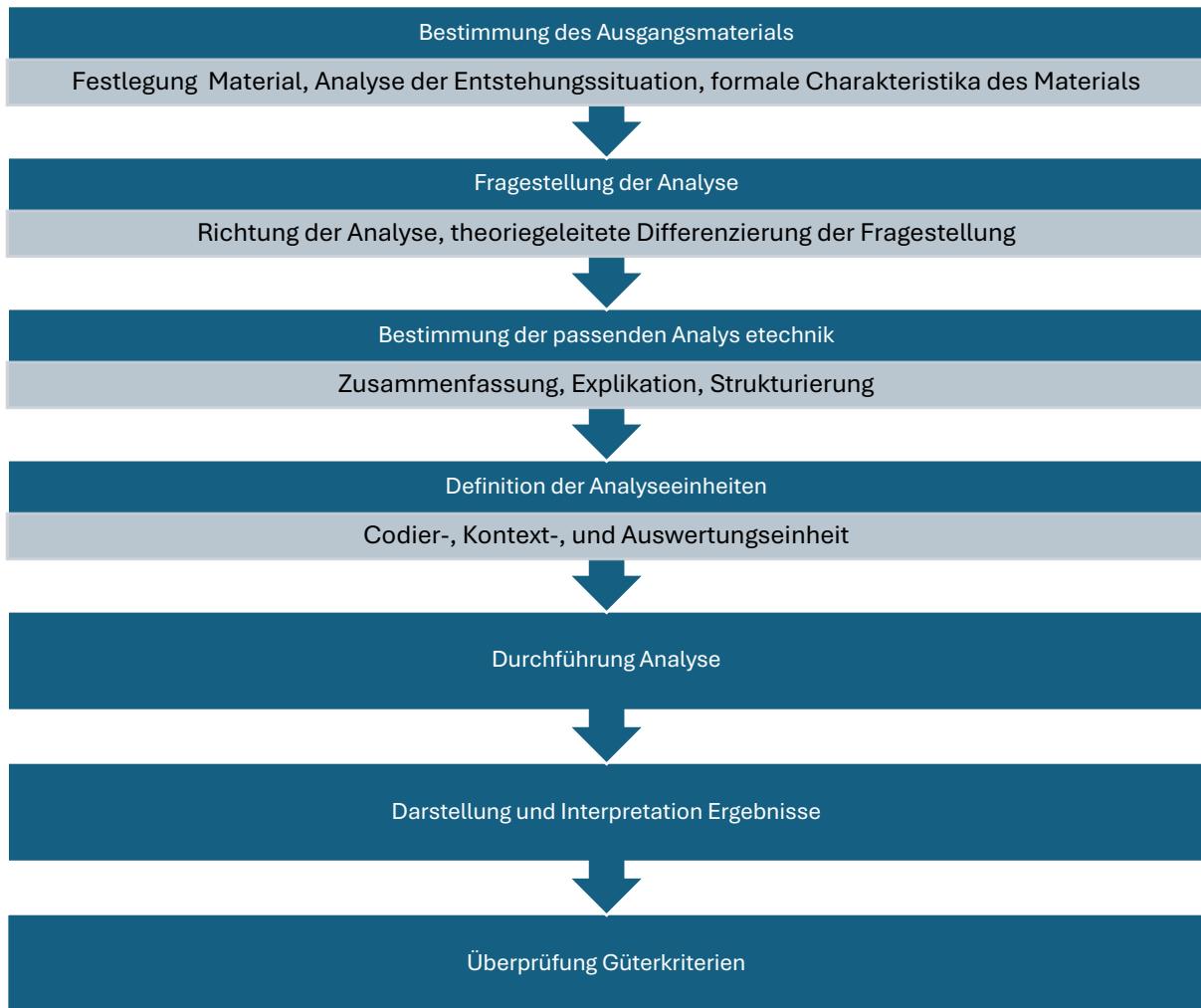


Abbildung 3: Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (eigene Darstellung, angelehnt an Mayring, 2010b, S.62)

Kategorie	Subkategorie
Akute Schmerzen	-
Finanzielle Belastungen	Selbstbehalt
	Kosten im Existenzminimum
	Gerechtigkeit
Strukturelle Hürden	Unklare Informationen
	Komplexes Verfahren
	Unterschiedliche Erfahrungen
	Stigma und Scham
Psychische Hemmschwelle	Angst
	Negative Erfahrungen
Behandlung im Ausland	-
Selbstbild	Scham
	Ästhetik
Teilhabe	Stigmatisierung
	Berufliche Chancen
	Gesellschaftliche Teilnahme

Tabelle 2: Kategorienhandbuch verkürzte Version (eigene Darstellung)

Die in Tabelle 2 dargestellten Kategorien und Subkategorien wurden im Rahmen der qualitativen Inhaltsanalyse gebildet. Grundlage war ein deduktives Vorgehen, bei dem die Kategorien auf der Basis theoretischer Überlegungen und im Abgleich mit der Forschungsfrage vor der Analyse festgelegt wurden. Die Hauptkategorien spiegeln zentrale Themen der Interviews wider, während die Subkategorien eine weitere inhaltliche Differenzierung ermöglichen. Die verkürzte Darstellung dient der Übersicht und fasst das vollständige Kategorienhandbuch, das im Anhang dokumentiert ist, kompakt zusammen (vgl. KategorienhandbuchKategorienhandbuch).

3.6 Bewertung der Methoden

Die Leitfadeninterviews erwiesen sich als passendes Instrument zur Datenerhebung. Die zuvor entwickelten Fragen konnten gezielt eingesetzt und mit den theoretischen Vorüberlegungen verknüpft werden.

In der Rekrutierungsphase traten jedoch Herausforderungen auf. Einige der ursprünglich zugesagten Personen nahmen den vereinbarten Termin nicht wahr, wodurch sich der zeitliche Ablauf verzögerte. Die Transkription der sechs Interviews war zwar arbeitsintensiv, bot jedoch die Möglichkeit, sich bereits in diesem Arbeitsschritt vertieft mit dem Material auseinanderzusetzen.

Auch das inhaltsanalytische Vorgehen nach Mayring war anspruchsvoll und zeitaufwändig. Die deduktive Kategorienbildung stellte sicher, dass die erhobenen Daten eng mit den theoretischen Grundlagen verknüpft und die Ergebnisse fundiert interpretiert werden konnten (Mayring, 2022, S. 66–67, 88–89). Wie bei allen qualitativ-explorativen Studien ist zu berücksichtigen, dass die Stichprobe klein und nicht repräsentativ ist. Selbst bei klar definierten Kategorien bleibt die Interpretation der Daten mit einem subjektiven Element verbunden (Mayring, 2022, S. 120).

4. Darstellung der Forschungsergebnisse

Im nachfolgenden Kapitel werden die befragten Personen zunächst ergänzend zur Übersicht in Kapitel Die vorliegende empirische Untersuchung basiert auf einem qualitativen Ansatz, der die Lebensrealität der Betroffenen offen erfasst. Im Unterschied zur quantitativen Forschung richtet sich der Fokus weniger auf objektiv messbare Daten, sondern auf subjektive Bedeutungen und individuelle Erfahrungen (Mayer, 2013, S. 24–25).

Mayer (2013, S. 13–16) hebt hervor, dass in der qualitativen Forschung die Perspektive der beteiligten Personen zentral ist und eine vollständige Objektivität nicht erreichbar ist. Dieser offene Zugang bildet die Grundlage für Untersuchungsansatz der vorliegenden Arbeit.

3.2.2 Sampling näher vorgestellt. Anschliessend werden die zentralen Ergebnisse der durchgeföhrten Interviews dargestellt. Sämtliche hier präsentierten Inhalte basieren ausschliesslich auf die erhobenen Interviewdaten im Rahmen der Forschungsarbeit.

4.1 Vorstellung der Interviewpartner*innen

Um einen ganzheitlichen Eindruck der sechs befragten Personen zu vermitteln, werden sie im Folgenden näher beschrieben. Die Angaben zu den Kurzporträts stammen aus den Interviews. Zu Beginn jedes Gesprächs stellte sich die Autorin kurz vor und bat die Interviewpartner*innen, ebenfalls etwas über sich zu erzählen.

Zum Schutz der Anonymität wird auf fiktive Namen verzichtet. Stattdessen werden die Gesprächsteilnehmer*innen neutral als Person 1 bis Person 6 bezeichnet. Diese Entscheidung wurde bewusst getroffen, um mögliche Assoziationen oder Vorurteile zu vermeiden.

4.1.1 Person 1

Person 1, männlich gelesen, ist 58 Jahre alt und lebt allein. Die Person bezieht seit Anfang 2024 wirtschaftliche Sozialhilfe. Vor ihrer Erkrankung war sie viele Jahre im Schichtbetrieb tätig. Nach mehreren gesundheitlichen Einschüttungen kann sie heute nicht mehr im erlernten Beruf arbeiten (vgl. Interview Person 1).

Die Zahngesundheit ist Person 1 wichtig. Sie berichtet, dass ihre Zähne durch die Erkrankung stark beeinträchtigt wurden, was sie im Alltag belastet und dazu führt, dass sie beim Lächeln ihre Zähne möglichst nicht zeigt (vgl. Interview Person 1).

4.1.2 Person 2

Person 2, weiblich gelesen, ist ebenfalls 58 Jahre alt und lebt allein. Sie bezieht seit 2018 wirtschaftliche Sozialhilfe. Eine selbstständige Tätigkeit im kreativen Bereich gibt ihr eine gewisse Tagesstruktur. Ihre gesundheitliche Situation ist durch einen früheren Unfall geprägt (vgl. Interview Person 2).

Sie legt Wert auf Zahnpflege, nutzt präventive Angebote wie die Dentalhygiene und lässt grössere Behandlungen bevorzugt im Ausland durchführen, da sie diese dort als bezahlbarer empfindet (vgl. Interview Person 2).

4.1.3 Person 3

Person 3, männlich gelesen, ist 62 Jahre alt und lebt in einer Wohngemeinschaft. Sie befindet sich seit 2024 erneut im Sozialhilfebezug. In der Vergangenheit ist sie in verschiedenen Arbeitsfeldern tätig gewesen. Die aktuelle Lebenssituation ist von gesundheitlichen und finanziellen Belastungen geprägt (vgl. Interview Person 3).

Zahngesundheit ist für Person 3 ein sensibles Thema. Sie empfindet Scham und meidet Zahnarztbesuche aufgrund negativer Erfahrungen sowie finanzieller Einschränkungen (vgl. Interview Person 3).

4.1.4 Person 4

Person 4, männlich gelesen, ist 62 Jahre alt und lebt mit einem Familienmitglied zusammen, das pflegebedürftig ist und seine Hilfe im Alltag benötigt. Sie bezieht seit 2015 wirtschaftliche Sozialhilfe. Nach einem Unfall ist sie gesundheitlich eingeschränkt. Sie beschreibt den eigenen Alltag als ruhig und routiniert (vgl. Interview Person 4).

Aufgrund einer langjährigen Zahnarztangst meidet sie Behandlungen weitgehend, nimmt Angebote jedoch im Notfall in Anspruch (vgl. Interview Person 4).

4.1.5 Person 5

Person 5, männlich gelesen, ist 54 Jahre alt, verheiratet und seit 2017 im Sozialhilfebezug. Sie war früher im Pflegebereich tätig und arbeitet heute in einem geschützten Arbeitsumfeld. Zusätzlich engagiert sie sich gelegentlich im informellen Bereich (vgl. Interview Person 5).

Die Zahngesundheit spielt für sie eine untergeordnete Rolle. Sie sucht ärztliche Hilfe vor allem bei akuten Problemen und versucht kleinere Beschwerden selbst zu behandeln, um Kosten zu vermeiden (vgl. Interview Person 5).

4.1.6 Person 6

Person 6, weiblich gelesen, ist 35 Jahre alt, lebt mit ihrem Sohn zusammen und bezieht seit etwa drei Jahren wirtschaftliche Sozialhilfe. Sie stammt aus dem Ausland und besucht derzeit einen Sprachkurs mit dem Ziel, in der Pflege zu arbeiten (vgl. Interview Person 6).

Zahngesundheit ist Person 6 wichtig, insbesondere im Hinblick auf ihren Sohn. Sie achtet auf regelmässige Zahnpflege in der Familie und lässt eigene Behandlungen, wenn möglich, im Herkunftsland durchführen, wo diese deutlich günstiger sind (vgl. Interview Person 6).

4.2 Darstellung der Ergebnisse

Die nachfolgenden Ergebnisse basieren ausschliesslich auf den erhobenen Interviewdaten. Zur Strukturierung der Auswertung wurden die im 3.5 Datenauswertung beschriebenen sieben Hauptkategorien verwendet, die mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse und auf Basis des Kategorienhandbuch entwickelt wurden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang dieser Hauptkategorien. Die jeweiligen Subkategorien sind innerhalb der Kapitel durch **Fettdruck** hervorgehoben.

Einzelne Aussagen der befragten Personen überschneiden sich thematisch oder betreffen mehrere Kategorien gleichzeitig. Diese Mehrdimensionalität ist charakteristisch für qualitative Daten und wird in der Darstellung berücksichtigt.

4.2.1 Akute Schmerzen

Diese Kategorie befasst sich mit der Frage, wie akute Schmerzen den Anlass für die Inanspruchnahme einer Zahnbehandlung bilden. Innerhalb dieser Kategorie haben sich keine Subkategorien herausgebildet.

Mehrere Interviewpartner*innen gaben an, zahnärztliche Hilfe erst dann in Anspruch zu nehmen, wenn starke Schmerzen oder akute Entzündungen im Zahnbereich auftreten. Person 5 berichtete, in den letzten Jahren nur einmal beim Zahnarzt gewesen zu sein, und zwar, als eine starke Entzündung mit Schwellung vorlag:

«Es war alles geschwollen und entzündet mit Eiter und dann musste ich gehen»

(Interview Person 5, Z. 81–83).

Sie ergänzte, dass sie eine hohe Schmerztoleranz habe und deshalb lange abwarte, bis die Schmerzen nicht mehr auszuhalten seien (vgl. Interview Person 5, Z. 101–102). Auch Person 1 erklärte, dass sie Behandlungen im Zahnbereich nur bei Schmerzen in Anspruch nehme:

«Wenn ich Schmerzen bekommen würde, dann würde ich schon gehen, einfach notfallmäßig»

(Interview Person 1, Z.130–131).

Person 2 geht nach eigenen Angaben ebenfalls nur zum Zahnarzt, wenn ein Zahn gezogen werden muss. Bei Beschwerden versuche sie zunächst, mit intensiven Spülungen und Putzen selbst Abhilfe zu schaffen, und warte ab, ob sich die Situation mit Hausmitteln verbessere (vgl. Interview Person 2, Z. 128–131).

Die Aussagen verdeutlichen, dass mehrere befragte Personen Zahnarztbesuche so lange hinauszögern, bis der Leidensdruck bereits sehr hoch ist.

4.2.2 Finanzielle Belastungen

Diese Kategorie erfasst die von den Befragten wahrgenommenen Schwierigkeiten bei der Finanzierung von Zahnbehandlungen. Die Inhalte lassen sich drei Unterkategorien zuordnen: **Selbstbehalt, Kosten im Rahmen des Existenzminimums** und Fragen der **Gerechtigkeit**.

Die Hauptaussage der befragten Personen ist, dass die hohen Zahnarzkosten das zentrale Hindernis für die Inanspruchnahme von Behandlungen der Zähne darstellen. Es wird also als grösstes Hindernis für die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen benannt. Mehrere Personen erzählten im Interview mit der Autorin, dass sie sich die nötigen Eingriffe nicht leisten können. So schildert etwa Person 1, dass sie sich nach der Krebstherapie keinen Zahnarzt mehr finanzieren kann (Interview Person 1, Z. 37–45).

«Der Sozialdienst übernahm nur das Minimum, sodass Zähne einfach gezogen wurden»

(Interview Person 1, Z. 37–45).

Selbstbehalt

Der Selbstbehalt von zehn Prozent, der auf Zahnbehandlungen erhoben wird, wird von vielen Befragten als erhebliches Problem und Hürde beschrieben. Person 3 erklärte, dass sie nach Bezahlung ihrer monatlichen Rechnungen kaum noch Geld zur Verfügung habe und der Selbstbehalt daher für sie nur schwer tragbar sei (vgl. Interview Person 3, Z. 195–203). Person 5 berichtete Ähnliches:

«Der Selbstbehalt von zehn Prozent bei kostspieligen Zahnbehandlungen ist für mich nicht finanziert»

(Interview Person 5, Z. 154–160).

Auch Person 6 empfindet den Eigenanteil bei ihrem geringen Haushaltsbudget als Belastung, wenngleich sie froh ist, dass der grösste Teil der Kosten übernommen wird (vgl. Interview Person 6, Z. 145–151).

Einige Personen sehen den Selbstbehalt jedoch differenzierter: Person 2 akzeptiert ihn, sofern er in kleinen Raten von der monatlichen Auszahlung abgezogen wird (Interview Person 2, Z. 219–221), während Person 4 die Selbstbeteiligung als sinnvolle Massnahme zur Vermeidung unnötiger Arztbesuche betrachtet (Interview Person 4, Z. 169–171).

Insgesamt überwiegt jedoch der Eindruck, dass der Selbstbehalt für Menschen in der Sozialhilfe ein deutliches Hemmnis darstellt, eine Zahnbehandlung in Anspruch zu nehmen.

Kosten im Existenzminimum

Mit dem Thema Existenzminimum sind die interviewten Personen tagtäglich konfrontiert, so berichteten sie, dass das Budget im Rahmen der Existenzsicherung kaum Spielraum für zusätzliche Ausgaben zulässt. Person 3 schildert zu dieser Thematik eindrücklich:

«Ich habe nur noch 10 Rappen im Portemonnaie und 13 Rappen auf dem Konto und es ist der 21. vom Monat»

(interview Person 3, Z. 200–201).

Person 1 beschreibt im gleichen Zusammenhang, wie wenig Geld ihr nach den monatlichen Fixkosten noch bleibt:

«Ich bekomme so wenig Geld, wenn ich meine Rechnungen bezahle, dann bleibt kaum etwas übrig. Letzten Monat bekam ich nur 600 Franken. Mit dem zu leben einen ganzen Monat ist nicht möglich, nicht tragbar»

(Interview Person 1, Z. 195–198).

Person 5 berichtete, dass selbst ein einfacher Badi-Besuch genau ins monatliche Budget eingeplant werden müsse (vgl. Interview Person 5, Z. 154–160). Person 6 ergänzte, dass sie Behandlungen in Bulgarien durchführen lasse, da sie sich diese dort leisten könne (Interview Person 6, Z. 86–92). Person 2 hob hervor, dass zuerst Rechnungen und Lebensmittel bezahlt werden müssten und für den Selbstbehalt kaum genügend Mittel übrigblieben (Interview Person 2, Z. 226–227).

Diese Aussagen machen deutlich, wie stark das Existenzminimum die Entscheidung für oder gegen eine Zahnbehandlung beeinflusst.

Gerechtigkeit

Die Bewertung der Finanzierung von Zahnbehandlungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe fällt unterschiedlich aus. Person 2 kritisierte vor allem den grossen Preisunterschied zwischen der Schweiz und dem Ausland:

«Wir haben für 10 Tage, inklusive Hotel und Weg, mit allem drum und dran 2500 Franken bezahlt. Ich habe das Gefühl, wenn ich hier zum Zahnarzt gehen würde und eine Teilprothese machen müsste, würde es sicherlich mindestens das Vierfache kosten»

(Interview Person 2, Z. 74–79).

Andere Befragte nehmen die Regelung als gerecht wahr oder sehen sie als notwendige Hürde. Person 4 argumentierte, dass der Selbstbehalt dazu beitrage, unnötige Zahnarztbesuche zu vermeiden (Interview Person 4, Z. 169–171).

Zusammengefasst zeigen die Interviews, dass die Wahrnehmung von Gerechtigkeit stark von persönlichen Erfahrungen und dem finanziellen Spielraum abhängt. Während einige die hohen Kosten in der Schweiz als unfair empfinden, sehen andere im Selbstbehalt eine sinnvolle Massnahme, um Missbrauch von Sozialhilfegeldern zu verhindern.

4.2.3 Strukturelle Hürden

Diese Kategorie beinhaltet die von den Befragten wahrgenommenen strukturellen Hindernisse beim Zugang zu Zahnbehandlungen. Die Analyse führte zu folgenden Unterkategorien: **Unklare Informationen, komplexe Abläufe, unterschiedliche Erfahrungen mit dem Sozialdienst sowie Stigmatisierung und Scham.**

Die Interviews zeigen, dass viele befragte Personen den administrativen Ablauf für Zahnbehandlungen als kompliziert und schlecht kommuniziert empfinden. Insbesondere der Kostenvoranschlag und die Bewilligung durch den Sozialdienst werden als belastend erlebt.

Unklare Informationen

Mehrere Befragte berichteten, dass sie vor den Interviews kaum oder gar nicht über ihre Ansprüche in Bezug auf die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen informiert waren. Person 1 erfuhr erst im Gespräch, dass eine jährliche Dentalhygiene ohne Selbstbehalt übernommen wird:

«Aha. Das ist gut. Oke. Dann gehe ich das sofort machen und melde mich an»

(Interview Person 1, Z. 107–114).

Person 2 formulierte ihre Wissenslücke wie folgt:

«Jein, ich weiss nicht viel oder nicht alles, ich wurde nicht entsprechend aufgeklärt»

(Interview Person 2, Z. 51–52).

Auch Person 4 gab an, keine klaren Informationen zu haben und nur gehört zu haben, dass es bei manchen bezahlt werde und bei anderen nicht (Interview Person 4, Z. 28–32).

Diese Aussagen verdeutlichen, dass Klient*innen teils grundlegende Kenntnisse über die Abläufe fehlen.

Komplexes Verfahren

Der obligatorische Kostenvoranschlag wird von mehreren befragten Personen als zeitraubend und hinderlich beschrieben. Person 1 kritisierte:

«Ich finde das Prozedere nicht gut ... es dauert so lange. Es kommt darauf an, wie die Schmerzen sind und welche Behandlungen man machen muss, und dann noch so lange abwarten und auf die Gutsprache warten, ist nicht gut»

(Interview Person 1, Z. 152–160)

Auch Person 6 bezeichnete den Prozess als kompliziert. Sie erklärte, dass sie sich in der Schweiz nur dann behandeln lasse, wenn der Zahnarzt wisse, dass sie beim Sozialdienst sei, und der Eigenanteil direkt von der monatlichen Auszahlung seitens Sozialdienst abgezogen wird (Interview Person 6, Z. 102–109). Sie bevorzuge daher Behandlungen in Bulgarien, wo Verfahren unkomplizierter und Kosten geringer seien (vgl. Interview Person 6, Z. 87–92).

Unterschiedliche Erfahrungen mit dem Sozialdienst

Die Befragten schilderten sowohl positive als auch negative Erlebnisse im Kontakt zum zuständigen Sozialdienst im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen. Person 5 berichtete von einem unkomplizierten Ablauf und bezeichnete den Kostenvoranschlag als vernünftig, sie habe nie Probleme bei der Bewilligung gehabt (vgl. Interview Person 5, Z. 109–123). Person 6 lobte den persönlichen Kontakt zu ihrer Sozialarbeiterin und dem Sekretariat, die bei Fragen telefonisch erreichbar seien (Interview Person 6, Z. 118–121). Auch Person 2 hatte im Allgemeinen keine Schwierigkeiten, berichtete jedoch von Verzögerungen beim Wechsel der Sozialarbeiterin und der Bedingung, für eine zweite Dentalhygiene einen ärztlichen Bericht einzureichen (vgl. Interview Person 2, Z. 186–195).

Demgegenüber machte Person 3 negative Erfahrungen mit einem früheren Sozialdienst:

«Rechnungen wurden nicht bezahlt, und ich fühlte mich abgestempelt. Ich würde mir wünschen, direkt zu einem Vertrauenzahnarzt gehen zu können»

(Interview Person 3, Z. 220–236).

Stigma und Scham

Einige Personen vermeiden es, den Sozialdienst aufzusuchen, aus Angst vor Stigmatisierung. Person 4 erklärte, dass sie sich nicht freiwillig melden würde und Unterstützung nur bei gravierenden Zahnverlusten in Anspruch nehmen wolle (Interview Person 4, Z. 102–110).

Insgesamt zeigt sich, dass bürokratische Verfahren, lange Wartezeiten und mangelnde Information für viele Personen grosse Hürden darstellen. Während einzelne Personen den Ablauf als fair empfinden, überwiegt die Wahrnehmung von Komplexität und unzureichender Kommunikation.

4.2.4 psychische Hemmschwelle

Diese Kategorie beschreibt psychische Barrieren, die dazu führen, dass notwendige Zahnbehandlungen aufgeschoben oder ganz vermieden werden. Zwei zentrale Subkategorien haben sich herausgebildet: **Angst** und **negative Erfahrungen**.

Die Interviews zeigten deutlich, dass psychische Hemmschwellen wie Zahntangst und traumatische Erfahrungen aus der Vergangenheit für einige befragte Personen eine wichtige Rolle spielen. Diese Faktoren führen dazu, dass notwendige Behandlungen hinausgezögert oder sogar ganz vermieden werden.

Angst

Bei einigen Personen ist die Angst vor dem Zahnarzt besonders ausgeprägt. Person 4 schilderte, dass sie als Kind aufgrund einer Zahnpfange über Jahre hinweg schmerzhafte Behandlungen ertragen musste:

«Die erste spezielle Spange, wo es da gegeben hat, musste ich alles mitmachen, es war so mit Schmerzen verbunden (...) dass ich ab diesem Zeitpunkt kaum mehr gegangen bin»

(Interview Person 4, Z. 47–51)

Heute lässt sie abgebrochene Zahnecken bestehen, solange diese keine Schmerzen verursachen (vgl. Interview Person 4, Z. 84–88). Auch Person 2 berichtete, dass sie wegen ihrer negativen Erlebnisse grosse Mühe habe, zum Zahnarzt zu gehen, und dabei immer sehr nervös werde (Interview Person 2, Z. 135–138).

Negative Erfahrungen

Person 3 berichtete von demütigenden Erlebnissen bei zahnärztlichen Besuchen. Sie fühlte sich wie der letzte Dreck behandelt, obwohl der Zahnarzt die Behandlung vom Sozialdienst vergütet bekam (Interview Person 3, Z. 100–103). Diese schlechte Erfahrung hat sein Vertrauen in Zahnärzt*innen nachhaltig geprägt und trägt dazu bei, dass sie Behandlungen aufschiebt (vgl. Interview Person 3, Z. 100–103).

Diese Beispiele zeigen, dass Angst und schlechte Erfahrungen bei einzelnen Befragten stark ins Gewicht fallen und deren zahnärztliches Verhalten prägen.

4.2.5 Behandlung im Ausland

Im untenstehenden Abschnitt wird das Thema zahnärztliche Behandlungen im Ausland behandelt. Auf Untergliederung in Subkategorien wurde hierbei verzichtet.

Einige Befragte erwägen oder nutzen zahnärztliche Behandlungen im Ausland, um den hohen Kosten und bürokratischen Hürden in der Schweiz zu entgehen. Besonders häufig werden die niedrigeren Preise und die unkompliziertere Abwicklung als Gründe genannt. Person 2 berichtete ausführlich von einer Reise nach Ungarn, bei der sie und ihre Mutter zahnärztliche Leistungen in Anspruch nahmen und vergleichsweise wenig Geld bezahlten (vgl. Interview Person 2, Z. 74–79). Diese Beschreibung wurde bereits in Kapitel 4.2.2 Finanzielle Belastungen bei der Unterkategorie Gerechtigkeit dargestellt und kann auch in dieser Kategorie als ergänzender Aspekt ausgeführt werden.

Sie betonte, dass sie grössere Eingriffe künftig lieber wieder in Ungarn durchführen lassen würde, da es dort günstiger sei und sie sich wohler fühle. Ihrer Einschätzung nach käme der Selbstbehalt in der Schweiz preislich fast einer Auslandsreise gleich (vgl. Interview Person 2, Z. 170–172). Person 6 nutzt regelmässig zahnärztliche Angebote in ihrem Herkunftsland Bulgarien. Sie erklärt, dass die Kontrollen dort nur etwa 20 Euro kosten und eine Füllung zwischen 40 und 50 Euro liegt:

«In Bulgarien sind die Kontrollen etwa zwanzig Euro, vielleicht so vierzig bis fünfzig Euro für eine Füllung. Es ist wirklich nicht so teuer»

(Interview Person 6, Z. 55–58)

Aufgrund des komplizierten Verfahrens und des Selbstbehalts in der Schweiz lässt sie Zahnprobleme, wenn möglich, dort behandeln und geht in der Schweiz hauptsächlich mit ihrem Sohn zum Zahnarzt (vgl. Interview Person 6, Z. 87–92). Andere Befragte schliessen diese Möglichkeit für sich aus. Person 4 lehnt Behandlungen im Ausland aufgrund ihrer Angst ab, während Person 5 der Zahngesundheit insgesamt nur geringe Bedeutung beimisst (vgl. Interview Person 4; vgl. Interview Person 5).

Diese Interviewergebnisse stellen dar, dass Behandlungen im Ausland insbesondere dann attraktiv erscheinen, wenn die Preisunterschiede gross sind und persönliches Vertrauen besteht. Für Menschen ohne die Möglichkeit oder den Wunsch zu reisen bleibt diese Option jedoch theoretisch.

4.2.6 Selbstbild

In der folgenden Kategorie wird das Thema Selbstbild dargestellt. Der Abschnitt beinhaltet noch weiter die Subkategorien **Scham** und **Ästhetik**.

Der Zustand der Zähne hat für viele Interviewte nicht nur gesundheitliche, sondern auch psychologische Bedeutung. Das Selbstbild wird stark davon beeinflusst, ob die eigenen Zähne, als ästhetisch ansprechend oder als Makel wahrgenommen werden. Während einige Personen das Aussehen ihrer Zähne als sehr wichtig beschreiben, spielt die Ästhetik für andere eine geringere Rolle.

Scham

Einige interviewte Personen empfinden Scham über den Zustand ihrer Zähne. Person 1 findet den Anblick ihrer zerstörten Zähne im Spiegel sehr belastend:

«Es ist schon schwierig, wenn ich mich im Spiegel anschau und meine Zähne sehe. Man weiss, dass man gesunde Zähne hatte und dann plötzlich nicht mehr»

(Interview Person 1, Z.170–173)

Sie versucht bei Treffen mit Freund*innen ihre Zähne zu verbergen (Interview Person 1, Z. 181–183). Auch Person 3 ist beschämt über seine Zähne, weil er davon ausgeht, andere würden sie mit Drogenkonsum in Verbindung bringen (Interview Person 3, Z. 170–174).

Ästhetik

Für manche ist die ästhetische Wirkung der Zähne von grosser Bedeutung. Person 6 schilderte die Belastung, zwei Tage ohne Frontzahn herumlaufen zu müssen:

«Ich war verzweifelt (...) musste zwei Tage ohne Zahn in der Front herumlaufen. Das war sehr schlimm für mich. Zähne sind für eine Frau wichtig»

(Interview Person 6, Z.127–132)

Sie träumt davon, sich die Zähne im Ausland verschönern zu lassen, sobald sie finanziell unabhängig ist (vgl. Interview Person 6). Im Gegensatz dazu misst Person 5 der Ästhetik ihrer Zähne nur geringe Bedeutung bei und bezeichnet ihre Zahngesundheit insgesamt als wenig wichtig (vgl. Interview Person 5, Z. 63–66).

Die Aussagen in dieser Kategorie zeigen, wie unterschiedlich einem die Bedeutung der eigenen Zähne ist. Von grosser Scham und dem Wunsch nach ästhetischen Verbesserungen, bis hin zu einer fast Gleichgültigkeit gegenüber dem Erscheinungsbild der Zähne.

4.2.7 Teilhabe

Der Zustand der Zähne beeinflusst sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Chancen auf soziale und berufliche Teilhabe. Im Folgenden wird dargestellt, wie ästhetische, gesundheitliche und psychologische Aspekte die soziale Integration und die beruflichen Möglichkeiten der befragten Personen prägen. Die Ergebnisse werden anhand der Subkategorien **Stigmatisierung**, **berufliche Chancen** und **gesellschaftliche Teilnahme** beschrieben.

Stigmatisierung

Der Eindruck, dass schlechte Zähne mit gesellschaftlicher Abwertung verbunden sind, führt bei manchen Befragten zu sozialem Rückzug. Person 3 beschrieb diese Erfahrung besonders eindrücklich:

«Viele urteilen gleich (...) von wo kennt man die schlechten Zähne? Von den Drogensüchtigen»
(Interview Person 3, Z. 170–174).

Er erklärte, dass er nicht mehr richtig strahlen könne und sich beobachtet fühle, was ihn dazu bringe, sich aus sozialen Situationen zurückzuziehen (vgl. Interview Person 3, Z. 175–181).

Berufliche Chancen

Mehrere Befragte betonten, dass ein gepflegtes Gebiss für den beruflichen Erfolg und den ersten Eindruck wichtig sei. Person 4 hob hervor, dass die vorderen Zähne entscheidend für das Erscheinungsbild sind, und gestand ein, selbst schon jemanden aufgrund eines fehlenden Frontzahns kritisch beurteilt zu haben:

«Man wird bei Bewerbungen auf den ersten Blick begutachtet»
(Interview Person 4, Z. 136–141).

Auch Person 1 ist überzeugt, dass schlechte Zähne die Jobsuche erschweren und von der Gesellschaft als unattraktiv wahrgenommen werden (vgl. Interview Person 1, Z. 186–187).

gesellschaftliche Teilnahme

Der Zustand der Zähne beeinflusst auch alltägliche Aktivitäten und die Teilnahme am öffentlichen Leben. Person 2 erklärte, dass sie mit fehlenden Backenzähnen leben könne, jedoch bei einem verlorenen Frontzahn nicht mehr einkaufen gehen würde, da für sie ein vollständiges Gebiss Teil des Lebensgefühls sei (Interview Person 2, Z. 200–211).

Person 1 gab an, ihre Zähne zu verstecken, wenn sie sich mit Freund*innen trifft, um negative Reaktionen zu vermeiden (vgl. Interview Person 1, Z. 181–183).

4.3 Schlussfolgerungen

Die Darstellung der Interviews macht deutlich, dass die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen bei Sozialhilfebezieher*innen von einem komplexen Zusammenspiel finanzieller, struktureller, psychischer und persönlicher Faktoren geprägt ist. Finanzielle Belastungen, insbesondere der Selbstbehalt und das Leben am Existenzminimum bilden für die meisten Befragten eine zentrale Hürde. Diese wird häufig durch mangelnde Information, aufwändige Verfahren und lange Wartezeiten verstärkt.

Darüber hinaus wirken individuelle Erfahrungen und Einstellungen stark auf das zahnärztliche Verhalten. Angst vor Behandlungen, Schamgefühle und negative Erlebnisse mit zahnärztlichem Fachpersonal führen bei einigen interviewten Personen dazu, Behandlungen hinauszuzögern oder ganz zu vermeiden. Deutlich wird auch, dass sich soziale Faktoren wie Stigmatisierung und die Bedeutung des äusseren Erscheinungsbilds auf die gesellschaftliche und berufliche Teilhabe auswirken. Einige Personen finden alternative Wege, um Kosten und Bürokratie zu umgehen, etwa durch Behandlungen im Ausland, während andere diese Möglichkeit ausschliessen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Entscheidung für oder gegen eine Zahnbehandlung nicht allein von akuten gesundheitlichen Bedürfnissen der interviewten Personen abhängt, sondern in ein Geflecht aus strukturellen Rahmenbedingungen, psychologischen Hürden und finanziellen Ressourcen eingebettet ist.

Um die Diskussion im nachfolgenden Teil klar und nachvollziehbar zu gestalten, hat die Autorin es entlang dieser identifizierten Hürden strukturiert.

5. Diskussion der Forschungsergebnisse

Aufbauend auf den im vorherigen Kapitel dargestellten Ergebnissen werden diese nun im Kontext des theoretischen Rahmens und des aktuellen Forschungsstandes eingeordnet. Ziel ist es, die untenstehende Forschungsfrage unter Einbezug der Interviewergebnisse und der Literatur zu beantworten.

Was sind die Gründe für eine Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen von Personen, welche wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen?

Dabei werden neben der Forschungsfrage auch die beiden Theoriefragen erneut aufgegriffen und mit den empirischen Erkenntnissen verknüpft. Durch den Abgleich von Praxis- und Theorieperspektive werden sowohl Übereinstimmungen als auch mögliche Diskrepanzen sichtbar.

Wie wird wirtschaftliche Sozialhilfe definiert?

Wie wird Zahngesundheit definiert?

Die Gespräche mit den sechs Sozialhilfebezieher*innen haben deutlich gemacht, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen nicht auf einen einzelnen Faktor zurückzuführen ist. Es ist das Ergebnis eines komplexen Zusammenspiels struktureller, psychologischer und finanzieller Rahmenbedingungen. Dieses Bild deckt sich mit der Literatur, die den engen Zusammenhang zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit betont.

Wie im Theorieteil dargestellt, bedeutet Armut nicht nur materielle Einschränkungen. Sie beeinflusst auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung und das subjektive Wohlbefinden (Diderichsen, Hallqvist & Whitehead, 2019, S. 55). Die wirtschaftliche Lage der befragten Personen bestätigt zentrale Erkenntnisse der Armutsforschung. Ein Leben am Existenzminimum zwingt die Betroffenen ihre Ausgaben sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Diese begrenzten finanziellen Mittel wirken sich sowohl auf die physische Gesundheit als auch auf die psychosoziale Belastung aus und können die soziale Teilhabe sowie den Zugang zu Gesundheitsleistungen erheblich einschränken (BFH & ZHAW, 2021, S. 4–5). Diese Aussagen decken sich auch im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen im Rahmen der Interviews.

Finanzielle Hürden

Die finanzielle Lage der befragten Personen ist ein zentrales Thema und bildet die Grundlage für viele weitere Hindernisse in Verbindung mit der Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen. In den Interviews hat dieser Aspekt den wichtigsten Platz eingenommen, was somit auch deckend mit der Literatur ist.

Es wurde deutlich, dass die meisten Teilnehmer*innen eine Zahnbehandlung erst dann in Anspruch nehmen, wenn sie starke Schmerzen oder akute Entzündungen haben. Präventive Angebote wie regelmässige Kontrollen oder Zahncleanings werden von sozial benachteiligten Gruppen nur selten genutzt. Ein Muster, das in der Studie von Sottas, Brügger und Jaquier (2014, S. 25–26) beschrieben wird (Sottas, Brügger & Jaquier, 2014, S. 25–26). Dieses Verhalten zeigt sich zum Beispiel bei Person 5, die schilderte, dass sie den Zahnarzt nur aufsucht, wenn die Beschwerden kaum noch auszuhalten sind (vgl. Interview Person 5, Z. 81–83).

Ein wichtiger Grund hierfür ist der Selbstbehalt von 10 % für zahnärztliche Eingriffe. Es wurde in den Gesprächen mehrfach betont, dass selbst dieser Anteil für Personen, welche am Existenzminimum leben kaum zu tragen ist und daher auch teilweise nötige Zahnbehandlungen nicht in Anspruch genommen werden. Das Bundesamt für Gesundheit weist darauf hin, dass solche Kosten einen Teufelskreis aus Krankheit und Armut verstärken können (BAG, 2021). Aus Sicht der Autorin ist fraglich, ob dieser Selbstbehalt als Lenkungsinstrument geeignet ist, wenn er einkommensschwache Personen faktisch vom Zugang zur Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen ausschliesst. Auch aus rechtlicher Sicht ist zu hinterfragen, ob Abzüge dieser Art mit dem Prinzip des sozialhilferechtlichen Existenzminimums vereinbar sind, das gemäss SKOS und kantonalem Sozialhilfegesetz notwendige Gesundheitskosten einschliesst (vgl. Kapitel 2.1.4 sozialhilferechtliches Existenzminimum).

Darüber hinaus zeigt sich in den Interviews und der theoretischen Diskussion die grundsätzliche Frage, warum notwendige Zahnbehandlungen in der Schweiz nicht, wie in manchen europäischen Ländern, vollständig in die obligatorische Krankenversicherung aufgenommen werden. Die Versicherung deckt zahnärztliche Leistungen derzeit grundsätzlich nicht ab, nur in definierten Ausnahmefällen (SSO, 2011). Kritiker*innen befürchten, dass eine vollständige Aufnahme von Zahnbehandlungen in die obligatorische Krankenversicherung zu höheren Kosten und stärkerer Beanspruchung führen könnte. Sie sehen darin auch eine Gefahr für die Eigenverantwortung in der Zahnpflege. Stattdessen schlagen viele

gesundheitspolitische Akteur*innen Kompromissmodelle vor, etwa für grundlegende Leistungen oder gezielt für besonders schutzbedürftige Gruppen.

Eine Integration der Zahngesundheitskosten in die obligatorische Krankenversicherung würde aus Sicht der Autorin eine Vereinfachung in der Fallführung darstellen. Es würden auch viele administrative Arbeiten wegfallen.

Strukturelle Hürden

Auch die strukturellen Hürden stehen in engem Zusammenhang Zahnbehandlungen nicht in Anspruch zu nehmen. Die finanziellen Hürden werden durch komplexe strukturelle Hürden noch zusätzlich verstärkt. Mehrere befragte Personen wussten nicht, dass ihnen beispielsweise eine jährliche Dentalhygiene ohne Eigenanteil zusteht. Andere beschrieben das Bewilligungsverfahren für Zahnbehandlungen als langwierig und kompliziert. Vor einer Kostenübernahme seitens Sozialdienst muss in der Regel ein detaillierter Kostenvoranschlag eingereicht werden, den die zuständige Behörde dann prüft. Bei hohen Beträgen ist zusätzlich eine Begutachtung durch Vertrauenszahnärzt*innen nötig (AGSo, 2025). Diese Verfahren können lange dauern, manchmal so lange, dass der Kostenvoranschlag abläuft. Wird die notwendige Behandlung dadurch verzögert, kann dies auch negative Folgen für die Zahngesundheit haben.

In den Interviews kam hervor, dass die Notwendigkeit verschiedene Stellen einzubinden und mehrfach auf Rückmeldungen zu warten von den betroffenen Personen ein hohes Mass an Energie und Organisation fordert. Gerade für Menschen mit begrenzten Ressourcen wirkt dies abschreckend und kann dazu führen, dass notwendige Behandlungen gar nicht erst beantragt werden. Langfristig kann diese Zurückhaltung jedoch zu einer Verschlechterung des Zahn- und Allgemeinzustands führen, was schliesslich deutlich höhere Folgekosten für das Gesundheitssystem nach sich zieht. Studien zeigen, dass aufgeschobene oder unterlassene zahnärztliche Behandlungen häufig komplexere Eingriffe erforderlich machen, die sowohl für die öffentliche Hand als auch für die Bezieher*innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe teurer sind (WHO, 2023).

Sowohl die SKOS als auch das BAG fordern daher, Verfahren transparenter und einfacher zu gestalten, um den Zugang zu verbessern (SKOS, 2021). Sottas, Brügger und Jaquier (2014, S. 28) bestätigen in ihrer Untersuchung zu Zugangsproblemen im Gesundheitswesen, dass bürokratische Prozesse insbesondere für Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz eine erhebliche Hürde darstellen.

Psychische Hemmschwellen

Die finanziellen und administrativen Hürden werden bei manchen befragten Personen zusätzlich durch psychologische Barrieren verstärkt. Mehrere schilderten eine Angst vor Zahnärzt*innen zu haben, oft als Folge traumatischer Erlebnisse in der Vergangenheit. Internationale Studien bestätigen in diesem Zusammenhang, dass Angst und negative Erfahrungen die Nutzung zahnmedizinischer Leistungen deutlich einschränken können. Aus den Interviews geht hervor, dass solche Erlebnisse häufig zu einer langfristigen Vermeidung von Behandlungen führen, selbst wenn akuter Behandlungsbedarf besteht.

Gerade hier zeigt sich, wie wichtig vorbeugende Massnahmen und gezielte Aufklärung sind. Positive Erfahrungen schon im Kindesalter, zum Beispiel durch einfache Erklärungen, schmerzfreie Behandlungen und regelmässige Kontrollen, können helfen, dass Ängste gar nicht erst entstehen. Das entspricht der Primärprävention, die darauf abzielt, Krankheiten von Anfang an zu verhindern (Habermann-Horstmeier, 2017, S. 34). Präventionsarbeit sollte deshalb früh beginnen, besonders bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien. Sie haben oft weniger Zugang zu zahnmedizinischer Gesundheitsbildung und Vorsorgeangeboten (Fluder, Hümbelin, Kessler & Salzgeber, 2019, S. 23–24). In der Praxis können Schulprogramme oder die Zusammenarbeit von Zahnärzt*innen mit Fachstellen helfen, Hürden abzubauen (SSO, 2025). Frühe Prävention hat zudem nicht nur gesundheitliche, sondern auch Vorteile für die Wirtschaft. Werden Erkrankungen Zahnbereich rechtzeitig erkannt und entsprechend behandelt, können hohe Kosten für Folgeschäden vermieden werden. Die WHO (2023) weist darauf hin, dass präventive Massnahmen im Bereich der Mundgesundheit zu den effektivsten Strategien gehören, um langfristig Kosten im Gesundheitssystem zu senken.

Auch das Selbstbild und die soziale Teilhabe beeinflussen das Gesundheitsverhalten der interviewten Personen. Scham über den Zustand der Zähne oder die Überzeugung, dass ein gepflegtes Gebiss die Chancen bei der Arbeitssuche verbessert, spielen dabei eine Rolle (vgl. Interview Person 4, Z. 136–141). Die BFH-Analyse zeigt in diesem Zusammenhang, dass sowohl die sozioökonomische Herkunft als auch kulturelle Normen einen grossen Einfluss darauf haben, wie Gesundheit wahrgenommen und priorisiert wird (BFH, 2021, S. 4–5).

Um diese Ergebnisse einzurichten, bieten Bourdieus Kapitaltheorie und die Salutogenese nach Antonovsky hilfreiche Erklärungsansätze. Fehlt ökonomisches Kapital, also Geld, ist der finanzielle Spielraum stark eingeschränkt. Bei Bezieher*innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe ist dies klar der Fall, da sie am rechtlich definierten Existenzminimum leben. Wenig kulturelles Kapital, zum Beispiel fehlendes Gesundheitswissen, erschwert den Zugang zu wichtigen

Informationen. Das zeigt sich auch im fehlenden Wissen darüber, wie Zahnbehandlungen im Rahmen der Sozialhilfe organisiert und beantragt werden können. Geringes soziales Kapital bedeutet, dass unterstützende Kontakte und Netzwerke fehlen (vgl. Bourdieu, 1987, S. 183–184).

Nach Antonovsky (1987/1997, S. 15–23) führt ein schwaches Kohärenzgefühl, vor allem in den Bereichen Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, dazu, dass Betroffene einen Zahnarztbesuch als schwer zu bewältigen empfinden.

Gerade im Zusammenspiel von kulturellen und sozialen Faktoren wird deutlich, wie wichtig Prävention und Gesundheitsbildung sind.

5.1 Schlussfolgerung

Die Forschungsfrage, wovon die Inanspruchnahme von Zahnbehandlungen bei Bezieher*innen von wirtschaftlicher Sozialhilfe abhängig ist, kann abschliessend wie folgt beantwortet werden.

Die Entscheidung, ob eine zahnmedizinische Behandlung in Anspruch genommen wird oder nicht wird durch ein Zusammenspiel aus verschiedenen Faktoren geprägt. Finanzielle Belastungen wie der Selbstbehalt von 10 %, die generell hohen Behandlungskosten in der Schweiz und das Leben am Existenzminimum bilden dabei die grössten Hürden. Dazu kommen strukturelle Barrieren wie aufwendige Bewilligungsverfahren, lange Bearbeitungszeiten und die Beteiligung von Drittpersonen wie Vertrauenszahnärzt*innen. Auch psychologische Faktoren wie Zahnarztangst oder negative Vorerfahrungen führen dazu, dass Behandlungen verschoben oder ganz vermieden werden. Darüber hinaus beeinflussen kulturelle und individuelle Aspekte das Gesundheitsverhalten. Der Stellenwert von Ästhetik, Schamgefühle oder die Entscheidung für eine Behandlung im Ausland zeigen, dass persönliche Wertvorstellungen und Ressourcen eine wichtige Rolle spielen. Prävention und Gesundheitsbildung.

Unter Einbezug der Theoriefragen schränkt nach der Kapitaltheorie nach Bourdieu fehlendes ökonomisches Kapital den finanziellen Handlungsspielraum direkt ein. fehlendes kulturelles Kapital erschwert den Zugang zu wichtigen Informationen, und ein geringes soziales Kapital reduziert die vorhandenen Unterstützungsnetze. Die Interviews verdeutlichen, dass diese Defizite häufig gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig verstärken (vgl. 1987, S. 183–184).

Die Salutogenese nach Antonovsky zeigt, dass ein geringes Kohärenzgefühl, insbesondere in den Dimensionen Verstehbarkeit und Handhabbarkeit, dazu führt, dass Zahnarztbesuche als schwer organisierbar und belastend erlebt werden. Befragte mit einem stärkeren Kohärenzgefühl fanden eher Wege, Lösungen zu entwickeln, etwa durch Behandlungen im Ausland oder gezielte Informationssuche (vgl. 1987/1997, S. 15–23).

Insgesamt wird deutlich, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe nicht von einem einzelnen Faktor abhängt, sondern das Ergebnis eines komplexen Konstruktions aus finanziellen, strukturellen und psychischen Einflüssen ist.

5.2 Persönliche Stellungnahme

Die Arbeit an der vorliegenden Untersuchung hat der Autorin ausdrücklich vor Augen geführt, wie eng Armut und Gesundheit miteinander verbunden sind. In den Gesprächen zeigte sich deutlich, dass viele Menschen erst dann eine Zahnbehandlung in Anspruch nehmen, wenn die Schmerzen kaum noch auszuhalten sind. Finanzielle und administrative Hürden verhindern in der Praxis, dass regelmässige Behandlungen stattfinden. Besonders der zehnprozentige Selbstbehalt wirkt dabei wie eine grosse Hürde. Er wird somit nicht nur die individuelle Zahngesundheit gefährdet, sondern belastet langfristig auch das Gesundheitssystem.

Während der Analyse ist es der Autorin erneut bewusst geworden, wie sehr rechtliche Vorgaben die Situation verkomplizieren. Unterschiedliche kantonale Regelungen schaffen Ungleichheiten, die aus Sicht des Gerechtigkeitsprinzips schwer nachvollziehbar sind. Eine schweizweit einheitliche Regelung der Sozialhilfe könnte hier für mehr Fairness sorgen. Ein möglicher Ansatz wäre, notwendige Zahnbehandlungen generell über die obligatorische Krankenversicherung abzurechnen, wie es in anderen europäischen Ländern bereits der Fall ist. Somit würden auch in der praktischen Umsetzung weniger administrative Arbeiten auf den Sozialdienst zurückfallen.

Auf Sicht auf die befragten Personen in den Interviews hat die Autoren sehr beeindruckt, wie viel Eigeninitiative und Kreativität die Personen zeigen, um trotz dieser grossen Hürden Lösungen zu finden, etwa durch Behandlungen im Ausland oder das Zurückstellen eigener Bedürfnisse zugunsten anderer. Diese Stärke verdient Anerkennung und verdeutlicht, dass nicht mangelnde Motivation, sondern vor allem strukturelle Rahmenbedingungen entscheidend sind.

Diese Arbeit war ein Lernprozess, besonders im Hinblick auf die Bedeutung von Prävention. Aufklärungsangebote sollten früh beginnen und für alle leicht zugänglich sein. So lassen sich gesundheitliche Ungleichheiten verringern. Außerdem können solche Angebote Kosten sparen, weil sie teure Folgeschäden verhindern.

6. Schlussfolgerung für die Soziale Arbeit

Im folgenden Kapitel wird die untenstehende Praxisfrage behandelt.

Wie kann die Soziale Arbeit die Bedeutung der Zahngesundheit vermitteln?

Ausgehend von der Diskussion der Forschungsergebnisse werden zentrale Erkenntnisse herausgearbeitet, die für die Soziale Arbeit relevant sind. Darauf aufbauend werden praxisbezogene Schlussfolgerungen formuliert und konkrete Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit abgeleitet.

6.1 Schlussfolgerungen und Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit verdeutlichen, dass Zahngesundheit bei Menschen, die wirtschaftliche Sozialhilfe beziehen, weit über eine medizinische Fragestellung hinausgeht. Sie ist ausgehend vom Kapitel 5.1 Schlussfolgerung eng mit finanziellen Hürden, strukturellen Barrieren und psychischen Belastungen verknüpft.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit verpflichtet Fachpersonen dazu, die Menschenrechte zu achten, soziale Gerechtigkeit zu fördern und allen Menschen den Zugang zu wichtigen Leistungen zu sichern. Für die Praxis bedeutet dies die Verantwortung, Benachteiligungen im Gesundheitswesen zu erkennen und abzubauen (vgl. AvenirSocial, 2010).

Finanzielle Hürden

Bei finanziellen Hürden ist es in der Praxis der wirtschaftlichen Sozialhilfe wichtig, Klient*innen frühzeitig und verständlich über ihre Rechte und Pflichten zu informieren. So wissen sie von Anfang an, welche Kosten übernommen werden können und welche Voraussetzungen dafür gelten, gerade eben auch in Bezug auf Behandlungen in zahnmedizinischen Bereich. Dazu gehört auch, offen über mögliche Hindernisse zu sprechen, zum Beispiel, dass ein Kostenvoranschlag nötig ist, dieser von Vertrauenzahnärzt*innen geprüft wird und der Sozialdienst eine Kostengutsprache dafür erteilen muss. Aus Sicht der Autorin sollte dieser Themenbereich bereits im Erstgespräch thematisiert werden. Die Informationen sollten in einfacher Sprache vermittelt werden, damit sie für alle gut verständlich sind. Hilfreich können zusätzlich visuelle Materialien wie Broschüren sein. Sie unterstützen das Verständnis und schaffen Transparenz.

Ergänzend kann es aus Sicht der Autorin sinnvoll sein, externe Fachstellen in die Fallarbeit einzubeziehen. Budgetberatungsstellen oder andere spezialisierte Angebote können helfen, die finanziellen Möglichkeiten realistisch einzuschätzen und gemeinsam Prioritäten zu setzen. Dies kann unnötige Belastungen verhindern und die Chancen erhöhen, notwendige Behandlungen tatsächlich in Anspruch zu nehmen.

Auch auf Seiten der Sozialhilfe ist es wichtig, den vorhandenen Ermessensspielraum zu nutzen und gemeinsam mit den Klient*innen klare Absprachen zum Selbstbehalt zu treffen. Aus Sicht der Autorin sollte im Praxisalltag offen besprochen werden, ob und in welchem Umfang dieser für die betroffene Person tragbar ist. Gegebenenfalls kann vereinbart werden, den Selbstbehalt in mehreren Teilbeträgen über mehrere Monate von der monatlichen Auszahlung abzuziehen.

Ein solches Vorgehen fördert die Selbstbestimmung der Klient*innen, wie es der Berufskodex der Sozialen Arbeit fordert (AvenirSocial, 2010). Gut informierte Menschen, die die Abläufe kennen, können aktiv mitentscheiden und ihre Interessen besser vertreten. Das stärkt das Vertrauen zwischen Sozialdienst und Klient*innen.

Strukturellen Hürden

Strukturelle Hürden verstärken in der Praxis der Sozialen Arbeit häufig die ohnehin bestehenden finanziellen Belastungen. Komplizierte Abläufe oder fehlende Informationen führen oft dazu, dass Klient*innen notwendige zahnmedizinische Behandlungen gar nicht erst beantragen. Aus Sicht der Autorin ist es deshalb für die Praxis entscheidend, den gesamten Prozess so verständlich und transparent wie möglich zu gestalten. Klient*innen sollten nicht nur über ihre Rechte und Pflichten informiert werden, sondern auch über jeden einzelnen Schritt im Verfahren. Dabei ist es wichtig, ihre individuellen Ressourcen zu berücksichtigen um gezielt Unterstützung anzubieten. In manchen Fällen kann es hilfreich sein, wenn der Sozialdienst direkt Kontakt mit der behandelnden Praxis aufnimmt, um administrative und finanzielle Fragen im Vorfeld zu klären. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sollten strukturelle Hindernisse früh erkennen und aktiv abbauen. In der Praxis kann das zum Beispiel bedeuten, den Bearbeitungsstand bei Vertrauenzahnärzt*innen nachzufragen, wenn sich ein Verfahren verzögert, oder die Kommunikation zwischen allen Beteiligten zu koordinieren.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010) verpflichtet Sozialarbeiter*innen, Barrieren zu reduzieren, Chancengleichheit zu fördern und den Zugang zu notwendigen Leistungen sicherzustellen. Das bedeutet auch, bürokratische Prozesse so zu begleiten, dass Klient*innen nicht allein gelassen werden. Durch aktives Handeln können Fachpersonen dazu beitragen, dass notwendige Behandlungen rechtzeitig erfolgen und gesundheitliche Ungleichheiten nicht weiter verstärkt werden.

Psychische Hürden

Psychische Hürden können den Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung ebenfalls stark einschränken. In den Interviews berichteten mehrere Personen von ausgeprägter Zahnärzt*innenangst, oft ausgelöst durch schmerzhafte oder traumatische Erfahrungen in der Vergangenheit. Hinzu kommen Gefühle von Scham über den Zustand der Zähne, die ebenfalls dazu führen können, dass Behandlungen immer weiter hinausgezögert werden. Nicht selten wird erst dann ein Termin wahrgenommen, wenn die Schmerzen kaum noch auszuhalten sind.

Für die Praxis der Sozialen Arbeit bedeutet es, diese Barrieren ernst zu nehmen und bewusst in die Arbeit mit Klient*innen einzubeziehen. Eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung ist dabei zentral. Nur wenn Vertrauen besteht, können Ängste offen angesprochen und gemeinsam Lösungen entwickelt werden. Sozialarbeiter*innen sollten in ihrer Gesprächsführung einfühlsam, klar und ressourcenorientiert vorgehen. Eine gute Vorbereitung auf Gespräche hilft, individuell auf Sorgen, Fragen und Bedürfnisse einzugehen.

Wichtig ist auch, Klient*innen zu bestärken und zu motivieren, Schritt für Schritt Barrieren zu überwinden. Dabei kann es hilfreich sein, gemeinsam eine geeignete Zahnärzt*innenpraxis auszuwählen, Begleitungen zu organisieren oder Behandlungen in kleinen, gut planbaren Schritten durchzuführen.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2010) verpflichtet Sozialarbeiter*innen, Menschen in ihrer Selbstbestimmung zu stärken und sie beim Wahrnehmen ihrer Rechte zu unterstützen. Dies schliesst auch den Abbau psychischer Hürden ein. Eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Fachstellen, etwa psychologischen Beratungsdiensten oder Gesundheitsförderungsangeboten, kann in diesem Zusammenhang wertvoll sein. Durch diese Vernetzung entsteht ein unterstützendes Umfeld, das Klient*innen den Zugang zu notwendiger Versorgung erleichtert und ihnen langfristig mehr Sicherheit im Umgang mit Zahnarztbesuchen gibt.

Zusammenfassend lässt sich die Forschungsfrage wie folgt beantworten: Die Soziale Arbeit kann einen entscheidenden Beitrag leisten, indem sie finanzielle, strukturelle und psychische Barrieren bestmöglich abbaut. Dazu gehört, klar zu informieren, einfache Abläufe zu ermöglichen und Klient*innen in der Fallarbeit vertrauensvoll sowie transparent zu begleiten, damit sich die Chancen auf eine rechtzeitige Inanspruchnahme deutlich erhöhen.

6.2 Praxisbezug

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen durch Menschen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe von finanziellen, strukturellen und psychischen Hürden beeinflusst wird. Für Fachpersonen der Sozialen Arbeit ist es daher wichtig, sich dieser Barrieren bewusst zu sein und aktiv daran zu arbeiten, sie für die Klient*innen so gering wie möglich zu halten.

Es bedeutet, im Arbeitsalltag klar zu informieren, einfache Abläufe zu ermöglichen und Klient*innen vertrauensvoll sowie transparent zu begleiten. Gleichzeitig braucht es einen offenen Austausch im Team, etwa in Teamsitzungen, um Erfahrungen und Lösungsansätze zu teilen. Auch Supervisionen oder Intervisionen bieten Gelegenheit, die Thematik gemeinsam zu reflektieren und verschiedene Perspektiven kennenzulernen. Ebenso ist es wichtig, das eigene Handeln regelmässig zu hinterfragen und zu prüfen, ob bestehende Vorgehensweisen tatsächlich hilfreich sind. Die kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung, beispielsweise durch Fortbildungen im Bereich Gesundheitsförderung, Kommunikation oder Sozialrecht, kann dazu beitragen, Klient*innen noch gezielter zu unterstützen.

Gleichzeitig muss aus Sicht der Autorin anerkannt werden, dass grundlegende Verbesserungen nur in Zusammenarbeit mit der Politik möglich sind. Strukturelle Veränderungen, wie eine schweizweit einheitliche Regelung zur Kostenübernahme oder die Integration bestimmter Zahnbehandlungen in die obligatorische Krankenversicherung, können nur auf politischer Ebene umgesetzt werden. Sozialarbeiter*innen können hier eine wichtige Rolle spielen, indem sie ihre Praxiserfahrungen einbringen, Missstände aufzeigen und sich aktiv an gesundheits- und sozialpolitischen Diskussionen beteiligen. So kann die Soziale Arbeit nicht nur im Einzelfall helfen, sondern auch langfristig dazu beitragen, dass Rahmenbedingungen geschaffen werden, die allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung ermöglichen.

6.3 Ausblick

Die Forschungsarbeit macht deutlich, dass die Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen durch Menschen in der wirtschaftlichen Sozialhilfe ein komplexes Zusammenspiel von finanziellen, strukturellen und psychischen Faktoren darstellt. In der Praxis konnten Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit diese Hürden abbauen und Klient*innen gezielt in dieser Thematik unterstützen können.

Aus Sicht der Autorin war der Umfang dieser Forschung jedoch zu klein, um genaue oder stark differenzierte Aussagen treffen zu können. Dennoch soll es dazu beitragen, dass das Thema an Sichtbarkeit und Bedeutung gewinnt und in der Fachwelt wie auch in der Politik mehr Aufmerksamkeit erhält. Für die Zukunft stellt sich die Frage, wie diese Erkenntnisse nachhaltig in Strukturen und Prozesse integriert werden können. Dazu gehört, dass sich Sozialdienste stärker vernetzen, um Wissen und Ressourcen zu teilen. Langfristig braucht es aber auch politische Entscheidungen, die den Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung grundlegend verbessern.

Weitere Forschungsarbeiten könnten sich darauf konzentrieren, wie unterschiedliche kantonale Regelungen die Versorgung beeinflussen und welche Modelle in der Praxis besonders wirksam sind. Ebenso wäre es wertvoll, die Perspektive weiterer Akteur*innen wie Zahnärzt*innen, Sozialarbeiter*innen oder Gesundheitsorganisationen einzubeziehen, um ein umfassenderes Bild zu erhalten.

Nur durch eine Beteiligung von Forschung, Politik und Praxis kann es gelingen, die bestehende Ungleichheit abzubauen und somit allen Menschen, unabhängig von deren finanziellen Lage, einen Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung zu ermöglichen.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke, Übers.). dgvt-Verlag. (Originalwerk veröffentlicht 1987 unter dem Titel *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*)

AvenirSocial – Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argument für die Praxis*. AvenirSocial.

Amt für Gesellschaft und Soziales Kanton Solothurn [AGSo]. (2025). *Sozialhilfehandbuch*. <https://sozialhilfehandbuch.so.ch/praxis-sozialhilfe/>

Berner Fachhochschule, & Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. (2021). *Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden*. Berner Fachhochschule.

Bogner, A., Littig, B., & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung* (4., aktualisierte Auflage). Springer VS.

Bourdieu, P. (1987). *Die feinen Unterschiede: Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Suhrkamp.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2021, 10. August). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden* [Faktenblatt]. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitliche-chancengleichheit/2021-08-10-faktenblatt-sozialhilfebeziehende.pdf>

Bundesamt für Statistik [BFS]. (o. J.). *Armut und Deprivation*. Abgerufen am 1. August 2025, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-deprivation.html>

Bundesamt für Statistik [BFS]. (o. J.). *Erhebung über Einkommen und Lebensbedingungen (SILC)*. Abgerufen am 1. August 2025, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/erhebungen/silc.html>

Bundesamt für Statistik [BFS]. (o. J.). *Verzicht auf notwendige Pflegeleistungen aus finanziellen Gründen*. Abgerufen am 1. August 2025, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/soziale-situation-wohlbefinden-und-armut/armut-deprivation/armut.html>

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2025). *Mund- und Zahngesundheit in der Schweiz, 2002 bis 2022* (BFS Aktuell, Statistik der Schweiz, Nr. 1734-2200). Bundesamt für Statistik. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/katalog.assetdetail.34488072.html>

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] vom 18. April 1999, SR 101.

Diderichsen, F., Hallqvist, J., & Whitehead, M. (2019). Differential vulnerability and susceptibility: How social patterns contribute to inequities in health. *Annual Review of Public Health, 40*, 1–18. <https://academic.oup.com/aje/article/48/1/268/5066378>

Dorn, M. (2023). *Erfahrungen der Wohnbevölkerung ab 18 Jahren mit dem Gesundheitssystem – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich: Analyse des International Health Policy [IHP] Survey 2023 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund [CWF] im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit [BAG]* (Obsan Bericht 10/2023). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-12/Obsan_10_2023_BERICHT.pdf

Dresing, T., & Pehl, T. (2018). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (8., aktualisierte Auflage). Eigenverlag. https://www.audiotranskription.de/wp-content/uploads/2020/11/Praxisbuch_08_01_web.pdf

Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health, 60*(5), 376–381. <https://jech.bmjjournals.org/content/60/5/376>

Fluder, R., Hümbelin, O., Kessler, D., & Salzgeber, R. (2019). *Daten zur Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Machbarkeitsanalyse*. Berner Fachhochschule. <https://arbor.bfh.ch/server/api/core/bitstreams/144af008-6565-4069-afd0-4f0996e1739f/content>

Habermann-Horstmeier, L. (2017). *Gesundheitsförderung und Prävention: Grundlagen, Strategien und Methoden* (2., aktualisierte Auflage). Hogrefe.

Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Lässer, J., & Hümbelin, O. (2021). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden*. Bundesamt für Gesundheit. https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/themen/Gesundheit/2021_08_10_Faktenblatt_D_def.pdf

Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren [SODK]. (o. J.). *Sozialhilfe*. Abgerufen am 1. August 2025, von <https://www.sodk.ch/de/themen/armut/sozialhilfe/>

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Beltz Juventa.

Lambers, H. (2020). *Theorien der Sozialen Arbeit: Ein Kompendium und Vergleich* (5., überarbeitete Auflage). utb.

Marthaler, T. M., Menghini, G., & Steiner, M. (2019). Zahnmedizinische Versorgung und soziale Ungleichheit in der Schweiz. *Schweizer Monatsschrift für Zahnmedizin*, 129(7), 592–599.

Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarbeitete Auflage). Oldenbourg.

Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (13., überarbeitete Auflage). Beltz

Metzger, M. (2009). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

Public Health Schweiz. (2022). *Jahresbericht 2022*. Public Health Schweiz. https://public-health.ch/documents/2273/Jahresbericht_2022_DE.pdf

Sottas, B., Brügger, S., & Jaquier, A. (2014). *Zugangsprobleme zur Gesundheitsversorgung? Eine explorative Studie auf Grund von Expertengesprächen*. Formative Works. https://formative-works.ch/wp-content/uploads/2020/01/2014_4_Zugangsprobleme_de.pdf

Schleicher, J. (2023). Sozialhilferecht. In P. Mösch Payot & M. Schwander (Hrsg.), *Recht für die Soziale Arbeit: Grundlagen und ausgewählte Aspekte* (5., aktualisierte Auflage, S. 267-271. Haupt.

Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft [SSO]. (2011). *Zahnbehandlung: Was bezahlen die Krankenkassen?* [Patienteninformationsbroschüre].

Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe [SKOS]. (2021). *SKOS-Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe*. https://rl.skos.ch/lexoverview-home/lex-RL_A_1

Sozialgesetz des Kantons Solothurn [SG SO] vom 1. Januar 2009, BGS 831.1.

Sozialverordnung des Kantons Solothurn [SV SO] vom 1. Januar 2009, BGS 831.11.

Wizent, G. (2023). *Sozialhilferecht* (2., überarbeitete Auflage). Dike Verlag AG.

World Health Organization [WHO]. (2023). *Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030 – European region summary*. Regional Office for Europe. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240061484>

OpenAi. (2025) *ChatGPT*. <https://chat.openai.com>

(Dieses KI-Tool wurde zur sprachlichen Umformulierung einzelner Textpassagen verwendet. Die inhaltliche Verantwortung liegt vollständig bei der Autorin.)

Anhang

A. Interviewleitfaden

Bachelorarbeit
Noemi Steiner

Leitfaden Interview

Allgemein

- Name, Vorname von der Interviewten Person:
- Interviewdatum und Ort
- Interviewdauer: ungefähr 1 Stunde

Einstieg

- Dank, gegenseitige Vorstellung
- Hinweis auf Datenschutz, Anonymität
- Thema und Ziel der Befragung, Arbeit
- Tonbandaufnahmen, Notizen
- Kurze Inhaltübersicht

Allgemeines, Einleitung ins Thema

- Können Sie mir kurz etwas über Ihre aktuelle Lebenssituation erzählen?
- Seit wann beziehen Sie wirtschaftliche Sozialhilfe?
- Wie sind Sie ins Netz der wirtschaftlichen Sozialhilfe gekommen?
- Was wissen Sie über Zahnbehandlungen in der Sozialhilfe?

(Evt. kurs erläutern wie es gehandhabt wird)

Zahngesundheit

- Welche Bedeutung hat Zahngesundheit für Sie persönlich?
- Haben Sie aktuell Zahnprobleme oder Beschwerden mit den Zähnen?
- Wie wichtig sind Ihnen regelmässige Zahnarztbesuche und professionelle Zahnreinigungen?

Bachelorarbeit
Noemi Steiner

Zugang zu Behandlungen

- Haben Sie in den letzten Jahren zahnmedizinische Behandlungen in Anspruch genommen? Wenn ja, für was?
- Welche Hürden und Schwierigkeiten haben Sie dabei erlebt?
- Gab es in der Vergangenheit Zahnprobleme, die unbehandelt blieben? Warum?
- Gab es Situationen, in denen Sie notwendige Zahnbehandlungen aus finanziellen Gründen aufgeschoben oder vermieden haben? Warum?
- Welche Gründe haben Sie davon abgehalten? (z.B. Angst, Scham, Kosten, fehlendes Wissen, ..)
- Wie empfinden Sie den Prozess der Beantragung von Zahnrätskosten bei der Sozialhilfe?
- Gab es Hürden beim Einreichen vom Kostenvoranschlag? oder mit dem Kontakt zum Sozialdienst?

Auswirkungen auf Gesundheit und Lebensqualität

- Inwiefern hat Ihre Zahngesundheit Auswirkungen auf Ihr allgemeines Wohlbefinden?
- Beeinflusst die Zahngesundheit/ Zahnprobleme Ihre soziale Teilhabe? (beispielsweise im Kontakt mit anderen Menschen oder bei der Jobsuche)
- Wie erleben Sie den Selbstbehalt auf Zahnbehandlungen von 10%? Ist dies für Sie finanziell tragbar?

Rolle der Sozialen Arbeit

- Wie erleben Sie die Unterstützung durch die Sozialhilfe in Gesundheitsfragen?
- Haben Sie von Sozialarbeiter*innen bereits Informationen, Unterstützung oder Beratung in Bezug auf Zahngesundheit erhalten?
- Was würden Sie sich wünschen, um besseren Zugang zu zahnmedizinischer Versorgung zu erhalten?
- Wie könnte aus Ihrer Sicht die Soziale Arbeit Sie besser unterstützen?
- Welche Vorschläge hätten Sie für die Sozialhilfe oder die Gesundheitspolitik, um Ihre Situation zu verbessern?

Abschluss

- Gibt es noch etwas, das Sie zu diesem Thema anmerken möchten? Was ihnen wichtig ist.
- Danke für die Offenheit und Bereitschaft zum Interview

B. Einverständniserklärung (ohne Angabe der Person)

Auf Basis der Hochschule Luzern Soziale Arbeit



Soziale Arbeit

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Titel Bachelorarbeit: Zahngesundheit in der Sozialhilfe

Durchführende Studierende: Noemi Steiner

Begleitperson: Aylin Wagner

Interviewerin/Interviewer:

Interviewdatum:

Beschreibung des Vorgehens:
X mündliche Erläuterung

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und sodann von den Studierenden in Schriftform gebracht. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. Für die Auswertung werden ausschliesslich Tools und Verfahren angewendet, die den datenschutzrechtlichen Vorgaben entsprechen.

In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviewinhalte nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts bzw. Publikation der Bachelorarbeit werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht.

Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abzubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview/ an einem Interview teilzunehmen.

ja nein

Vorname; Nachname

Ort, Datum / Unterschrift

C. Kategorienhandbuch

Kategorie	Subkategorie	Definition/ Kodierregel (kurz)	Ankerbeispiele (kurz)
Akute Schmerzen	-	Inanspruchnahme nur bei starken Schmerzen	Person 5: Grund für Besuch, geschwollene Eitrite Entzündung Person 1: geht nur wenn Schmerzen auftreten
Finanzielle Belastungen	Selbstbehalt	10% Selbstbehalt kaum realistisch	Person 3: nach monatlichen Rechnungen kaum Geld für Selbstbehalt Person 5: 10% nicht finanziierbar bei teuren Eingriffen
	Kosten im Existenzminimum	Existenzminimum reicht nicht für Zahnbehandlungen	Person 3: 21. Tag vom Monat kein Geld mehr Person 1: 600.- pro Monat zum auskommen – geht nicht
	Gerechtigkeit	Bewertung der Fairness über Kostenregelung	Person 2: vergleicht Ungarn mit Schweiz Person 4: Selbstbehalt = Hürde
Strukturelle Hürden	Unklare Informationen	Fehlendes Wissen über Ansprüche, Abläufe	Person 1: Wusste nicht das DH einmal jährlich übernommen wird Person 2: mangelnde Aufklärung

	Komplexes Verfahren	Kostenvoranschlag, Kostengutsprache	Person 1: kritisiert lange Wartezeiten auf Gutsprachen Person 6: empfindet Prozess kompliziert
	Unterschiedliche Erfahrungen	Verschiedene Erlebnisse, Erfahrungen im Kontakt mit dem Sozialdienst	Person 5: Ablauf sein Problemlos
	Stigma und Scham	Hemmung, Scham, Hilfe in Anspruch nehmen	Person 4: geht erst in Behandlung, wenn sie Zähne verliert Person 3: Fühlt sich abgestempelt
Psychische Hemmschwelle	Angst	Zahnphobie, Angst	Person 4: schmerzhafte Kindheitserfahrungen Person 2: nervös wegen früheren Erfahrungen
	Negative Erfahrungen	Schlechte Behandlungserfahrung	Person 3: fühlt sich schlecht behandelt
Behandlung im Ausland	-	Suche nach zahnärztlicher Behandlung im Ausland	Person 2: Ungarn Person 6: Bulgarien, Kontrollen und Füllungen
Selbstbild	Scham	Beschämung über eigene Zähne	Person 1: leidet unter eigenem Spiegelbild Person 3: fürchtet, dass seine Zähne mit Drogenkonsum assoziiert werden
	Ästhetik	Bedeutung Selbstbild, schöne Zähne	Person 6: beschreibt Belastung, als sie ohne Frontzahn war

			Person 5: Zähne haben weniger Bedeutung
Teilhabe	Stigmatisierung	Rückzug, negative Reaktionen	Person 3: berichtet von abwertenden Urteilen, vermeidet soziale Situationen
	Berufliche Chancen	Arbeitssuche, erster Eindruck	Person 4: betont Wichtigkeit von vorderen Zähnen Person 1: schlechte Zähne hindern bei Jobsuche
	Gesellschaftliche Teilnahme	Auswirkungen auf Alltagsaktivitäten, soziale Kontakte	Person 2: würde nichtmehr einkaufen gehen, wenn Frontzähne fehlen Person 1: versteckt Zähne vor Freund*innen