

Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit

Eine quantitative Forschungsarbeit zu
organisationalen Arbeitsbedingungen und
Erholungsfähigkeit von Fachpersonen in
Spitälern der Deutschschweiz

Autor:innen: Silvio Peter, Janine Wälti

Vertiefungsrichtung: Sozialpädagogik

Studienjahrgang: 2022–2026

E-Mail: silvio.peter@stud.hslu.ch
janine.waelti@stud.hslu.ch

Datum: 10. August 2026

Diese Arbeit wurde am 10. August 2026 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 Repositorium 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 2026

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit
Studiengangleitung Bachelor Soziale Arbeit

Abstract

Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz arbeiten an Schnittstellen zwischen psychosozialen Anliegen, medizinischen Abläufen und organisationalen Vorgaben. In diesem Arbeitsfeld wird untersucht, welche Zusammenhänge zwischen wahrgenommenen organisationalen Arbeitsbedingungen und individueller Resilienz bestehen. In einer quantitativen Querschnittsstudie wurden 95 Fachpersonen mit einem teilstandardisierten Onlinefragebogen befragt. Die Brief Resilience Scale (BRS) erfasste die selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit nach Belastungen. Organisationale Arbeitsbedingungen wurden mit sechs ausgewählten Skalen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erhoben. Die Daten wurden deskriptiv und mit Pearson-Korrelationen ausgewertet. Die Befragten schätzten ihre Erholungsfähigkeit überwiegend mittel bis hoch ein. Die COPSOQ-Skalen emotionale Anforderungen und Unterstützung bei der Arbeit wiesen hohe Mittelwerte auf. Einfluss auf die Arbeit hing signifikant positiv, Rollenkonflikte signifikant negativ mit dem BRS-Gesamtwert zusammen. Für die weiteren COPSOQ-Skalen quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen, Führungsqualität und Unterstützung bei der Arbeit zeigten sich keine signifikanten direkten Zusammenhänge. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Resilienzförderung im Spitalkontext auch organisationale Bedingungen berücksichtigen sollte. Praxisbezogene Ansatzpunkte könnten in der Stärkung fachlicher Mitgestaltung, der Klärung von Rollen und Zuständigkeiten sowie in fachlichen Reflexionen liegen. Aufgrund des Querschnittsdesigns lassen sich keine Ursachen oder Wirkungsrichtungen ableiten.

Danksagung

Wir danken allen Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit, die an unserer Befragung teilgenommen haben. Ebenso danken wir den Kontakt- und Leitungspersonen in den Spitälern, die unsere Anfrage weitergeleitet und damit zur Datenerhebung beigetragen haben.

Tanja Zemp und ihrem Team danken wir dafür, dass sie den Fragebogen im Rahmen des Pretests geprüft haben. Ihre Rückmeldungen zu Verständlichkeit, Struktur und Bearbeitungsdauer halfen uns, den Fragebogen vor der Datenerhebung zu überarbeiten.

Simone Gretler Heusser danken wir für das Begleitgespräch und die Möglichkeit, offene Fragen zur Bachelorarbeit zu klären. Mario Störkle danken wir für den fachlichen Austausch im Rahmen des Fachpoolgesprächs.

Ein besonderer Dank gilt Michèle Britschgi für das Gegenlesen unserer Arbeit. Ihre Rückmeldungen halfen uns, Unklarheiten zu erkennen, Formulierungen zu präzisieren und die Verständlichkeit des Textes zu verbessern.

Unser Dank gilt auch den Menschen aus unserem beruflichen und privaten Umfeld, die uns während der Schreibphase ermutigt, entlastet und verständnisvoll begleitet haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	IV
Danksagung	V
Inhaltsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VIII
Tabellenverzeichnis	IX
1 Einleitung.....	1
1.1 Ausgangslage und Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung und thematische Abgrenzung	3
1.3 Fragestellungen	4
1.4 Aufbau der Arbeit	4
2 Individuelle Resilienz im Kontext von Gesundheit	6
2.1 Gesundheit und psychische Gesundheit	6
2.2 Belastung, Beanspruchung, Stress und Bewältigung	7
2.3 Resilienz	9
2.4 Risiko- und Schutzfaktoren	10
2.5 Ausgewählte theoretische Perspektiven auf individuelle Resilienz	13
2.5.1 <i>Salutogenetische Perspektive nach Antonovsky</i>	13
2.5.2 <i>Entwicklungspsychologische Perspektive</i>	15
2.5.3 <i>Prozessorientierte Perspektive</i>	17
2.5.4 <i>Sozialökologische Perspektive</i>	19
2.6 Zwischenfazit	21
3 Organisationale Arbeitsbedingungen und individuelle Resilienz	23
3.1 Arbeitsbedingungen im Spitalkontext.....	23
3.1.1 <i>Organisationale Einbettung Klinischer Sozialarbeit</i>	23
3.1.2 <i>Besonderheiten der Klinischen Sozialarbeit im Spital</i>	24
3.1.3 <i>Bedeutung organisationaler Bedingungen für die Gesundheit</i>	26
3.2 Arbeitspsychologische Modelle zu Anforderungen und Ressourcen	26
3.2.1 <i>Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell</i>	27
3.2.2 <i>Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek</i>	28
3.2.3 <i>Das Job-Demands-Resources-Modell</i>	30
3.3 Organisationale Anforderungen und Ressourcen.....	32
3.3.1 <i>Organisationale Anforderungen</i>	32
3.3.2 <i>Organisationale Ressourcen</i>	33
3.4 Theoretische Herleitung der Untersuchungsvariablen.....	34
3.5 Zusammenführung und theoretische Schlussfolgerungen	35

4	Methodisches Vorgehen	37
4.1	Forschungsdesign und Forschungsfrage.....	37
4.2	Stichprobe	37
4.3	Datenerhebung	38
4.3.1	<i>Erhebungsinstrumente</i>	38
4.3.2	<i>Pretest</i>	40
4.3.3	<i>Durchführung der Datenerhebung</i>	40
4.4	Datenauswertung	41
4.5	Methodenkritik	42
5	Darstellung der Forschungsergebnisse.....	44
5.1	Ergebnisse Stichprobe	44
5.1.1	<i>Ergebnisse soziodemografische Merkmale</i>	44
5.1.2	<i>Ergebnisse berufliche Merkmale</i>	45
5.2	Ergebnisse Resilienz.....	46
5.3	Ergebnisse organisationale Arbeitsbedingungen	48
5.3.1	<i>Ergebnisse belastungsbezogene Arbeitsbedingungen</i>	48
5.3.2	<i>Ergebnisse ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen</i>	48
5.4	Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und Resilienz.....	49
5.4.1	<i>Belastungsbezogene Arbeitsbedingungen und Resilienz</i>	49
5.4.2	<i>Ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen und Resilienz</i>	50
5.5	Zusammenfassung der Ergebnisse	50
6	Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse	51
6.1	Individuelle Resilienz im beruflichen Kontext.....	51
6.2	Organisationale Arbeitsanforderungen und -ressourcen	53
6.3	Einfluss auf die Arbeit als organisationale Ressource	55
6.4	Rollenkonflikte als organisationale Anforderung.....	57
6.5	Einordnung der nicht signifikanten Zusammenhänge.....	59
6.6	Zusammenfassung der Interpretation und Diskussion	61
7	Fazit.....	62
7.1	Beantwortung der Forschungsfrage.....	62
7.2	Beantwortung der Praxisfrage und Praxisbezug	62
7.3	Ausblick	64
8	Literaturverzeichnis.....	66
Anhang	72	
A	Fragebogen	72
B	Umfrageergebnisse.....	77
C	Dokumentation des KI-Einsatzes	94

Die gesamte Bachelorarbeit wurde von den Autor:innen gemeinsam verfasst.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman (leicht modifiziert nach Guttman, 2016).....	8
Abbildung 2: Resilienzfaktoren (leicht modifiziert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2024, S. 44).....	12
Abbildung 3: Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach Antonovsky (stark modifiziert nach Faltermaier, 2023, S. 80).....	14
Abbildung 4: Belastungs-Beanspruchungs-Modell (leicht modifiziert nach Neuner, 2019, S. 14; Rusch, 2019, S. 34).....	28
Abbildung 5: Anforderungs-Kontroll-Modell (leicht modifiziert nach Latocha, 2015, S. 33)...	29
Abbildung 6: Job-Demands-Resources-Modell (leicht modifiziert nach Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 121)	31
Abbildung 7: Verteilung der BRS-Wertebereiche (eigene Erhebung).....	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Stichprobe, Variablen, Erhebungsinstrumente, Skalen und Items (eigene Darstellung)	39
Tabelle 2: Geschlecht und Alter (eigene Erhebung)	45
Tabelle 3: Berufliche Bezeichnung und Berufserfahrung (eigene Erhebung)	45
Tabelle 4: Beschäftigungsgrad und Teamgrösse (eigene Erhebung)	46
Tabelle 5: Mittelwerte der einzelnen BRS-Items (eigene Erhebung)	47
Tabelle 6: Kennwerte belastungsbezogene Arbeitsbedingungen (eigene Erhebung)	48
Tabelle 7: Kennwerte ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen (eigene Erhebung)	49
Tabelle 8: Korrelationen BRS-Gesamtwert und COPSOQ-Skalen (eigene Erhebung)	49

1 Einleitung

Dieses Kapitel beschreibt die Ausgangslage der Arbeit und leitet daraus die Problemstellung ab. Anschliessend werden die Zielsetzung und die thematische Abgrenzung erläutert sowie die Fragestellungen formuliert. Der letzte Abschnitt stellt den Aufbau der Arbeit dar.

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Im Mittelpunkt der Untersuchung stehen Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz. Die Zielgruppe wird über die ausgeübte Tätigkeit und nicht allein über die formale Berufsbezeichnung eingegrenzt. Einbezogen werden Fachpersonen, die Patient:innen und Angehörige im Spitalkontext psychosozial beraten, begleiten und unterstützen. Ihre Tätigkeit kann je nach Organisation unterschiedlich bezeichnet werden, zum Beispiel als Sozialdienst, Case Management, psychosozialer Dienst oder Klinische Sozialarbeit.

Fachlich lässt sich das Arbeitsfeld im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit verorten. Der Schweizerische Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES) und AvenirSocial (2026) beschreiben Gesundheit in der Charta Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als bio-psycho-soziales Geschehen, bei dem biologische, psychische und soziale Bedingungen in Wechselwirkung stehen. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit richtet sich an Menschen, deren Gesundheit direkt oder indirekt beeinträchtigt oder bedroht ist. Dazu gehören auch Angehörige und relevante Bezugspersonen. Als Arbeitsfelder nennt die Charta unter anderem somatische Spitäler, psychiatrische Einrichtungen und Rehabilitationskliniken (S. 2–6).

Das Schweizer Spitalwesen bildet den institutionellen Rahmen der Untersuchung. Das Bundesamt für Gesundheit (2026) weist für das Jahr 2024 schweizweit 270 Betriebe aus. Zwischen 2018 und 2024 stieg die Zahl der stationären Fälle von 1'443'626 auf 1'504'186. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der stationären Betten leicht von 38'051 auf 37'792 (S. 1, 6–8). Diese Kennzahlen beziehen sich auf die gesamte Schweiz und nicht spezifisch auf die Deutschschweiz oder auf die Klinische Sozialarbeit. Sie zeigen jedoch den Kontext, in dem die untersuchte Berufsgruppe tätig ist.

Im Spital treffen medizinische Behandlung, psychosoziale Problemlagen und institutionelle Versorgungsstrukturen aufeinander. Müller-Baron und Kurlermann (2021) beschreiben, dass ein Spitalaufenthalt Fragen auslösen kann, die über die medizinische und pflegerische Versorgung hinausgehen. Dazu gehören die Verarbeitung von Erkrankungsfolgen, Veränderungen in sozialen Beziehungen und in der beruflichen Situation, finanzielle Fragen sowie die Organisation weiterführender Unterstützung. Die Soziale Arbeit im Spital bietet dafür

psychosoziale Hilfen an, wie Information, Beratung, Begleitung und Unterstützung bei der Erschliessung von Leistungen (S. 170–172).

Für Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit entsteht daraus ein anspruchsvolles Arbeitsfeld. Pauls und Mühlum (2024) beschreiben Klinische Sozialarbeit als Soziale Arbeit in Behandlungskontexten mit eigenen Beratungs- und Behandlungsaufgaben. Sie richtet sich auf psychosoziale Diagnostik, Beratung und sozialtherapeutische Behandlung von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt. Dabei zielt sie darauf ab, Belastungen zu reduzieren und Bewältigungsverhalten zu unterstützen (S. 19–21). Hochuli Freund (2024) ergänzt, dass Klinische Sozialarbeit mit Menschen befasst ist, deren Lebenssituation häufig durch komplexe Probleme und multiple Belastungen geprägt ist. Hilfeprozesse sind deshalb anspruchsvoll, weil sie meist sowohl die Lebenssituation verbessern als auch individuelle Bewältigungsstrategien erweitern sollen (S. 35). Im Spital bedeutet dies, dass Fachpersonen komplexe Fallkonstellationen bearbeiten, belastete Patient:innen und Angehörige begleiten und ihre Arbeit mit weiteren Berufsgruppen abstimmen.

Vor diesem Hintergrund sind empirische Befunde bedeutsam, die Anforderungen und Ressourcen in der Sozialen Arbeit gemeinsam betrachten. Drüge und Schleider (2016) weisen in einer COPSOQ-Befragung (Copenhagen Psychosocial Questionnaire) für Fachpersonen der Sozialen Arbeit stärkere quantitative und emotionale Anforderungen sowie stärkere Work-Priority-Konflikte im Vergleich zu anderen Berufen aus. Zudem zeigen sich in ihrer Untersuchung höhere kognitive Stresssymptome (S. 301–303). Kahl und Bauknecht (2023) beschreiben für Fachpersonen der Sozialen Arbeit qualitative und quantitative Überforderung sowie einen geringen Einfluss auf die Arbeitsmenge als Belastungsfaktoren (S. 223–224). Zugleich zeigen sie, dass soziale Unterstützung durch Kolleg:innen und Führungspersonen mit geringerer psychischer und emotionaler Erschöpfung verbunden sein kann (S. 225–229).

An diese Befunde schliesst der Resilienzbezug der Untersuchung an. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) beschreiben Resilienz als variablen, kontextabhängigen und dynamischen Prozess. Resilienz setzt nach ihrem Verständnis eine Risikosituation und deren positive Bewältigung voraus (S. 9–13). Damit steht in dieser Untersuchung nicht nur die individuelle Erholungsfähigkeit der Fachpersonen im Zentrum. Relevant ist auch, unter welchen organisationalen Bedingungen sie berufliche Anforderungen bewältigen und psychische Stabilität erhalten oder wiedergewinnen können.

Kahl und Bauknecht (2023) halten fest, dass die Forschung zur Arbeitssituation in der Sozialen Arbeit methodisch und inhaltlich breit angelegt ist und psychische Belastung häufig nur als Teilaspekt behandelt wird (S. 216–219). Daraus ergibt sich eine Wissenslücke im spezifischen

Untersuchungsfeld der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz. Offen bleibt, wie Fachpersonen in diesem Arbeitsfeld organisationale Arbeitsbedingungen wahrnehmen und welche Zusammenhänge mit ihrer Resilienz bestehen. Das Erkenntnisinteresse dieser Arbeit liegt deshalb darin, diese Zusammenhänge aus der Perspektive der befragten Fachpersonen empirisch zu untersuchen.

1.2 Zielsetzung und thematische Abgrenzung

Ziel der Untersuchung ist es, Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz empirisch zu untersuchen. Untersucht wird, wie ausgewählte Arbeitsanforderungen und organisationale Ressourcen mit der individuell eingeschätzten Resilienz zusammenhängen. Die Untersuchung beschränkt sich auf Fachpersonen in Spitälern der Deutschschweiz. Die Analyse bezieht sich ausschliesslich auf die Perspektive der befragten Fachpersonen.

Die Praxisrelevanz der Untersuchung liegt darin, Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit als berufliches und organisationales Thema einzuordnen. Ihre Erholungsfähigkeit betrifft nicht nur individuelle Bewältigung, sondern auch die Bedingungen, unter denen fachliches Handeln im Spitalkontext möglich ist. Die Ergebnisse können Fachpersonen, Leitungspersonen und Organisationen Hinweise darauf geben, welche untersuchten Arbeitsbedingungen für die Förderung von Resilienz im Spitalkontext besonders zu beachten sind.

Resilienz wird als individuelle Resilienz verstanden. Erfasst wird, wie Fachpersonen ihre Fähigkeit einschätzen, unter belastenden Bedingungen psychische Stabilität aufrechtzuerhalten und sich nach belastenden Situationen wieder zu erholen. Nicht untersucht werden Teamresilienz oder konkrete Programme zur Resilienzförderung.

Organisationale Arbeitsbedingungen werden als subjektiv wahrgenommene Bedingungen des beruflichen Alltags erhoben. Berücksichtigt werden belastungsbezogene und ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen. Eine Evaluation einzelner Spitäler, betrieblicher Gesundheitsprogramme oder organisationsspezifischer Massnahmen erfolgt nicht, da dies eine vertiefte Analyse einzelner Organisationen erfordern würde. Medizinische, psychotherapeutische und klinisch-diagnostische Faktoren gehören ebenfalls nicht zum Untersuchungsfokus.

Soziodemografische und berufliche Merkmale werden erhoben, um die Stichprobe zu beschreiben und die Ergebnisse einzuordnen. Sie werden nicht als zentrale Untersuchungsvariablen vertieft analysiert.

Methodisch folgt die Untersuchung einem quantitativen Querschnittsdesign. Ziel ist es, die erhobenen Variablen zu beschreiben und statistische Zusammenhänge darzustellen.

Ursachen oder Wirkungsrichtungen lassen sich daraus nicht ableiten. Die Ergebnisse beschreiben Muster und Tendenzen innerhalb der befragten Stichprobe.

Damit liefert die Untersuchung eine empirische Grundlage, um wahrgenommene organisationale Arbeitsbedingungen und individuelle Resilienz im spezifischen Kontext der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz fachlich zu diskutieren.

Die Arbeit richtet sich an Fachpersonen, Leitungspersonen und Organisationen im Spitalkontext sowie an Personen, die sich mit Arbeitsbedingungen und Gesundheit in der Klinischen Sozialarbeit befassen.

1.3 Fragestellungen

Aus der Ausgangslage, der Problemstellung sowie der Zielsetzung und thematischen Abgrenzung ergibt sich die zentrale Forschungsfrage der Arbeit:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz?

Zur theoretischen Einordnung der Forschungsfrage werden zwei Theoriefragen bearbeitet.

Theoriefrage 1:

Wie lässt sich individuelle Resilienz im Kontext von Gesundheit, Belastung, Stress und Bewältigung theoretisch beschreiben und erklären?

Theoriefrage 2:

Wie lassen sich organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext in Bezug auf die individuelle Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit theoretisch einordnen?

Ergänzend wird eine praxisorientierte Frage formuliert:

Welche praxisrelevanten Hinweise ergeben sich aus den empirischen Ergebnissen für die Förderung der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit?

Die Fragestellungen strukturieren die theoretische Herleitung, die empirische Untersuchung und die spätere Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.

1.4 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit gliedert sich in sieben Kapitel. Kapitel 1 beschreibt die Ausgangslage und Problemstellung, formuliert die Zielsetzung mit thematischer Abgrenzung und leitet die Fragestellungen der Arbeit ab.

Kapitel 2 erarbeitet die theoretischen Grundlagen zu Gesundheit, Belastung und individueller Resilienz. Damit bearbeitet und beantwortet es die erste Theoriefrage. Gesundheit und psychische Gesundheit bilden zunächst den theoretischen Ausgangspunkt. Darauf folgen Belastung, Beanspruchung, Stress und Bewältigung. Anschliessend werden Resilienz sowie Risiko- und Schutzfaktoren dargestellt. Ausgewählte theoretische Perspektiven vertiefen das Verständnis individueller Resilienz. Das Kapitel schliesst mit einem Zwischenfazit.

Kapitel 3 behandelt organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext und deren theoretische Einordnung in Bezug auf individuelle Resilienz. Damit bearbeitet und beantwortet es die zweite Theoriefrage. Zunächst wird der organisationale Kontext der Klinischen Sozialarbeit im Spital beschrieben. Anschliessend werden arbeitspsychologische Modelle dargestellt, die Arbeitsanforderungen, organisationale Ressourcen und Beanspruchung erklären. Danach werden organisationale Anforderungen und Ressourcen der Klinischen Sozialarbeit erläutert. Daraus wird die Auswahl der empirisch untersuchten Variablen theoretisch hergeleitet. Das Kapitel schliesst mit einer Zusammenführung. Diese verbindet die Grundlagen zu Resilienz aus Kapitel 2 mit der arbeitsbezogenen Einordnung organisationaler Bedingungen.

Kapitel 4 beschreibt das methodische Vorgehen. Es erläutert das Forschungsdesign, die Stichprobe, die Datenerhebung, die eingesetzten Erhebungsinstrumente, die Datenauswertung sowie methodische Einschränkungen der Untersuchung.

Kapitel 5 stellt die Forschungsergebnisse dar. Zunächst wird die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben. Danach folgen die Ergebnisse zur Resilienz und zu den organisationalen Arbeitsbedingungen. Anschliessend werden die Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und Resilienz dargestellt und zusammengefasst.

Kapitel 6 interpretiert und diskutiert die Forschungsergebnisse anhand der theoretischen Grundlagen. Dabei werden die Ergebnisse zur individuellen Resilienz und zu den organisationalen Arbeitsbedingungen eingeordnet. Danach werden die signifikanten Zusammenhänge bei Einfluss auf die Arbeit und Rollenkonflikten sowie die nicht signifikanten Zusammenhänge diskutiert. Abschliessend werden die wichtigsten Erkenntnisse der Interpretation zusammengeführt.

Kapitel 7 schliesst die Arbeit mit dem Fazit. Es beantwortet die Forschungsfrage und die Praxisfrage mit Bezug zur beruflichen Praxis. Der Ausblick benennt methodische Grenzen, weiteren Forschungsbedarf und Anschlussfragen für das Berufsfeld der Klinischen Sozialarbeit.

2 Individuelle Resilienz im Kontext von Gesundheit

Dieses Kapitel bearbeitet die erste Theoriefrage, wie sich individuelle Resilienz im Kontext von Gesundheit, Belastung, Stress und Bewältigung theoretisch beschreiben und erklären lässt. Zunächst werden Gesundheit und psychische Gesundheit eingeordnet. Danach werden Belastung, Beanspruchung, Stress und Bewältigung erläutert, um den Zusammenhang zwischen Anforderungen, subjektiver Bewertung und Bewältigung zu klären. Anschliessend werden Resilienz sowie Risiko- und Schutzfaktoren dargestellt. Ausgewählte theoretische Perspektiven vertiefen danach das Verständnis individueller Resilienz. Das Kapitel bildet damit die theoretische Grundlage für das Verständnis individueller Resilienz, für die anschliessende Auseinandersetzung mit organisationalen Einflussfaktoren und für die spätere Einordnung der empirischen Ergebnisse.

2.1 Gesundheit und psychische Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization [WHO], o. J.) versteht Gesundheit als umfassendes Konzept. Gesundheit umfasst nach diesem Verständnis körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden und geht über das blosse Fehlen von Krankheit oder Gebrechen hinaus. Der Anspruch eines vollständigen Wohlbefindens zeigt, dass Gesundheit mehrdimensional gefasst wird. Der WHO-Gesundheitsbegriff verweist damit auf das Zusammenwirken körperlicher, psychischer und sozialer Dimensionen, die einander wechselseitig beeinflussen. Gesundheit umfasst dabei nicht nur medizinisch feststellbare Befunde, sondern auch die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesund- oder Krankseins. Menschen können sich krank fühlen, obwohl medizinisch kein entsprechender Befund vorliegt. Umgekehrt kann sich eine Person trotz diagnostizierter Erkrankung als gesund erleben. Subjektive und objektive Einschätzungen von Gesundheit sind deshalb voneinander zu unterscheiden, können im Idealfall aber übereinstimmen (Morgenstern & Moser, 2023, S. 20).

Nach der WHO (o. J.) ist psychische Gesundheit Teil allgemeiner Gesundheit. Sie lässt sich nicht allein über das Fehlen psychischer Störungen bestimmen. Psychische Gesundheit zeigt sich unter anderem darin, dass Menschen ihre Fähigkeiten nutzen, alltägliche Belastungen bewältigen und arbeiten sowie sich sozial einbringen können. Zudem weist die WHO (o. J.) darauf hin, dass psychische Gesundheit von biologischen, sozioökonomischen und umweltbezogenen Faktoren beeinflusst wird. Psychische Gesundheit entsteht somit nicht losgelöst vom Lebenskontext, sondern im Zusammenspiel individueller Voraussetzungen und äusserer Bedingungen.

In der Fachliteratur wird betont, dass Gesundheit nicht als einmal erreichter und danach unveränderlicher Zustand verstanden werden sollte. Vielmehr wird sie als eine lebens-

geschichtlich und alltäglich immer wieder neu und aktiv herzustellende Balance beschrieben (Richter-Kornweitz, 2011, S. 257).

Umfassende Hinweise auf die Determinanten von Gesundheit finden sich zudem in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die 1986 unter Mitwirkung der WHO verfasst wurde. Gesundheit wird darin als dynamischer Prozess, als integraler Teil des Alltags und als Interaktion zwischen Lebensweisen und Lebensumständen beschrieben. Gleichzeitig wird hervorgehoben, dass Menschen aktiv an ihrer Gesundheit mitwirken und dafür unterstützende Rahmenbedingungen benötigen (Richter-Kornweitz, 2011, S. 258).

Mit dem WHO-Rahmenkonzept Health 2020 wurde diese Perspektive später weitergeführt. Mit Bezug auf das Rahmenkonzept betont Wadenpohl (2016), dass Gesundheit als gelingende Bewältigung des Individuums verstanden werden kann, zugleich aber unterstützende äussere Bedingungen benötigt. Gesundheit und Wohlbefinden hängen damit nicht allein von individuellen Ressourcen ab, sondern ebenso von institutionellen Strukturen, gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Fähigkeit von Gemeinschaften zu selbstbestimmtem Handeln. Der in der Ottawa-Charta angelegte Ansatz wird damit zu einer stärker gemeinwesenbezogenen Perspektive weiterentwickelt (S. 76).

2.2 Belastung, Beanspruchung, Stress und Bewältigung

Drüge und Schleider (2016) weisen darauf hin, dass Begriffe wie Belastung, Beanspruchung oder Stress im Alltag und auch in der Fachliteratur nicht immer trennscharf verwendet werden. In Anlehnung an das Belastungs-Beanspruchungs-Modell nach Rohmert und Rutenfranz verstehen sie Belastung als von aussen auf den Menschen einwirkenden Faktor, während Beanspruchung die individuelle Reaktion auf diese Belastung bezeichnet. Weiter betonen sie, dass Belastungen in unterschiedliche Kategorien unterteilt werden können und dabei üblicherweise zwischen physischen, psychischen und sozialen Belastungen unterschieden wird. Da insbesondere psychische und soziale Belastungen sowie Beanspruchungen eng miteinander verflochten sind und sich oft wechselseitig beeinflussen, wird in der Literatur häufig von psychosozialer Belastung und Beanspruchung gesprochen (S. 294–295). Für die vorliegende Arbeit ist die Unterscheidung von Belastung und Beanspruchung zentral, weil sie verdeutlicht, dass gleiche Belastungen nicht bei allen Personen zu denselben Reaktionen führen. Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell nach Rohmert und Rutenfranz wird in Kapitel 3.2.1 weiter ausgeführt.

Stress lässt sich vor diesem Hintergrund nicht allein als unmittelbare Folge äusserer Anforderungen verstehen. Rusch (2019) hält dazu fest, dass das transaktionale Stressmodell deshalb transaktional ist, weil zwischen Stressor und Stressreaktion ein Bewertungsprozess

zwischengeschaltet ist. Ob ein spezifischer Reiz zu einer Stressreaktion führt, hängt damit wesentlich von der subjektiven Einschätzung der Person ab (S. 66–67).

Dieses Verständnis wird im transaktionalen Stressmodell nach Lazarus und Folkman systematisch ausgearbeitet. Rusch (2019) beschreibt, dass sich die Bewertung in mehreren Schritten vollzieht. In der primären Bewertung wird zunächst eingeschätzt, ob ein Reiz irrelevant, positiv oder stressauslösend ist. Wird eine Situation als belastend bewertet, wird weiter geprüft, ob sie als Herausforderung, Bedrohung, Schädigung oder Verlust erlebt wird. In der sekundären Bewertung geht es um die Einschätzung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten und Bewältigungsmöglichkeiten. Daran schliessen Bewältigungsbemühungen im Sinne eines problemorientierten oder emotionsorientierten Copings an. Die tertiäre Bewertung bezeichnet die aus primärer und sekundärer Bewertung folgende Denk- und Handlungsstrategie und entspricht im weiteren Verlauf des Prozesses einer Neubewertung. Primäre und sekundäre Bewertung können dabei auch zeitgleich oder in umgekehrter Reihenfolge ablaufen. Daraus ergibt sich, dass sowohl das Belastungsempfinden als auch die Handlungsstrategie von der individuellen Bewertung abhängen (S. 67). Wie Abbildung 1 zeigt, stehen Stressor, Bewertung, Bewältigung und Reaktion in einem prozesshaften Zusammenhang.

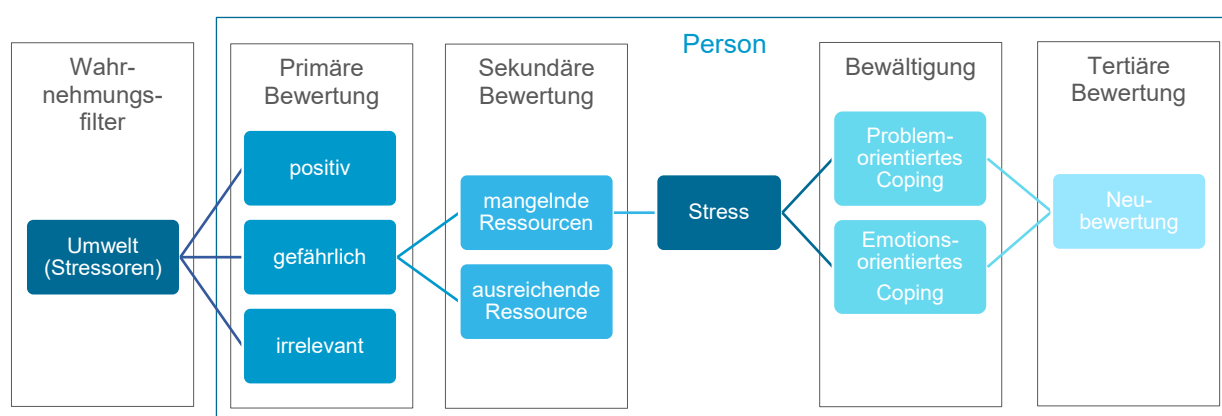


Abbildung 1: Transaktionales Stressmodell nach Lazarus und Folkman (leicht modifiziert nach Guttman, 2016)

Rusch (2019) beschreibt Coping im transaktionalen Stressmodell als die konkreten Bewältigungsbemühungen einer Person. Darunter werden kognitive und handlungsbezogene Bemühungen verstanden, mit denen Personen Anforderungen bearbeiten, die als stark beanspruchend erlebt werden oder die eigenen Ressourcen zu übersteigen drohen. Grundsätzlich lassen sich problemorientiertes, emotionsorientiertes und bewertungsorientiertes Coping unterscheiden. Problemorientiertes Coping zielt auf die Bearbeitung oder Veränderung der belastenden Situation, emotionsorientiertes Coping auf die Regulation negativer Emotionen. Bewertungsorientiertes Coping bezieht sich auf die kognitive Neubewertung der

Situation. Welche Bewältigungsform gewählt wird, hängt wiederum mit der Bewertung der Situation und den wahrgenommenen Ressourcen zusammen (S. 65–69).

Deutlich wird damit, dass Belastung, Stress und Bewältigung nicht losgelöst von individuellen Voraussetzungen und verfügbaren Ressourcen verstanden werden können. Drüge und Schleider (2016) betonen mit dem Belastungs-Beanspruchungs-Modell, dass Beanspruchung von den jeweiligen Voraussetzungen und individuellen Bewältigungsstrategien abhängt (S. 295). Rusch (2019) ergänzt, dass persönliche und soziale Ressourcen bereits in die Bewertung einer Situation einfließen und die Bewältigungskompetenzen wesentlich mitbestimmen (S. 67).

2.3 Resilienz

Der Begriff Resilienz leitet sich vom lateinischen *resilire* ab und bedeutet zurückspringen oder abprallen. Ursprünglich bezeichnete der Begriff die physikalische Fähigkeit eines Körpers, nach einer Verformung wieder in seine Ursprungsform zurückzukehren. Später wurde der Begriff in die Psychologie übernommen und auf die Bewältigung belastender Lebensumstände übertragen (Thun-Hohenstein et al., 2020, S. 8).

Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) beschreiben, dass sich seit den 1990er-Jahren in Psychologie, Pädagogik und Gesundheitswissenschaften eine veränderte Perspektive entwickelt hat. Angestossen wurde diese Entwicklung unter anderem durch die Langzeitstudien von Emmy Werner auf Kauai sowie durch Antonovskys Salutogenese-Konzept. Der Fokus richtete sich dadurch nicht mehr ausschliesslich auf Ursachen psychischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Ergänzend wurden Schutzfaktoren untersucht, die zur Entwicklung und zum Erhalt psychischer und körperlicher Gesundheit beitragen können (S. 7). Die Salutogenese wird in Kapitel 2.5.1 und die Kauai-Längsschnittstudie in Kapitel 2.5.2 vertieft.

In der Fachliteratur besteht keine einheitliche Definition von Resilienz. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) halten fest, dass die Begriffsbestimmung davon abhängt, welche Kriterien als Massstab zugrunde gelegt werden. Resilienz kann demnach anhand von Anpassungsleistungen an die soziale Umwelt verstanden werden, oder es werden auch innere Befindlichkeiten berücksichtigt. Als gemeinsamer Kern verschiedener Definitionen wird Resilienz als gelingender Umgang mit belastenden Lebensumständen und Folgen von Stress beschrieben. Zwei Bedingungen müssen also erfüllt sein. Erstens muss eine Risikosituation vorliegen. Zweitens muss diese positiv bewältigt werden. Damit ist Resilienz an das Vorliegen von Belastung und an eine gelingende Bewältigung gebunden. Zugleich betonen sie, dass Resilienz keine angeborene Eigenschaft ist, sondern ein variabler und kontextabhängiger Prozess (S. 9–10).

Darüber hinaus wird Resilienz in der Fachliteratur nicht als universell gültige und in allen Lebensbereichen gleich ausgeprägte Fähigkeit verstanden. Sie ist situationsspezifisch und kann je nach Lebensbereich unterschiedlich ausgeprägt sein. Ausserdem ist Resilienz multidimensional zu betrachten, weil biologische, psychologische und psychosoziale Bedingungen zusammenwirken (Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2024, S. 12–13). Zugleich ist Resilienz nicht als dauerhaft stabile Eigenschaft zu verstehen. Sie entsteht in der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt und kann sich im Lebenslauf verändern (Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2021a, S. 2–3). Im Vulnerabilitätsdiskurs kann Resilienz ausserdem als Pendant zu Vulnerabilität eingeordnet werden, wenn Vulnerabilität als erhöhte Anfälligkeit gegenüber Risiken und Belastungen verstanden wird (Stöhr et al., 2019, S. 109).

Arnold et al. (2023) systematisieren unterschiedliche Verständnisse von Resilienz anhand der drei Perspektiven Resilienz als Kapazität, als Outcome und als Prozess. Als Kapazität wird Resilienz mit personalen und sozialen Faktoren verbunden, die die Wahrscheinlichkeit einer positiven Anpassung erhöhen. Resilienz als Outcome bezeichnet das positive Ergebnis nach erfahrener Widrigkeit. Resilienz als Prozess wird als zeitlich verlaufende Anpassung verstanden, bei der verschiedene Einflussfaktoren und Mechanismen der Resilienzentwicklung berücksichtigt werden (S. 154–159). Diese Perspektive wird in Kapitel 2.5.3 weiter ausgeführt.

Für diese Arbeit wird individuelle Resilienz als dynamischer und mehrdimensionaler Entwicklungs- und Bewältigungsprozess verstanden, der an Belastung gebunden ist. Resilienz meint damit keine stabile Unverletzbarkeit, sondern die Erhaltung beziehungsweise Wiedergewinnung psychischer Stabilität während oder nach belastenden Situationen (Arnold et al., 2023, S. 154–155; Fröhlich-Gildhoff & Rönna-Böse, 2024, S. 12–14; Helmreich, 2023, S. 158; Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2021a, S. 2–3).

2.4 Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko- und Schutzfaktoren sind zentrale Bezugspunkte der Resilienzforschung. Sie helfen zu erklären, welche Bedingungen Entwicklungs- und Bewältigungsprozesse unter Belastung erschweren oder unterstützen. Risiken und Schutzfaktoren wirken dabei nicht unabhängig voneinander, sondern prägen Entwicklungsverläufe in ihrem Zusammenspiel (Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2024, S. 15–16).

Oerter et al. (2020) beschreiben Risikofaktoren als heterogene Bedingungen, die in der Entwicklungspsychologie als Faktoren der Risikoerhöhung verstanden werden. Sie können in äusseren Rahmenbedingungen wie Armut oder einem belastenden Wohnumfeld liegen, Beziehungen und Eigenschaften von Bezugspersonen betreffen oder personale Voraussetzungen wie Temperament, biologische Faktoren, Lebensstil sowie Problemlöse- und

Copingstrategien umfassen (S. 336). Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) betonen ergänzend, dass nicht allein das Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors entscheidend ist, sondern vor allem die Kumulation mehrerer Belastungen. Je mehr Risikofaktoren gleichzeitig wirksam werden, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Entwicklungs- und Bewältigungsprozesse erschwert beziehungsweise psychische Störungen entwickelt werden (S. 26–27).

Schutzfaktoren werden von Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2021a) als Bedingungen beschrieben, die das Risiko psychischer Störungen oder ungünstiger Entwicklungsverläufe mindern oder verhindern und eine positive Entwicklung begünstigen. Dabei unterscheiden sie Faktoren auf personaler Ebene von sozialen beziehungsweise umweltbezogenen Faktoren (S. 3).

Als besonders bedeutsam bei den sozialen Faktoren gilt eine unterstützende und zugewandte Beziehung, da sie in der Forschung konsistent als zentraler Schutzfaktor hervorgehoben wird. Entwicklung unter Belastung ist somit grundlegend auch mit Beziehungserfahrungen verbunden. Besonders betont wird die Bedeutung kompensatorischer Beziehungen, etwa zu Personen aus dem erweiterten Familienkreis, zu Freundinnen und Freunden, zu Ehe- oder Lebenspartner:innen oder zu pädagogischen beziehungsweise pflegerischen Fachkräften. Entscheidend ist dabei weniger, wer diese Beziehung anbietet, sondern wie sie gestaltet ist (Rönna-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2021a, S. 3). Förderlich sind Bezugspersonen, wenn sie verlässlich verfügbar sind, Sicherheit vermitteln, feinfühlig auf Bedürfnisse eingehen, Wertschätzung und Unterstützung zeigen, Selbstwert und Selbstvertrauen stärken, eine optimistische Grundhaltung fördern, bewältigbare Anforderungen stellen und Ermutigung sowie positive Rückmeldungen geben (S. 3–4). Solche Bezugspersonen können als Schlüsselpersonen wirken, indem sie neue Perspektiven und Möglichkeiten eröffnen, Zuversicht und Kraft vermitteln oder Wärme und Geborgenheit geben. Positive Beziehungen entfalten dabei nicht nur unmittelbare Wirkungen, sondern tragen über die Lebensspanne zu einer günstigen Entwicklung unter Belastung bei und eröffnen spätere Entwicklungsmöglichkeiten (S. 4).

Rönna-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) heben innerhalb der Schutzfaktoren personale Schutzfaktoren hervor und bezeichnen sie als Resilienzfaktoren. Dazu zählen insbesondere Selbst- und Fremdwahrnehmung, Selbstregulation, Selbstwirksamkeit, soziale Kompetenz, aktive Bewältigungskompetenzen sowie Problemlösefähigkeit. Wie Abbildung 2 zeigt, handelt es sich dabei um personale Kompetenzen, die für die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben, aktuellen Anforderungen und Krisen bedeutsam sind. Die Faktoren stehen nicht isoliert nebeneinander, sondern sind analytisch getrennt und inhaltlich eng miteinander verbunden (S. 22).



Abbildung 2: Resilienzfaktoren (leicht modifiziert nach Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse, 2024, S. 44)

Selbst- und Fremdwahrnehmung meint die angemessene Wahrnehmung eigener und fremder Emotionen, Gedanken und Handlungen. Selbstregulation beziehungsweise Selbststeuerung bezeichnet die Fähigkeit, innere Zustände, vor allem Gefühle und Spannungen, zu beeinflussen und zu steuern. Selbstwirksamkeit beschreibt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und die Überzeugung, Anforderungen bewältigen und Situationen beeinflussen zu können. Soziale Kompetenz umfasst die Fähigkeit, soziale Situationen angemessen einzuschätzen, sich in andere einzufühlen, Unterstützung zu holen, sich zu behaupten und Konflikte zu lösen. Aktive Bewältigungskompetenzen beziehen sich auf die Fähigkeit, belastende Situationen angemessen einzuschätzen und vorhandene Fähigkeiten wirksam zur Bewältigung einzusetzen. Problemlösefähigkeit meint, Probleme zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten abzuwägen und systematisch umzusetzen (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2024, S. 22–24). Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) halten fest, dass personale Ressourcen nicht angeboren, sondern erworben sind (S. 16). Zudem müssen personale und soziale Ressourcen zusammen betrachtet werden, da soziale Faktoren mitbestimmen, ob personale Ressourcen erkannt und genutzt werden können (Rönnau-Böse & Fröhlich-Gildhoff, 2021b, S. 63).

Die beschriebenen Resilienzfaktoren weisen deutliche Überschneidungen mit den von der WHO formulierten Life Skills auf. Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) beschreiben die Life Skills als verwandtes Konzept zum Resilienzkonzent und führen Selbstwahrnehmung, Empathie, kreatives und kritisches Denken, Entscheidungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit,

Kommunikationsfähigkeit, interpersonale Beziehungsfertigkeiten sowie Gefühls- und Stressbewältigung als Lebenskompetenzen auf (S. 24).

Die in Kindheit und Jugend entwickelten Resilienzfaktoren bilden eine wichtige Grundlage für die Resilienzentwicklung im Erwachsenenalter (Fröhlich-Gildhoff & Morciszek, 2021, S. 206, 212). Fröhlich-Gildhoff und Morciszek (2021) fassen die zentralen Faktoren im Erwachsenenalter auf einer individuellen und einer überindividuellen Ebene zusammen. Dabei zeigen sich deutliche Überschneidungen mit den bereits dargestellten personalen und sozialen Schutzfaktoren. Auf individueller Ebene nennen sie insbesondere Selbstwirksamkeitserwartung, positive Emotionen, einen flexiblen Umgang mit Gefühlen, flexible Zielanpassung, Problemlösefähigkeiten, adaptive Bewältigungsstrategien und einen positiven Selbstwert. Auf überindividueller Ebene heben sie vor allem ein unterstützendes soziales Netzwerk, eine Partnerschaft mit guter Beziehungsqualität sowie organisierte soziale Netzwerke hervor (S. 206–207). Damit wird deutlich, dass Resilienz im Erwachsenenalter ebenfalls auf dem Zusammenspiel personaler und sozialer Ressourcen beruht (S. 212).

2.5 Ausgewählte theoretische Perspektiven auf individuelle Resilienz

Dieses Kapitel vertieft ausgewählte theoretische Perspektiven auf die individuelle Resilienz. Im Zentrum stehen salutogenetische, entwicklungspsychologische, prozessorientierte und sozialökologische Zugänge. Die Perspektiven setzen unterschiedliche Schwerpunkte und ergänzen die zuvor dargestellten Grundlagen zu Resilienz.

2.5.1 Salutogenetische Perspektive nach Antonovsky

Faltermaier (2023) beschreibt die salutogenetische Perspektive nach Antonovsky als Ansatz, der nicht spezifische Krankheiten, sondern Gesundheit erklärt. Gesundheit wird dabei nicht als Gegenpol von Krankheit verstanden, sondern als multidimensionales Kontinuum. Menschen befinden sich demnach nicht entweder in einem Zustand von Gesundheit oder Krankheit, sondern bewegen sich auf diesem Kontinuum in Richtung des gesunden oder kranken Pols. Die Salutogenese wird als Prozessmodell dargestellt, das Gesundheitskontinuum, Stressoren, Spannungsbewältigung, Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl miteinander verbindet. Zwischen diesen Komponenten bestehen Wechselwirkungen und Rückkopplungen, wodurch Gesundheit als dynamischer Prozess verstanden wird (S. 79, 82–83). Abbildung 3 stellt dieses Prozessmodell in vereinfachter Form dar. Sie zeigt, wie Stressoren, Spannungszustand, generalisierte Widerstandsressourcen, Kohärenzgefühl, Spannungsbewältigung und Gesundheits-Krankheits-Kontinuum miteinander verbunden sind.

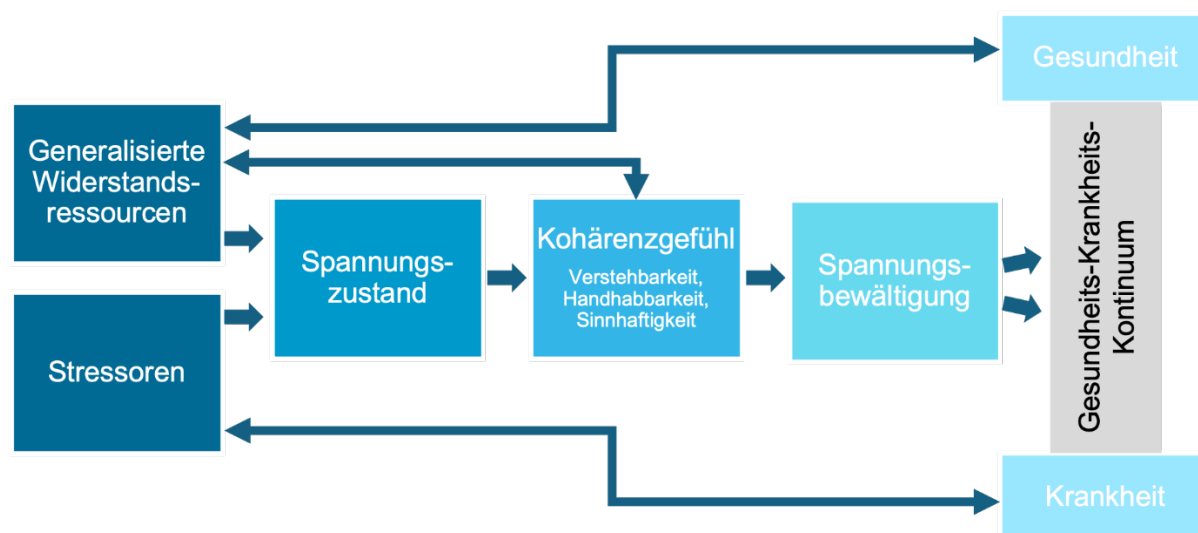


Abbildung 3: Vereinfachtes Modell der Salutogenese nach Antonovsky (stark modifiziert nach Faltermaier, 2023, S. 80)

Das Gesundheitskontinuum bildet die erste zentrale Komponente des Modells. Gesundheit ist darin die abhängige und zu erklärende Variable. Antonovsky vermeidet eine dichotome Einteilung in gesund oder krank, weil dadurch Menschen entweder als Patient:innen oder als nicht krank eingeordnet würden. Stattdessen fragt das Modell danach, weshalb sich Menschen auf einem multidimensionalen Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in eine günstigere oder ungünstigere Richtung bewegen. Damit werden auch Personen berücksichtigt, bei denen keine Krankheit diagnostiziert ist, die sich aber dennoch nicht vollständig gesund fühlen (Faltermaier, 2023, S. 79).

Eine zweite zentrale Komponente betrifft Stressoren und den Prozess der Spannungsbewältigung. Stressoren gelten in der Salutogenese nicht nur als Krankheitsursachen, sondern als Bestandteil des Lebens. Sie können psychosozial, physikalisch oder biochemisch sein und einen körperlichen oder psychischen Spannungszustand auslösen. Entscheidend ist, ob dieser Spannungszustand bewältigt werden kann. Gelingt dies, bewegt sich die Person auf dem Gesundheitskontinuum eher in Richtung Gesundheit. Gelingt dies nicht, kann Stress entstehen und die Bewegung eher in Richtung Krankheit erfolgen (Faltermaier, 2023, S. 79, 81).

Weiter beschreibt Faltermaier (2023) die allgemeinen Widerstandsressourcen als ein Kernstück der Salutogenese. Damit sind Merkmale einer Person, einer Gruppe oder einer Umwelt gemeint, die eine wirksame Bewältigung von Spannungen erleichtern können. Unterschieden werden genetisch-konstitutionelle und psychosoziale Ressourcen. Zu den psychosozialen Ressourcen zählen beispielsweise Wissen und Intelligenz, Coping-Fähigkeiten, Ich-Identität, soziale Bindungen und kulturelle Stabilität. Psychosoziale Widerstandsressourcen haben sowohl gesellschaftliche als auch individuell-biografische Wurzeln. Sie entstehen einerseits im Zusammenhang mit soziokulturellen und historischen Verhältnissen und sind andererseits

durch biografische und familiäre Bedingungen individuell unterschiedlich ausgeprägt. Wenn solche Ressourcen verfügbar sind, können sie Lebenserfahrungen ermöglichen, die Konsistenz erzeugen, soziale Teilhabe und personale Kontrolle fördern sowie ein Gleichgewicht zwischen Überforderung und Unterforderung begünstigen (S. 81–82).

Das Kohärenzgefühl, auch Sense of Coherence (SOC), bildet das zweite Kernstück und die zentrale Vermittlungskomponente der Salutogenese. Es entwickelt sich aus wiederholten Lebenserfahrungen, in denen Menschen Konsistenz, soziale Integration sowie eine Balance zwischen Überforderung und Unterforderung erleben. Daraus kann sich eine relativ stabile Lebensorientierung entwickeln und eine tief verankerte Grundüberzeugung, dass das eigene Leben grundsätzlich verstehbar, handhabbar und sinnvoll ist (Faltermaier, 2023, S. 82–83). Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls hängen eng zusammen und bestimmen gemeinsam die salutogenetische Lebensorientierung. Verstehbarkeit beschreibt, dass Ereignisse und Informationen aus der eigenen Lebenswelt als klar, geordnet, strukturiert und somit nachvollziehbar und erklärbar erlebt werden. Handhabbarkeit bezieht sich auf die Einschätzung, dass verfügbare Ressourcen ausreichen, um mit Anforderungen umzugehen. Sinnhaftigkeit bildet die motivationale Dimension des Kohärenzgefühls. Sie beschreibt, ob das eigene Leben und die eigene Lebenswelt als bedeutsam erlebt werden und ob Anforderungen als Herausforderungen wahrgenommen werden, für die sich Einsatz lohnt (Faltermaier, 2023, S. 193–194).

Für das Resilienzverständnis ist die Salutogenese ein theoretischer Bezugspunkt. Beide Ansätze beziehen sich auf Stressoren beziehungsweise Risikofaktoren, beschreiben deren gelingende Bewältigung als Voraussetzung für ein positives Ergebnis und suchen nach Faktoren, die diesen Umgang unterstützen. Die Unterschiede liegen vor allem in der disziplinären Herkunft und im theoretischen Fokus. Die Salutogenese ist stärker als Theorie allgemeiner Gesundheit angelegt, während Resilienz aus der entwicklungspsychologischen Forschung stammt und stärker nach Schutzfaktoren für psychische Entwicklung fragt (Faltermaier, 2023, S. 84–85).

2.5.2 Entwicklungspsychologische Perspektive

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) verorten die Anfänge der Resilienzforschung in den 1970er Jahren und beschreiben sie als Gegenbewegung zur Entwicklungspsychopathologie, die vor allem Risikoeinflüsse auf die menschliche Entwicklung untersuchte. Der Fokus richtete sich nun stärker auf die Frage, wie sich Individuen trotz schwieriger Bedingungen positiv entwickeln können, wobei Schutzfaktoren und Ressourcen unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Risiken betrachtet wurden (S. 13).

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) bezeichnen die Kauai-Studie von Emmy Werner und Ruth S. Smith als Pionierstudie der systematischen Resilienzforschung. Werner und Smith untersuchten in der Kauai-Längsschnittstudie 698 Personen des Geburtsjahrgangs 1955 auf der hawaiianischen Insel Kauai über 40 Jahre hinweg. Die psychosoziale und körperliche Entwicklung wurde bei der Geburt sowie im Alter von 1, 2, 10, 18, 32 und 40 Jahren erhoben, um resiliente und nichtresiliente Lebensverläufe zu vergleichen. Rund 30 Prozent der untersuchten Personen wiesen ein hohes Entwicklungsrisiko und vier oder mehr Risikofaktoren auf, etwa chronische Armut, psychische Erkrankungen der Eltern oder familiäre Disharmonie. Von dieser Risikogruppe entwickelten 129 Kinder bereits im Schulalter schwere Lern- oder Verhaltensprobleme, während sich 72 Kinder zu optimistischen, leistungsfähigen und selbstsicheren Erwachsenen entwickelten. Im Alter von 40 Jahren waren diese 72 Personen im Vergleich zu den anderen Personen der Altersgruppe physisch und psychisch gesünder, konnten harmonische Beziehungen eingehen, hatten eine geringere Scheidungsrate, wurden nicht straffällig und waren nicht auf Sozialdienste angewiesen (S. 14).

Werner (2011) beschreibt Resilienz nicht als Charaktermerkmal, sondern als Ergebnis von Pufferungsprozessen, die Risiken und belastende Ereignisse nicht ausschliessen, aber einen erfolgreicherer Umgang damit ermöglichen (S. 33). Sie ordnet schützende Faktoren in drei Bereiche ein: das Kind, die Familie und das weitere soziale Umfeld (S. 35–38). Auf der Ebene des Kindes nennt sie unter anderem Aktivität, Robustheit, Geselligkeit, durchschnittliche bis überdurchschnittliche Begabung, positive Selbsteinschätzung und internale Kontrollüberzeugungen (S. 35–37). Auf familiärer und ausserfamiliärer Ebene nennt sie unter anderem eine enge Bindung zu einer zentralen Bezugsperson, Unterstützung durch Grosseltern, Geschwister, Peers, Lehrpersonen und Mentor:innen sowie soziale Einrichtungen (S. 36–38). Resiliente Entwicklung beruht bei Werner damit auf dem Zusammenspiel schützender Faktoren im Kind, in der Familie und im weiteren sozialen Umfeld (S. 35–38).

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) führen diese mehrdimensionale Einordnung in einer Lebensspannenperspektive weiter. Sie stützen sich auf Grundannahmen der Entwicklungspsychologie über die Lebensspanne und beschreiben Entwicklung als Zusammenspiel biologischer, sozialer und individuell-psychischer Faktoren (S. 36–37). Für die Resilienzentwicklung halten sie fest, dass diese nur im Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren verstanden werden kann und dass Bewältigungserfahrungen aus früheren Entwicklungsphasen spätere Bewältigungsprozesse beeinflussen können (S. 39–40). Entwicklungsaufgaben, Entwicklungsthemen und kritische Lebensereignisse beschreiben Anforderungen, die in unterschiedlichen Lebensphasen bewältigt werden müssen (S. 41–46). Für das Erwachsenenalter nennen sie unter anderem berufliche Orientierung und den möglichen Einstieg in eine berufliche Tätigkeit, wirtschaftliche Existenzsicherung, Orientierung in Partnerschaft,

Entscheidung für oder gegen Familiengründung und Elternschaft, soziale Beziehungen sowie Formen gesellschaftlichen oder sozialen Engagements (S. 42).

Masten (2014/2016) beschreibt Resilienz in der Entwicklungswissenschaft mit dem Begriff Ordinary Magic. Damit verweist sie darauf, dass Resilienz meist nicht auf aussergewöhnliche Talente oder seltene Ressourcen zurückgeht, sondern häufig auf gewöhnlichen menschlichen Ressourcen und Schutzfaktoren beruht, die aus grundlegenden adaptiven Systemen hervorgehen (S. 24–25). Dazu zählt sie unter anderem ein gesundes und gut funktionierendes Gehirn, enge Beziehungen zu kompetenten und fürsorglichen Erwachsenen, eine engagierte Familie, effektive Schulen und Gemeinden, Erfolgchancen sowie ein durch positive Umweltinteraktionen gestütztes Selbstvertrauen (S. 25). Aus rund 50 Jahren Forschung zur Resilienz junger Menschen leitet Masten eine Shortlist wiederkehrender Faktoren ab. Diese zeigen sich in Studien mit unterschiedlichen Belastungen, Stichproben, Familien, Bevölkerungsgruppen und kulturellen Kontexten als bedeutsam für resiliente Entwicklung (S. 147). In der Shortlist ordnet Masten diese Resilienzfaktoren adaptiven Systemen zu. So verbindet sie etwa elterliche Fürsorge mit Bindung und Familie, Intelligenz und Problemlösefähigkeiten mit Lern- und Denksystemen, Selbstbeherrschung und emotionale Regulation mit Selbstregulationssystemen, Selbstwirksamkeit mit Bewältigungsmotivation sowie effektive Schulen mit Erziehungs- und Bildungssystemen (S. 148–149).

Masten (2014/2016) behandelt die Konzepte der biologischen Sensibilität für den Kontext und der differenziellen Empfindlichkeit im Rahmen der neueren Resilienzforschung. Beide Konzepte beschreiben, dass Menschen unterschiedlich stark auf positive und negative Erfahrungen reagieren (S. 185). Die Bedeutung biologischer und individueller Voraussetzungen hängt dabei davon ab, in welchem Umfeld sie wirksam werden. Eine hohe Sensibilität kann beispielsweise in günstigen Umwelten unterstützend wirken. In ungünstigen Umwelten kann sie dagegen mit erhöhter Verletzlichkeit verbunden sein. Schutz- und Risikofaktoren sind deshalb nicht unabhängig von Situation, Umweltbedingungen und konkreten Erfahrungen zu verstehen (S. 185–186).

2.5.3 Prozessorientierte Perspektive

Helmreich (2023) beschreibt resiliente Bewältigung als Verlauf. Unterschieden werden dabei Resistenz, Regeneration und Rekonfiguration. Resistenz liegt vor, wenn sich trotz Stressor keine psychischen Dysfunktionen entwickeln. Regeneration beschreibt einen Verlauf, bei dem vorübergehende Dysfunktionen auftreten und anschliessend psychische Stabilität wiedererlangt wird. Rekonfiguration bezeichnet einen Verlauf, bei dem nach der Belastung ein besserer Zustand als zuvor erreicht wird (S. 158–159).

Arnold et al. (2023) ordnen, wie in Kapitel 2.3 erwähnt, Resilienz den drei Perspektiven Kapazität, Outcome und Prozess zu. Der Kapazitätsansatz unterscheidet sich von einem eigenschaftsbezogenen Verständnis von Resilienz. Während der Eigenschaftsansatz Resilienz als stabiles Personenmerkmal beschreibt, etwa als positive und zukunftsorientierte Haltung, Gewissenhaftigkeit, Neugierde oder Kontaktfreudigkeit, versteht der Kapazitätsansatz Resilienz als zustandsartige Kapazität. Diese ist mittelfristig stabil, langfristig jedoch veränderbar. Zur Resilienzkapazität zählen personenbezogene Faktoren wie Selbstwirksamkeit oder Stimmung sowie umweltbezogene Faktoren wie soziale Unterstützung am Arbeitsplatz oder in der Familie. Solche Faktoren erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer positiven Anpassung, wenn eine Person mit Widrigkeiten konfrontiert ist (S. 155).

Die Outcome-Perspektive bestimmt Resilienz über das Ergebnis nach einer erfahrenen Widrigkeit. Ein resilientes Ergebnis zeigt sich, wenn trotz Belastung die gesundheitliche Beeinträchtigung und Symptomschwere gering bleiben oder wenn rasch wieder ein stabiler Zustand erreicht wird. Die Vorstellung des «bouncing back», also des Zurückspringens in einen Ausgangszustand, ist für diesen Ansatz zentral (Arnold et al., 2023, S. 156). In der Outcome-Perspektive wird Resilienz daher erst am beobachtbaren Ergebnis nach einem Stressor beurteilt, nicht an vorher vorhandenen Ressourcen oder Eigenschaften. Entscheidend ist vielmehr, wie sich Gesundheit, Beanspruchung oder Symptome nach einem Stressor empirisch beobachten lassen (S. 156–157).

Die Prozessperspektive erweitert die Outcome-Perspektive, weil sie das Ergebnis und dessen Entstehung gemeinsam betrachtet. Im Zentrum stehen Resilienzmechanismen. Darunter werden Reaktionen, Erfahrungen und Verhaltensweisen verstanden, die Menschen bei der Konfrontation mit Widrigkeiten erleben oder einsetzen. Dazu gehören etwa die kognitive Bewertung einer Belastung, affektive Reaktionen oder konkrete Copingstrategien. Solche Mechanismen können dazu beitragen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit trotz Widrigkeit aufrechtzuerhalten (Arnold et al., 2023, S. 159).

Für das prozessbezogene Verständnis ist zudem die zeitliche Dynamik zentral. Dabei werden unterschiedliche Formen von Stressoren unterschieden. Bei einem einmaligen intensiven Stressor kann zunächst eine Stressreaktion auftreten, an die ein Erholungsprozess anschliesst. Bei wiederkehrenden oder chronischen Stressoren, wie sie häufig im Arbeitskontext vorkommen, kann ein resilienter Verlauf dagegen über Habituation sichtbar werden. Damit ist gemeint, dass die Reaktion auf wiederholte Belastungen über die Zeit abnimmt, sodass Gesundheit sowie Leistungsfähigkeit stabiler bleiben können (Arnold et al., 2023, S. 159).

Die getrennt dargestellten Perspektiven lassen sich in einem theoretischen Rahmen verbinden. Die Resilienzkapazität kann sowohl den Resilienzprozess als auch das resiliente Outcome beeinflussen. Sie prägt mit, wie Belastungen verarbeitet werden und ob eine Widrigkeit erfolgreich bewältigt wird. Personen mit einer hohen Resilienzkapazität verfügen demnach über mehr Ressourcen oder können vorhandene Ressourcen wirksamer nutzen, um Stress zu bewältigen. Kapazität, Prozess und Outcome bleiben damit analytisch unterscheidbar, werden in theoretischen Modellen und empirischen Arbeiten jedoch als miteinander verbundene Perspektiven auf Resilienz verstanden (Arnold et al., 2023, S. 160–161).

2.5.4 Sozialökologische Perspektive

Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) beziehen sich zur Erklärung von Resilienz auf Bronfenbrenners ökosystemisches Modell. Dieses Modell beschreibt, wie Menschen in miteinander verschachtelte ökologische Systeme eingebunden sind. Diese Systeme können Entwicklungsprozesse und Handlungen direkt oder indirekt beeinflussen. Zugleich wird das Individuum als dynamische Einheit verstanden, die auf ihre Umwelt einwirkt und diese mitverändert. Die mikrosoziale Ebene bildet den Kern des Modells. Sie umfasst direkte Interaktionen in Lebensbereichen wie Familie, Schule, Arbeit, Freizeit oder Beziehungen ausserhalb der Familie. Die mesostrukturelle Ebene beschreibt Wechselbeziehungen zwischen solchen Lebensbereichen, etwa Übergänge und miteinander vereinbare Rollenanforderungen. Die exostrukturelle Ebene umfasst Lebensbereiche, an denen die Person nicht selbst beteiligt ist, in denen aber Ereignisse stattfinden, die ihren eigenen Lebensbereich beeinflussen können. Dazu zählen zum Beispiel institutionelle Organisationsprinzipien. Die makrostrukturelle Ebene beschreibt formale und inhaltliche Ähnlichkeiten der Systeme, etwa kulturelle Wertvorstellungen und Weltanschauungen. Entwicklungsprozesse verlaufen nach dieser Perspektive günstiger, wenn Mikro- und Mesosysteme miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt sind (S. 48–50).

Ungar et al. (2013) konkretisieren die sozialökologische Perspektive, indem sie zwischen Widerstandsfähigkeit und Resilienz unterscheiden und drei Prinzipien eines sozialökologischen Resilienzverständnisses formulieren. Widerstandsfähigkeit bezeichnet ein individualisiertes Verständnis positiver Entwicklung und wird vor allem mit Temperament, Persönlichkeit, Attributionsstil und Disposition verbunden. Resilienz wird dagegen sozialökologisch verstanden. Sie entsteht in Prozessen zwischen Personen und ihrer Umwelt und hängt davon ab, ob Menschen unter widrigen Bedingungen Zugang zu passenden Ressourcen erhalten (S. 2–4). Diese Perspektive beruht auf den drei Prinzipien «Umwelt sticht Anlage», «Die differenzielle Wirkung resilienzbezogener Prozesse hängt von den aktuellen Risiken ab» und «Kontext und Kultur beeinflussen, welche protektiven Prozesse am wichtigsten sind» (S. 2, 5–7).

Das erste Prinzip betont die Bedeutung der Umwelt. Positive Entwicklung wird wahrscheinlicher, wenn förderliche Bedingungen geschaffen werden und Ressourcen zugänglich sind. Dazu gehören materielle Ressourcen, zwischenmenschliche Beziehungen, soziale Kohäsion und religiöse Zugehörigkeit, kultureller Zusammenhalt, Identität, Einfluss und Kontrolle sowie soziale Gerechtigkeit. Diese Ressourcen wirken nicht isoliert. Ihre Bedeutung kann sich je nach Lebensumgebung unterscheiden und in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Förderliche Bedingungen können vorhandene Kompetenzen ansprechen oder Gelegenheiten bieten, neue Kompetenzen zu entwickeln. Resilienz wird dadurch stärker als Ergebnis unterstützender Umweltbedingungen verstanden und nicht als Eigenschaft, die eine Person unabhängig von ihrer Lebenssituation besitzt (Ungar et al., 2013, S. 2, 5–6).

Das zweite Prinzip zeigt, dass Schutzprozesse nur im Verhältnis zur jeweiligen Risikolage beurteilt werden können. Gedanken, Verhaltensweisen und Bewältigungsformen wirken je nach Belastung unterschiedlich. Eine Bewältigungsform kann unter stark belastenden Lebensbedingungen stabilisierend wirken, während sie in einem weniger belasteten Umfeld anders zu bewerten wäre. Protektive Prozesse lassen sich deshalb nicht unabhängig von der jeweiligen Risikolage als günstig oder ungünstig beurteilen. Entscheidend ist, welche Risiken im konkreten Lebensumfeld bestehen und welche Ressourcen in dieser Situation erreichbar sind (Ungar et al., 2013, S. 6–7).

Das dritte Prinzip betrifft Kontext und Kultur. Werte, soziale Normen, Geschlecht, soziale Herkunft und kulturelle Zugehörigkeit prägen, welche Ressourcen als hilfreich gelten und welche Bewältigungsformen Anerkennung finden. Kultur beeinflusst dadurch auch die Bewertung protektiver Faktoren. Was von aussen problematisch wirkt, kann im jeweiligen sozialen und kulturellen Umfeld eine stabilisierende Funktion haben. Gleichzeitig gilt ein Verhalten nicht automatisch als protektiv, nur weil es in einem bestimmten Umfeld sinnvoll erscheint. Ob ein Verhalten schützend wirkt, lässt sich deshalb nur im jeweiligen sozialen und kulturellen Zusammenhang beurteilen (Ungar et al., 2013, S. 4, 7–9).

Wenn Resilienz vor allem als Qualität einzelner Personen verstanden wird, kann Verantwortung für Wachstum und Entwicklung gerade jenen Menschen zugeschrieben werden, die sich bereits in gefährdeten und belasteten Lebenslagen befinden. Im sozialökologischen Verständnis wird Resilienz zuerst über Bedingungen erklärt, die die Umwelt bereitstellt. Fachpersonen, politische Akteur:innen, Gemeinden, Familien und stützende Bezugspersonen können Ressourcen verfügbar und zugänglich machen und damit eine aktive Rolle übernehmen. Resilienz zeigt sich damit im Zusammenspiel unterstützender Umwelten, zugänglicher Ressourcen und der Nutzung dieser Möglichkeiten (Ungar et al., 2013, S. 17).

2.6 Zwischenfazit

Die Theoriefrage 1 fragt danach, wie individuelle Resilienz im Kontext von Gesundheit, Belastung, Stress und Bewältigung theoretisch beschrieben und erklärt werden kann. Die dargestellten Ansätze zeigen, dass individuelle Resilienz als dynamischer und mehrdimensionaler Entwicklungs- und Bewältigungsprozess zu verstehen ist. Sie ist keine isolierte persönliche Stärke. Sie entsteht im Zusammenspiel von Gesundheit, Belastung, Bewertung, Bewältigung sowie personalen, sozialen und kontextbezogenen Ressourcen.

Gesundheit bildet dafür den theoretischen Rahmen. Sie umfasst körperliche, psychische und soziale Dimensionen und entsteht im Zusammenspiel individueller Voraussetzungen und äusserer Bedingungen. Für das Resilienzverständnis ist psychische Gesundheit besonders relevant, weil Resilienz beschreibt, wie psychische Stabilität unter oder nach Belastungen erhalten oder wiedergewonnen werden kann. Belastungen führen dabei nicht automatisch zu Stress. Entscheidend ist, wie Anforderungen bewertet werden und welche Bewältigungsmöglichkeiten verfügbar sind.

Resilienz setzt an dieser Verbindung von Belastung und Bewältigung an. Sie zeigt sich erst, wenn eine Risikosituation oder Widrigkeit vorliegt und diese bewältigt wird. Resilienz meint deshalb weder Belastungsfreiheit noch Unverletzbarkeit. Personale Faktoren können Bewältigungsprozesse unterstützen. Sie erklären Resilienz aber nicht allein. Soziale Beziehungen, unterstützende Netzwerke, frühere Bewältigungserfahrungen und Umweltbedingungen beeinflussen, ob solche Ressourcen entstehen, erkannt und genutzt werden können.

Die vier dargestellten Perspektiven präzisieren dieses Verständnis. Die salutogenetische Perspektive verdeutlicht, dass Anforderungen eher bewältigt werden können, wenn sie als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erlebt werden. Die entwicklungspsychologische Perspektive zeigt, dass Resilienz über den Lebenslauf entsteht und durch frühere Erfahrungen, Beziehungen und adaptive Systeme geprägt wird. Die prozessorientierte Perspektive macht deutlich, dass Resilienz als Kapazität, Ergebnis und zeitlicher Bewältigungsprozess betrachtet werden kann. Die sozialökologische Perspektive betont, dass Resilienz vom Zugang zu passenden Ressourcen und von unterstützenden Umweltbedingungen abhängt.

Die Stärke dieser Ansätze liegt darin, dass sie eine einseitige Zuschreibung von Resilienz vermeiden. Individuelle Unterschiede können dadurch erklärt werden, ohne Verantwortung allein der einzelnen Person zuzuschreiben. Wird Resilienz nur als persönliche Fähigkeit verstanden, geraten soziale Beziehungen, institutionelle Bedingungen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen und verfügbare Handlungsmöglichkeiten aus dem Fokus.

Kritisch bleibt die uneinheitliche Verwendung des Resilienzbegriffs in der Fachliteratur. Die Begriffsbreite ermöglicht eine differenzierte Erklärung, erschwert aber eine klare Abgrenzung. Sie erschwert auch die empirische Erfassung, weil je nach Verständnis unterschiedliche Aspekte von Resilienz gemessen werden. Für die weitere Arbeit ergibt sich daraus ein Resilienzverständnis, das personale Ressourcen berücksichtigt und zugleich mit sozialen sowie kontextbezogenen Bedingungen verbindet. Diese Einordnung bildet die Grundlage für Kapitel 3, in dem organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext in Bezug auf individuelle Resilienz eingeordnet werden.

3 Organisationale Arbeitsbedingungen und individuelle Resilienz

Kapitel 2 hat individuelle Resilienz als dynamischen und mehrdimensionalen Entwicklungs- und Bewältigungsprozess unter belastenden Bedingungen beschrieben. Resilienz zeigt sich dabei, wenn Risikosituationen so bewältigt werden, dass psychische Stabilität erhalten oder wiedergewonnen werden kann.

Darauf aufbauend bearbeitet Kapitel 3 die zweite Theoriefrage, wie sich organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext in Bezug auf die individuelle Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit theoretisch einordnen lassen.

Ziel des Kapitels ist es, die theoretische Grundlage für die empirische Untersuchung zu schaffen. Zunächst wird der organisationale Kontext der Klinischen Sozialarbeit im Spital dargestellt. Danach folgen arbeitspsychologische Modelle, die das Verhältnis von Arbeitsanforderungen, organisationalen Ressourcen und Beanspruchung erklären. Anschliessend werden zentrale organisationale Anforderungen und Ressourcen der Klinischen Sozialarbeit im Spital beschrieben und die Untersuchungsvariablen theoretisch hergeleitet. Das Kapitel schliesst mit einer Zusammenführung und theoretischen Schlussfolgerungen.

3.1 Arbeitsbedingungen im Spitalkontext

Die Klinische Sozialarbeit im Spital ist in organisationale Abläufe und interprofessionelle Versorgungsstrukturen eingebunden. Diese Bedingungen prägen den beruflichen Alltag der Fachpersonen und bestimmen mit, welche Anforderungen entstehen und welche Ressourcen zur Bewältigung verfügbar sind. Die Unterkapitel beschreiben zunächst die organisationale Einbettung Klinischer Sozialarbeit, danach zentrale Besonderheiten des Spitalsettings und abschliessend die Bedeutung organisationaler Arbeitsbedingungen für die Gesundheit.

3.1.1 Organisationale Einbettung Klinischer Sozialarbeit

Nach Pauls (2013) ist Klinische Sozialarbeit eine spezialisierte Form beratender und behandelnder Sozialer Arbeit, die darauf ausgerichtet ist, die psychosoziale Passung zwischen Menschen und ihrer Umwelt zu verbessern. Sie umfasst damit nicht nur die direkte psychosoziale Beratung und Unterstützung von Patient:innen und Angehörigen, sondern professionelles Handeln unter Einbezug des jeweiligen sozialen und institutionellen Umfeldes. Ihr bio-psychosoziales Gesundheitsverständnis erfordert, individuelle Problemlagen, soziale Beziehungen und Bedingungen der Umwelt gemeinsam zu berücksichtigen (S. 16–18).

Dieses professionelle Handeln findet nicht isoliert statt, sondern ist in unterschiedliche Versorgungsnetzwerke eingebunden. Pauls (2013) führt aus, dass Klinische Sozialarbeit darin interdisziplinär an der psychosozialen Versorgung mitwirkt. Fachpersonen müssen Hilfeprozesse organisieren und koordinieren sowie die eigenen Massnahmen kooperativ in übergeordnete Hilfe- und Behandlungsnetzwerke einbringen. Dazu gehört auch, Rollen, Aufgaben, Erwartungen und Zuständigkeiten innerhalb komplexer Strukturen zu klären (S. 29–30).

Im Spitalkontext übernehmen Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit insbesondere bei psychosozialen Unterstützungsbedarfen von Patient:innen und Angehörigen eine wichtige Funktion. Pauls (2013) versteht Spitäler nicht ausschliesslich als medizinische, sondern auch als soziale Einrichtungen. Psychosoziale Beratung, Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Angehörigenarbeit und die Zusammenarbeit mit weiteren Einrichtungen bilden darin Bestandteile der Versorgung (S. 344–348).

Wie in Kapitel 1 beschrieben, kann diese Tätigkeit je nach Organisation unterschiedlich bezeichnet sein, beispielsweise als Sozialdienst, Sozialberatung, Case Management oder Klinische Sozialarbeit. Für die vorliegende Untersuchung ist deshalb nicht die formale Berufsbezeichnung, sondern die ausgeübte psychosoziale Tätigkeit massgebend. Dies entspricht dem Begriffsverständnis von Pauls (2013), wonach sich «klinisch» nicht primär auf den Ort der Tätigkeit, sondern auf die direkte beratende und behandelnde Fallarbeit bezieht (S. 16).

Die organisationale Einbettung bildet den strukturellen Rahmen der Tätigkeit und umfasst Zuständigkeiten, Kooperationsbeziehungen sowie berufliche Handlungsmöglichkeiten der Fachpersonen. Welche konkreten Besonderheiten den beruflichen Alltag innerhalb dieses Rahmens kennzeichnen, wird im folgenden Kapitel dargestellt.

3.1.2 Besonderheiten der Klinischen Sozialarbeit im Spital

Die Besonderheiten der Klinischen Sozialarbeit im Spital zeigen sich vor allem in der Gleichzeitigkeit komplexer psychosozialer Problemlagen, unterschiedlicher Aufgabenbereiche und zeitlich begrenzter Versorgungsprozesse.

Bösel et al. (2024) verdeutlichen, dass schwere oder chronische Erkrankungen neben körperlichen Beschwerden auch psychische und soziale Veränderungen mit sich bringen können. Diese betreffen beispielsweise die Familie, das Arbeitsleben, den Freundeskreis und die weitere Lebensführung. Fachpersonen müssen deshalb unterschiedliche und miteinander verbundene Lebensbereiche der Patient:innen und Angehörigen gleichzeitig berücksichtigen (S. 341–342).

Pauls (2013) beschreibt für die Klinische Sozialarbeit im Spital ein breites Aufgabenspektrum. Neben der psychosozialen Beratung und der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung gehören dazu die Angehörigenarbeit, die Klärung materieller und sozialrechtlicher Fragen sowie die Organisation weiterführender Hilfen und rehabilitativer Angebote. Fachpersonen verbinden damit beratende und unterstützende Tätigkeiten mit administrativen, vermittelnden und koordinierenden Aufgaben (S. 344–348).

Kennzeichnend ist zudem, dass sich die psychosoziale Unterstützung am medizinischen Behandlungsverlauf ausrichtet. Bösel et al. (2024) zeigen, dass sich die familiäre, berufliche und soziale Situation während der Behandlung verändern kann. Der Unterstützungsbedarf muss deshalb wiederholt eingeschätzt und das weitere Vorgehen an neue Entwicklungen angepasst werden. Dazu gehören auch die frühzeitige Organisation weiterführender Hilfen und die Vorbereitung von Übergängen in die Rehabilitation oder die ambulante Versorgung (S. 343–344).

Hinzu kommt das Aufeinandertreffen unterschiedlicher fachlicher und institutioneller Erwartungen. Für das Spital beschreibt Pauls (2013) ein Spannungsfeld zwischen den Anliegen der Patient:innen, den Erwartungen der Verwaltung sowie den Perspektiven des medizinischen und pflegerischen Personals. Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit stehen damit vor der Aufgabe, psychosoziale Anliegen in medizinisch geprägte Versorgungsprozesse einzubringen und unterschiedliche Erwartungen aufeinander abzustimmen (S. 347–348).

Giertz (2024) macht zudem deutlich, dass die Rahmenbedingungen Klinischer Sozialarbeit durch aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen mitbestimmt werden. Dazu zählen unter anderem steigende Dokumentationsanforderungen, Ökonomisierungstendenzen, Fachkräftemangel und verdichtete Arbeitsabläufe (S. 423). Auch empirische Befunde verweisen auf ein anspruchsvolles Arbeitsprofil. Dieckmännken und Holleder (2025a) zeigen für Beschäftigte in Spitalsozialdiensten insbesondere erhöhte quantitative und emotionale Anforderungen sowie teilweise widersprüchliche Erwartungen im beruflichen Alltag (S. 219–221). Diese Arbeitsanforderungen werden in Kapitel 3.3 vertieft.

Für den beruflichen Alltag bedeutet dies, dass Fachpersonen psychosoziale, materielle und organisatorische Anliegen innerhalb medizinischer Behandlungsverläufe gleichzeitig bearbeiten. Dabei erfassen sie veränderliche Unterstützungsbedarfe, organisieren weiterführende Hilfen und stimmen unterschiedliche fachliche sowie institutionelle Erwartungen aufeinander ab.

3.1.3 Bedeutung organisationaler Bedingungen für die Gesundheit

Das Staatssekretariat für Wirtschaft (2015) macht deutlich, dass berufliche Anforderungen nicht grundsätzlich gesundheitsschädigend sind. Wie stark Mitarbeitende dadurch beansprucht werden, hängt unter anderem von der Art, Intensität und Dauer der Anforderungen sowie von den verfügbaren Ressourcen ab. Ein länger andauerndes Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und Handlungsmöglichkeiten kann zu einer übermässigen Beanspruchung führen und die Gesundheit beeinträchtigen (S. 8–11). Freiräume bei der Gestaltung der Arbeit und soziale Unterstützung können dagegen dazu beitragen, hohe Anforderungen zu bewältigen (S. 17–20).

Die gesundheitliche Bedeutung organisationaler Bedingungen wird auch im Verständnis des betrieblichen Gesundheitsmanagements deutlich. Gesundheitsförderung Schweiz (2025) versteht darunter das systematische Optimieren gesundheitsrelevanter Faktoren im Betrieb. Durch die Gestaltung betrieblicher Strukturen und Prozesse sollen Voraussetzungen geschaffen werden, welche die Gesundheit der Mitarbeitenden unterstützen. Dazu zählen unter anderem eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung, eine wertschätzende Führungskultur und Möglichkeiten zur Erholung (S. 2).

Für die Schweizer Spitalsozialarbeit zeigen Rudin und Künzi (2013), dass die wahrgenommene Arbeitslast mit der Anzahl beratener Patient:innen und dem Beratungsaufwand zusammenhängt. Bei höheren Fallzahlen und einem grösseren zeitlichen Aufwand wurde eine angemessene Betreuung häufiger als nur teilweise oder selten möglich eingeschätzt (S. 9). Als weitere Herausforderungen nannten die befragten Leitungspersonen insbesondere Zeitdruck aufgrund kurzer Aufenthaltsdauern, mangelnde Ressourcen, die Organisation geeigneter Anschlusslösungen, die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie teilweise gegensätzliche Erwartungen verschiedener Anspruchsgruppen (S. 21).

Organisationale Arbeitsbedingungen bilden somit den Rahmen, innerhalb dessen Fachpersonen ihre beruflichen Aufgaben bewältigen. Wie diese Bedingungen in Bezug auf Belastung, Gesundheit und Resilienz theoretisch eingeordnet werden können, lässt sich jedoch nicht allein aus der Beschreibung des Spitalkontextes ableiten. Dafür braucht es arbeitspsychologische Modelle, die das Verhältnis von Arbeitsanforderungen, organisationalen Ressourcen und Beanspruchungen erklären. Diese Modelle werden im folgenden Kapitel dargestellt.

3.2 Arbeitspsychologische Modelle zu Anforderungen und Ressourcen

Die folgenden arbeitspsychologischen Modelle erklären, wie Arbeitsbedingungen, Belastung, Beanspruchung und Ressourcen zusammenhängen. Sie bilden damit die theoretische Grund-

lage, um organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext einzuordnen. Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell klärt zunächst den Zusammenhang zwischen äusseren Belastungen und individuellen Reaktionen. Das Anforderungs-Kontroll-Modell erweitert diese Perspektive um die Bedeutung von Handlungsspielräumen. Das Job-Demands-Resources-Modell führt Arbeitsanforderungen und Ressourcen in einem gemeinsamen Bezugsrahmen zusammen und bildet damit den zentralen theoretischen Bezugspunkt für die vorliegende Untersuchung.

3.2.1 Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell

Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell nach Rohmert und Rutenfranz gehört zu den grundlegenden arbeitspsychologischen Modellen zur Erklärung arbeitsbezogener Gesundheitsprozesse. Im Zentrum steht die Unterscheidung zwischen Belastung und Beanspruchung. Das Modell geht davon aus, dass berufliche Anforderungen nicht unmittelbar auf die Gesundheit von Fachpersonen wirken, sondern individuell verarbeitet werden. Dadurch können gleiche Arbeitsanforderungen bei verschiedenen Personen unterschiedliche Beanspruchungsfolgen hervorrufen (Rusch, 2019, S. 33).

Belastungen werden als Einflüsse verstanden, die aus Arbeitsaufgaben, organisationalen Bedingungen oder der Arbeitsumgebung entstehen. Beanspruchung bezeichnet die individuelle Reaktion auf diese Belastungen und fällt je nach persönlichen Voraussetzungen unterschiedlich aus. Belastung und Beanspruchung sind dabei zunächst wertneutral zu verstehen und nicht grundsätzlich gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädlich (Neuner, 2019, S. 13).

Richter und Schütte (2017) konkretisieren diese Sichtweise, indem sie Belastungen als Ergebnis verschiedener Einflüsse der Arbeitssituation beschreiben. Diese können aus dem materiell-technischen, sozialen oder personalen Bereich stammen, etwa aus Lärm, Konflikten mit Arbeitskolleg:innen oder fehlenden sozialen Kompetenzen (S. 123). Häufig wirken mehrere Belastungsfaktoren gleichzeitig zusammen und beeinflussen die individuelle Beanspruchung (Neuner, 2019, S. 39). Das Zusammenspiel von Belastungen, individuellen Voraussetzungen und Beanspruchung ist in Abbildung 4 dargestellt.

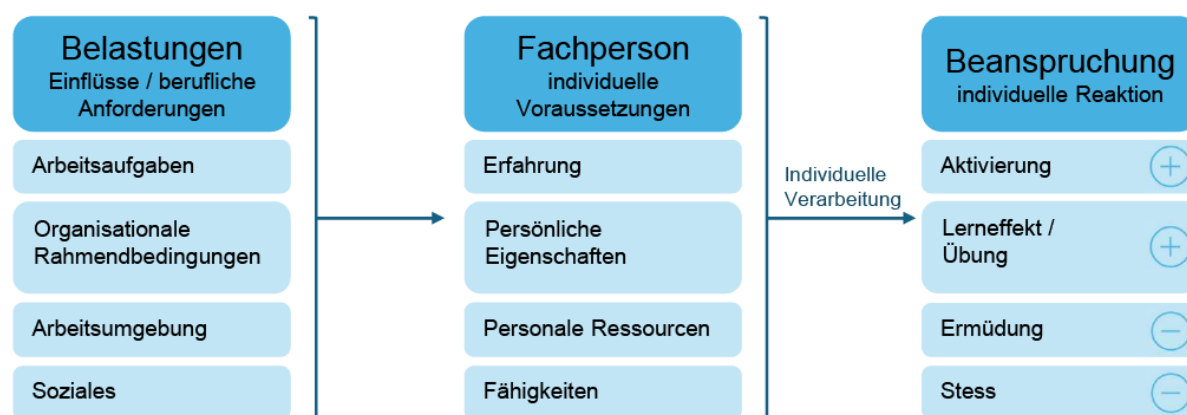


Abbildung 4: Belastungs-Beanspruchungs-Modell (leicht modifiziert nach Neuner, 2019, S. 14; Rusch, 2019, S. 34)

Für die vorliegende Arbeit lässt sich daraus ableiten, dass arbeitsbezogene Belastungen nicht ausschliesslich als individuelles Problem verstanden werden können. Sie sind vielmehr im Zusammenhang mit den Arbeitsbedingungen und organisationalen Rahmenbedingungen zu betrachten, unter denen Fachpersonen ihre beruflichen Aufgaben bewältigen. Richter und Schütte (2017) stützen diese Einordnung, indem sie betonen, dass eine nachhaltige Verringerung arbeitsbezogener Belastungen Veränderungen der konkreten Arbeitsbedingungen und organisationalen Rahmenbedingungen voraussetzt (S. 127). Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell beschreibt somit den Zusammenhang zwischen äusseren Arbeitsanforderungen und individueller Beanspruchung. Organisationale Ressourcen wie Handlungsspielräume und soziale Unterstützung werden im Grundmodell jedoch nicht eigenständig ausdifferenziert.

3.2.2 Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek

Während das Belastungs-Beanspruchungs-Modell den Zusammenhang zwischen arbeitsbezogenen Belastungen und individueller Beanspruchung beschreibt, erweitert das Anforderungs-Kontroll-Modell diese Perspektive um die Bedeutung von Handlungsspielräumen und Einflussmöglichkeiten. Rusch (2019) beschreibt als zentrale Dimensionen des Modells die beruflichen Anforderungen und den Tätigkeitsspielraum. Dieser umfasst sowohl Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten als auch die Möglichkeit, vorhandene Fähigkeiten und Qualifikationen bei der Arbeit einzusetzen. Psychische Fehlbeanspruchung wird insbesondere dann wahrscheinlicher, wenn hohe Anforderungen mit einem geringen Tätigkeitsspielraum zusammentreffen (S. 34–35). Latocha (2015) stellt die vier Arbeitsplatztypen des Modells anhand unterschiedlich ausgeprägter Anforderungen und Handlungsspielräume dar. Als besonders ungünstig gelten hoch beanspruchende Tätigkeiten, bei denen hohe Anforderungen mit geringen Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten zusammentreffen. Hohe Anforderungen bei gleichzeitig grossen Handlungsspielräumen kennzeichnen demgegenüber aktive Tätigkeiten. Diese können trotz der hohen Anforderungen Möglichkeiten zum Lernen, zur

Weiterentwicklung und zum eigenständigen Handeln eröffnen (S. 33–34). Das Zusammenspiel von Arbeitsanforderungen und Entscheidungsspielraum ist in Abbildung 5 dargestellt.

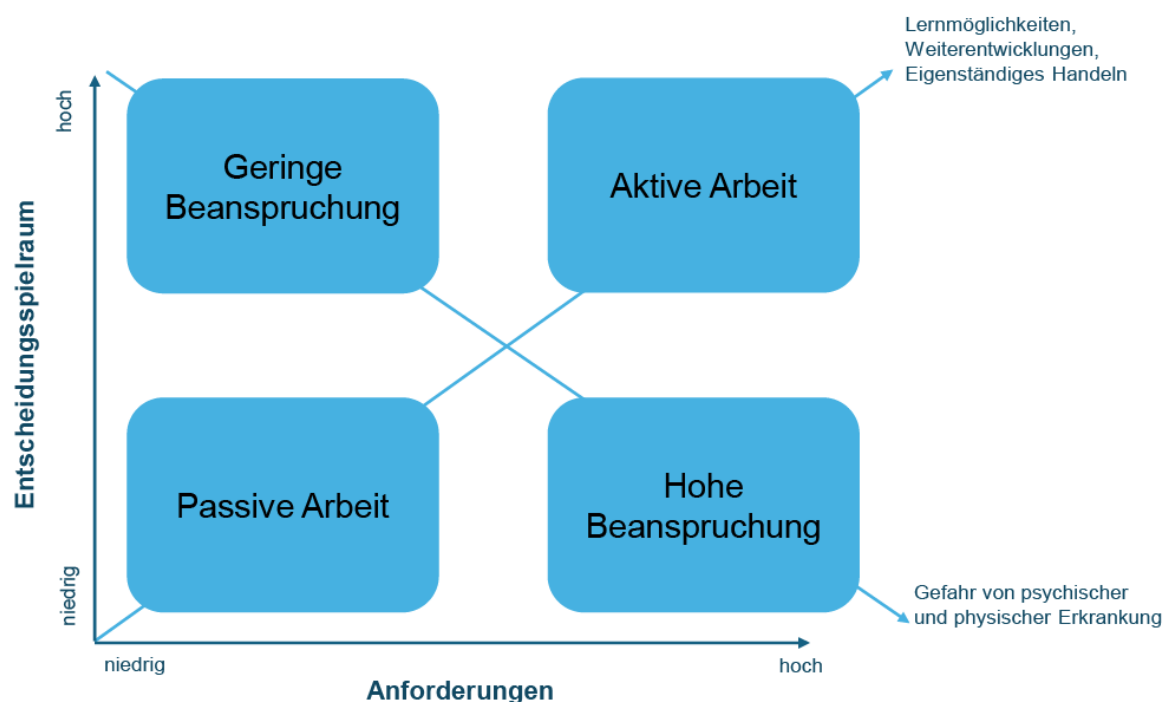


Abbildung 5: Anforderungs-Kontroll-Modell (leicht modifiziert nach Latocha, 2015, S. 33)

Aus dem Modell lässt sich ableiten, dass für die Einordnung beruflicher Anforderungen nicht allein deren Höhe relevant ist, sondern auch, in welchem Mass Beschäftigte ihre Arbeit beeinflussen und aktiv mitgestalten können. Handlungsspielräume bedeuten dabei nicht, dass eine Tätigkeit mit geringen Anforderungen verbunden ist. Sie können jedoch Möglichkeiten eröffnen, Arbeitsabläufe anzupassen, Prioritäten zu setzen und eigene Entscheidungen zu treffen. Diese Einordnung wird durch Hägerbäumer und Henseler (2026) gestützt, die entsprechende Planungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten als Merkmale gesundheitsförderlich gestalteter Arbeitsaufgaben beschreiben (S. 89–92).

Für die vorliegende Fragestellung zeigt sich dennoch eine Begrenzung des Modells. Neuner (2019) weist darauf hin, dass das ursprüngliche Anforderungs-Kontroll-Modell später um die soziale Unterstützung als zusätzliche Dimension erweitert wurde (S. 17–18). Weitere organisationale Ressourcen, beispielsweise die Führungsqualität, werden jedoch nicht umfassend ausdifferenziert. Diese breitere Perspektive greift das nachfolgend dargestellte Job-Demands-Resources-Modell auf.

3.2.3 Das Job-Demands-Resources-Modell

Zur Einordnung organisationaler Arbeitsbedingungen wird das Job-Demands-Resources-Modell (JD-R-Modell) als zentraler arbeitspsychologischer Bezugsrahmen herangezogen. Demerouti und Nachreiner (2019) beschreiben das ursprünglich von Demerouti und Kolleg:innen entwickelte Modell als einen Ansatz der Stress- und Burnoutforschung, der Erkenntnisse der Arbeitsgestaltung mit Belastungs-Beanspruchungsmodellen verbindet (S. 120). Im Unterschied zu den zuvor dargestellten Modellen, die jeweils einzelne Aspekte arbeitsbezogener Belastungen hervorheben, führt das JD-R-Modell Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen in einem gemeinsamen theoretischen Bezugsrahmen zusammen.

Kauffeld et al. (2019) erläutern, dass Ressourcen dabei umfassender berücksichtigt werden. Neben Entscheidungs- und Handlungsspielräumen können beispielsweise soziale Unterstützung, Rückmeldungen und Merkmale der Führung einbezogen werden (S. 317). Bakker und Demerouti (2007) unterscheiden grundsätzlich zwischen arbeitsbezogenen Anforderungen (Job Demands) und arbeitsbezogenen Ressourcen (Job Resources). Arbeitsanforderungen umfassen physische, psychische, soziale oder organisationale Bedingungen der Arbeit, die anhaltende körperliche oder psychische Anstrengung erfordern und mit Beanspruchungsfolgen verbunden sein können. Arbeitsressourcen unterstützen demgegenüber die Erreichung beruflicher Ziele, können Anforderungen und die damit verbundenen Beanspruchungsfolgen reduzieren sowie Lernen und persönliche Entwicklung fördern. Arbeitsanforderungen sind dabei nicht grundsätzlich negativ. Sie können jedoch zu Stressoren werden, wenn ihre Bewältigung dauerhaft hohe Anstrengung erfordert und nur unzureichende Erholungsmöglichkeiten bestehen (S. 312).

In einer Erweiterung des Modells wird zwischen hindernden und herausfordernden Anforderungen differenziert. Hindernde Anforderungen erschweren das Erreichen beruflicher Ziele und können die persönliche Entwicklung beeinträchtigen. Herausfordernde Anforderungen erfordern ebenfalls Anstrengung, können bei erfolgreicher Bewältigung jedoch Lernen, Leistung und Arbeitsengagement fördern. Da Beschäftigte gleiche Anforderungen unterschiedlich bewerten können, hängt ihre Einordnung auch vom beruflichen Kontext und von der individuellen Wahrnehmung ab (Kauffeld et al., 2019, S. 318).

Bakker und Demerouti (2007) beschreiben zwei zentrale Prozesse des Modells. Im Gesundheitsbeeinträchtigungsprozess können dauerhaft hohe oder ungünstig gestaltete Arbeitsanforderungen die körperlichen und psychischen Ressourcen der Beschäftigten beanspruchen und längerfristig Erschöpfung sowie gesundheitliche Beschwerden begünstigen. Im motivationalen Prozess können Arbeitsressourcen das Arbeitsengagement und die Motivation unterstützen, indem sie die Zielerreichung erleichtern und grundlegende psychologische Bedürfnisse

erfüllen. Darüber hinaus können Arbeitsressourcen die mit hohen Arbeitsanforderungen verbundenen Beanspruchungsfolgen abschwächen (S. 313–314).

Eine zentrale Stärke des JD-R-Modells liegt in seiner Offenheit für unterschiedliche berufliche Kontexte. Es gibt keine abschliessende Liste von Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen vor. Die jeweils relevanten Bedingungen können sich zwischen Berufsgruppen und Arbeitsfeldern unterscheiden, lassen sich aber den beiden übergeordneten Kategorien zuordnen (Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 123).

Spätere Erweiterungen des Modells beziehen auch personale Ressourcen wie Selbstwirksamkeit oder Optimismus ein (Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 124–125). Da der Fokus dieses Kapitels auf organisationalen Arbeitsbedingungen liegt, werden personale Ressourcen nicht weiter vertieft.

Für die vorliegende Untersuchung dient das JD-R-Modell als theoretischer Bezugsrahmen, um die in Kapitel 3.1 beschriebenen Bedingungen des Spitalsettings als Arbeitsanforderungen und organisationale Ressourcen einzuordnen. Es erklärt individuelle Resilienz nicht direkt, ermöglicht jedoch eine theoretische Einordnung möglicher Zusammenhänge zwischen diesen Arbeitsbedingungen und Resilienz. Die zentralen Zusammenhänge des JD-R-Modells sind in Abbildung 6 dargestellt.

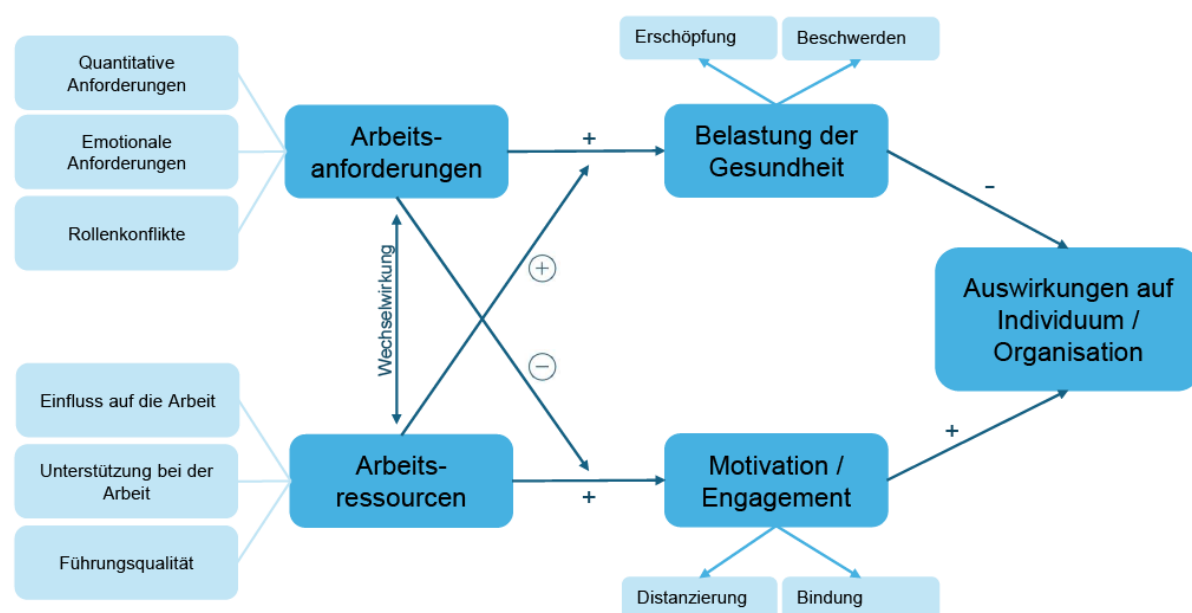


Abbildung 6: Job-Demands-Resources-Modell (leicht modifiziert nach Demerouti & Nachreiner, 2019, S. 121)

3.3 Organisationale Anforderungen und Ressourcen

Dieses Unterkapitel beschreibt die organisationalen Arbeitsbedingungen, die für die empirische Untersuchung ausgewählt wurden. Entsprechend dem Job-Demands-Resources-Modell werden quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen und Rollenkonflikte als Arbeitsanforderungen eingeordnet. Einfluss auf die Arbeit, Unterstützung bei der Arbeit und Führungsqualität werden als organisationale Ressourcen betrachtet. Im Mittelpunkt steht ihre Bedeutung für die Klinische Sozialarbeit im Spital.

3.3.1 Organisationale Anforderungen

Organisationale Arbeitsanforderungen bezeichnen arbeitsbezogene Bedingungen, deren Bewältigung mit anhaltender körperlicher oder psychischer Anstrengung verbunden sein kann. Sie können sich aus der Gestaltung von Aufgaben, Abläufen und organisationalen Rahmenbedingungen ergeben. Für die vorliegende Untersuchung werden quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen und Rollenkonflikte näher betrachtet.

Quantitative Anforderungen beziehen sich auf die Arbeitsmenge und die für ihre Bewältigung verfügbare Zeit. Dazu gehören unter anderem ein hohes Arbeitstempo, eine ungleich verteilte Arbeitsmenge, fehlende Zeit zur Erledigung der Aufgaben und notwendige Überstunden (Neuner, 2019, S. 49). Im Spitalsetting können sich solche Anforderungen insbesondere in zeitlich verdichteten Abläufen und in der kurzfristigen Organisation und Koordination der Nachsorge zeigen. Dieckmännken und Holleder (2025b) beschreiben das Entlassmanagement als überwiegenden Tätigkeitsbereich der Spitalsozialdienste und weisen für diese höhere quantitative Anforderungen aus als für Sozialdienste in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (S. 358–362).

Neben den quantitativen Anforderungen kommt den emotionalen Anforderungen in der Klinischen Sozialarbeit im Spital eine besondere Bedeutung zu. Pauls (2013) beschreibt die Ermöglichung emotionaler Entlastung innerhalb der helfenden Beziehung als eine besonders anspruchsvolle Aufgabe. Fachpersonen begleiten Menschen in Krisen und stark belastenden Lebenssituationen und müssen mit Ängsten, Verzweiflung, Wut oder Ablehnung umgehen, ohne ihre professionelle Haltung und Abgrenzung aufzugeben (S. 376–377). Dieckmännken und Holleder (2025b) stellen bei Beschäftigten der Spitalsozialdienste entsprechend hohe emotionale Anforderungen fest. Auch diese fallen höher aus als bei Beschäftigten der Sozialdienste in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (S. 361–362).

Eine weitere arbeitsbezogene Anforderung stellen Rollenkonflikte dar. Kauffeld et al. (2019) beschreiben Rollenkonflikte als Folge inkonsistenter Informationen oder unvereinbarer Rollenanforderungen und ordnen sie im Job-Demands-Resources-Modell als besonders belastende

Arbeitsanforderungen ein (S. 319). Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit arbeiten mit Patient:innen und Angehörigen, den an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen sowie nachstationären Unterstützungssystemen zusammen. Dabei übernehmen sie vermittelnde und koordinierende Aufgaben und vertreten zugleich die psychosoziale Perspektive innerhalb medizinisch geprägter Organisationsstrukturen (Hegeler, 2007, S. 121). Geißler-Piltz et al. (2010) verweisen in diesem Zusammenhang auf die schwierige Position der Sozialen Arbeit im medizinischen System und auf Unsicherheiten hinsichtlich ihrer Entscheidungs- und Verantwortungsbereiche (S. 19–20). Daraus können widersprüchliche Erwartungen, unklare Zuständigkeiten und Spannungen zwischen fachlichem Anspruch und organisationalen Rahmenbedingungen entstehen. Dieckmännken und Holleder (2025b) weisen bei Beschäftigten der Spitalsozialdienste ebenfalls höhere Rollenkonflikte aus als bei Beschäftigten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (S. 361–362).

Quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen und Rollenkonflikte betreffen unterschiedliche Bereiche des beruflichen Alltags. Sie beziehen sich auf die Arbeitsmenge und die verfügbare Zeit, den Umgang mit emotional belastenden Situationen sowie auf rollenbezogene Spannungen. Zusammen bilden sie die Anforderungsseite der empirischen Untersuchung.

3.3.2 Organisationale Ressourcen

Die dargestellten arbeitspsychologischen Modelle verdeutlichen, dass berufliche Anforderungen nicht unabhängig von den verfügbaren Ressourcen betrachtet werden können. Für die vorliegende Untersuchung werden Einfluss auf die Arbeit, Unterstützung bei der Arbeit und Führungsqualität als organisationale Ressourcen näher betrachtet.

Eine dieser organisationalen Ressource ist der Einfluss auf die eigene Arbeit. Rusch (2019) beschreibt Handlungsspielräume als Möglichkeiten, Arbeitsabläufe mitzugestalten, selbstständig Entscheidungen zu treffen und Einfluss auf Arbeitsprozesse zu nehmen (S. 34–35). Kahl und Bauknecht (2023) betonen für die Soziale Arbeit, dass Fachpersonen einen organisationalen Rahmen benötigen, der ihnen fachliche Handlungsspielräume und zugleich strukturelle Sicherheiten bietet. Die organisationale Einbindung kann das fachliche Handeln dabei mitgestalten, ermöglichen oder begrenzen (S. 215–216). Daraus lässt sich für Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit ableiten, dass sich Einfluss auf die Arbeit beispielsweise in der fachlichen Mitgestaltung von Beratungs- und Koordinationsprozessen sowie in der selbstständigen Strukturierung der eigenen Aufgaben innerhalb organisationaler Vorgaben zeigen kann.

Eine weitere organisationale Ressource ist die Unterstützung bei der Arbeit. Spieß und von Rosenstiel (2010) unterscheiden verschiedene Formen sozialer Unterstützung und

beschreiben, dass diese Arbeitsbelastungen reduzieren, negative Beanspruchungsfolgen abpuffern und das Wohlbefinden fördern kann. Besonders bedeutsam kann soziale Unterstützung bei dauerhaft hohen Arbeitsanforderungen sowie bei neuen oder ungewohnten Aufgaben sein (S. 78–80). Im Spitalsetting kann sie sich insbesondere im fallbezogenen Austausch, in gemeinsamer Reflexion und in gegenseitiger Entlastung zeigen. Kahl und Bauknecht (2023) fassen zudem Befunde zusammen, nach denen soziale Unterstützung durch Kolleg:innen und Führungspersonen mit geringerer emotionaler Erschöpfung verbunden ist (S. 217).

Schliesslich stellt die Führungsqualität eine wichtige organisationale Ressource dar. Spieß und von Rosenstiel (2010) beschreiben Führung als sach- und mitarbeiterbezogene Gestaltungsaufgabe. Dazu gehören unter anderem klare Ziele, Beteiligungsmöglichkeiten, Rückmeldungen, Anerkennung, Wertschätzung und Vertrauen (S. 132–138). Pilartz (2017) hebt für belastete Arbeitsteams hervor, dass Führungspersonen die Anspannung der Mitarbeitenden anerkennen, Unterstützung anbieten und gemeinsam mit dem Team Perspektiven entwickeln sollen. Durch klare Anweisungen und Priorisierungen können sie zudem Orientierung für die Bewältigung der anstehenden Aufgaben geben (S. 25–26). Für Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit im Spital kann Führungsqualität besonders dort bedeutsam sein, wo Zuständigkeiten geklärt, Prioritäten gesetzt und interprofessionelle Abläufe koordiniert werden müssen.

Einfluss auf die Arbeit, Unterstützung bei der Arbeit und Führungsqualität betreffen damit unterschiedliche, zugleich miteinander verbundene Bereiche der Arbeitsgestaltung. Dazu gehören der Handlungsspielraum innerhalb der eigenen Tätigkeit, der soziale Rückhalt im Arbeitsalltag und die Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch Führung. Zusammen mit den zuvor beschriebenen Arbeitsanforderungen bilden sie die Grundlage für die anschliessende Herleitung der Untersuchungsvariablen.

3.4 Theoretische Herleitung der Untersuchungsvariablen

Die individuelle Resilienz wird als abhängige Variable der Untersuchung erfasst. Ihre Einordnung orientiert sich am in Kapitel 2 entwickelten Resilienzverständnis. Danach beschreibt Resilienz einen dynamischen und mehrdimensionalen Entwicklungs- und Bewältigungsprozess, in dem psychische Stabilität unter belastenden Bedingungen erhalten oder nach Belastungen wiedergewonnen werden kann. Zur empirischen Erfassung wird die Brief Resilience Scale (BRS) eingesetzt. Sie erfasst die subjektiv eingeschätzte Fähigkeit, sich nach belastenden Situationen wieder zu erholen. Resilienz wird in dieser Untersuchung somit als Selbsteinschätzung der Erholungsfähigkeit nach Belastung erhoben. Individuelle Voraussetzungen, persönliche Bewältigungsstrategien und private Lebensumstände können die Resilienz von Fachpersonen mitprägen und in die Einschätzungen der Befragten einfließen. Sie werden

jedoch nicht als eigenständige Untersuchungsvariablen analysiert. Diese Eingrenzung ergibt sich aus der Forschungsfrage, die auf die Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und individueller Resilienz ausgerichtet ist.

Die organisationalen Arbeitsbedingungen bilden die unabhängigen Variablen der Untersuchung. Ihre Auswahl stützt sich auf die in Kapitel 3.2 dargestellten arbeitspsychologischen Modelle sowie auf die in Kapitel 3.3 beschriebenen Arbeitsbedingungen der Klinischen Sozialarbeit im Spital. Das Job-Demands-Resources-Modell dient dabei als zentraler theoretischer Bezugsrahmen, da es Arbeitsanforderungen und organisationale Ressourcen gemeinsam betrachtet. Für die Auswahl der Variablen waren sowohl ihre theoretische Einordnung als auch ihre Bedeutung für den Arbeitskontext der Klinischen Sozialarbeit im Spital massgebend.

Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, werden quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen und Rollenkonflikte als Arbeitsanforderungen berücksichtigt. Einfluss auf die Arbeit, Unterstützung bei der Arbeit und Führungsqualität werden als organisationale Ressourcen einbezogen und in Kapitel 3.3.2 erläutert.

Das Untersuchungsmodell umfasst damit die individuelle Resilienz als abhängige Variable sowie drei Arbeitsanforderungen und drei organisationale Ressourcen als unabhängige Variablen. Diese Bezeichnungen dienen der Strukturierung des Untersuchungsmodells und sind nicht als Ausdruck kausaler Beziehungen zu verstehen. Die konkrete Erfassung und Auswertung der Variablen werden in Kapitel 4 beschrieben.

3.5 Zusammenführung und theoretische Schlussfolgerungen

Die zweite Theoriefrage fragt danach, wie sich organisationale Arbeitsbedingungen im Spitalkontext in Bezug auf die individuelle Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit theoretisch einordnen lassen. Auf Grundlage der dargestellten Ansätze lassen sich organisationale Arbeitsbedingungen als Bedingungen des beruflichen Kontextes verstehen. Sie erklären individuelle Resilienz nicht allein, können aber mitprägen, unter welchen Voraussetzungen Fachpersonen berufliche Anforderungen bearbeiten und psychische Stabilität unter Belastung erhalten oder wiedergewinnen können.

Die Einordnung knüpft an das Resilienzverständnis aus Kapitel 2 an. Resilienz wird dort als individueller Bewältigungs- und Entwicklungsprozess beschrieben, der von personalen, sozialen und kontextbezogenen Bedingungen mitgeprägt wird. Für den Arbeitskontext bedeutet dies, dass Resilienz nicht losgelöst von organisationalen Bedingungen betrachtet werden

kann. Relevant ist, welche Anforderungen im Arbeitsalltag entstehen und welche Ressourcen für deren Bearbeitung verfügbar sind.

Aus arbeitspsychologischer Sicht sind Arbeitsanforderungen und organisationale Ressourcen gemeinsam zu betrachten. Arbeitsanforderungen können den Bewältigungsbedarf erhöhen, vor allem wenn sie dauerhaft, gleichzeitig oder widersprüchlich auftreten. Organisationale Ressourcen können demgegenüber Handlungsmöglichkeiten eröffnen, fachliche Orientierung geben und die Bearbeitung beruflicher Anforderungen unterstützen. Sie beseitigen Anforderungen nicht zwingend, können aber beeinflussen, ob diese als bearbeitbar erlebt werden.

Die salutogenetische Perspektive ergänzt diese Einordnung. Organisationale Bedingungen können dazu beitragen, dass berufliche Anforderungen als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erlebt werden. Klare Zuständigkeiten und nachvollziehbare Abläufe können die Verstehbarkeit unterstützen. Handlungsspielräume und Unterstützung bei der Arbeit können zur Handhabbarkeit beitragen. Möglichkeiten zur fachlichen Mitgestaltung können die Sinnhaftigkeit des professionellen Handelns stärken. Das Kohärenzgefühl wird in dieser Untersuchung nicht erhoben. Die salutogenetische Perspektive verdeutlicht jedoch, weshalb organisationale Arbeitsbedingungen für berufliche Bewältigungsprozesse theoretisch relevant sind.

Für die empirische Untersuchung folgt daraus, dass individuelle Resilienz nicht als kausale Folge einzelner Arbeitsbedingungen verstanden wird. Untersucht werden statistische Zusammenhänge zwischen einzelnen wahrgenommenen organisationalen Arbeitsbedingungen und individueller Resilienz. Die Arbeitsbedingungen werden dabei als Anforderungen oder Ressourcen eingeordnet. Daraus ergibt sich die theoretische Erwartung, dass anforderungsbezogene Arbeitsbedingungen tendenziell mit niedrigerer und ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen tendenziell mit höherer individueller Resilienz zusammenhängen können.

4 Methodisches Vorgehen

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der vorliegenden Untersuchung. Es zeigt auf, wie die Forschungsfrage empirisch bearbeitet wurde und auf welcher Grundlage die Ergebnisse zustande kamen. Dazu werden das Forschungsdesign, die Stichprobe, die Datenerhebung, die Datenauswertung sowie methodische Einschränkungen dargestellt.

4.1 Forschungsdesign und Forschungsfrage

Die vorliegende Untersuchung wurde als quantitative, nicht-experimentelle Querschnittsstudie konzipiert. Ziel war es, Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und der individuellen Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz zu untersuchen.

Nach Döring (2023) arbeitet quantitative Forschung mit standardisierten Erhebungsverfahren und statistischen Auswertungsmethoden (S. 15–16). Die Datenerhebung erfolgte mittels einer teilstandardisierten Onlinebefragung. Da keine experimentellen Eingriffe vorgenommen wurden, handelt es sich um eine nicht-experimentelle Untersuchung. Die einmalige Erhebung der Daten entspricht einem Querschnittsdesign. Damit lassen sich statistische Zusammenhänge zwischen den erhobenen Variablen analysieren und beschreiben. Ursache-Wirkungs-Beziehungen können jedoch nicht nachgewiesen werden (Döring, 2023, S. 203–206, 212–216).

Die Untersuchung orientierte sich an folgender Forschungsfrage:

Welche Zusammenhänge bestehen zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz?

Die Operationalisierung der Variablen sowie das Vorgehen bei der Stichprobenziehung, der Datenerhebung und der Datenauswertung werden in den folgenden Unterkapiteln beschrieben.

4.2 Stichprobe

Die Grundgesamtheit der Untersuchung bildeten Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung in Spitälern der Deutschschweiz tätig waren. Zur Stichprobe gehörten diejenigen Fachpersonen, die an der Onlinebefragung teilnahmen. Berücksichtigt wurden Fachpersonen, die Patient:innen sowie deren Angehörige im Spitalkontext psychosozial beraten, begleiten und unterstützen.

Die Berufsbezeichnung variierte je nach Organisation, wie beispielsweise Sozialdienst, Case Management, psychosozialer Dienst oder Klinische Sozialarbeit. Um diese unterschiedlichen Bezeichnungen abzubilden, wurde die aktuelle Berufsbezeichnung im Fragebogen erhoben.

Die Untersuchung wurde auf die Deutschschweiz beschränkt. Dadurch konnte ein sprachlich einheitlicher Fragebogen eingesetzt werden. In bilingualen Kantonen wurden ausschliesslich Spitäler im deutschsprachigen Gebiet berücksichtigt.

Für die Teilnahme galt als fachliches Einschlusskriterium, dass die Teilnehmenden zum Zeitpunkt der Befragung in der Klinischen Sozialarbeit eines Spitals der Deutschschweiz tätig waren. Es bestanden keine Einschränkungen hinsichtlich Beschäftigungsgrad oder Berufserfahrung. Die Teilnahme erfolgte freiwillig. Ausgeschlossen wurden Personen, die nicht im Spitalkontext tätig waren oder keine klinisch-sozialarbeiterische Funktion ausübten.

Die Stichprobe wurde als Gelegenheitsstichprobe rekrutiert. Da die Teilnehmenden nicht zufällig ausgewählt wurden, sind die Ergebnisse nicht repräsentativ für alle Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz.

4.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines Onlinefragebogens. In den folgenden Unterkapiteln werden zunächst die verwendeten Erhebungsinstrumente beschrieben. Anschliessend werden der Pretest und die Durchführung der Datenerhebung dargestellt.

4.3.1 Erhebungsinstrumente

Für die Datenerhebung wurde ein teilstandardisierter Onlinefragebogen eingesetzt. Der Fragebogen umfasste soziodemografische und berufliche Angaben, die Brief Resilience Scale (BRS) sowie ausgewählte Skalen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ). Eine Übersicht der verwendeten Variablen, Erhebungsinstrumente, Skalen und Itemzahlen zeigt Tabelle 1. Der vollständige Fragebogen findet sich im Kapitel Anhang A.

Stichprobe / Variablen	Erhebungsinstrumente	Skala	Items
Soziodemografische und berufliche Merkmale (<i>Stichprobe</i>)	Eigene Fragen	–	6
Resilienz (<i>Abhängige Variable</i>)	Brief Resilience Scale (BRS)	Gesamtskala	6
Organisationale Arbeitsbedingungen (<i>Unabhängige Variable</i>)	Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)	Quantitative Anforderungen	5
		Emotionale Anforderungen	2
		Einfluss auf die Arbeit	3
		Rollenkonflikte	3
		Führungsqualität	4
		Unterstützung bei der Arbeit	4

Tabelle 1: Übersicht Stichprobe, Variablen, Erhebungsinstrumente, Skalen und Items (eigene Darstellung)

Der erste Abschnitt erfasste soziodemografische und berufliche Merkmale. Dazu gehörten Alter, Geschlecht, Berufsbezeichnung, Berufserfahrung, Beschäftigungsgrad sowie die Anzahl Teammitglieder. Diese Angaben dienten der Beschreibung und Charakterisierung der Stichprobe.

Im zweiten Abschnitt wurde die individuelle Resilienz als abhängige Variable der Untersuchung erfasst. Dazu kam die Brief Resilience Scale (BRS) in der validierten deutschsprachigen Version nach Chmitorz et al. (2018) zum Einsatz. Die Skala misst die selbsteingeschätzte Fähigkeit einer Person, sich nach belastenden Situationen wieder zu erholen (Chmitorz et al., 2018, S. 1–2).

Die organisationalen Arbeitsbedingungen bildeten die unabhängigen Variablen der Untersuchung. Sie wurden im dritten Abschnitt mithilfe ausgewählter Skalen des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erfasst. Burr et al. (2019) beschreiben den COPSOQ als wissenschaftlich geprüftes Instrument zur Erfassung psychosozialer Arbeitsbedingungen, das international in Forschung und Praxis eingesetzt wird (S. 482–483). Für die Untersuchung wurden jene Skalen ausgewählt, die den in Kapitel 3 theoretisch hergeleiteten organisationalen Arbeitsanforderungen und Ressourcen entsprechen. Zugleich wurde der Umfang der Onlinebefragung begrenzt, damit die Bearbeitungszeit für Fachpersonen im Spitalalltag überschaubar blieb und die Teilnahme nicht durch einen zu umfangreichen Fragebogen verringert wurde.

Die soziodemografischen und beruflichen Merkmale wurden über kategoriale Antwortoptionen erhoben. Die Items der BRS und des COPSOQ wurden über fünfstufige Likert-Skalen beantwortet. Je nach Skala bezogen sich die Antwortoptionen auf Zustimmung, Häufigkeit oder Ausmass. Die standardisierten Items wurden unverändert aus den Originalinstrumenten übernommen, um die standardisierte Messlogik und die Vergleichbarkeit der Instrumente zu erhalten.

4.3.2 Pretest

Vor Beginn der Befragung wurde ein Pretest durchgeführt. Daran nahmen eine Mitstudierende sowie drei Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit aus ihrem Team teil. Der Fragebogen wurde auf Verständlichkeit, Struktur und Bearbeitungsdauer geprüft.

Die Rückmeldungen führten zu kleineren formalen und sprachlichen Anpassungen. Überarbeitet wurden die Reihenfolge einzelner Fragen, einzelne soziodemografische Angaben, die Antwortoption «keine Führungskraft» sowie sprachliche Formulierungen und Schreibfehler. Inhaltliche Änderungen an den standardisierten Skalen der BRS und des COPSOQ wurden nicht vorgenommen. Dadurch blieb die standardisierte Messlogik der Instrumente erhalten.

4.3.3 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte als Onlinebefragung. Zur Rekrutierung wurden rund 65 Spitäler der Deutschschweiz per E-Mail kontaktiert. Die Einladungen wurden jeweils an eine Leitungsperson der Klinischen Sozialarbeit versendet. Diese wurden gebeten, den Link zur Onlinebefragung an die Fachpersonen ihres Teams weiterzuleiten. Dadurch konnten auch mehrere Fachpersonen aus demselben Spital an der Befragung teilnehmen.

Der Fragebogen wurde über das Online-Befragungstool SurveyMonkey bereitgestellt und konnte orts- und zeitunabhängig ausgefüllt werden. Die Datenerhebung fand vom 23. April bis zum 17. Mai 2026 statt. Die Bearbeitungsdauer betrug durchschnittlich acht bis zehn Minuten.

Zu Beginn der Befragung wurde eine Filterfrage eingesetzt. Diese prüfte, ob die teilnehmenden Personen aktuell als Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einem Spital der Deutschschweiz tätig waren. Personen, die dieses Einschlusskriterium nicht erfüllten, wurden von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen.

Die Teilnahme war freiwillig und anonym. Es wurden keine Angaben wie Namen, E-Mail-Adressen oder die Zugehörigkeit zu einem konkreten Spital erhoben, die eine direkte Identifikation der Teilnehmenden ermöglicht hätten. Die erhobenen Daten wurden vertraulich behandelt und ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Die Teilnehmenden konnten die Befragung jederzeit ohne Angabe von Gründen abbrechen.

4.4 Datenauswertung

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die Daten aus SurveyMonkey exportiert und in Microsoft Excel überführt. Anschliessend wurden sie in einer Datenmatrix strukturiert. Die Untersuchungseinheiten wurden zeilenweise und die Variablen spaltenweise angeordnet. Diese Struktur entspricht nach Döring (2023) der üblichen Darstellung quantitativer Datensätze (S. 576–577).

Die Daten wurden auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft und anschliessend bereinigt. Datensätze, die nach der Filterfrage keine verwertbaren Angaben enthielten, wurden als unvollständig ausgeschlossen.

Die Antwortoptionen «habe keine Führungskraft» beziehungsweise «habe keine Führungskraft / Kolleg:innen» wurden als fehlende Werte behandelt. Sie wurden nicht in die Berechnung einbezogen, da sie keine inhaltliche Bewertung des jeweiligen Merkmals darstellen. Fehlende Werte innerhalb gültiger Datensätze wurden nur bei der jeweils betroffenen Skala ausgeschlossen. Dadurch unterschied sich die Anzahl gültiger Datensätze zwischen den einzelnen Skalen.

Anschliessend wurden die Antwortkategorien der verwendeten Skalen in numerische Werte überführt. Döring (2023) beschreibt Häufigkeiten und Prozentwerte als geeignete Kennwerte zur Darstellung kategorialer Merkmale (S. 241–242). Für quantitative Daten nennt sie Mittelwert, Median, Standardabweichung sowie Minimal- und Maximalwert als zentrale Kennwerte der deskriptiven Statistik (S. 602). Entsprechend wurde die Stichprobe mit Häufigkeiten und Prozentwerten beschrieben. Die Skalenwerte wurden anhand von Mittelwerten, Medianwerten, Standardabweichungen sowie Minimal- und Maximalwerten dargestellt.

Die in den Ergebnistabellen verwendeten Kennwerte werden in Anlehnung an Döring (2023) definiert. Der Mittelwert (M) bezeichnet den Durchschnitt aller gültigen Werte einer Skala. Der Median (Md) gibt den Wert an, der genau in der Mitte liegt, wenn alle Werte der Grösse nach sortiert werden. Die Standardabweichung (SD) zeigt, wie stark die einzelnen Werte vom Mittelwert abweichen. Je höher die Standardabweichung ist, desto stärker unterscheiden sich die Antworten voneinander. «Min» bezeichnet den niedrigsten und «Max» den höchsten beobachteten Wert (S. 602). In den Ergebnistabellen wird die Anzahl gültiger Datensätze, die in die jeweilige Berechnung einbezogen wurden, mit «n» angegeben (S. 296).

Bei der BRS wurden die negativ formulierten Items vor der Mittelwertbildung rekodiert. Dadurch zeigte ein höherer Wert bei allen Items eine höhere Resilienzausprägung an.

Der Resilienzwert wurde als Mittelwert der sechs Items auf der ursprünglichen fünfstufigen Skala berechnet (Smith et al., 2008, S. 195–196).

Die sechs organisationalen Skalen des COPSOQ wurden gemäss den Vorgaben des Instruments aufbereitet. Die fünfstufigen Antworten wurden auf einen Wertebereich von 0 bis 100 Punkten transformiert, wobei höhere Werte eine stärkere Ausprägung des jeweiligen Merkmals anzeigen. Aus den transformierten Itemwerten wurde anschliessend für jede Person ein Mittelwert pro COPSOQ-Skala berechnet (Nübling et al., 2005, S. 22).

Zur Analyse der Zusammenhänge zwischen den organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz wurden Pearson-Korrelationen berechnet. Der Korrelationskoeffizient (r) beschreibt die Stärke und Richtung eines linearen Zusammenhangs zwischen zwei quantitativen oder in der Auswertung als intervallskaliert behandelten Variablen (Mayer, 2013, S. 123–124). Auf dieser Grundlage wurden die sechs COPSOQ-Skalen mit dem Gesamtwert der BRS in Beziehung gesetzt. Mayer (2013) nennt $\alpha = 0,05$ als häufig verwendetes Signifikanzniveau (S. 130). Dabei bezeichnet α die vorab festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 Prozent. Dieser Grenzwert wurde für die vorliegende Untersuchung übernommen. Zusammenhänge mit einem p -Wert unter 0,05 wurden als statistisch signifikant eingestuft.

4.5 Methodenkritik

Die vorliegende Untersuchung weist methodische Einschränkungen auf, die bei der Einordnung der Ergebnisse zu berücksichtigen sind.

Die Untersuchung beschränkte sich auf Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz. Diese Eingrenzung ermöglichte einen vergleichbaren organisationalen Kontext. Sie schränkt jedoch die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Sprachregionen der Schweiz und auf andere Handlungsfelder der Sozialen Arbeit ein.

Die Stichprobe wurde als nicht-probabilistische Gelegenheitsstichprobe rekrutiert. Dadurch ist keine statistische Repräsentativität gegeben. Aufgrund der freiwilligen Teilnahme kann zudem eine Selbstselektion der Teilnehmenden nicht ausgeschlossen werden. Mit 95 gültigen Datensätzen bleibt die Fallzahl begrenzt. Bei einzelnen Skalen fällt die Anzahl gültiger Fälle aufgrund fehlender Werte zusätzlich geringer aus.

Da die Einladungen über Leitungspersonen weitergeleitet wurden, ist nicht bekannt, wie viele Fachpersonen die Einladung tatsächlich erhalten haben. Eine Rücklaufquote konnte deshalb nicht berechnet werden.

Die Datenerhebung erfolgte mittels eines teilstandardisierten Onlinefragebogens und beruhte auf Selbstauskünften der Befragten. Verzerrungen durch soziale Erwünschtheit oder subjektive Einschätzungen sind deshalb möglich. Da alle Variablen im selben Fragebogen erhoben wurden, können zudem gemeinsame Antworttendenzen die Ergebnisse beeinflusst haben.

Die Zusammenhangsanalysen beschränkten sich auf bivariate Korrelationen zwischen den organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz. Soziodemografische und berufliche Merkmale wie Alter, Berufserfahrung, Beschäftigungsgrad oder Teamgrösse wurden erhoben und zur Beschreibung der Stichprobe verwendet. Sie wurden jedoch nicht in weiterführende multivariate Analysen einbezogen. Deshalb bleibt offen, ob sich die beobachteten Zusammenhänge unter Berücksichtigung dieser Merkmale verändern würden.

Die Untersuchung basiert auf einem querschnittlichen Forschungsdesign. Die Daten wurden zu einem einzigen Zeitpunkt erhoben. Aussagen über Ursachen, Wirkungsrichtungen oder zeitliche Entwicklungen lassen sich daraus nicht ableiten.

5 Darstellung der Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die empirischen Ergebnisse der Onlinebefragung dargestellt. Zunächst werden die Datengrundlage und die Zusammensetzung der Stichprobe beschrieben. Anschliessend folgen die Ergebnisse zur Resilienz sowie zu den organisationalen Arbeitsbedingungen. Danach werden die statistischen Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und Resilienz dargestellt. Die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6. Die Beantwortung der Forschungsfrage folgt in Kapitel 7.

5.1 Ergebnisse Stichprobe

Insgesamt lagen 107 Datensätze vor. Die erste Frage diente als Filterfrage. Sie erfasste, ob die teilnehmenden Personen aktuell als Fachpersonen der Sozialen Arbeit in einem Spital der Deutschschweiz tätig sind. 105 Personen beantworteten diese Frage mit Ja. Zwei Personen beantworteten die Frage mit Nein. Weitere zehn Datensätze enthielten nach der Filterfrage keine verwertbaren Angaben. Die Auswertung umfasst somit 95 gültige Datensätze (n).

Die Angaben zur Stichprobe sowie die BRS-Auswertung beziehen sich auf diese 95 gültigen Datensätze. Bei einzelnen COPSOQ-Skalen ist die Zahl der in die Berechnung einbezogenen Fälle geringer. Antwortoptionen wie «habe keine Führungskraft» oder «habe keine Führungskraft / Kolleg:innen» wurden nicht in die Skalenberechnung einbezogen, da sie keine inhaltliche Bewertung der jeweiligen Arbeitsbedingung darstellen.

5.1.1 Ergebnisse soziodemografische Merkmale

Die Stichprobe besteht mehrheitlich aus Frauen. 83 Personen gaben als Geschlecht weiblich an, was 87,4 Prozent entspricht. Zwölf Personen gaben als Geschlecht männlich an, was 12,6 Prozent entspricht. Die Antwortoptionen divers und keine Angaben wurden nicht gewählt.

Bei der Altersverteilung bildet die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen mit 34 Personen die grösste Gruppe. Dies entspricht 35,8 Prozent der gültigen Stichprobe. 19 Personen sind zwischen 30 und 39 Jahre alt, 17 Personen zwischen 50 und 59 Jahre, 14 Personen bis 29 Jahre und elf Personen 60 Jahre oder älter. Tabelle 2 fasst die Angaben zu Geschlecht und Alter zusammen.

Merkmal	Kategorie	n	%
Geschlecht	weiblich	83	87,4
	männlich	12	12,6
Alter	bis 29 Jahre	14	14,7
	30–39 Jahre	19	20,0
	40–49 Jahre	34	35,8
	50–59 Jahre	17	17,9
	60 Jahre und älter	11	11,6

Tabelle 2: Geschlecht und Alter (eigene Erhebung)

5.1.2 Ergebnisse berufliche Merkmale

Die berufliche Einordnung der Befragten zeigt, dass sich 48 Personen dem Sozialdienst zuordnen. Dies entspricht 50,5 Prozent der gültigen Stichprobe. 31 Personen wählten die Antwortoption «Andere Bezeichnung», was 32,6 Prozent entspricht. Zwölf Personen gaben Case Management an, vier Personen Klinische Sozialarbeit. Keine Person ordnete sich dem Psychosozialen Dienst zu.

Die Berufserfahrung in der Klinischen Sozialarbeit verteilt sich über alle Antwortkategorien. 32 Personen arbeiten seit mehr als zehn Jahren in diesem Bereich. Dies entspricht 33,7 Prozent der gültigen Stichprobe. 25 Personen gaben zwei bis fünf Jahre Berufserfahrung an, 20 Personen weniger als zwei Jahre und 18 Personen sechs bis zehn Jahre. Die Angaben zur beruflichen Bezeichnung und zur Berufserfahrung sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Merkmal	Kategorie	n	%
Berufsbezeichnung	Klinische Sozialarbeit	4	4,2
	Sozialdienst	48	50,5
	Case Management	12	12,6
	Andere Bezeichnung	31	32,6
Berufserfahrung in der Klinischen Sozialarbeit	weniger als 2 Jahre	20	21,1
	2–5 Jahre	25	26,3
	6–10 Jahre	18	19,0
	mehr als 10 Jahre	32	33,7

Tabelle 3: Berufliche Bezeichnung und Berufserfahrung (eigene Erhebung)

Beim Beschäftigungsgrad zeigt sich der höchste Anteil in der Kategorie mit einem Pensum von 70–89 Prozent. Diese Kategorie wurde von 52 Personen gewählt, was 54,7 Prozent

entspricht. 20 Personen arbeiten mit einem Pensum von 90–100 Prozent, 19 Personen mit einem Pensum von 50–69 Prozent und vier Personen mit einem Pensum unter 50 Prozent.

Die Teamgrösse liegt bei den meisten Befragten bei fünf oder mehr Fachpersonen. 44 Personen gaben an, in einem Team mit mehr als acht Fachpersonen zu arbeiten. Dies entspricht 46,3 Prozent. 34 Personen arbeiten in einem Team mit fünf bis acht Fachpersonen. 15 Personen gaben eine Teamgrösse von drei bis vier Personen an. Je eine Person arbeitet in einem Team mit einer beziehungsweise zwei Personen. Die Angaben zum Beschäftigungsgrad und zur Teamgrösse sind in Tabelle 4 zusammengefasst.

Merkmal	Kategorie	n	%
Beschäftigungsgrad	unter 50 %	4	4,2
	50–69 %	19	20,0
	70–89 %	52	54,7
	90–100 %	20	21,1
Teamgrössen	1 Person	1	1,1
	2 Personen	1	1,1
	3–4 Personen	15	15,8
	5–8 Personen	34	35,8
	mehr als 8 Personen	44	46,3

Tabelle 4: Beschäftigungsgrad und Teamgrösse (eigene Erhebung)

5.2 Ergebnisse Resilienz

Die individuelle Resilienz wurde mit der Brief Resilience Scale (BRS) erhoben. Die Antwortskala reicht von 1 bis 5. Höhere Werte weisen auf eine höhere selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit nach Belastungen hin.

Für die BRS-Auswertung lagen 95 gültige Datensätze vor. Der Mittelwert aller Datensätze beträgt 3,80. Der Median liegt bei 3,83. Die Standardabweichung beträgt 0,57. Die Werte reichen von 2,33 bis 5,00.

Nach der in der Auswertung verwendeten Einteilung liegen sieben Personen im niedrigen Wertebereich von 1,00 bis 2,99. Dies entspricht 7,4 Prozent der gültigen Stichprobe. 70 Personen liegen im mittleren Wertebereich von 3,00 bis 4,30, was 73,7 Prozent entspricht. 18 Personen erreichen Werte zwischen 4,31 und 5,00. Dies entspricht 18,9 Prozent der gültigen Stichprobe. Die Verteilung der BRS-Wertebereiche ist in Abbildung 7 dargestellt.

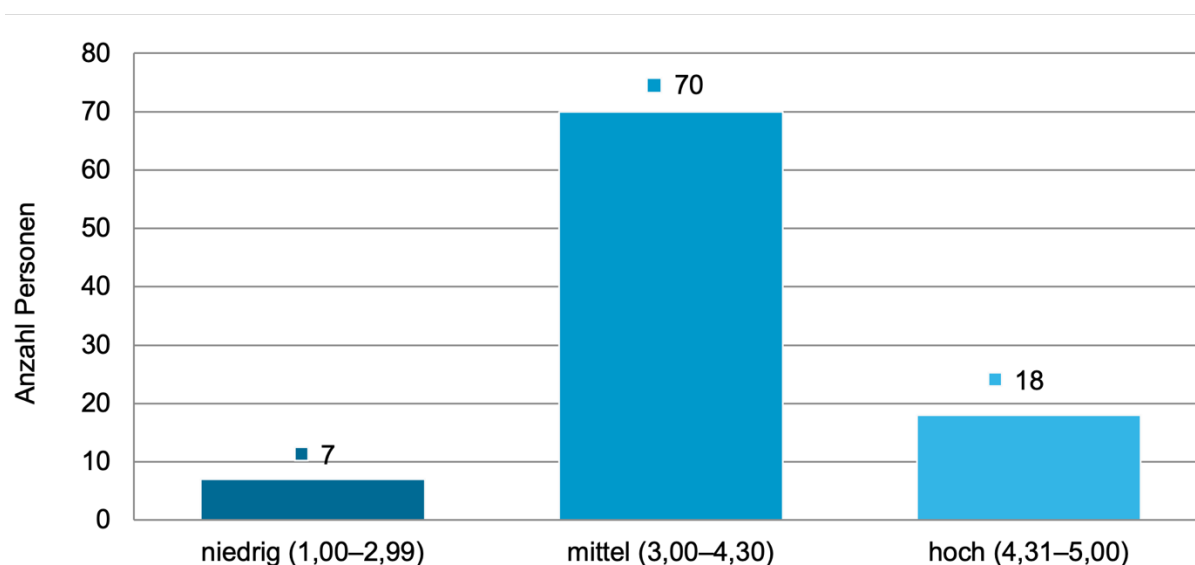


Abbildung 7: Verteilung der BRS-Wertebereiche (eigene Erhebung)

Die Mittelwerte (M) der sechs einzelnen BRS-Items liegen zwischen 3,55 und 4,03. Der höchste Mittelwert zeigt sich beim Item «Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne grössere Probleme» (M = 4,03). Der niedrigste Mittelwert zeigt sich beim Item «Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen» (M = 3,55). Die Mittelwerte der einzelnen BRS-Items sind in Tabelle 5 dargestellt.

Item	Mittelwert
Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.	3,95
Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.*	3,86
Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.	3,55
Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.*	3,71
Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne grössere Probleme.	4,03
Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.*	3,71

Tabelle 5: Mittelwerte der einzelnen BRS-Items (eigene Erhebung)

Die mit * gekennzeichneten Items wurden vor der Berechnung der Mittelwerte rekodiert, sodass höhere Werte bei allen Items eine höhere Resilienzausprägung anzeigen.

5.3 Ergebnisse organisationale Arbeitsbedingungen

Die organisationalen Arbeitsbedingungen werden anhand der ausgewählten COPSOQ-Skalen dargestellt. Die Skalenwerte reichen von 0 bis 100, wobei höhere Werte eine stärkere Ausprägung des jeweiligen Merkmals anzeigen. Die Ergebnisse werden getrennt für belastungsbezogene und ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen dargestellt. Die Antworten zu den einzelnen Items der COPSOQ-Skalen sind im Kapitel Anhang B dokumentiert.

5.3.1 Ergebnisse belastungsbezogene Arbeitsbedingungen

Die belastungsbezogenen Arbeitsbedingungen wurden über die drei Skalen «Quantitative Anforderungen», «Emotionale Anforderungen» und «Rollenkonflikte» erfasst. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Ausprägung der jeweiligen Belastung hin.

Die emotionalen Anforderungen zeigen mit einem Mittelwert von 78,0 die höchste Ausprägung der drei Belastungsskalen. Die quantitativen Anforderungen erreichen einen Mittelwert von 57,5. Die Rollenkonflikte weisen mit einem Mittelwert von 39,0 die niedrigste Ausprägung auf. Die detaillierten Kennwerte wie Median (Md), Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max) der drei Skalen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Variablen	M	Md	SD	Min	Max	n
Quantitative Anforderungen	57,5	60,0	14,4	20,0	100,0	95
Emotionale Anforderungen	78,0	75,0	13,6	37,5	100,0	95
Rollenkonflikte	39,0	41,7	14,7	0,0	75,0	95

Tabelle 6: Kennwerte belastungsbezogene Arbeitsbedingungen (eigene Erhebung)

5.3.2 Ergebnisse ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen

Die ressourcenbezogenen Arbeitsbedingungen wurden über die drei Skalen «Einfluss auf die Arbeit», «Führungsqualität» und «Unterstützung bei der Arbeit» erfasst. Höhere Werte weisen auf eine stärkere Ausprägung der jeweiligen Ressource hin. Aufgrund fehlender Angaben bei einzelnen Items variiert die Anzahl gültiger Datensätze zwischen den Skalen.

Die Unterstützung bei der Arbeit zeigt mit einem Mittelwert von 83,0 die höchste Ausprägung der drei Ressourcenskalen. Die Führungsqualität erreicht einen Mittelwert von 63,0. Der Einfluss auf die Arbeit weist mit einem Mittelwert von 54,4 die niedrigste Ausprägung auf. Die detaillierten Kennwerte der drei Skalen sind in Tabelle 7 dargestellt.

Variablen	M	Md	SD	Min	Max	n
Einfluss auf die Arbeit	54,4	50,0	14,7	16,7	100,0	95
Führungsqualität	63,0	68,8	19,9	0,0	100,0	91
Unterstützung bei der Arbeit	83,0	87,5	14,6	43,8	100,0	94

Tabelle 7: Kennwerte ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen (eigene Erhebung)

5.4 Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und Resilienz

Die Zusammenhänge zwischen den organisationalen Arbeitsbedingungen und dem BRS werden anhand von Pearson-Korrelationen dargestellt. Dazu wurden die sechs COPSOQ-Skalen mit dem Gesamtwert der BRS in Beziehung gesetzt. Tabelle 8 zeigt für jede Skala den Korrelationskoeffizienten (r), den zugehörigen Signifikanzwert (p) sowie die Anzahl gültiger Datensätze (n). Positive Korrelationskoeffizienten bedeuten, dass höhere Werte einer Arbeitsbedingung mit höheren BRS-Werten einhergehen. Negative Korrelationskoeffizienten bedeuten, dass höhere Werte einer Arbeitsbedingung mit niedrigeren BRS-Werten einhergehen. Statistisch signifikante Zusammenhänge sind in der Tabelle fett hervorgehoben.

Belastungsskalen (Anforderungen)	r	p	n
Quantitative Anforderungen	-0,02	0,865	95
Emotionale Anforderungen	-0,05	0,653	95
Rollenkonflikte	-0,21	0,040	95
Ressourcenskalen			
Einfluss auf die Arbeit	0,31	0,002	95
Führungsqualität	-0,11	0,320	91
Unterstützung bei der Arbeit	-0,05	0,651	94

Tabelle 8: Korrelationen BRS-Gesamtwert und COPSOQ-Skalen (eigene Erhebung)

5.4.1 Belastungsbezogene Arbeitsbedingungen und Resilienz

Für die quantitativen Anforderungen ($r = -0,02$, $p = 0,865$) sowie die emotionalen Anforderungen ($r = -0,05$, $p = 0,653$) zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert. Für die Rollenkonflikte ergibt sich ein schwacher negativer Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert ($r = -0,21$, $p = 0,040$).

5.4.2 Ressourcenbezogene Arbeitsbedingungen und Resilienz

Zwischen dem Einfluss auf die Arbeit und dem BRS-Gesamtwert zeigt sich ein schwacher positiver Zusammenhang ($r = 0,31$, $p = 0,002$). Für die Führungsqualität ($r = -0,11$, $p = 0,320$) sowie die Unterstützung bei der Arbeit ($r = -0,05$, $p = 0,651$) ergeben sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert.

5.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen, dass die befragten Fachpersonen überwiegend mittlere bis hohe BRS-Werte aufweisen. Bei den belastungsbezogenen Arbeitsbedingungen erreicht die Skala emotionale Anforderungen den höchsten Mittelwert, während Rollenkonflikte den niedrigsten Mittelwert aufweisen. Bei den ressourcenbezogenen Arbeitsbedingungen zeigt Unterstützung bei der Arbeit den höchsten Mittelwert, Einfluss auf die Arbeit den niedrigsten. Statistisch signifikante Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert zeigen sich bei Einfluss auf die Arbeit positiv und bei Rollenkonflikten negativ. Für die übrigen COPSOQ-Skalen zeigen sich keine statistisch signifikanten direkten Zusammenhänge. Die Befunde bilden die Grundlage für die anschliessende Interpretation und Diskussion der Ergebnisse.

6 Interpretation und Diskussion der Forschungsergebnisse

Dieses Kapitel interpretiert und diskutiert die in Kapitel 5 dargestellten Forschungsergebnisse. Zunächst werden die BRS-Ergebnisse im beruflichen Kontext eingeordnet. Danach folgen die Einordnung der erhobenen COPSOQ-Skalen und die Diskussion ihrer Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert. Abschliessend werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengeführt.

6.1 Individuelle Resilienz im beruflichen Kontext

Die BRS-Ergebnisse zeigen eine überwiegend mittlere bis hohe selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit nach Belastungen ($M = 3,80$). Nur 7,4 Prozent der Befragten liegen im niedrigen Wertebereich. Die Werte bilden weder das Ausmass beruflicher Belastung noch konkrete Bewältigungsformen ab. Auch Erfahrungen aus privaten und weiteren Lebensbereichen können in die Einschätzung eingeflossen sein.

Dass viele Befragte ihre Erholungsfähigkeit nach Belastungen eher hoch einschätzen, ist vor dem Hintergrund des Arbeitsfeldes zu interpretieren. Pauls (2013) beschreibt für die Klinische Sozialarbeit im Spital, dass Fachpersonen Patient:innen und Angehörige in belastenden Lebenssituationen begleiten, Bewältigungsprozesse unterstützen und emotional anspruchsvolle Situationen professionell bearbeiten (S. 376–377). Zudem zeigen die erhobenen COPSOQ-Werte, dass emotionale Anforderungen in der Stichprobe die höchste Ausprägung der belastungsbezogenen Arbeitsbedingungen erreichen. Die mittlere bis hohe BRS-Ausprägung spricht deshalb nicht für ein belastungsarmes Arbeitsfeld. Sie zeigt vielmehr, dass viele Befragte ihre Erholungsfähigkeit trotz emotional anspruchsvoller Arbeit als stabil einschätzen.

Diese Einordnung passt zum Resilienzverständnis dieser Arbeit. Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse (2024) halten fest, dass Resilienz eine Risikosituation und deren gelingende Bewältigung voraussetzt (S. 9–13). Resilienz beschreibt damit keine Belastungsfreiheit. Sie zeigt sich im Umgang mit Belastung und in der Fähigkeit, psychische Stabilität zu erhalten oder wiederzugewinnen. Die BRS-Werte lassen sich vor diesem Hintergrund als Hinweis darauf verstehen, dass sich viele Befragte eine solche Erholungsfähigkeit zuschreiben.

Der Vergleich einzelner BRS-Items präzisiert diese Interpretation. Das Item «Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne grössere Probleme» erreicht den höchsten Mittelwert ($M = 4,03$). Das Item «Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen» weist den niedrigsten Mittelwert auf ($M = 3,55$). Die Befragten schätzen damit das Durchstehen schwieriger Zeiten höher ein als die schnelle Erholung nach einem

stressigen Ereignis. Resilienz erscheint in dieser Stichprobe daher eher als Fähigkeit zur Stabilisierung unter Belastung und weniger als rasches Zurückkehren nach einzelnen belastenden Ereignissen.

Diese Einordnung lässt sich mit der prozessorientierten Perspektive verbinden. Arnold et al. (2023) beschreiben, dass resiliente Verläufe bei wiederkehrenden oder chronischen Stressoren auch über Habituation sichtbar werden können. Bei Habituation nehmen Reaktionen auf wiederholte Belastungen über die Zeit ab, wodurch Gesundheit und Leistungsfähigkeit stabiler bleiben können (S. 159). Auf die vorliegenden Ergebnisse übertragen könnte dies bedeuten, dass Fachpersonen wiederkehrende emotionale Anforderungen im Arbeitsalltag zunehmend einordnen und regulieren können. Diese Deutung bleibt jedoch begrenzt. Die Untersuchung erfasst keine zeitlichen Verläufe und kann Habituation nicht nachweisen.

Die Spannweite der BRS-Werte von 2,33 bis 5,00 zeigt zugleich Unterschiede innerhalb der Stichprobe. Die Befragten arbeiten im gleichen Handlungsfeld, schätzen ihre Erholungsfähigkeit aber unterschiedlich ein. Dies lässt sich mit dem transaktionalen Stressmodell einordnen. Rusch (2019) beschreibt, dass Stressoren nicht automatisch zu Stressreaktionen führen. Entscheidend sind die Bewertung der Situation und die wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten (S. 66–67). Die Unterschiede in den BRS-Werten können daher als Hinweis auf unterschiedliche Bewertungen, Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten verstanden werden.

Die salutogenetische Perspektive ergänzt diese Interpretation. Faltermaier (2023) beschreibt Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit als Komponenten des Kohärenzgefühls (S. 193–194). Übertragen auf den beruflichen Kontext können Anforderungen eher handhabbar erscheinen, wenn Fachpersonen ihren Auftrag nachvollziehen, Handlungsmöglichkeiten erkennen und ihre Tätigkeit als sinnvoll erleben. Gerade bei emotional anspruchsvoller Arbeit kann Sinnhaftigkeit dazu beitragen, Belastungen als Teil des professionellen Hilfeprozesses einzuordnen. Das Kohärenzgefühl wurde in dieser Untersuchung nicht erhoben. Die salutogenetische Einordnung zeigt jedoch, weshalb sich Erholungsfähigkeit im beruflichen Kontext nicht allein über das Ausmass von Belastungen erklären lässt.

Auch personale Ressourcen und frühere Bewältigungserfahrungen können die BRS-Werte mitprägen. Rönnau-Böse und Fröhlich-Gildhoff (2024) beschreiben personale Schutzfaktoren als Resilienzfaktoren, die für die Bewältigung aktueller Anforderungen und Krisen wichtig sind (S. 22–24). Aus der Lebensspannenperspektive halten sie zudem fest, dass frühere Bewältigungserfahrungen spätere Bewältigungsprozesse beeinflussen können (S. 39–40).

Die BRS weist diese Bedingungen nicht einzeln aus. Damit bleibt offen, welche persönlichen Voraussetzungen, Erfahrungen oder Ressourcen hinter den BRS-Werten stehen.

Die sozialökologische Perspektive begrenzt eine rein personenbezogene Deutung der Ergebnisse. Ungar et al. (2013) verstehen Resilienz als Prozess zwischen Personen und ihrer Umwelt und betonen den Zugang zu passenden Ressourcen unter widrigen Bedingungen (S. 2–4, 17). Die folgenden Kapitel diskutieren deshalb, wie ausgewählte organisationale Arbeitsbedingungen mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängen.

6.2 Organisationale Arbeitsanforderungen und -ressourcen

Die sechs erhobenen COPSQ-Skalen zeigen ein Arbeitsfeld mit unterschiedlich ausgeprägten Arbeitsanforderungen und organisationalen Ressourcen. Die Arbeitsbedingungen erscheinen weder einheitlich belastend noch durchgehend ressourcenreich. Die Skalenwerte geben dabei die subjektive Wahrnehmung der Befragten wieder.

Unter den erhobenen Anforderungen treten die emotionalen Anforderungen besonders hervor. Mit einem Mittelwert von 78,0 sind sie im beruflichen Alltag deutlich ausgeprägt. Wie in Kapitel 6.1 eingeordnet wurde, gehören emotional anspruchsvolle Situationen zur Klinischen Sozialarbeit im Spital. Die hohe Ausprägung dieser Skala ist deshalb nicht automatisch als Hinweis auf ungünstige Arbeitsgestaltung zu verstehen. Sie zeigt, dass die Befragten häufig mit emotional belastenden Situationen konfrontiert sind und diese als Teil ihres professionellen Auftrags bearbeiten.

Die quantitativen Anforderungen weisen mit einem Mittelwert von 57,5 eine mittlere Ausprägung auf. Die Einzelantworten zeigen, dass insbesondere ein hohes Arbeitstempo verbreitet ist. Arbeitsrückstände und häufige Überstunden werden dagegen seltener angegeben. Diese Kombination verweist auf eine zeitliche Verdichtung innerhalb der regulären Arbeitszeit. Die quantitative Anforderung zeigt sich damit vor allem im Tempo der Aufgabenerledigung und weniger in häufigen Überstunden oder dauerhaften Arbeitsrückständen.

Mit einem Mittelwert von 39,0 sind die Rollenkonflikte im Vergleich zu den emotionalen und quantitativen Anforderungen am geringsten ausgeprägt. Dennoch erlebt ein Teil der Befragten zumindest teilweise widersprüchliche Erwartungen oder muss Aufgaben anders bearbeiten, als es der eigenen fachlichen Einschätzung entspricht. Rollenkonflikte prägen das Arbeitsprofil der Stichprobe damit weniger stark als die anderen Anforderungen, verweisen aber auf mögliche Spannungen im beruflichen Alltag. Für die weitere Einordnung ist dies relevant, weil gerade diese Skala trotz ihrer vergleichsweise niedrigen Ausprägung signifikant negativ mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängt. Dieser Zusammenhang wird in Kapitel 6.4 diskutiert.

Den Arbeitsanforderungen stehen verschiedene Ressourcen gegenüber. Am stärksten ausgeprägt ist die Unterstützung bei der Arbeit ($M = 83,0$). Die Einzelantworten zeigen, dass Hilfe und Gesprächsbereitschaft bei Bedarf überwiegend verfügbar sind. Die Werte fallen bei den Kolleg:innen höher aus als bei der unmittelbaren Führungskraft. Dies verweist auf einen stärkeren sozialen Rückhalt auf kollegialer Ebene. Zugleich zeigt die Differenz, dass Unterstützung nicht auf allen organisationalen Ebenen gleich wahrgenommen wird.

Die Führungsqualität erreicht mit einem Mittelwert von 63,0 eine mittlere bis höhere Ausprägung. Die vergleichsweise grosse Streuung und die gesamte Spannweite der Skala zeigen jedoch, dass die Befragten Führungsqualität unterschiedlich einschätzen. Dies könnte darauf hinweisen, dass die wahrgenommene Führungsqualität mit Unterschieden zwischen den jeweiligen Organisationen und unmittelbaren Arbeitssituationen zusammenhängt. Da die Zugehörigkeit zu einzelnen Spitälern oder Teams nicht erhoben wurde, lässt sich nicht prüfen, ob sich die unterschiedlichen Einschätzungen auf bestimmte organisationale Kontexte konzentrieren.

Der Einfluss auf die Arbeit erreicht mit einem Mittelwert von 54,4 die kleinste Ausprägung der drei Ressourcenskala. Die Einzelantworten zeigen jedoch auch hier Unterschiede innerhalb der Skala. Am häufigsten können die Befragten beeinflussen, was sie bei ihrer Arbeit tun. Etwas geringer fällt der Einfluss auf Entscheidungen aus, welche die eigene Arbeit betreffen. Am wenigsten ausgeprägt ist der Einfluss auf die Menge der übertragenen Arbeit. Die Einflussmöglichkeiten beziehen sich damit stärker auf die fachliche Ausgestaltung der Tätigkeit als auf die Steuerung der Arbeitsmenge. Die Skala sollte deshalb nicht so gelesen werden, als seien alle Formen von Einfluss gleich stark vorhanden. Sie fasst unterschiedliche Einflussbereiche zu einem Gesamtwert zusammen. Für die weitere Einordnung ist dies relevant, weil der Einfluss auf die Arbeit signifikant positiv mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängt. Der Zusammenhang betrifft den Skalenwert insgesamt und nicht einen einzelnen Einflussbereich. Dieser Zusammenhang wird in Kapitel 6.3 diskutiert.

Demerouti und Nachreiner (2019) verdeutlichen mit dem Job-Demands-Resources-Modell, dass Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen keine einfachen Gegensätze darstellen. Vielmehr handelt es sich um eigenständige Arbeitsbedingungen, die gleichzeitig unterschiedlich stark ausgeprägt sein können. Ressourcen beseitigen vorhandene Anforderungen nicht, können jedoch Möglichkeiten zur Bewältigung beruflicher Aufgaben bereitstellen (S. 120–124). Die Ergebnisse entsprechen dieser Grundannahme. Hohe emotionale Anforderungen stehen einer hoch eingeschätzten Unterstützung bei der Arbeit gegenüber. Gleichzeitig fällt der Einfluss auf die Arbeit deutlich niedriger aus als die Unterstützung bei der Arbeit. Die Ressourcen zeigen sich in dieser Stichprobe somit nicht gleichmässig ausgeprägt. Sie erscheinen stärker

als sozialer Rückhalt und weniger als Möglichkeit zur Mitgestaltung der Arbeit. Diese Gegenüberstellung ist als deskriptive Einordnung der erhobenen Arbeitsbedingungen zu verstehen. Ihre Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert werden in den folgenden Kapiteln diskutiert.

6.3 Einfluss auf die Arbeit als organisationale Ressource

Von den untersuchten organisationalen Ressourcen weist nur der Einfluss auf die Arbeit einen statistisch signifikanten positiven Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert auf ($r = 0,31$, $p = 0,002$). Damit zeigt sich für diese Skala die erwartete Richtung eines positiven Zusammenhangs zwischen organisationalen Ressourcen und Resilienz. Aufgrund des korrelativen Querschnittsdesigns bleibt die Aussage auf einen statistischen Zusammenhang begrenzt.

Bei der Einordnung ist zu beachten, dass die Korrelation auf dem Gesamtwert der COPSOQ-Skala Einfluss auf die Arbeit beruht. Wie in Kapitel 6.2 dargestellt, fasst dieser Gesamtwert verschiedene Einflussbereiche zusammen. Dazu gehören Einfluss auf arbeitsbezogene Entscheidungen, Einfluss auf die Menge der übertragenen Arbeit und Einfluss darauf, was bei der Arbeit getan wird. Die Korrelation erlaubt deshalb keine Aussage darüber, welcher dieser Bereiche besonders mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängt.

Das in Kapitel 3.2.2 dargestellte Anforderungs-Kontroll-Modell bietet einen ersten theoretischen Zugang zur Interpretation des Ergebnisses. Rusch (2019) beschreibt, dass Beanspruchung auch davon abhängt, in welchem Mass Beschäftigte über Tätigkeitsspielräume verfügen und ihre Arbeit beeinflussen können (S. 34–35). Auf die vorliegenden Ergebnisse übertragen könnte Einfluss auf die Arbeit vor allem als Kontroll- und Gestaltungsmöglichkeit wichtig sein. Berufliche Anforderungen bleiben bestehen, können aber eher geordnet, priorisiert und fachlich gesteuert werden. Der positive Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert lässt sich daher als Hinweis lesen, dass für die selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit nicht allein das Ausmass von Anforderungen, sondern auch die wahrgenommene Steuerbarkeit ihrer Bearbeitung relevant sein könnte.

Kahl und Bauknecht (2023) konkretisieren diese Einordnung für die Soziale Arbeit. Sie beschreiben, dass Fachpersonen fachliche Handlungsspielräume benötigen und geringe Einflussmöglichkeiten auf die Arbeitsmenge als Belastungsfaktor auftreten können (S. 215–216). Die Einzelantworten in Kapitel 6.2 zeigen, dass die Befragten Einfluss eher bei der fachlichen Ausgestaltung der Tätigkeit wahrnehmen als bei der Menge der übertragenen Arbeit. Eine mögliche Interpretation ist daher, dass der positive Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert eher mit erlebter fachlicher Handlungsfähigkeit zusammenhängt.

als mit direkter Steuerung der Arbeitsmenge. Diese Annahme lässt sich mit den vorliegenden Daten jedoch nicht prüfen, weil die Korrelation nur den Gesamtwert der Skala betrifft.

Während das Anforderungs-Kontroll-Modell die Steuerbarkeit beruflicher Anforderungen betont, legt das Job-Demands-Resources-Modell den Schwerpunkt auf die Funktion von Arbeitsressourcen im Arbeitsprozess. Demerouti und Nachreiner (2019) beschreiben Arbeitsressourcen als Bedingungen, welche die Zielerreichung unterstützen, Beanspruchungsfolgen verringern sowie Lernen und Entwicklung fördern können (S. 122–123). Für die vorliegenden Ergebnisse ist vor allem relevant, dass Arbeitsressourcen die fachliche Zielerreichung im Arbeitsprozess unterstützen können. In der Klinischen Sozialarbeit im Spital müssen Beratung, Abklärung, Koordination und Übergänge häufig innerhalb medizinischer und organisationaler Abläufe bearbeitet werden. Einfluss auf die Arbeit kann Fachpersonen ermöglichen, ihr Vorgehen fachlich auszurichten und an die jeweilige Fallsituation anzupassen. Die Ressource verringert dabei nicht zwingend die Menge oder Schwierigkeit der Anforderungen, kann aber deren fachlich begründete Bearbeitung unterstützen. Der positive Zusammenhang lässt sich daher als Hinweis darauf verstehen, dass wahrgenommene Handlungsspielräume mit der Erholungseinschätzung verbunden sind.

Die in Kapitel 6.1 bereits herangezogene salutogenetische Perspektive kann den Zusammenhang weiter einordnen. Auf die Klinische Sozialarbeit im Spital übertragen, kann Einfluss auf die Arbeit dazu beitragen, berufliche Anforderungen nachvollziehbarer und fachlich sinnvoller zu erleben. Wenn Fachpersonen Entscheidungen mitgestalten und ihr Vorgehen fachlich begründen können, können Arbeitsabläufe und Prioritäten eher nachvollziehbar werden. Fachliche Mitgestaltung kann zugleich die Sinnhaftigkeit stärken, weil das professionelle Handeln stärker mit der eigenen fachlichen Einschätzung verbunden bleibt. Daraus kann die Wahrnehmung entstehen, berufliche Anforderungen mit den verfügbaren Ressourcen besser handhaben zu können.

Die sozialökologische Perspektive ergänzt die Deutung um die organisationale Ebene. Ungar et al. (2013) betonen den Zugang zu passenden Ressourcen unter widrigen Bedingungen (S. 2–4, 17). Auf den Arbeitskontext übertragen ist Einfluss auf die Arbeit keine ausschliesslich personale Ressource. Sie ist an organisationale Bedingungen gebunden und muss im Arbeitsumfeld zugänglich sein. Der positive Zusammenhang bedeutet deshalb nicht, dass Fachpersonen lediglich mehr Einfluss auf die Arbeit einfordern müssten, um höhere Resilienzwerte zu erreichen. Auch ist denkbar, dass Fachpersonen mit höherer Resilienz vorhandene Handlungsspielräume stärker wahrnehmen oder aktiver nutzen. Für die sozialökologische Einordnung ist jedoch entscheidend, dass organisationale Arbeitsbedingungen mitbestimmen, ob solche Handlungsspielräume tatsächlich verfügbar sind. Dazu können in diesem Kontext

angemessene Entscheidungsbefugnisse und Beteiligungsmöglichkeiten bei der Gestaltung von Arbeitsabläufen gehören. Auch Berufserfahrung, berufliche Funktion, hierarchische Position oder organisationsspezifische Bedingungen können sowohl die Wahrnehmung von Einfluss auf die Arbeit als auch den BRS-Gesamtwert mitprägen.

Zusammenfassend verweist der positive Zusammenhang auf die Bedeutung organisational eröffneter und wahrgenommener Handlungsspielräume. Auffällig ist dabei, dass gerade die am geringsten ausgeprägte Ressourcenskala den klarsten positiven Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert aufweist. Für die Interpretation ist deshalb vor allem die Funktion dieser Ressource im Arbeitsprozess relevant. Gerade im Spitalkontext kann Einfluss auf die Arbeit dort relevant sein, wo Fachpersonen Anforderungen fachlich steuern, Entscheidungen mittragen und ihr Vorgehen an konkrete Situationen anpassen müssen. Solche Handlungsspielräume können damit Bedingungen schaffen, die die Bewältigung beruflicher Anforderungen unterstützen und zur Wiedergewinnung psychischer Stabilität nach Belastungen beitragen.

6.4 Rollenkonflikte als organisationale Anforderung

Von den untersuchten Arbeitsanforderungen weisen nur die Rollenkonflikte einen statistisch signifikanten negativen Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert auf ($r = -0,21$, $p = 0,040$). Damit zeigt sich für diese Skala die erwartete Richtung eines negativen Zusammenhangs zwischen Arbeitsanforderungen und Resilienz. Der Zusammenhang fällt schwach aus und der Signifikanzwert liegt knapp unter dem festgelegten Signifikanzniveau. Das Ergebnis ist deshalb vorsichtig zu gewichten.

Die COPSOQ-Skala Rollenkonflikte erfasst verschiedene Formen von Rollen- und Erwartungsspannungen. Dazu gehört, ob bei der Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt werden, ob Dinge anders getan werden müssen, als es fachlich angemessen erscheint, und ob Aufgaben als unnötig erlebt werden. Diese Einzelitems konkretisieren den Inhalt der Skala, begründen aber keine eigenständigen Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert. Daher bleibt offen, ob eine Form des Rollenkonflikts besonders mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängt.

Arbeitspsychologisch lassen sich Rollenkonflikte mit dem Job-Demands-Resources-Modell einordnen. Kauffeld et al. (2019) ordnen Rollenkonflikte als hindernde Arbeitsanforderung ein. Solche Anforderungen können das Erreichen beruflicher Ziele erschweren und entstehen unter anderem durch widersprüchliche Informationen oder unvereinbare Erwartungen an eine berufliche Rolle (S. 318–319). Auf die vorliegenden Ergebnisse übertragen könnten Rollenkonflikte die fachlich begründete Bearbeitung von Aufgaben erschweren. Unter solchen Bedingungen müssen Fachpersonen zwischen widersprüchlichen Anforderungen, fachlich

angemessenen Vorgehensweisen und organisationalen Vorgaben abwägen. Zusätzlich können Aufgaben hinzukommen, deren fachlicher Nutzen für sie nicht unmittelbar erkennbar ist. Dieser zusätzliche Klärungs- und Abwägungsaufwand kann Ressourcen beanspruchen, ohne unmittelbar zur fachlichen Zielerreichung beizutragen.

Der negative Zusammenhang zwischen Rollenkonflikten und BRS-Gesamtwert lässt sich im Spitalkontext fachlich einordnen. Wie in Kapitel 3.1 dargestellt, arbeitet die Klinische Sozialarbeit im Spital an Schnittstellen zwischen psychosozialer Beratung, medizinischer Behandlung und organisationalen Vorgaben. Diese Schnittstellenarbeit kann widersprüchliche oder schwer vereinbare Anforderungen begünstigen. Vor diesem Hintergrund lassen sich Rollenkonflikte als mögliche Spannungen zwischen psychosozialem Auftrag, interprofessioneller Zusammenarbeit und organisationalen Rahmenbedingungen verstehen. Die Daten zeigen jedoch nicht, welche konkreten Situationen den Antworten zugrunde liegen. Diese Interpretation bleibt deshalb eine fachlich begründete Erklärungsmöglichkeit.

Die in Kapitel 2.5.1 dargestellte salutogenetische Perspektive präzisiert diese Interpretation. Rollenkonflikte können die Verstehbarkeit beeinträchtigen, wenn Erwartungen oder Zuständigkeiten unklar bleiben. Nur begrenzt vereinbare Anforderungen können die wahrgenommene Handhabbarkeit erschweren. Aufgaben, die der fachlichen Einschätzung widersprechen oder als unnötig erlebt werden, können zudem die Sinnhaftigkeit des professionellen Handelns infrage stellen. Da das Kohärenzgefühl nicht erhoben wurde, erklärt diese Einordnung nicht die Korrelation selbst. Sie zeigt jedoch, welche Bereiche beruflicher Orientierung durch Rollenkonflikte theoretisch beeinträchtigt werden können.

Die in Kapitel 2.5.4 dargestellte sozialökologische Perspektive unterstützt eine Einordnung, bei der Rollenkonflikte nicht allein als individuelles Problem der Fachperson verstanden werden. Sie können im Zusammenspiel von beruflicher Rolle, organisationalen Erwartungen und Arbeitsumfeld entstehen. Das Ergebnis verweist damit auf die Frage, wie Organisationen Rollenklarheit im Arbeitsalltag gezielter herstellen und sichern können. Dazu gehören geklärte Verantwortungsbereiche, abgestimmte Abläufe und fachlich gesicherte Entscheidungsmöglichkeiten. Ebenso ist möglich, dass Fachpersonen mit niedrigeren BRS-Werten Rollenkonflikte stärker wahrnehmen. Auch Berufserfahrung oder berufliche Funktion könnten sowohl die Rollenkonfliktwerte als auch den BRS-Gesamtwert mitprägen.

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse, dass Rollenkonflikte trotz ihres niedrigen Mittelwerts als einzige Arbeitsanforderung statistisch signifikant negativ mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängen. Entscheidend ist daher weniger ihre durchschnittliche Ausprägung als ihre mögliche Bedeutung für fachliche Orientierung und Erholungsfähigkeit. Rollenkonflikte können

berufliche Anforderungen weniger nachvollziehbar, schwerer handhabbar und fachlich weniger sinnvoll erscheinen lassen. Im Spitalkontext ist dies besonders relevant, weil Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit psychosoziale Anliegen, medizinische Abläufe und organisationale Vorgaben fortlaufend aufeinander beziehen müssen. Die Ergebnisse verweisen deshalb auf eine organisationale Verantwortung. Rollen, Zuständigkeiten und Entscheidungswege müssen so geklärt sein, dass widersprüchliche Erwartungen nicht primär durch individuelle Bewältigung ausgeglichen werden müssen.

6.5 Einordnung der nicht signifikanten Zusammenhänge

Die in Kapitel 4 beschriebene Korrelationsanalyse prüfte direkte lineare Beziehungen zwischen jeweils einer COPSOQ-Skala und der selbsteingeschätzten Erholungsfähigkeit. Für die COPSOQ-Skalen quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen, Führungsqualität und Unterstützung bei der Arbeit zeigen sich keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit dem BRS-Gesamtwert. Daraus folgt jedoch nicht, dass diese Arbeitsbedingungen für den beruflichen Alltag fachlich irrelevant sind. Indirekte Zusammenhänge, gegenseitige Verstärkungen oder abschwächende Effekte zwischen verschiedenen Arbeitsbedingungen liegen ausserhalb dieser Auswertung. Solche Zusammenhänge könnten die Selbsteinschätzungen der Befragten mitprägen, lassen sich mit den berechneten Einzelkorrelationen aber nicht belegen.

Bei den quantitativen Anforderungen liegt der Korrelationswert nahe bei null. Arbeitsmenge und Zeitdruck gehen in dieser Stichprobe nicht erkennbar mit höheren oder niedrigeren BRS-Werten einher. Wie in Kapitel 6.2 dargestellt wurde, zeigen sich die quantitativen Anforderungen in dieser Stichprobe vor allem im hohen Arbeitstempo und weniger in häufigen Überstunden oder dauerhaften Arbeitsrückständen. Eine mögliche Interpretation ist daher, dass zeitliche Verdichtung allein nicht ausschlaggebend für die selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit ist. Für die Erholungseinschätzung könnte eher eine Rolle spielen, ob Arbeitsmenge und Zeitdruck im Arbeitsalltag geordnet bearbeitet werden können. Dazu gehören geklärte Prioritäten, nachvollziehbare Abläufe und verfügbare Entlastungsmöglichkeiten. Ob Einflussmöglichkeiten oder andere organisationale Bedingungen diese Bearbeitung unterstützen, lässt sich anhand der vorliegenden Einzelkorrelationen nicht beurteilen.

Auch die emotionalen Anforderungen sind differenziert einzuordnen. Sie erreichen innerhalb der belastungsbezogenen Arbeitsbedingungen den höchsten Mittelwert ($M = 78,0$) und prägen das Arbeitsprofil der Befragten deutlich. Trotz dieser hohen Ausprägung zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert. Das Ergebnis spricht dagegen, emotional anspruchsvolle Arbeit unmittelbar mit geringerer Erholungsfähigkeit gleichzusetzen. Eine mögliche Erklärung ist, dass emotionale Anforderungen in der Klinischen Sozialarbeit im

Spital eng mit dem professionellen Auftrag verbunden sind. Sie können belastend sein, werden im Arbeitsalltag aber möglicherweise als fachlich erwartbarer Bestandteil der Tätigkeit eingeordnet. Für die Erholungseinschätzung könnte deshalb weniger das Vorhandensein emotionaler Anforderungen entscheidend sein als deren fachliche Einordnung und professionelle Verarbeitung im Arbeitsalltag.

Bei den ressourcenbezogenen Arbeitsbedingungen erreicht die Unterstützung bei der Arbeit den höchsten Mittelwert der ressourcenbezogenen Skalen ($M = 83,0$). Dennoch zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert. Eine mögliche Interpretation ist, dass Unterstützung in dieser Stichprobe eher eine verbreitete Grundressource des Arbeitsalltags darstellt und deshalb nur begrenzt zwischen Fachpersonen mit höheren und niedrigeren BRS-Werten unterscheidet. Zudem erfasst die Skala vor allem, ob Hilfe und Gesprächsbereitschaft bei Bedarf verfügbar sind. Sie sagt weniger darüber aus, ob diese Unterstützung in konkreten Belastungssituationen passend, rechtzeitig oder tatsächlich entlastend erlebt wird. Unterstützung kann somit fallbezogen entlasten und fachliche Sicherheit ermöglichen, ohne sich unmittelbar in der allgemeinen Selbsteinschätzung der Erholungsfähigkeit abzubilden.

Der Korrelationswert der Führungsqualität fällt schwach negativ aus, erreicht aber keine statistische Signifikanz. Für die Stichprobe lässt sich daher festhalten, dass kein statistisch gesicherter direkter linearer Zusammenhang zwischen Führungsqualität und BRS-Gesamtwert nachweisbar ist. Aus dem fehlenden direkten Zusammenhang folgt jedoch nicht, dass Führung für die Arbeitsbedingungen der Fachpersonen ohne Relevanz ist. Eine mögliche Einordnung ist, dass Führungsqualität eher über die Gestaltung des Arbeitsrahmens wirksam wird.

Die nicht signifikanten Zusammenhänge präzisieren die in Kapitel 3.2.3 dargestellte Unterscheidung von Arbeitsanforderungen und Arbeitsressourcen. Eine hohe Ausprägung einer Arbeitsbedingung bedeutet nicht automatisch, dass sie direkt mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängt. Dies zeigt sich an den emotionalen Anforderungen und an der Unterstützung bei der Arbeit. Beide Skalen sind deutlich ausgeprägt, weisen aber keinen statistisch gesicherten direkten Zusammenhang mit der selbsteingeschätzten Erholungsfähigkeit auf. Umgekehrt hängen Rollenkonflikte und Einfluss auf die Arbeit signifikant mit dem BRS-Gesamtwert zusammen, obwohl sie innerhalb der Anforderungen beziehungsweise Ressourcen die niedrigsten Mittelwerte aufweisen. Für die Interpretation ist deshalb zwischen der Ausprägung einer Arbeitsbedingung, ihrer Funktion im Arbeitsprozess und ihrem statistischen Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert zu unterscheiden.

6.6 Zusammenfassung der Interpretation und Diskussion

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Annahme, dass Arbeitsanforderungen eher mit niedrigeren und organisationale Ressourcen eher mit höheren BRS-Werten zusammenhängen können. Die Ergebnisse bestätigen diese Erwartung nur teilweise. Der BRS-Gesamtwert hängt signifikant positiv mit Einfluss auf die Arbeit und signifikant negativ mit Rollenkonflikten zusammen. Für quantitative Anforderungen, emotionale Anforderungen, Führungsqualität und Unterstützung bei der Arbeit zeigt sich kein statistisch gesicherter direkter Zusammenhang.

Für die Interpretation ist deshalb nicht allein die Einordnung einer Arbeitsbedingung als Anforderung oder Ressource ausschlaggebend. Ebenso wichtig ist ihre Funktion im Arbeitsprozess. Einfluss auf die Arbeit und Rollenkonflikte beziehen sich beide darauf, wie berufliche Anforderungen fachlich bearbeitet werden können. Einflussmöglichkeiten können Handlungsspielräume eröffnen, fachliche Priorisierungen unterstützen und situationsbezogene Entscheidungen ermöglichen. Rollenkonflikte können diesen Prozess erschweren, wenn Anforderungen widersprüchlich sind, Vorgehensweisen nicht der eigenen fachlichen Einschätzung entsprechen oder Aufgaben als unnötig erlebt werden.

Die nicht signifikanten Zusammenhänge präzisieren diese Einordnung. Einzelne Arbeitsbedingungen können den Arbeitsalltag stark prägen, ohne mit dem BRS-Gesamtwert zusammenzuhängen. Dies zeigt sich bei den emotionalen Anforderungen und bei der Unterstützung bei der Arbeit. Beide Skalen weisen hohe Mittelwerte auf, unterscheiden die BRS-Werte der Befragten aber nicht. Umgekehrt zeigen Einfluss auf die Arbeit und Rollenkonflikte trotz niedrigerer Mittelwerte statistische Zusammenhänge. Die Ausprägung einer Arbeitsbedingung allein erklärt somit nicht, ob sie mit der selbsteingeschätzten Erholungsfähigkeit verbunden ist.

Im untersuchten Forschungsfeld ist diese Einordnung besonders relevant. Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz arbeiten in einem interprofessionellen und organisational geprägten Umfeld. Psychosoziale Anliegen müssen mit medizinischen Abläufen und organisationalen Vorgaben verbunden werden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Resilienz vor allem dort mit Arbeitsbedingungen zusammenhängt, wo diese fachliche Steuerung, Rollenklarheit und Entscheidungsmöglichkeiten betreffen.

Damit verdichtet sich die Diskussion auf die organisationale Einbettung fachlichen Handelns. Die Ergebnisse sprechen dafür, Erholungsfähigkeit im beruflichen Alltag nicht allein über Belastungsintensität oder vorhandene Unterstützung zu deuten. Ebenso relevant sind die Bedingungen, unter denen Fachpersonen ihren professionellen Auftrag nachvollziehbar, beeinflussbar und fachlich sinnvoll ausführen können. Diese Einordnung bildet die Grundlage für die Beantwortung der Forschungsfrage und der Praxisfrage im folgenden Kapitel.

7 Fazit

Dieses Kapitel führt die zentralen Schlussfolgerungen der Arbeit zusammen. Zunächst wird die Forschungsfrage anhand der empirischen Ergebnisse beantwortet. Danach folgt die Beantwortung der Praxisfrage mit praxisrelevanten Hinweisen für die Klinische Sozialarbeit im Spital. Der Ausblick benennt Grenzen der Untersuchung sowie mögliche Anschlussfragen für Forschung und Praxis.

7.1 Beantwortung der Forschungsfrage

Die Forschungsfrage lautet, welche Zusammenhänge zwischen organisationalen Arbeitsbedingungen und der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit in Spitälern der Deutschschweiz bestehen. Auf Grundlage der in Kapitel 5 dargestellten Korrelationsanalyse zeigt sich, dass die untersuchten Arbeitsbedingungen nur teilweise mit dem BRS-Gesamtwert zusammenhängen. Bei der Einordnung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass die Befragten ihre Erholungsfähigkeit überwiegend mittel bis hoch einschätzen und die Zusammenhänge sich somit innerhalb dieser BRS-Verteilung zeigen.

Bei der befragten Stichprobe zeigen sich bei zwei der sechs untersuchten COPSOQ-Skalen statistisch gesicherte direkte Zusammenhänge. Auf der Ressourcenseite ist die Skala Einfluss auf die Arbeit mit höheren BRS-Werten verbunden. Auf der Anforderungsseite steht die Skala Rollenkonflikte mit niedrigeren BRS-Werten in Zusammenhang. Für die weiteren untersuchten Skalen zeigt sich kein statistisch gesicherter direkter Zusammenhang mit dem BRS-Gesamtwert. Die Ergebnisse zeigen somit kein durchgängiges Muster, nach dem Anforderungen mit niedrigeren und Ressourcen mit höheren BRS-Werten verbunden sind.

Mit dem BRS-Gesamtwert sind Arbeitsbedingungen verbunden, die Handlungsspielräume und Rollenanforderungen betreffen. Die Forschungsfrage lässt sich damit so beantworten, dass Resilienz mit handlungs- und rollenbezogenen organisationalen Arbeitsbedingungen zusammenhängt. Aufgrund des Forschungsdesigns bleiben die Aussagen auf statistische Zusammenhänge innerhalb der befragten Stichprobe beschränkt.

7.2 Beantwortung der Praxisfrage und Praxisbezug

Die Praxisfrage dieser Arbeit lautet, welche praxisrelevanten Hinweise sich aus den empirischen Ergebnissen für die Förderung der Resilienz von Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit ergeben. Die folgenden Schlussfolgerungen knüpfen an die in Kapitel 5 und 6 dargestellten Ergebnisse an. Praxisrelevant sind vor allem Ansatzpunkte, die fachlichen

Einfluss im Arbeitsalltag stärken und Rollenkonflikte verringern. Diese beiden organisationalen Arbeitsbedingungen hängen statistisch gesichert mit dem BRS-Gesamtwert zusammen.

Der positive Zusammenhang zwischen Einfluss auf die Arbeit und dem BRS-Gesamtwert verweist darauf, dass Resilienzförderung im Spitalalltag bei fachlicher Mitgestaltung ansetzen sollte. Fachpersonen der Klinischen Sozialarbeit brauchen dafür keine vollständige Autonomie, sondern Handlungsspielräume, die verlässlich nutzbar sind. Dazu zählen klare Beteiligungsmöglichkeiten, erkennbare Entscheidungsspielräume und verbindliche Wege, um die psychosoziale Perspektive in Fallverläufe, Priorisierungen, interprofessionelle Absprachen und Übergangsplanungen einzubringen. Einflussmöglichkeiten sollten daher nicht von informellen Abläufen oder einzelnen Führungspersonen abhängig sein, sondern im Arbeitsalltag verbindlich geregelt werden. Mitgestaltung kann die Erholungsfähigkeit nur dann stützen, wenn dafür Zeit, Zuständigkeit und Entscheidungsspielraum vorhanden sind. Fehlen diese Voraussetzungen, kann Beteiligung selbst zur zusätzlichen Anforderung werden.

Der negative Zusammenhang zwischen Rollenkonflikten und dem BRS-Gesamtwert zeigt einen zweiten praxisrelevanten Ansatzpunkt. Auch wenn Rollenkonflikte im Durchschnitt niedriger ausgeprägt sind, sollten sie nicht unterschätzt werden. Sie können fachliche Orientierung erschweren, besonders wenn psychosoziale Anliegen, medizinische Abläufe, Austrittsdruck, administrative Vorgaben und Erwartungen verschiedener Berufsgruppen aufeinandertreffen. Daraus folgt, dass Aufträge, Verantwortlichkeiten und Entscheidungswege regelmässig geklärt werden müssen. Rollenkonflikte sind dabei nicht als individuelles Bewältigungsproblem einzelner Fachpersonen zu verstehen. Sie entstehen an Schnittstellen, an denen Rollen, Erwartungen und Verantwortlichkeiten nicht ausreichend abgestimmt sind. Fallbesprechungen, Intervention, Supervision, Führungsgespräche und interprofessionelle Austauschgefässe können genutzt werden, um solche Spannungen früh zu bearbeiten. Ziel ist eine klare fachliche Positionierung der Klinischen Sozialarbeit innerhalb komplexer Versorgungsprozesse, ohne dass die notwendige Flexibilität im Spitalalltag verloren geht.

Für die Klinische Sozialarbeit im Spital bedeutet dies, Resilienzförderung als Teil der Arbeits- und Organisationsgestaltung zu verstehen. Solche Arbeitsbedingungen können dazu beitragen, dass Fachpersonen berufliche Anforderungen nachvollziehbar, beeinflussbar und fachlich sinnvoll bearbeiten und ihre Erholungsfähigkeit nach Belastungen erhalten oder wiedergewinnen können.

7.3 Ausblick

Die Ergebnisse liefern Hinweise für ein bisher wenig untersuchtes Feld. Ihre Aussagekraft bleibt jedoch begrenzt, weil die Untersuchung korrelativ und querschnittlich angelegt ist. Ursachen, Wirkungsrichtungen und zeitliche Entwicklungen bleiben dadurch offen. Weitere Studien könnten mit grösseren und systematischer zusammengesetzten Stichproben, längsschnittlichen Designs und ergänzenden Erhebungsinstrumenten untersuchen, wie sich organisationale Arbeitsbedingungen und selbsteingeschätzte Erholungsfähigkeit im Berufsverlauf verändern.

Eine offene Frage betrifft das Verhältnis zwischen individueller Bewältigung und organisationalen Bedingungen. Hohe BRS-Werte könnten ungünstige Arbeitsbedingungen teilweise verdecken, wenn Fachpersonen Abläufe weiterhin aufrechterhalten und Anforderungen bewältigen. Weitere Studien könnten prüfen, wann individuelle Bewältigung organisationale Schwierigkeiten auffängt und wann sich längerfristige Belastungsfolgen zeigen. Dafür wären Angaben zu Erschöpfung, Krankheitsabwesenheiten, Wechselabsichten oder dem Verbleib im Beruf hilfreich.

Spitalbezogene Forschungsdesigns könnten mehrere Fachpersonen pro Spital befragen und Merkmale wie Funktion, Berufserfahrung, Teamgrösse, Spitaltyp und organisationale Verankerung einbeziehen. Dadurch liesse sich genauer prüfen, ob Einschätzungen zu Einfluss auf die Arbeit und Rollenkonflikten vor allem individuell variieren oder auf gemeinsame organisationale Muster innerhalb eines Spitals hinweisen.

Aufschlussreich wäre zudem ein interprofessioneller Vergleich. Studien könnten Rollenerwartungen der Klinischen Sozialarbeit, der Medizin, der Pflege und der Führung gegenüberstellen. Dadurch liesse sich erkennen, an welchen Schnittstellen Auftrag, Zuständigkeiten und Entscheidungswege unterschiedlich verstanden werden. Zugleich könnte geprüft werden, ob Rollenkonflikte eher an Schnittstellen zwischen Berufsgruppen entstehen oder innerhalb der eigenen Berufsrolle erlebt werden.

Ergänzend könnten qualitative Studien konkrete Arbeitssituationen im Spitalalltag untersuchen. Von Interesse wäre, wann Fachpersonen Einfluss auf die Arbeit erleben, wann Rollenkonflikte entstehen und welche Bewältigungsformen sie nutzen. Die unterschiedlichen Berufsbezeichnungen in der Stichprobe geben zudem Anlass zu prüfen, ob sich Aufgabenprofile, Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten zwischen Sozialdienst, Case Management und Klinischer Sozialarbeit unterscheiden.

Für die Praxis könnten Spitäler wiederkehrende Befragungen zur beruflichen Gesundheit der Klinischen Sozialarbeit durchführen. Solche Erhebungen könnten Arbeitsbedingungen, Rollenklarheit, Einflussmöglichkeiten, fachliche Anerkennung und Erholungsfähigkeit erfassen. Auf dieser Grundlage liessen sich konkrete Schritte für Team-, Führungs- und Organisationsentwicklung ableiten.¹

¹ Für die sprachliche und strukturelle Überarbeitung eigener Textentwürfe wurde OpenAI (2026), ChatGPT, verschiedene Modellversionen, <https://chat.openai.com/> verwendet. Der Einsatz umfasste Rechtschreib- und Grammatikprüfungen sowie Rückmeldungen zu Sprache, Verständlichkeit, Kohärenz, Aufbau und Kürzung. Die Autor:innen prüften alle Rückmeldungen fachlich und sprachlich, passten die Texte eigenständig an und entschieden über deren Verwendung. Die Auswahl und Verarbeitung der Fachliteratur, die methodischen Entscheidungen, die statistischen Auswertungen und die abschliessende Interpretation der Ergebnisse erfolgten durch die Autor:innen. Eine Übersicht zum KI-Einsatz findet sich im Anhang.

8 Literaturverzeichnis

- Arnold, M., Schilbach, M. & Rigotti, T. (2023). Paradigmen der psychologischen Resilienzforschung. Eine kleine Inventur und ein Ausblick. *Psychologische Rundschau*, 74(3), 154–165. <https://doi.org/10.1026/0033-3042/a000627>
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands–resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Bösel, M., Krottendorfer, K., Thomas, A. & Müller-Baron, I. (2024). Gesundheitsversorgung von Menschen mit somatischen Erkrankungen. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 341–350). Beltz Juventa.
- Bundesamt für Gesundheit. (2026). *Kennzahlen der Schweizer Spitäler 2024* [Bericht]. <https://www.bag.admin.ch/de/kennzahlen-der-schweizer-spitaeler>
- Burr, H., Berthelsen, H., Moncada, S., Nübling, M., Dupret, E., Demiral, Y., Oudyk, J., Kristensen, T. S., Llorens, C., Navarro, A., Lincke, H.-J., Bocéréan, C., Sahan, C., Smith, P. & Pohrt, A. (2019). The third version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Safety and Health at Work*, 10(4), 482–503. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2019.10.002>
- Chmitorz, A., Wenzel, M., Stieglitz, R.-D., Kunzler, A., Bagusat, C., Helmreich, I., Gerlicher, A., Kampa, M., Kubiak, T., Kalisch, R., Lieb, K. & Tüscher, O. (2018). Population-based validation of a German version of the Brief Resilience Scale. *PLOS ONE*, 13(2), e0192761. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0192761>
- Demerouti, E. & Nachreiner, F. (2019). Zum Arbeitsanforderungen-Arbeitsressourcen-Modell von Burnout und Arbeitsengagement – Stand der Forschung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 73, 119–130. <https://doi.org/10.1007/s41449-018-0100-4>
- Dieckmännken, I. & Holleder, A. (2025a). Gesunde Krankenhaussozialdienste? Ergebnisse eines Surveys zu psychischen Belastungen und Beanspruchungsfolgen von Beschäftigten der Sozialdienste in Deutschland. *Soziale Passagen*, 17, 219–237. <https://doi.org/10.1007/s12592-025-00527-w>

- Dieckmännken, I. & Holleder, A. (2025b). Psychische Belastungen und Beanspruchungsfolgen von Beschäftigten der Sozialdienste im stationären Gesundheitswesen in Deutschland: Ein Vergleich der Krankenhäuser mit Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. *Sozial Extra*, 49, 357–364. <https://doi.org/10.1007/s12054-025-00812-1>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarb., aktual. und erw. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2>
- Drüge, M. & Schleider, K. (2016). Psychosoziale Belastungen und Beanspruchungsfolgen bei Fachkräften der Sozialen Arbeit und Lehrkräften: Ein Vergleich von Merkmalen, Ausprägungen und Zusammenhängen. *Soziale Passagen*, 8(2), 293–310. <https://doi.org/10.1007/s12592-016-0235-0>
- Faltermaier, T. (2023). *Gesundheitspsychologie* (3., aktualisierte Aufl.). Kohlhammer.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Morciszek, M. (2021). Resilienz und Resilienzförderung im frühen und mittleren Erwachsenenalter. In K. Fröhlich-Gildhoff & M. Rönna-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken: Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen* (S. 201–214). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32259-5_10
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2018). Resilienz, Resilienzförderung und Personenzentrierter Ansatz. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 2/18, 62–68.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönna-Böse, M. (2024). *Resilienz* (7., aktualisierte Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2010). *Klinische Sozialarbeit* (2., unveränd. Aufl.). Ernst Reinhardt Verlag. <https://doi.org/10.2378/9783497021918>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). *Wie verbreitet ist betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz? Monitoring-Ergebnisse 2024* [Faktenblatt 116]. <https://gesundheitsfoerderung.ch/node/9859>
- Giertz, K. (2024). Aktuelle Herausforderungen und Entwicklungsfelder der Klinischen Sozialarbeit. In S. B. Gahleitner, J. Gebrande, K. Giertz, C. Kröger, D. Röh & E. Wunderer (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 419–428). Beltz Juventa.

- Guttmann, P. (2016, 16. Oktober). *Stressmodell - Lazarus.svg* [SVG-Grafik]. Wikimedia Commons. CC BY-SA 4.0. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Stressmodell_-_Lazarus.svg
- Hägerbäumer, M. & Henseler, N. (2026). *Gesunde Führung: Wegweisende Konzepte, Praxisbeispiele und Handlungsansätze für gesunde Mitarbeitende und salutogene Unternehmen*. Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-50375-8>
- Hegeler, H. (2007). Klinische Sozialarbeit im Krankenhaus. In K. Ortmann & D. Röh (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit: Konzepte – Praxis – Perspektiven* (S. 121–137). Lambertus.
- Helmreich, I. (2023). Evidenzbasierte Resilienzfaktoren als Ansatz zur Verhaltensprävention bei Erwachsenen. In M. Moser & K. Häring (Hrsg.), *Gesund bleiben in kranken Unternehmen: Stressfaktoren erkennen und Resilienzkompetenz aufbauen* (S. 157–176). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-39903-0_9
- Hochuli Freund, U. (2024). Prozessualität in der Klinischen Sozialarbeit: Diagnostik, Intervention, Evaluation. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 35–46). Beltz Juventa.
- Kahl, Y. & Bauknecht, J. (2023). Psychische und emotionale Erschöpfung von Fachkräften der Sozialen Arbeit: Entwicklung, Ausmaß und die Rolle von Belastungs- und Resilienzfaktoren. *Soziale Passagen*, 15(1), 213–232. <https://doi.org/10.1007/s12592-023-00448-6>
- Kauffeld, S., Ochmann, A. & Hoppe, D. (2019). Arbeit und Gesundheit. In S. Kauffeld (Hrsg.), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor* (3. Aufl., S. 305–349). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-56013-6>
- Latocha, K. (2015). *Verbesserung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz: Evaluation eines arbeitspsychologischen Gesundheitsförderungsprogramms*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-07908-6>
- Masten, A. S. (2016). *Resilienz: Modelle, Fakten & Neurobiologie: Das ganz normale Wunder entschlüsselt* (C. Campisi, Übers.). Junfermann. (Originaltitel: Ordinary Magic: Resilience in Development, 2014).
- Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarb. Aufl.). Oldenbourg Wissenschaftsverlag. <https://doi.org/10.1524/9783486717624>

- Morgenstern, U. & Moser, M. (2023). Krankheit und Gesundheit – ein ständiger Balance Akt. In M. Moser & K. Häring (Hrsg.), *Gesund bleiben in kranken Unternehmen: Stressfaktoren erkennen und Resilienzkompetenz aufbauen* (S. 19–39). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-658-39903-0_2
- Müller-Baron, I. & Kurlemann, U. (2021). Soziale Arbeit im Krankenhaus. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2., aktualisierte Aufl., S. 170–178). Ernst Reinhardt Verlag.
- Neuner, R. (2019). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit: Gefährdungsbeurteilung und Betriebliches Gesundheitsmanagement* (3., überarb. und erw. Aufl.). Springer Gabler.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-23961-9>
- Nübling, M., Stössel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M. & Hofmann, F. (2005). *Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen: Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ)* [Forschungsbericht Fb 1058]. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
<https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Schriftenreihe/Forschungsberichte/2005/Fb1058>
- Oerter, R., Altgassen, M. & Kliegel, M. (2020). Entwicklungspsychologische Grundlagen. In J. Hoyer & S. Knappe (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (3., vollständig überarb. und erw. Aufl., S. 331–351). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61814-1_11
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung* (3. Aufl.). Beltz Juventa.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2024). Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 19–34). Beltz Juventa.
- Pilartz, H. (2017). *Mediation für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz: Gesundheitsthemen im Berufsalltag mal anders anpacken*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-17862-8>
- Richter, G. & Schütte, M. (2017). Belastung ist neutral! Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 123–128). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1024/85569-000>

- Richter-Kornweitz, A. (2011). Gleichheit und Differenz – die Relation zwischen Resilienz, Geschlecht und Gesundheit. In M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 240–274). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2021a). Einführung: Das Konzept der Resilienz in verschiedenen Lebensabschnitten. In K. Fröhlich-Gildhoff & M. Rönnau-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken: Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen* (S. 1–22). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32259-5_1
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2021b). Resilienzförderung im Vorschulalter. In K. Fröhlich-Gildhoff & M. Rönnau-Böse (Hrsg.), *Menschen stärken: Resilienzförderung in verschiedenen Lebensbereichen* (S. 61–84). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-32259-5_4
- Rönnau-Böse, M. & Fröhlich-Gildhoff, K. (2024). *Resilienz und Resilienzförderung über die Lebensspanne* (3., erweiterte und aktualisierte Aufl.). Kohlhammer.
- Rudin, M. & Künzi, M. (2013). *Bestandsaufnahme Spitalsozialarbeit in der Schweiz*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2013/SFSS_2013_Bestandsaufn_Spitalsozialarbeit_Bericht.pdf
- Rusch, S. (2019). *Stressmanagement: Ein Arbeitsbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung* (2. Aufl.). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59436-0>
- SAGES & AvenirSocial. (2026). *Charta Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* [Broschüre]. <https://avenirsocial.ch/brochure/charta-gesundheitsbezogene-soziale-arbeit/>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194–200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Spieß, E. & von Rosenstiel, L. (2010). *Organisationspsychologie: Basiswissen, Konzepte und Anwendungsfelder*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Staatssekretariat für Wirtschaft. (2015). *Schutz vor psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz: Informationen für Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen* [Broschüre]. SECO, Direktion für Arbeit, Arbeitsbedingungen. <https://www.seco.admin.ch/dam/de/sd-web/mCDwiUxLe-Prl/Broschuere-PSY-SECO-AB-2018-DE.pdf>

- Stöhr, R., Lohwasser, D., Noack Napoles, J., Burghardt, D., Dederich, M., Dziabel, N., Krebs, M. & Zirfas, J. (2019). *Schlüsselwerke der Vulnerabilitätsforschung*. Springer VS.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-20305-4>
- Thun-Hohenstein, L., Lampert, K. & Altendorfer-Kling, U. (2020). Resilienz – Geschichte, Modelle und Anwendung. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*, 19, 7–20.
<https://doi.org/10.1007/s11620-020-00524-6>
- Ungar, M., Bottrell, D., Tian, G.-X. & Wang, X. (2013). Resilienz: Stärken und Ressourcen im Jugendalter. In C. Steinebach & K. Gharabaghi (Hrsg.), *Resilienzförderung im Jugendalter: Praxis und Perspektiven* (S. 1–19). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-33048-3_1
- Wadenpohl, S. (2016). Resilienz – An der Schnittstelle von Public Health und Gerontologie. In R. Wink (Hrsg.), *Multidisziplinäre Perspektiven der Resilienzforschung* (S. 73–100). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-09623-6_4
- Werner, E. E. (2011). Risiko und Resilienz im Leben von Kindern aus multiethnischen Familien: Ein Forschungsbericht. In M. Zander & M. Roemer (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 32–46). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
https://doi.org/10.1007/978-3-531-92775-6_2
- World Health Organization. (o. J.). *Health and well-being*. Zugriff am 20. April 2026.
<https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

Anhang

A Fragebogen

Filter-Frage

1) Arbeiten Sie aktuell als Fachperson der Sozialen Arbeit (Klinische Sozialarbeit, Sozialdienst, Case Management, Psychosozialer Dienst usw.) in einem Spital der Deutschschweiz?

☐ Ja ☐ Nein → Befragung beenden

Block A: Angaben zur Person und beruflichen Situation (5 Fragen)

Berufliche Einordnung

2) Wie wird Ihre Tätigkeit in Ihrer Organisation offiziell bezeichnet?

☐ Klinische Sozialarbeit ☐ Sozialdienst ☐ Psychosozialer Dienst
☐ Case Management ☐ Andere Bezeichnung

3) Wie alt sind Sie?

☐ bis 29 Jahre ☐ 30–39 Jahre ☐ 40–49 Jahre ☐ 50–59 Jahre ☐ 60 Jahre und älter

4) Welches Geschlecht haben Sie?

☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ keine Angabe

5) Wie lange arbeiten Sie insgesamt in der Klinischen Sozialarbeit?

☐ weniger als 2 Jahre ☐ 2–5 Jahre ☐ 6–10 Jahre ☐ mehr als 10 Jahre

6) Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher Beschäftigungsgrad?

☐ unter 50% ☐ 50–69% ☐ 70–89% ☐ 90–100%

7) Wie viele Fachpersonen umfasst Ihr gesamtes Team?

☐ 1 Person ☐ 2 Personen ☐ 3–4 Personen ☐ 5–8 Personen ☐ mehr als 8 Personen

Block B: Resilienz (allgemeine Selbsteinschätzung)**Standardisierter Fragebogen Brief Resilience Scale / BRS (6 Fragen)**

Bitte beziehen Sie Ihre Antworten auf Ihre generelle Fähigkeit, mit schwierigen Situationen umzugehen – unabhängig davon, ob diese im privaten oder beruflichen Kontext auftreten.

8) Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen. (1)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

9) Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen. (2)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

10) Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen. (3)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

11) Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist. (4)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

12) Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne grössere Probleme. (5)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

13) Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen. (6)

- ☐ Stimme überhaupt nicht zu ☐ Stimme eher nicht zu ☐ Neutral ☐ Stimme eher zu
☐ Stimme vollkommen zu

Block C: Psychosoziale Arbeitsbedingungen

Teil-Standardisierter Fragebogen Copenhagen Psychosocial Questionnaire / COPSOQ (21 Fragen)

Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre aktuelle berufliche Tätigkeit. Bitte beantworten Sie die Fragen bezogen auf Ihre persönliche Wahrnehmung Ihrer Arbeitssituation.

Quantitative Anforderungen (B1: 1–5)

14) Müssen Sie sehr schnell arbeiten? (B1:1)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

15) Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo? (B1:2)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

16) Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen? (B1:3)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

17) Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand? (B1:4)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

18) Müssen Sie Überstunden machen? (B1:5)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

Emotionale Anforderungen (B1: 6–7)

19) Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen? (B1:6)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

20) Ist Ihre Arbeit emotional fordernd? (B1:7)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

Einfluss auf die Arbeit (B3: 1–3)

21) Haben Sie grossen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen? (B3:1)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

22) Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird? (B3:2)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

23) Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun? (B3:3)

☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie

Rollenkonflikte (B6: 6–8)

24) Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt? (B6:6)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass

25) Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten? (B6:7)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass

26) Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen? (B6:8)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass

Führungsqualität (B7: 1–4)

27) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter:innen sorgt? (B7:1)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass ☐ habe keine Führungskraft

28) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst? (B7:2)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass ☐ habe keine Führungskraft

29) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft die Arbeit gut plant? (B7:3)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass ☐ habe keine Führungskraft

30) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft Konflikte gut löst? (B7:4)

☐ in sehr hohem Mass ☐ in hohem Mass ☐ zum Teil ☐ in geringem Mass
☐ in sehr geringem Mass ☐ habe keine Führungskraft

Unterstützung bei der Arbeit (B8: 1–4)

31) Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg:innen? (B8:1)

- ☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie
☐ habe keine Führungskraft / Kolleg:innen

32) Wie oft sind Ihre Kolleg:innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören? (B8:2)

- ☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie
☐ habe keine Führungskraft / Kolleg:innen

33) Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrer unmittelbaren Führungskraft? (B8:3)

- ☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie
☐ habe keine Führungskraft / Kolleg:innen

34) Wie oft ist Ihre unmittelbare Führungskraft bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören? (B8:4)

- ☐ immer ☐ oft ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie / fast nie
☐ habe keine Führungskraft / Kolleg:innen

Vielen Dank für Ihr Mitwirken ☺

B Umfrageergebnisse

1) Arbeiten Sie aktuell als Fachperson der Sozialen Arbeit (Klinische Sozialarbeit, Sozialdienst, Case Management, Psychosozialer Dienst usw.) in einem Spital der Deutschschweiz?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
Ja	98,13 %	105
Nein	1,87 %	2
GESAMT		107
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 2,00	Median 1,00
		Mittelwert 1,02
		Standardabweichung 0,14

2) Wie wird Ihre Tätigkeit in Ihrer Organisation offiziell bezeichnet?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
Klinische Sozialarbeit	4,21 %	4
Sozialdienst	50,53 %	48
Psycho- sozialer Dienst	0,00 %	0
Case Management	12,63 %	12
Andere Bezeichnung	32,63 %	31
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 5,00	Median 2,00
		Mittelwert 3,19
		Standardabweichung 1,44

3) Wie alt sind Sie?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
bis 29 Jahre	14,74 %	14
30-39 Jahre	20,00 %	19
40-49 Jahre	35,79 %	34
50-59 Jahre	17,89 %	17
60 Jahre und älter	11,58 %	11
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	3,00	2,92	1,19

4) Welches Geschlecht haben Sie?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
weiblich	87,37 %	83
männlich	12,63 %	12
divers	0,00 %	0
keine Angaben	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	2,00	1,00	1,13	0,33

5) Wie lange arbeiten Sie insgesamt in der Klinischen Sozialarbeit?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
weniger als 2 Jahre	21,05 %	20
2-5 Jahre	26,32 %	25
6-10 Jahre	18,95 %	18
mehr als 10 Jahre	33,68 %	32
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 4,00	Median 3,00
		Mittelwert 2,65
		Standardabweichung 1,15

6) Wie hoch ist Ihr durchschnittlicher Beschäftigungsgrad?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
unter 50%	4,21 %	4
50-69%	20,00 %	19
70-89%	54,74 %	52
90-100%	21,05 %	20
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 4,00	Median 3,00
		Mittelwert 2,93
		Standardabweichung 0,76

7) Wie viele Fachpersonen umfasst Ihr gesamtes Team?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
1 Person	1,05 %	1
2 Personen	1,05 %	1
3-4 Personen	15,79 %	15
5-8 Personen	35,79 %	34
mehr als 8 Personen	46,32 %	44
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert	Höchstwert	Median
1,00	5,00	4,00
	Mittelwert	Standardabweichung
	4,25	0,83

8) Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
Stimme überhaupt nicht zu	0,00 %	0
Stimme eher nicht zu	9,47 %	9
Neutral	11,58 %	11
Stimme eher zu	53,68 %	51
Stimme vollkommen zu	25,26 %	24
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert	Höchstwert	Median
2,00	5,00	4,00
	Mittelwert	Standardabweichung
	3,95	0,86

9) Es fällt mir schwer, stressige Situationen durchzustehen.

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
Stimme überhaupt nicht zu		22,11 %		21
Stimme eher nicht zu		56,84 %		54
Neutral		8,42 %		8
Stimme eher zu		11,58 %		11
Stimme vollkommen zu		1,05 %		1
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	2,00	2,13	0,92

10) Ich brauche nicht viel Zeit, um mich von einem stressigen Ereignis zu erholen.

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
Stimme überhaupt nicht zu		3,16 %		3
Stimme eher nicht zu		18,95 %		18
Neutral		13,68 %		13
Stimme eher zu		48,42 %		46
Stimme vollkommen zu		15,79 %		15
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	4,00	3,55	1,06

11) Es fällt mir schwer zur Normalität zurückzukehren, wenn etwas Schlimmes passiert ist.

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
Stimme überhaupt nicht zu		17,89 %		17
Stimme eher nicht zu		52,63 %		50
Neutral		14,74 %		14
Stimme eher zu		11,58 %		11
Stimme vollkommen zu		3,16 %		3
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	2,00	2,29	0,99

12) Normalerweise überstehe ich schwierige Zeiten ohne grössere Probleme.

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
Stimme überhaupt nicht zu		0,00 %		0
Stimme eher nicht zu		4,21 %		4
Neutral		10,53 %		10
Stimme eher zu		63,16 %		60
Stimme vollkommen zu		22,11 %		21
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
2,00	5,00	4,00	4,03	0,70

13) Ich brauche tendenziell lange, um über Rückschläge in meinem Leben hinwegzukommen.

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
Stimme überhaupt nicht zu	12,63 %	12
Stimme eher nicht zu	56,84 %	54
Neutral	18,95 %	18
Stimme eher zu	11,58 %	11
Stimme vollkommen zu	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	4,00	2,00	2,29	0,83

14) Müssen Sie sehr schnell arbeiten?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	14,74 %	14
oft	58,95 %	56
manchmal	25,26 %	24
selten	1,05 %	1
nie / fast nie	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	4,00	2,00	2,13	0,65

15) Arbeiten Sie den ganzen Tag mit hohem Tempo?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	6,32 %	6
oft	61,05 %	58
manchmal	28,42 %	27
selten	4,21 %	4
nie / fast nie	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	4,00	2,00	2,31	0,65

16) Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	3,16 %	3
oft	40,00 %	38
manchmal	41,05 %	39
selten	14,74 %	14
nie / fast nie	1,05 %	1
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	3,00	2,71	0,79

17) Kommen Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	3,16 %	3
oft	11,58 %	11
manchmal	48,42 %	46
selten	32,63 %	31
nie / fast nie	4,21 %	4
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	3,00	3,23	0,83

18) Müssen Sie Überstunden machen?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	2,11 %	2
oft	18,95 %	18
manchmal	48,42 %	46
selten	25,26 %	24
nie / fast nie	5,26 %	5
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	3,00	3,13	0,85

19) Gehört es zu Ihrer Arbeit, sich mit den persönlichen Problemen anderer Menschen zu beschäftigen?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	54,74 %	52
oft	41,05 %	39
manchmal	3,16 %	3
selten	1,05 %	1
nie / fast nie	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert 1,00	Höchstwert 4,00	Median 1,00	Mittelwert 1,51	Standardabweichung 0,61

20) Ist Ihre Arbeit emotional fordernd?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	8,42 %	8
oft	62,11 %	59
manchmal	25,26 %	24
selten	4,21 %	4
nie / fast nie	0,00 %	0
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert 1,00	Höchstwert 4,00	Median 2,00	Mittelwert 2,25	Standardabweichung 0,66

21) Haben Sie grossen Einfluss auf Entscheidungen, die Ihre Arbeit betreffen?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
immer	6,32 %	6
oft	35,79 %	34
manchmal	47,37 %	45
selten	9,47 %	9
nie / fast nie	1,05 %	1
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 5,00	Median 3,00
		Mittelwert 2,63
		Standardabweichung 0,78

22) Haben Sie Einfluss auf die Menge der Arbeit, die Ihnen übertragen wird?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
immer	1,05 %	1
oft	22,11 %	21
manchmal	28,42 %	27
selten	35,79 %	34
nie / fast nie	12,63 %	12
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 5,00	Median 3,00
		Mittelwert 3,37
		Standardabweichung 1,00

23) Haben Sie Einfluss darauf, was Sie bei Ihrer Arbeit tun?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
immer		13,68 %		13
oft		43,16 %		41
manchmal		27,37 %		26
selten		13,68 %		13
nie / fast nie		2,11 %		2
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	2,00	2,47	0,96

24) Werden bei Ihrer Arbeit widersprüchliche Anforderungen gestellt?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
in sehr hohem Mass		2,11 %	2	
in hohem Mass		12,63 %	12	
zum Teil		50,53 %	48	
in geringem Mass		27,37 %	26	
in sehr geringem Mass		7,37 %	7	
GESAMT			95	
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	5,00	3,00	3,25	0,85

25) Müssen Sie manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
in sehr hohem Mass	2,11 %	2
in hohem Mass	5,26 %	5
zum Teil	45,26 %	43
in geringem Mass	37,89 %	36
in sehr geringem Mass	9,47 %	9
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 1,00	Höchstwert 5,00	Median 3,00
		Mittelwert 3,47
		Standardabweichung 0,82

26) Müssen Sie manchmal Dinge tun, die Ihnen unnötig erscheinen?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN
in sehr hohem Mass	0,00 %	0
in hohem Mass	6,32 %	6
zum Teil	38,95 %	37
in geringem Mass	44,21 %	42
in sehr geringem Mass	10,53 %	10
GESAMT		95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN		
Mindestwert 2,00	Höchstwert 5,00	Median 4,00
		Mittelwert 3,59
		Standardabweichung 0,76

27) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft für gute Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeiter:innen sorgt?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
in sehr hohem Mass		10,53 %		10
in hohem Mass		37,89 %		36
zum Teil		29,47 %		28
in geringem Mass		8,42 %		8
in sehr geringem Mass		10,53 %		10
habe keine Führungskraft		3,16 %		3
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	3,00	2,80	1,24

28) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft der Arbeitszufriedenheit einen hohen Stellenwert beimisst?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
in sehr hohem Mass		18,95 %		18
in hohem Mass		49,47 %		47
zum Teil		21,05 %		20
in geringem Mass		3,16 %		3
in sehr geringem Mass		4,21 %		4
habe keine Führungskraft		3,16 %		3
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	2,00	2,34	1,14

29) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft die Arbeit gut plant?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
in sehr hohem Mass		6,32 %		6
in hohem Mass		52,63 %		50
zum Teil		25,26 %		24
in geringem Mass		8,42 %		8
in sehr geringem Mass		3,16 %		3
habe keine Führungskraft		4,21 %		4
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	2,00	2,62	1,11

30) Bitte schätzen Sie ein, in welchem Mass Ihre unmittelbare Führungskraft Konflikte gut löst?

ANTWORTOPTIONEN		BEANTWORTUNGEN		
in sehr hohem Mass		5,26 %		5
in hohem Mass		47,37 %		45
zum Teil		33,68 %		32
in geringem Mass		5,26 %		5
in sehr geringem Mass		4,21 %		4
habe keine Führungskraft		4,21 %		4
GESAMT				95
GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	2,00	2,68	1,09

31) Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihren Kolleg:innen?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	45,26 %	43
oft	46,32 %	44
manchmal	7,37 %	7
selten	0,00 %	0
nie / fast nie	0,00 %	0
habe keine Führungskraft / Kolleg:innen	1,05 %	1
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert 1,00	Höchstwert 6,00	Median 2,00	Mittelwert 1,66	Standardabweichung 0,76
---------------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------------------

32) Wie oft sind Ihre Kolleg:innen bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	58,95 %	56
oft	37,89 %	36
manchmal	2,11 %	2
selten	0,00 %	0
nie / fast nie	0,00 %	0
habe keine Führungskraft / Kolleg:innen	1,05 %	1
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN

Mindestwert 1,00	Höchstwert 6,00	Median 1,00	Mittelwert 1,47	Standardabweichung 0,71
---------------------	--------------------	----------------	--------------------	----------------------------

33) Wie oft erhalten Sie bei Bedarf Hilfe und Unterstützung von Ihrer unmittelbaren Führungskraft?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	36,84 %	35
oft	36,84 %	35
manchmal	15,79 %	15
selten	7,37 %	7
nie / fast nie	2,11 %	2
habe keine Führungskraft / Kolleg:innen	1,05 %	1
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	2,00	2,04	1,08

34) Wie oft ist Ihre unmittelbare Führungskraft bei Bedarf bereit, sich Ihre Arbeitsprobleme anzuhören?

ANTWORTOPTIONEN	BEANTWORTUNGEN	
immer	53,68 %	51
oft	30,53 %	29
manchmal	9,47 %	9
selten	4,21 %	4
nie / fast nie	1,05 %	1
habe keine Führungskraft / Kolleg:innen	1,05 %	1
GESAMT		95

GRUNDLEGENDE STATISTIKEN				
Mindestwert	Höchstwert	Median	Mittelwert	Standardabweichung
1,00	6,00	1,00	1,72	0,99

C Dokumentation des KI-Einsatzes

Produktname	Funktionsart	Betroffene Bereiche	Funktionsumfang
OpenAI (2026), ChatGPT, verschiedene Versionen von GPT-4.5 bis GPT-5.5	Textbearbeitung	Gesamte Arbeit	Sprachliche und strukturelle Überarbeitung eigener Textentwürfe. Rechtschreib- und Grammatikprüfungen sowie Rückmeldungen zu Sprache, Verständlichkeit, Kohärenz, Aufbau und Kürzung.
Anthropic (2026), Claude Opus 4.8 High, Version Juni 2026	Technische Hilfestellung	Kapitel 4.4 und Excel-Arbeitsdatei	Unterstützung bei technischen Fragen zu Excel-Formeln, bei der Plausibilitätsprüfung eigener Berechnungswege und Überlegungen zur Datenaufbereitung sowie bei Kontrollrechnungen einzelner Ergebnisse.
Perplexity AI (Okt. 2025 bis Mai 2026)	Rechercheunterstützung	Literaturrecherche	Schnellsuche nach möglicher Fachliteratur anhand des Themas, der Fragestellungen und gewünschter Inhalte. Die Vorschläge und kurzen Inhaltsbeschreibungen dienen der Vorauswahl.