

Aktuelle Herausforderungen und Gelingensbedingungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der Schweiz

Bachelor-Thesis zum Erwerb
des Bachelor-Diploms in Sozialer Arbeit

Berner Fachhochschule

Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Chiara Iorlano

Fabian Frey

Bern, 15. Mai 2026

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis untersucht bestehende Herausforderungen und Gelingensbedingungen, welche für die sozialarbeiterische Praxis im gesundheitsbezogenen Kontext relevant sind. Sozialarbeiter*innen im Gesundheitswesen sind mit handlungsfeldspezifischen Anforderungen und Ressourcen konfrontiert. Dazu gehören unter anderem die interdisziplinäre Zusammenarbeit und strukturelle Veränderungen. Anhand von zwei qualitativen Fachkräftinterviews im Handlungsfeld wurde untersucht, worin die Gelingensbedingungen und Herausforderungen der Sozialberatungsangebote im Schweizer Gesundheitswesen konkret bestehen.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wählten die Autor*innen ein qualitatives Forschungsdesign. Mittels Datenerhebung durch Leitfadeninterviews wurden zwei Fachpersonen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in stationären und ambulanten Arbeitsfeldern interviewt. Mit Hilfe der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse wurden die transkribierten Interviews ausgewertet.

Besonders hervorzuheben sind die Knappheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen und die Zunahme der Fallkomplexitäten, welche beide Fachpersonen beschäftigen und in ihrem professionellen Handeln herausfordern. Ausserdem konnte aus den Interviews abgeleitet werden, dass sich in der Praxis auch mehr politische Einflussnahme der Sozialen Arbeit und ein Ausbau der Anerkennung derselben gewünscht wird. Durch die fehlende Lobby der Sozialen Arbeit ist nur schwer eine Lösung der bestehenden Ressourcenknappheit zu erreichen.

Die Ergebnisse präsentieren sich als eine Mischung aus grossen Herausforderungen und andererseits Bedingungen, welche die Soziale Arbeit im gesundheitsbezogenen Kontext unterstützen können. Dazu gehören die positiven Aspekte der Interdisziplinarität und der Netzwerke unter Sozialarbeitenden. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Bedingungen auch in Zukunft stetig verändern und entwickeln werden, weshalb es wichtig sein wird, diese regelmässig zu erheben. So kann Positives gefördert und Negatives verändert werden.

Danksagung

Wir bedanken uns an dieser Stelle herzlich bei allen, die uns während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben. Ein besonderer Dank geht an die interviewten Fachpersonen aus der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, welche sich bereit erklärt haben, uns als Interviewpartnerinnen gegenüberzustehen und authentisch Auskunft zu geben.

Ausserdem möchten wir uns bei Prof. Dr. Simone Brauchli für die kompetente fachliche Unterstützung im Arbeitsprozess bedanken. Ihre Anregungen waren für uns sehr wertvoll und haben uns vorwärtsgebracht. Auch den Personen aus unserem Umfeld, welche uns in der Korrektur und Überarbeitung der Arbeit unterstützt haben, danken wir für ihr Engagement. Abschliessend möchten wir auch unseren Familien und Freunden für die Unterstützung im Hintergrund danken.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1	Ausgangslage und Forschungsstand	4
1.2	Fragestellung	6
1.3	Bedeutung für die Soziale Arbeit	8
2.	Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit	10
2.1	Soziale Arbeit und Gesundheit	10
2.2	Der Gesundheitsbegriff in der Sozialen Arbeit	11
2.3	Theoretische Konzepte in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	12
2.3.1	Bio-psycho-soziales Modell	13
2.3.2	Integration und Lebensführung	14
2.3.3	Lebensweltorientierung nach Thiersch	16
2.4	Arbeitsfelder	17
2.4.1	Klinische Sozialarbeit	18
2.4.2	Gesundheitsligen	19
2.5	Aufgaben	20
2.6	Herausforderungen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit	23
2.7	Résumé der theoretischen Beschäftigung	24
3.	Forschungsdesign	25
3.1	Erhebungsmethode Interview	27
3.2	Leitfadenerstellung	29
3.3	Auswahl und Konstruktion der Stichprobe	31
3.4	Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews	34
3.5	Transkription	35
3.6	Qualitative Inhaltsanalyse	37
3.6.1	Verwendete Analysesoftware MAXQDA	41
3.7	Codierung	44
3.8	Inhaltsanalyse in sieben Phasen	46

4.	Forschungsergebnisse & Diskussion	52
4.1	Ressourcenknappheit	52
4.2	Zunahme der Fallkomplexitäten	55
4.3	Bedeutung politischer Einflussnahme	56
4.4	Personenbezogene Unterschiede in der Zusammenarbeit	57
4.5	Herausforderungen.....	59
4.5.1	Strukturelle Herausforderungen	59
4.5.2	Persönliche Herausforderungen	62
4.5.3	Herausforderungen in der Zusammenarbeit.....	64
4.5.4	Herausforderungen im Klient*innenkontakt	66
4.6	Gelingensbedingungen.....	69
4.6.1	Unterstützende Gefässe	71
4.6.2	Zusammenarbeit gelingend	75
4.6.3	Persönliche Motivation	78
4.7	Résumé	80
5.	Fazit	83
5.1	Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit.....	83
5.2	Reflexion des methodischen Vorgehens	87
5.3	Ausblick	89
6.	Literaturverzeichnis	91
7.	Abbildungsverzeichnis	96
8.	Dokumentation der Verwendung von KI-gestützten Tools.....	96

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorthesis wurde im Rahmen des Bachelorstudiengangs Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule vorgelegt und dient dem Erwerb des Diploms Bachelor of Science in Sozialer Arbeit. Die Arbeit wurde von einem Team aus zwei Studierenden unter der Begleitung von Prof. Simone Brauchli verfasst. Den Anstoss zur gewählten Thematik hat das Praxismodul im Rahmen des Bachelorstudiums der beiden Autor*innen gegeben. Beide haben das zweite Praxismodul zeitgleich im Handlungsfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit absolviert. Dadurch entstand ein Austausch über Parallelen der unterschiedlichen Institutionen, deren Arbeitsweisen und die Bedingungen für eine für die Adressat*innen gewinnbringende Begleitung und Beratung im jeweiligen Setting. Durch den Austausch der Autor*innen entstand so die Idee einer Verknüpfung der eigenen Erfahrungen mit der Bachelorthesis und führte letztlich zum Arbeitsbündnis, welches dieser Arbeit zu Grunde liegt. Dabei war zu berücksichtigen, dass jemand aus dem Hintergrund der ambulanten Sozialberatung kommt und die zweite Person aus dem Hintergrund der stationären Sozialberatung im Spital. Diese unterschiedlichen Formen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit unterliegen Wechselwirkungen, welche die Autor*innen bereits im Rahmen des Praxismoduls und noch vertieft während der Bearbeitung der vorliegenden Arbeit erfahren durften.

Die dem Autor*innenteam durch eigene Erfahrungen bereits bekannten Handlungsfelder förderten interessante Differenzen, aber auch viele Gemeinsamkeiten und übereinstimmende Haltungen unter den Fachpersonen zu Tage, die in die Arbeit aufgenommen werden konnten. Vor diesem Hintergrund war anfangs der Plan, die Vernetzung unter den unterschiedlichen Institutionen und Sozialberatungsangeboten zu untersuchen. Nach eingehender Recherche stellte das Autor*innenteam fest, dass diese spezifische Thematik noch viele Fragen offenlässt und den Rahmen einer Bachelorthesis mit ihrer begrenzten Zeitspanne und Ressourcenlage sprengen würde. Der Blick wurde also geöffnet und die gesamte Landschaft klinischer Sozialarbeit in der Schweiz in das Zentrum der Recherche gerückt. So kam das Autor*innenteam zum Schluss, die Gelingensbedingungen und Herausforderungen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz zu untersuchen. Dies sollte anhand einer unter den gegebenen Voraussetzungen umsetzbaren empirischen Erhebung geschehen.

Das schweizerische Gesundheitswesen präsentiert sich als komplexes Zusammenspiel von vielen unterschiedlichen eigenständigen Angeboten und Anbieter*innen von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Soziale Arbeit ist schon seit einiger Zeit in vielen Teilen der Welt ein fester Bestandteil dieser Landschaft. Sie unterstützt Patient*innen im Genesungsprozess unter vielen anderen Interventionen auch durch Aufklärung über Finanzierung und soziale Beziehungen. Weiter bietet sie Orientierung im System aus Sozialversicherungen sowie des Gesundheitswesens des jeweiligen Landes oder der entsprechenden Region (Friedli & Keel, 2016). An der Weltkonferenz für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen im Jahr 2016 in Singapur wurde von Friedli und Keel festgehalten, dass es «erfreulich sei, mit welcher Selbstverständlichkeit gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in vielen Teilen der Welt als zentrale Profession im Gesundheitswesen wahrgenommen wird» (Friedli & Keel, 2016, S. 9). Aktuelle Entwicklungen in der Schweiz lassen zum Teil andere Eindrücke entstehen. So kommt es im Jahr 2025 im Frühling zu einem bedeutenden Stellenabbau von 6,2 Vollzeitstellen von Sozialarbeitenden an der Inselgruppe mit Sitz im Kanton Bern. Die Berufsverbände Avenir Social und sages (Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) berichteten davon im August 2025 in einer Stellungnahme (AvenirSocial und sages, 2025), darauf erschien ein kurzer Artikel auf medinside.ch, welcher ebenfalls den Abbau der Sozialberatung am Inselspital kritisierte (medinside, 2025). Bereits im Jahr 2018 hatte das Luzerner Kantonsspital die Sozialberatung umstrukturiert und die Fachpersonen der Sozialen Arbeit durch Case Manager*innen mit einer Pflegeausbildung ersetzen lassen (medinside, 2017). Diese Entwicklung lässt im Zeithorizont von wenigen Jahren eine Verschiebung der Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz vermuten. Ebenfalls lässt sich daraus erahnen, dass die genannte Entwicklung eine Auswirkung auf den Arbeitsalltag von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen hat. Etwa erhöhter Zeitdruck und abnehmende finanzielle Ressourcen lassen sich durch die einschneidenden Veränderungen ableiten. Wirken sich diese genannten Veränderungen tatsächlich auf die Herausforderungen und Gelingensbedingungen in der Arbeit von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen aus? Und falls dies der Fall ist, in welchem Ausmass? Das soll diese Bachelorthesis unter anderem untersuchen. Es soll grundlegend erforscht werden, was für eine gelingende Arbeit in den Sozialberatungsangeboten der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im stationären wie auch im ambulanten Setting in der Schweiz benötigt wird. Zudem liegen die aktuellen Herausforderungen in Bezug auf ebendiese Arbeit im Erkenntnisinteresse der Autor*innen. Weiter sollen aber auch gelingende Aspekte aufgezeigt werden, die aus Sicht der Personen aus der Praxis gefördert werden müssen und was es benötigt, um diese zu stärken.

Vor diesem Hintergrund beschreiben die Autor*innen, welche Herausforderungen und Gelingensbedingungen aus sozialarbeiterischer Perspektive in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bestehen. Die Arbeit legt anhand von empirischem Material dar, was Fachpersonen der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld beschäftigt, sowie welche unterstützenden und erschwerenden Faktoren in ihrem angestammten Kontext zusammenspielen.

Der erste Teil dieser Arbeit befasst sich mit theoretischen Grundlagen und der Herleitung der Forschungsfrage, die für den zweiten, empirischen Teil, handlungsleitend ist. Es wird die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als Handlungsfeld eingeführt und deren Zuständigkeiten im Gesundheitswesen erläutert. Im zweiten Teil der Arbeit steht die empirische Forschung im Zentrum. Es werden zu Beginn die gewählten Vorgehensweisen und Methoden sowie die verwendeten computergestützten Anwendungen eingeführt und in ihrer Wahl begründet. Im Anschluss findet eine Dokumentation der Erhebung des Datenmaterials sowie der Analyse desselben mit Unterstützung durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) statt. Dabei wird anhand von Beispielen der Prozess der Analyse dargelegt. Im letzten, abschliessenden Teil dieser Arbeit wird das ausgewertete Material übersichtlich dargestellt und durch die Autor*innen eingeordnet, diskutiert und Schlüsse für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gezogen. Ausserdem werden im abschliessenden Fazit weiterführende Fragen gestellt, welche sich durch die Bearbeitung der Forschungsfrage ergeben haben und für die Soziale Arbeit von Relevanz sind. Das gewählte methodische Vorgehen wird rückblickend reflektiert und ausgewertet.

1.1 Ausgangslage und Forschungsstand

Die Soziale Arbeit hat im Schweizer Gesundheitswesen ihren Platz. Im stationären Bereich in Kliniken und Spitälern, als auch im ambulanten beratenden Kontext der Gesundheitsligen wie beispielsweise der Krebsliga Schweiz oder Pro-Werken wie der Pro Infirmis kommen Patient*innen mit der Sozialen Arbeit in Kontakt. Im neuerschienenen Berufskodex für die Soziale Arbeit in der Schweiz des Fachverbandes Avenir Social wird die ganzheitliche Betrachtung des Menschen als erster Punkt unter den Prinzipien aufgeführt (Avenir Social, 2026, S. 12). Jede Person soll in ihrer ganzen Komplexität anerkannt werden, wobei auch die Gesundheit ein Teil einer Lebensführung ausmachen kann. Durch eine systemische Sicht auf die Betroffenen und deren Umfeld soll auch mit interdisziplinärer Zusammenarbeit zur Anerkennung einer jeden Person beigetragen werden (Avenir Social, 2026, S. 12). Das Gesundheitswesen ist hierfür ein gutes Beispiel, wo diese Forderungen des Berufsverbandes umgesetzt und in der Praxis angewendet werden können. Es existieren eigene Verbände wie beispielsweise *sages*, der Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit, die sich für eine Stärkung und weitere Etablierung derselben im Gesundheitswesen der Schweiz einsetzen (*sages*, 2026a). Bei Gründung des Verbandes umfasste dieser ausschliesslich Mitglieder aus der Spitalsozialarbeit und hiess zu Beginn SFSS (Schweizerischer Fachverband Sozialdienst in Spitälern). Schon einige Jahre später wurde erkannt, dass der Auftrag der Sozialen Arbeit im Gesundheitsbereich weiter gefasst werden muss, als sich lediglich auf die Akutspitäler zu beschränken. So entstand ein Verband, der auch andere Institutionen des schweizerischen Gesundheitssystems, wie ambulante Sozialberatungen, beinhaltet (Heiniger, 2025). Die Wichtigkeit der Koexistenz ambulanter und stationärer Anbieter*innen ist also rein formell sichtbar und die Erkennung derselben ist durch die Erweiterung der Fachverbände unterstrichen. Auch in den Interviews sowie aus der Praxiserfahrung der Autor*innen wird dies deutlich. Doch in der täglichen Praxis zeigt sich nichtsdestotrotz ein Problem. Es ist vielfach die Rede von Fachkräftemangel. Dieser zeigt sich nicht nur im Gesundheitswesen allgemein, sondern auch speziell in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (Liesener & Preuss, 2025). Folgen sind unmittelbare Auswirkungen auf die tägliche Arbeit von den verbleibenden Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen. Es resultieren nach Franz et al. (2024, zitiert nach Liesener und Preuss, 2025) unter anderem höherschwellige Zugänge zu den Angeboten, Unterversorgung und fachlich unangemessene Konfliktbearbeitung. Ausserdem fehle die Möglichkeit zur Partizipation, Innovation und Teilhabe, um nur einige zu nennen. Diese Umstände lassen bereits nach kurzer Auseinandersetzung mit dem Thema den Eindruck entstehen, dass im Gesundheitswesen tätige Fachpersonen neuen Herausforderungen ausgesetzt sind. Doch nicht nur die personellen Veränderungen im Sinne eines Fachkräftemangels lassen eine Veränderung in den

Arbeitsbedingungen erahnen. Auch die bereits thematisierten ökonomischen Massnahmen in exemplarischer Form von strukturellen Kündigungen verändern mit grosser Wahrscheinlichkeit das Berufsfeld einschneidend und konfrontieren dadurch Fachpersonen mit neuen, insbesondere strukturellen Herausforderungen.

Basierend auf dieser Ausgangslage haben sich die Autor*innen mit den handlungsfeldspezifischen Arbeitsbedingungen und den damit verbundenen Herausforderungen und Gelingensbedingungen befasst. Dabei wurde festgestellt, dass die klinische Soziale Arbeit sowohl im ambulanten wie auch im stationären Umfeld zwar eine gut von der Literatur erfasste und beschriebene Berufsgruppe darstellt, jedoch die Perspektive auf die erwähnten Herausforderungen und Gelingensbedingungen nicht stark vertreten ist. Ein Grossteil der Fachliteratur zum Thema handelt von der Entstehung der klinischen Sozialen Arbeit oder deren Aufgaben im Gesundheitswesen in jeglichen Bereichen. Das Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit von Dettmers und Bischkopf (2021) beschreibt beispielsweise ausführlich die Zuständigkeiten und typischen Aufgaben der klinischen Sozialarbeit in deren häufigsten Handlungsfeldern. Die aktuellen Bedingungen für die Praxis, insbesondere für die Schweiz, kommen über die gesamte Literatur betrachtet nur auszugsweise zur Sprache und scheinen in der Auffassung der Autor*innen zu wenig ausreichend beleuchtet.

Ein weiterer Faktor, der beachtet werden muss, ist die rechtliche Grundlage. Auf Bundesebene gibt es keine gesetzliche Verankerung, welche Spitäler oder Kliniken eine Sozialberatung vorschreibt. Auch auf Kantonsebene bestehen keine flächendeckenden Regelungen (Dietschi, 2017, S. 10). In vielen Kantonen der Schweiz, so in diesem Beispiel auch der Kanton Bern, haben in ihren Gesundheitsversorgungsgesetzen für Spitäler jedoch eine Sozialberatung und ein Patient*innenmanagement vorgesehen. Im Falle des Kantons Bern, welcher für diese Untersuchung die Grundlage ist, ist dieser Punkt im Spitalversorgungsgesetz von 2013 geregelt (Art. 52 SpVG; BSG 812.11). In diesem 2014 in Kraft getretenen Gesetz wird festgehalten, dass die im Kanton Bern ansässigen Spitäler dazu verpflichtet sind, je ein eigenes Patient*innenmanagement sowie eine Sozialberatung sicherzustellen. Sie sind zuständig für die Vernetzung sozialer, pflegerischer und medizinischer Dienstleistungen innerhalb sowie ausserhalb des jeweiligen Spitals (Art. 52 SpVG; BSG 812.11). Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass der Rahmen für Sozialberatung im stationären Feld nur grob gesetzlich abgesteckt ist. Die Sozialberatung kommt einzig in diesem kurzen Artikel zur Sprache, wobei das gesamte Gesetz knapp 160 Artikel umfasst. Die Ausgestaltung der Umsetzung bleibt den Spitälern und Kliniken selbst überlassen. Dafür als Beispiel zu nennen ist der Einsatz von Casemanager*innen anstelle von Sozialarbeitenden in der Sozialberatung, wie es am Kantonsspital in Luzern umgesetzt wurde (medinside, 2017). Dieser rechtliche Rahmen betrifft vorwiegend die

stationären Bereiche im Gesundheitswesen, in denen die Soziale Arbeit tätig ist. Welche Herausforderungen diese offene Formulierung allenfalls mit sich bringen kann und inwiefern auch die ambulanten Angebote davon betroffen sein können, wird später in dieser Arbeit behandelt.

1.2 Fragestellung

Die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist seit längerem durchaus anerkannt, unter anderem von der world health organization (WHO) (Sektion Klinische Sozialarbeit, 2024). Ausserdem ist sie in der Schweiz in einigen Kantonen gesetzlich vorgeschrieben, wie obenstehendes Beispiel anhand des Kantons Bern illustriert. Die Soziale Arbeit ist in Form von Sozialberatung in Akutspitälern oder auf ambulanten Beratungsstellen für die Nachsorgebetreuung zuständig. Wie Untersuchungen belegen, haben diese Unterstützungsleistungen einen nachgewiesenen positiven Effekt auf Re-Hospitalisierungen (Wiedereinweisungen nach einem Klinikaufenthalt) (Dietschi, 2017, S. 11). Nichtsdestotrotz werden in der Schweiz Stellen gestrichen und sozialarbeiterische Fachpersonen durch Case Manager*innen ersetzt. Diese Beobachtungen lassen darauf schliessen, dass sich die Rahmenbedingungen für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen verändern oder in Zukunft verändern werden. Die vorliegende Bachelorthesis soll sich mit den Auswirkungen dieser Entwicklung und der aktuellen Situation aus der Sicht von involvierten sozialarbeiterischen Fachpersonen der Sozialen Arbeit befassen. Das grundlegende Ziel dabei ist, die fachliche Perspektive der Sozialarbeiter*innen aus den Spitälern und Beratungsstellen abzuholen. Des Weiteren werden allfällige Ansätze für gelingende Arbeit im jeweiligen Praxisfeld herausgearbeitet und diese mit bestehendem Wissen verknüpft. Es ist für die vorliegende Arbeit von Interesse, welche persönliche Sicht die betroffenen Personen auf die aktuelle Situation ihrer Profession haben. Zudem untersucht die vorliegende Arbeit, welche Herausforderungen sich als besonders hinderlich in Bezug auf die Sozialberatung in den unterschiedlichen Handlungsfeldern zeigen. Auf der Gegenseite ist es ausserdem wichtig zu erfahren, welche Faktoren bzw. Umstände als positiv empfunden werden, um diese zum Ausdruck zu bringen und bestenfalls in Zukunft verstärken zu können. Die Bedingungen können struktureller, wie auch persönlicher Natur sein. Daraus werden Verknüpfungen mit bestehenden Modellen und Konzepten erarbeitet. Das Forschungsziel ist demnach nicht eine konkrete Lösungsfindung für Herausforderungen, sondern eine Erhebung der aktuellen Situation. Davon ausgehend ist die Ableitung von handlungsleitenden Prinzipien für die weitere Entwicklung vorgesehen. Es soll dargestellt werden, was Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen aktuell beschäftigt.

Dafür werden stationär wie auch ambulant arbeitende Sozialarbeitende in die empirische Erhebung miteinbezogen, um beide Sichtweisen zu erfassen. Einerseits wird die Perspektive aus dem Spital, also im stationären Setting erfasst. Andererseits die Sichtweise aus einer ambulanten Beratungsstelle, welche die Betreuung vor einer Einweisung oder nach einer Entlassung aus dem stationären Setting übernimmt. Fachpersonen der Sozialen Arbeit setzen sich für eine Unterstützung des sozialen Systems, in dem sich Patient*innen bewegen, ein und möchten somit die sozialen Aspekte von Gesundheit zielführend positiv beeinflussen (Avenir Social & sages, 2018, S. 3). Die Autor*innen interessiert dabei, welche Herausforderungen und welche Gelingensbedingungen für die involvierten Fachpersonen im Alltag bezogen auf diesen Auftrag konkret relevant sind. Dabei soll ein später erläutertes, grösstenteils exploratives Vorgehen unterstützen, wodurch sich eine möglichst unvoreingenommene und praxisnahe Bearbeitung der Thematik ergeben soll. Die Wahrnehmung der Fachpersonen soll im Zentrum stehen und davon ausgehend die Themen in dieser Arbeit aufgenommen werden.

Basierend auf der oben ausgeführten Herleitung ist folgende Fragestellung als zentrale Leitfrage für die zu erarbeitende Bachelorthesis entstanden:

«Welche Herausforderungen und Gelingensbedingungen zeigen sich in stationären und ambulanten Sozialberatungsangeboten im Schweizer Gesundheitswesen aus Perspektive von Fachpersonen der Sozialen Arbeit?»

1.3 Bedeutung für die Soziale Arbeit

Die oben formulierte und hergeleitete Fragestellung ist für die Soziale Arbeit in verschiedenen Dimensionen von Bedeutung. Gemäss dem Berufskodex (Avenir Social, 2010) leistet die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag in der Unterstützung von Menschen in belastenden Lebenslagen (S. 7). Wie dem Leitbild der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Avenir Social & sages, 2018) zu entnehmen ist, stehen psychosoziale Aspekte im direkten Zusammenhang zu Gesundheit und Krankheit (S. 5). Soziale Probleme, die aus gesundheitlichen Gründen entstehen, gilt es zu verhindern und zu lindern. Weiter fördern sozialarbeiterische Fachpersonen im Gesundheitswesen die soziale Teilhabe sowie eine gelingende Lebensführung von Klient*innen (S. 2).

Abgeleitet vom Recht auf Gesundheit setzt sich die Soziale Arbeit für die Verfügbarkeit sowie den barrierefreien Zugang von angemessenen Gesundheitsangeboten ein (S. 5). In der psychosozialen Beratung werden alltagspraktische, psychosoziale und sozioökonomische Probleme erkannt und bearbeitet, welche in Verbindung mit den gesundheitseinschränkenden Beschwerden stehen (Süsstrunk et al., 2016, S. 7). Angebote der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nehmen somit bedeutsamen Einfluss auf den Genesungsprozess sowie die nachhaltige Sicherung einer selbstbestimmten Lebensführung von Klient*innen (Avenir Social & sages, 2018, S. 3).

Gemeinsam ist sowohl dem ambulanten wie auch dem stationären Bereich, dass die Soziale Arbeit in einem stark medizinisch-ökonomisch geprägten Gesundheitswesen eine psychosoziale Perspektive miteinbringt. Diese ist insbesondere von hoher Bedeutung, da in einem biopsychisch ausgerichteten Menschenbild zunehmend auch die Wichtigkeit vom Sozialen anerkannt wird (Heiniger, 2025). Als Legitimationsgrundlage der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen verfügt dieses Handlungsfeld über einen eigenen Gegenstand und fachliche Alleinstellungsmerkmale, welche sich mit spezifischen Kompetenzen sowie Fähigkeiten untermauern lassen (Dettmers & Bischkopf, 2021, S. 15). Themen der (fehlenden) Gesundheit werden somit aus einem ganzheitlichen bio-psycho-sozialen Verständnis (Mühlum & Pauls, 2024, S. 25) und weiteren sozialen Theorien wie beispielsweise der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit bearbeitet (Rademaker, 2024, S. 12).

In diesem Sinne versteht die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ihren Auftrag darin, die soziale, umfassende gesellschaftliche Teilhabe von gesundheitlich beeinträchtigten Menschen zu fördern (Sommerfeld, 2021, S. 34). Durch die Unterstützung und Begleitung der Klientel in deren Lebenswelt sowie der Herausforderungen in der Lebensführung leistet sie ihren spezifischen Beitrag als Profession im schweizerischen Gesundheitswesen (ebd.).

Im Rahmen der (präventiven) Gesundheitsförderung setzt sich die Soziale Arbeit zudem auch für die Erschliessung bzw. Aktivierung von Lebensführungssystems-Potentialen ein (Sommerfeld, 2021, S. 34). Das Ziel besteht einerseits in einer möglichst erfolgreichen Bewältigung der Krankheit und zum anderen in einer Milderung ihrer Auswirkungen auf die soziale und gesellschaftliche Teilhabe. In anderen Worten sorgt die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit dafür, Ausschlüsse zu verhindern, indem sie Integrationsmöglichkeiten erhält oder neue eröffnet (ebd.).

Vor dem aktuellen Hintergrund lässt sich weiter vermuten, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit vor vielfältigen Herausforderungen steht. Wie bereits in der *Einleitung* beschrieben, kann sich eine zunehmende Ökonomisierung und damit einhergehende strukturelle Rahmenbedingungen unmittelbar auf das Versorgungsangebot von Klient*innen auswirken. Hierbei lässt sich beispielsweise der Abbau der Sozialberatungen in Schweizer Akutspitälern als aktuelles Beispiel nennen (medinside, 2025). Des Weiteren ist das Thema aus professionsethischer Perspektive insofern relevant, da Sozialarbeitende ökonomische Anforderungen seitens der Praxisorganisation erfüllen müssen. Gleichzeitig gilt es, diese Vorgaben in Verbindung mit zentralen Werten der Sozialen Arbeit wie Selbstbestimmung und Ermächtigung auszuhandeln (Avenir Social, 2026, S. 13–14). Dieser Zugang verdeutlicht die Relevanz einer gelingenden gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Das Innovationspotential dieser Arbeit setzt an diesem Punkt an und fragt nach den Herausforderungen und Gelingensbedingungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich.

2. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Der theoretische Rahmen dieser Arbeit gilt als Fundament für das Verständnis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit und deren ambulante und stationäre Sozialberatungsangebote. Im Folgenden wird zunächst das ausgewählte Handlungsfeld kurz beleuchtet, um die relevanten Rahmenbedingungen zu verstehen, unter denen die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ihre spezifischen Leistungen erbringt. Weiter tragen die vorliegenden Ausführungen zur Konkretisierung der fachlichen Anforderungen von Fachpersonen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Praxisalltag bei.

2.1 Soziale Arbeit und Gesundheit

Anhand der Forschungsfrage beschäftigt sich diese Arbeit mit den stationären und ambulanten Sozialberatungsangeboten im Schweizer Gesundheitswesen. Dieser Bereich, auch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit genannt, wird nun im Rahmen einer Kontextualisierung des Handlungsfeldes näher ausgeführt.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird als Teil der professionell behandelnden und beratenden Fachgemeinschaft im Gesundheitswesen verstanden (Bäumner-Schütte, 2021, S. 70). Sie ist ein wichtiger Zweig Sozialer Arbeit und dient «als professionelle Konkretisierung bei Krankheit und Gesundheit im Kontext einer generalistischen Ausrichtung» (Dettmers & Bischof, 2021, S. 15). In diesem Handlungsfeld tätige Fachpersonen arbeiten mit Menschen in ihrer sozialen und natürlichen Umwelt, welche aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen «in ihrer autonomen Alltagsgestaltung gefährdet sind und reduzierte Chancen auf eine autonome soziale Teilhabe erhalten» (Dettmers, 2021, S. 19). Soziale Arbeit gestaltet in diesem Zusammenhang diverse ambulante und stationäre gesundheitsorientierte Angebote in einem multiprofessionellen Gesundheitssystem mit starker medizinischer Ausrichtung (ebd.).

In der Sozialen Arbeit im Kontext Gesundheit kann weiter zwischen der *gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Sozialwesen*, der *Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* und der *klinischen Sozialarbeit* differenziert werden (Rademaker, 2024, S. 10). Diese Unterscheidungen können hilfreich sein, um deren spezifische Arbeitslogik und Basiskonzepte leichter verstehen zu können (vgl. S. 10). Für die vorliegende Arbeit sind diese Systematisierungskriterien jedoch nicht weiterführend relevant, da die verwendete Begriffsdefinition der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sich auf keinen spezifischen Teilbereich fokussiert, sondern allgemein die Soziale Arbeit im Kontext der Gesundheit umfasst.

2.2 Der Gesundheitsbegriff in der Sozialen Arbeit

In diesem Kontext erscheint weiter die Verwendung des Gesundheitsbegriffes in der Sozialen Arbeit von Bedeutung. Hurrelmann und Richter (2013) entwickeln ein integratives Konzept zur Definition von Gesundheit und Krankheit (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 113). Dabei integrieren sie sich einerseits das *Salutogenesemodell* und andererseits das *Sozialisationsmodell*. In Sinne einer Verknüpfung dieser beiden Ansätze leiten die beiden eine konsensfähige Definition von Gesundheit und Krankheit ab (ebd.). Sie schlagen den folgenden interdisziplinären Bedeutungszusammenhang für **Gesundheit** vor (S. 146):

Gesundheit bedeutet ein Zustand des Gleichgewichtes zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bei gelingender Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147). Gesundheit meint demnach ein Stadium, «das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt» (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

Analog dazu wird der Begriff **Krankheit** wie folgt definiert:

Krankheit umschreibt einen Zustand des Ungleichgewichtes zwischen Risiko- und Schutzfaktoren bei gelingender Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen. Krankheit charakterisiert sich somit durch eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Lebensfreude eines Menschen (ebd.).

Der Begriff **relative Gesundheit** verdeutlicht nun das Konzept eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit mit vorhandenen Zwischenpositionen von vorübergehender Dauer. Lebensphasenbedingt erfolgt dabei konstant die Herstellung zwischen diesen beiden absoluten Zuständen (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

Ist das Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren teilweise gestört, wird von der relativen Gesundheit bzw. relativen Krankheit gesprochen. Das Bewältigen von inneren und äusseren Anforderungen funktioniert nur teilweise oder vorübergehend. Zusammenfassend erfährt ein Mensch in diesem Stadium nur begrenzt Wohlbefinden und Lebensfreude (Hurrelmann & Richter, 2013, S. 147).

Alternativ zur biomedizinischen Ausrichtung vertritt die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit somit die folgende Ansicht zu den Polen von Gesundheit und Krankheit: Die beschriebenen Zustände werden «als Kontinuum bzw. als relationales Verhältnis verstanden» (Bäumner-Schütte, 2021, S. 65). In diesem Zusammenhang ist insbesondere das Verhältnis zwischen Gesundheit und Sozialem von Relevanz (ebd.). Laut Liel (2019) verfügen Fachpersonen der Sozialen Arbeit über die «wissenschaftliche und praktische Expertise zur Behandlung des sozialen Aspekts von Gesundheit» (Liel, 2019, S. 8).

Im gesundheitsbezogenen Sektor zeichnet sich eine Entwicklung ab, die auf eine zunehmende Anerkennung des Sozialen hinweist (Heiniger, 2025). Soziale Faktoren werden demnach als integraler Bestandteil von Gesundheit und Krankheit verstanden. Gemäss Aussage von Therese Straubhaar erhält die soziale Dimension in Bezug auf Krankheiten mehr Aufmerksamkeit von Berufsgruppen, welche sich mit den bio-psychischen Elementen des Menschen auseinandersetzen (ebd.).

Im Folgenden werden ausgewählte theoretische Bezugspunkte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit erläutert und deren spezifische Bedeutung herausgearbeitet. Diese werden im Rahmen des *Fazits* erneut aufgenommen, indem die Autor*innen anhand exemplarischer Beispiele aus der Empirie die praktische Relevanz der Konzepte herleiten.

2.3 Theoretische Konzepte in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Im Feld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit bestehen umfassende Wissensgrundlagen, wobei insbesondere die klinische Sozialarbeit zur (Weiter)-Entwicklung eigener Theorien beiträgt (Dettmers & Bischkopf, 2021, S. 264–265). Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich zur Bearbeitung der diversen gesundheitsbezogenen Problemlagen der Klientel an eigenen theoretischen und methodischen Ausrichtungen (Pauls, 2013, S. 17). Ausgewählte relevante Konzepte werden in diesem Unterkapitel beschrieben.

Dettmers & Bischkopf (2021) formulieren als passende Einleitung hierzu das Verhältnis zwischen eigenen professionstheoretischen Bezügen sowie bezugswissenschaftlichen Konzepten in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit (S. 15). Dieses Feld würdigt «neben eigenen sozialarbeitswissenschaftlichen Entwicklungen die relevanten Bezugswissenschaften als unverzichtbar zum Verstehen und Erklären komplexer Lebenswelten bei Krankheit und Gesundheit ohne sich allerdings von ihnen fremdbestimmen zu lassen» (Dettmers & Bischkopf, 2021, S. 15).

2.3.1 Bio-psycho-soziales Modell

Bei dem bio-psycho-sozialen Modell handelt es sich um ein gesundheitswissenschaftliches Rahmenkonzept, welches biologische, soziale und psychische Faktoren gleichermaßen erfasst (Knoop & Meyer, 2021, S. 40). Mit diesem wechselwirkenden bio-psycho-sozialen Verständnis erfolgt unter anderem die Grundlage für jegliche Interventionen (Pauls, 2013, S. 111, 341). In der klinischen Sozialarbeit gilt das biopsychosoziale Modell bereits seit Anfang an als fester Bestandteil (Mühlum & Pauls, 2024, S. 25). Im Grundsatz wird von einem ganzheitlichen Ansatz gesprochen, da der Einbezug der Sozialen Arbeit in die Gesundheitsversorgung drei Perspektiven gleichzeitig miteinbezieht:

- sozial und sozioökonomisch: Merkmale der Umwelt sowie der Lebenswelt der Adressat*innen
- psychologisch: Merkmale der persönlichen, individuellen Erfahrung
- biologisch: Merkmale der Körperlichkeit (S. 26)

Insbesondere wird dabei die Interaktion bzw. Wechselwirkung zwischen den dreien im Fokus betrachtet (ebd.). Dieses Grundverständnis beschreibt die Notwendigkeit eines sozialen Dienstes, welcher neben den biomedizinischen und psychologisch-therapeutischen Angeboten im Gesundheitswesen eine zentrale Rolle einnimmt. Nur mit Einbezug der Handlungsmethoden der klinischen Sozialarbeit kann die soziale Dimension in der Gesundheitsversorgung ausreichend erfasst und bearbeitet werden (Kröger, 2020, zitiert nach Mühlum & Pauls, 2024, S. 26). In der Ausdifferenzierung der sozialen Perspektive des bio-psycho-sozialen Modells bringt sich die Soziale Arbeit als wichtiger Akteur ein (Liel, 2019, S. 6).

Auch in der Gesundheitspsychologie findet das biopsychosoziale Modell Anwendung (Gerrig et al., 2018). Es gilt dort als die bedeutendste Theorie für die Beziehung zwischen Krankheit und Gesundheit. Letztere sind unter Berücksichtigung des Modells nicht als unabhängige Zustände, sondern vielmehr als gegenseitige Wechselwirkung zu verstehen (Gerrig et al., 2018, S.490). Das Modell bietet für die klinische Sozialarbeit eine Legitimationsgrundlage und hilft beim Verstehen von komplexen Krankheitsgeschichten, welche häufig nicht nur von rein somatischen Beschwerden geprägt sind. Wie auch Kröger (2020) (zitiert nach Mühlum & Pauls, 2024) ausführt, werde die soziale Dimension ohne Einbezug der Sozialen Arbeit und deren Methoden nur im Ansatz und zu wenig gewichtet wahrgenommen (S. 26).

Bei dem bio-psycho-sozialen Modell handelt es sich um kein eigenes theoretisches Konzept der sozialen Arbeit, sondern vielmehr um eine Grundlage der fachlichen Interventionen im Gesundheitswesen (vgl. Knoop & Meyer, 2021, S. 40). Die beiden nachfolgenden Theorien *Integration und Lebensführung* sowie die *lebensweltorientierte Soziale Arbeit* hingegen sind spezifische professionstheoretische Bezugspunkte, wie die Ausführungen unterstreichen.

2.3.2 Integration und Lebensführung

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit richtet ihre Leitorientierung an *Hilfen zur Lebensbewältigung* aus (Sommerfeld, 2021, S. 28). Diese Funktion unterscheidet sich von der *heilenden/therapeutischen Aufgabe* des medizinischen Gesundheitssystems. Als verbindender Referenzpunkt wird von beiden Professionen auf das bio-psycho-soziale Verständnis Bezug genommen (Abbildung 1). Dieses Modell ist somit die Schnittstelle zwischen den beiden Professionen und bildet die Grundlage für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen *Medizin/Therapie* und *Sozialer Arbeit* (ebd.). Handlungsfelder gestaltet die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit aktiv durch eigene fachliche Beiträge mit (Dettmers & Bischkopf, 2021, S. 15). Für die multiprofessionelle Zusammenarbeit ist sie durch ihre spezifischen Aufgaben vorbestimmt (ebd.).

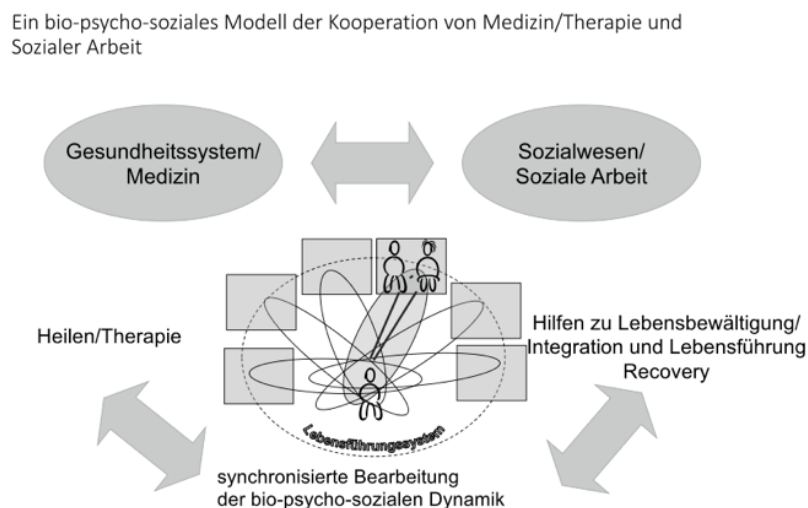


Abbildung 1: Das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit (Sommerfeld, 2021, S. 28)

Der theoretische Ansatz *Integration und Lebensführung* stützt sich bereits auf eine solide Ausarbeitung in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (Sommerfeld, 2021, S. 29). Aus diesem Grund wird diese Theorie nachfolgend näher erläutert.

Sommerfeld (2021) geht von dem Verständnis aus, dass Menschen als eigenständige Akteur*innen, aber gleichzeitig auch als soziales und sozial beeinflusstes Wesen handeln (S. 29). Ein Lebensführungssystem umfasst jeweils zwei Seiten: einerseits das Individuum und zum anderen seine spezifischen Integrationsformen in unterschiedlichen sozialen Handlungssystemen (FHNW, o.D.). Die menschliche Lebensführung beinhaltet somit einerseits eine innere bio-psychische Komponente und andererseits eine sozio-kulturelle Seite, welche sich systemisch wechselseitig beeinflussen (Sommerfeld, 2021, S. 30). Im Gesamten wird der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen verstanden (FHNW, o.D.). Dieses Modell verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Integration und Lebensführung (Sommerfeld, 2021, S. 29).

Aus theoretischer Perspektive ist der Gegenstand Sozialer Arbeit folgend das Individuum mit seiner Ausstattung und seiner sozial und sozio-kulturell strukturierten Lebenswelt (S. 30-31). Sozialarbeiterische Interventionen richten sich zielgerichtet auf die Erschliessung von Potentialen in der Lebensführung der Klientel (S. 34). Somit versucht sie mit ihren Unterstützungsangeboten zu einem gelingenderem Alltag der Adressat*innen beizutragen (S. 31). Um ein Lebensführungssystem ausreichend zu erfassen, braucht es erstmals ein grundlegendes Verständnis über die integrierten und ausgeschlossenen Systembereiche der betroffenen Person (S. 32). Zudem ist hierbei die Analyse von nicht-erschlossenen Potentialen von Bedeutung, um neue Möglichkeiten mithilfe der Klientel weiterführend zu aktivieren. Setzt sich das strukturelle, gesellschaftliche Integrationsproblem in der Lebensführung eines Menschen fest, sind abweichende Verhaltensmuster als Folge erwartbar. Dies betrifft auch gesundheitliche Themen wie Behinderung und Erkrankungen (ebd.).

Anhand dieses theoretischen Ansatzes kann somit auch die Funktion der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit hergeleitet werden. Wie bereits in Unterkapitel 1.3 *Bedeutung für die Soziale Arbeit* beschrieben, begleiten sozialarbeiterische Fachpersonen Menschen lebensweltorientiert und unterstützen deren durch gesundheitliche Faktoren belastete Lebensbewältigung (Sommerfeld, 2021, S. 34). Die Bearbeitung von Integrationsformen in der Lebenswelt der Klientel gilt hier als zentrale klinisch sozialarbeiterische Aufgabe (Pauls, 2013, S. 111). Aus einer sozialen Perspektive ist dabei der Einbezug der alltagsbezogenen sozialtherapeutischen Themen von Klienten im Lebensfeld unumgänglich (ebd.). Diese Handlungsbemühungen tragen wirkungsvoll zur sozialen Teilhabe von erkrankten Betroffenen bei und erhalten bestmöglich die funktionalen Elemente des Lebensführungssystems (Sommerfeld, 2021, S. 34).

Wie die bereits kurz erwähnten Begriffe der *Lebenswelt* in Verbindung mit einem *gelingenden Alltag* andeuten, wird nun in einem weiteren Schritt die lebensweltorientierte Soziale Arbeit und deren gesundheitsrelevante Funktion eingeführt.

2.3.3 Lebensweltorientierung nach Thiersch

Ein weiterer theoretischer Zugang im Zusammenhang mit gesundheitlichen Themen beschreibt die *Theorie der Lebensweltorientierung* von Hans Thiersch. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit beschäftigt sich an erster Stelle mit der alltäglichen Lebenswelt von Adressat*innen (Marti, 2021, S.2). Sie «fragt danach, wie Menschen ihren Alltag erleben und versucht, diesen Alltag zu verstehen» (Marti, 2021, S.1). Über diesen spezifischen Zugang werden individuelle Deutungs- und Handlungsmuster in Bezug auf die Lebenswelt der Klientel untersucht und offengelegt (S. 2). Das Rekonstruieren dieser Lebenswelt wird aus verschiedenen Perspektiven bzw. Dimensionen angegangen (ebd.). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert in den Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raumes, der sozialen Beziehungen und der alltäglichen Bewältigungsaufgaben (Thiersch et al., 2012, S. 186). Im Kern beschäftigt sich die Soziale Arbeit im Kontext Gesundheit also mit der (Wieder)- Herstellung der Handlungsfähigkeit in der Lebenswelt der Klientel (Rademaker, 2024, S. 12).

An Anlehnung an das bio-psycho-soziale Modell der Kooperation zwischen Medizin/ Therapie und Sozialer Arbeit (Abbildung 1) richtet sich die Beratung in der (gesundheitsbezogenen) Sozialen Arbeit am *präventiv-rehabilitativen Helfen* aus (Widulle, 2020, S. 26). In diesem psychosozialen Hilfediskurs berücksichtigen und integrieren Fachpersonen den lebensweltlichen Kontext systematisch (Stimmer & Weinhardt 2010, zitiert nach Widulle, 2020, S. 26). Materielle, soziale und ökologische Strukturen der Lebenswelt werden im Rahmen der Beratung erfasst, um fachliche Interventionen gezielt vorzubereiten. Die gewählten Unterstützungsformen orientieren sich dabei am gesamten Lebensführungssystem, um Bewältigungspotentiale bzw. Hilfesysteme nach Möglichkeit zu aktivieren (ebd.).

Die Ausführungen verdeutlichen die vielfältigen theoretischen wie auch praxisorientierten Bezüge (Dettmers & Bischof, 2021, S. 266). In einem nächsten Schritt werden die Arbeitsfelder in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im Sinne einer Übersicht dargestellt und die klinische Sozialarbeit sowie Gesundheitsligen näher kontextualisiert.

2.4 Arbeitsfelder

Die Versorgung von gesundheitlich gefährdeten oder erkrankten Menschen gestaltet die Soziale Arbeit mit eigenen Angeboten aktiv mit (Pauls, 2021, S. 11). Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag, welchen andere verwandte Berufsgruppen nicht abdecken könnten. Als allgemeiner, praxisfeldübergreifender Auftrag gilt die Bearbeitung von Problemstellungen, Störungsbildern sowie körperlichen und psychischen Erkrankungen der Adressat*innen (ebd.). Die Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit im Kontext Gesundheit zählen zu den traditionellen Einsatzbereichen der Sozialarbeit (Reinicke, 2003, S. 46). Sozialarbeiter*innen benötigen aufgrund der Breite an Aufgabengebieten die Fähigkeit, sich schnell an verändernde bzw. neue Umstände anzupassen (S.8). Weiter sind umfassende sozialrechtliche und sozialadministrative Kompetenzen gefordert, um die komplexe Wissensbasis zu Gesundheit, Krankheit und Behinderung fachspezifisch anwenden zu können (Reinicke, 2003, S. 8).

Wie dem Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen zu entnehmen ist, sind Fachpersonen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen in den folgenden Arbeitsfeldern tätig (Avenir Social & sages, 2018, S. 4):

- somatische Akutspitäler
- Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie
- Rehabilitationskliniken
- Suchthilfe
- Gesundheitsligen
- geriatrische Einrichtungen und Pflegeheime
- Palliative Care und Hospize
- Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention
- gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in anderen Praxisfeldern
- Hochschulen (ebd.).

Diese umfassende Auflistung zeigt gemäss Dettmers (2021) die Vielfalt an bestehenden Praxisfeldern mit jeweils «eigenen fachlichen Anforderungen, gesetzlichen Grundlagen, Organisationsformen und -interessen» (Dettmers, 2021, S. 18). Er beschreibt die Anzahl an Arbeitsfeldern dabei als unübersichtlich (ebd.). Ein besonderer Schwerpunkt dieser Arbeit wird auf der stationären Spitalsozialarbeit sowie der ambulanten psychosozialen Sozialberatung rund um Themen der Gesundheit und Behinderung liegen, da die Interviewpartnerinnen aus diesen Praxisfeldern stammen. Es werden nachfolgend die zwei genannten Bereiche der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit kurz eingeführt und deren Aufgabenbereiche dargestellt.

2.4.1 Klinische Sozialarbeit

Die klinische Sozialarbeit erfolgt in Behandlungskontexten, wobei die Soziale Arbeit eigene spezifische Aufgaben der Beratung sowie Behandlung abdeckt (Mühlum & Pauls, 2024, S. 19). Der Begriff klinische Sozialarbeit bezieht sich dabei in erster Linie nicht «auf stationäre Krankenhaus-Settings oder auf Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bzw. Kliniken» (Pauls, 2013, S. 16). Das Wort *klinisch* definiert in diesem Zusammenhang die direkt beratend-behandelnde Praxis unabhängig vom Behandlungsort. Typische Anbieter sind hierbei beispielsweise Praxen, ambulante Sozialberatungsstellen, stationäre Kliniken und Langzeitinstitutionen etc. (ebd.). Laut Pauls (2013) umfasst klinische Sozialarbeit einen handlungsspezifischen Bereich der Sozialen Arbeit im Sozial- und Gesundheitswesen (Pauls, 2013, S. 17). Sie orientiert sich an einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit, Krankheit sowie Behinderung (Mühlum & Pauls, 2024, S. 19). Klinische Sozialarbeit bietet schwerpunktmässig Angebote im Rahmen «der psychosozialen Diagnostik, Beratung und sozialtherapeutischen Behandlung von Personen im Kontext ihrer Lebenswelt» (Mühlum & Pauls, 2024, S. 19). Von hoher Bedeutung in diesem Kontext sind besonders die folgenden Hilfeformen: psychosoziale Beratung, Krisenintervention, soziale Therapie und Unterstützung sowie aktive stationäre und ambulante Hilfen (Pauls, 2013, S. 17). Kernthemen klinischer Sozialarbeit sind «psychosoziale Störungen und körperliche Beeinträchtigungen in ihrem sozialen Zusammenhang» (Wendt, 2000, zitiert nach Ansen et al. 2004, S.18). Klinische Sozialarbeit ist oftmals dann involviert, wenn Erkrankungen eine soziale Thematik bedingen. Besonders häufig sind zudem soziale Situationen, wo präventive, therapeutische, oder rehabilitative Massnahmen zur Gesundheitsförderung erforderlich sind (ebd.).

Als Kernaussage lässt sich festhalten, dass die klinische Sozialarbeit im Wesentlichen die folgende Zielgruppe adressiert: Menschen mit komplexen Problemlagen, welche in ihrem Alltag multipel belastet sind (Freund, 2024, S. 35). Die Gestaltung einer passenden Hilfeleistung ist dementsprechend anspruchsvoll, da sie in den meisten Fällen einen doppelten Anspruch erfüllen soll: Der erste Anspruch beinhaltet die Verbesserung der Lebenssituation, während gleichzeitig auf eine Erweiterung der individuellen Bewältigungsmethoden hingearbeitet wird (ebd.). Weiter ist die Klärung der Zuständigkeit für die Soziale Arbeit relevant, da bestimmte Kriterien erfüllt sein müssen (Ansen et al., 2004, S. 13). Von bedeutsamer Relevanz sind solche Krankheiten, welche einen komplikationsreichen Verlauf mit sozialen Folgen zeigen. Diese angesprochene soziale Thematik beeinflusst weiter eine gelingende Lebensführung der Klient*innen sowie deren Heilungsprozess stark (ebd.). Hinsichtlich der Problemlagen arbeiten klinische Sozialarbeitende folglich mit einer sehr breit aufgefächerten Klientel (Pauls, 2013, S. 18).

Spitalsozialarbeit

In Bezug auf das professionelle Selbstverständnis der Sozialen Arbeit im Spital erscheint das Konzept der klinischen Sozialarbeit relevant (Ansen, et al., 2004, S. 18). Spitalsozialarbeit kann als ein Teilbereich der klinischen (behandelnden) Sozialarbeit verstanden werden, deren Angebote bei Krankheiten, Behinderungen oder psychosozialen Krisen zum Tragen kommen (ebd.). Mit einem Spitalaufenthalt sind in der Regel gesundheitliche Beschwerden verbunden. Die Risiken für individuelle und psychosoziale Belastungen können somit steigen (sages, 2026c). Durch das Fördern von Selbstständigkeit und sozialer Teilhabe sowie die materielle Grundversicherung wirkt die Spitalsozialarbeit diesen Problemlagen entgegen. Ziel der beratenden Tätigkeit ist dabei eine «optimale Passung zwischen Individuum und Umgebung» (sages, 2026c). Ein besonders relevanter Aufgabenbereich der Spitalsozialarbeit umfasst diesbezüglich die Austrittsplanung. Der Austritt markiert im Spital einen «wichtigen Meilenstein in der Behandlungskette» (Dietschi, 2017, S.2) und bedingt eine gute Koordination (S. 2). Die Spitalsozialarbeit nimmt hier eine Schlüsselfunktion im Austrittsmanagement erkrankter Personen ein (S. 10). Ziel einer umfassenden Planung der Nachsorge ist unter anderem die Vermeidung von Versorgungslücken. Sie trägt dazu bei, dass es zu keinen Unterbrüchen in der Behandlungskette kommt und somit ein möglichst direkter Anschluss gewährleistet wird (Dietschi, 2017, S. 2).

2.4.2 Gesundheitsligen

Gesundheitsligen bieten spezifische Angebote für die Zielgruppe der chronisch erkrankten Menschen sowie deren Angehörigen (sages, 2026b). Sie behandeln soziale Anliegen, welche im Zusammenhang mit Erkrankungen (ent)stehen und repräsentieren somit einen relevanten Versorgungsbereich im Schweizer Gesundheitswesen (ebd.). Ihre vielfältigen Dienstleistungen umfassen unter anderem die Unterstützung chronisch kranker Klient*innen, die psychosoziale Beratung und Begleitung, die Abgabe von Hilfsmitteln, Geräten und weiteren lebensqualitätserhaltenden Hilfen (Geliko, 2024). Die Gesundheitsligen sind in der schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz, auch Geliko genannt, zusammengeschlossen. Sie setzt sich für die Prävention und Gesundheitsförderung ein sowie leistet Unterstützung für Betroffene im Gesundheits- und Sozialwesen. Als Dachverband der schweizerisch tätigen gemeinnützigen Organisationen engagiert sie sich für die Anliegen chronisch erkrankter Menschen auf politischer Ebene (ebd.).

2.5 Aufgaben

In der Literatur findet sich keine allgemeine Übersichtsliste zu den Aufgabenbereichen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der Schweiz. Spezifische Aufgaben werden anhand ausgewählter Tätigkeitsbereiche bzw. Zielgruppen beschrieben, wobei diese Informationen in Leitbildern sowie Handbüchern verteilt ausgeführt werden (vgl. Dettmers & Bischkopf, 2021) & (Avenir Social & sages, 2018).

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) hat im Rahmen einer Informationsbroschüre die relevanten Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen übersichtlich zusammengefasst (DVSG, o.D., S. 4). Aus Autor*innensicht kann davon ausgegangen werden, dass die Aufgabenbereiche grösstenteils auf das schweizerische Gesundheitswesen übertragbar sind, wobei sich die bedeutsamen Unterschiede auf die rechtlichen und organisationalen Strukturen sowie die Finanzierung der Angebote beziehen.

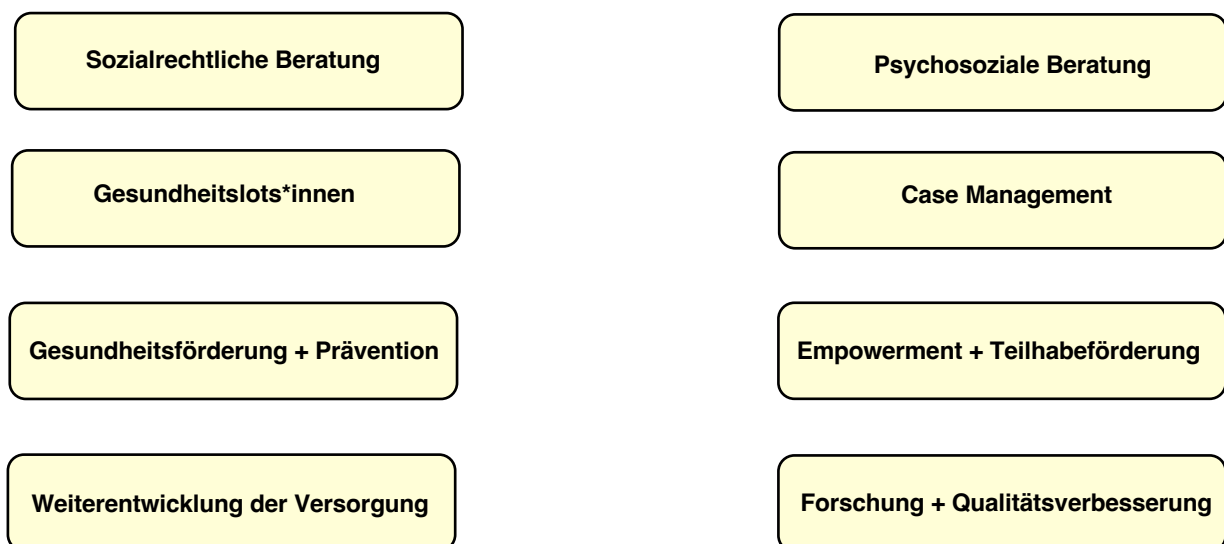


Abbildung 3: Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, o.D., S. 4)

Von besonderer Bedeutung sind im Rahmen der vorliegenden Arbeit die Handlungskonzepte *Case Management* und *Empowerment* sowie *Teilhabeförderung*, da sie einen nachvollziehbaren Bezug zur direkt beratend-behandelnden Praxis ermöglichen (vgl. Pauls, 2013, S. 16). Wie auch die *sozialrechtliche und psychosoziale Beratung* gehören sie zu den direkt interventionsbezogenen Konzepten und Methoden (Galuske, 2013, S. 168). Aus dem genannten Grund werden diese nun ausführlicher beleuchtet.

Die Ausführungen halten sich bewusst kurz, da lediglich eine grobe Skizzierung der Handlungskonzepte beabsichtigt wird. Ziel dabei ist es, die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit ihren spezifischen Aufgabenbereichen grundlegend zu verstehen.

Case Management lässt sich als eine Weiterentwicklung der Einzelfallhilfe verstehen, wobei sie ihre Aufgaben neu ausrichtet (Galuske, 2013, S. 201). Fachpersonen nehmen dabei weniger die psychosoziale Beziehungsarbeit wahr, sondern üben schwerpunktmässig koordinierende, organisierende und planende Funktionen aus (Wendt, 1991, zitiert nach Galuske, 2013, S. 201). Dieses Handlungskonzept zielt in erster Linie auf die Aktivierung der passenden Hilfen ab (ebd.). Es handelt sich also um ein einzelfallbezogenes Fallmanagement, wobei Case Management folgende Hauptaufgaben umfasst: Im Rahmen der Hilfeplanung wird der individuelle Bedarf analysiert, um eine bedarfsgerechte ambulante bzw. stationäre Nachsorgelösung zu koordinieren (DVSG, o.D., S. 4). Zur Organisation der notwendigen Gesundheitsversorgung vernetzen sich Fachpersonen mit allen beteiligten Personengruppen, Leistungsträgern und Leistungserbringern (ebd.).

Empowerment und Teilhabeförderung

Im Wesentlichen findet hierbei auf methodischer Ebene eine Stärkung bzw. Aktivierung von persönlichen Ressourcen und sozialen Netzwerken der Klientel statt (DVSG, o.D., S. 4). Bei Krankheit, Behinderung oder Pflegebedarf verantwortet die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit Unterstützungsleistungen zur Bewältigung des Alltages von Adressat*innen. Weiter fördert sie die soziale Teilhabe. Auch beim beruflichen Wiedereinstieg kommt das Empowerment und die Teilhabeförderung zum Tragen (ebd.).

Um diese fachlichen Handlungen situations- und klient*innenorientiert durchführen zu können, bestehen in der Praxis diverse ambulante und stationäre Settings. Oftmals wird dabei mit der methodischen Kommunikationsform der Beratung gearbeitet. Der gesundheitsbezogene Kontext fokussiert in der Sozialberatung insbesondere sozialrechtliche und psychosoziale Themen, wie die folgenden Ausführungen unterstreichen:

Sozialrechtliche Beratung

Als ein wichtiges Kernelement der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zählt die soziale Absicherung im Sinne einer Einbindung in rechtlich verankerte Systeme (Dettmers, 2021, S. 23). Mithilfe des Verständnisses *Inklusion durch soziale Teilhabe*, ermöglichen und stärken Fachpersonen die Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen wie beispielsweise Wohnen, Erwerbstätigkeit, Ausbildung (ebd.). Für die Prüfung der Anspruchskriterien der Leistungen sowie die Schaffung von inklusiven Zugängen, werden spezifische Kenntnisse über die sozialversicherungsrechtlichen und politischen Rahmenbedingungen benötigt (Lambers, 2016 & Ansen, 2010, zitiert nach Dettmers, 2021, S. 23). Darüber hinaus erfordert die soziale Sicherung in diesem Zusammenhang Beratungs- und Gesprächsführungskompetenzen (ebd.).

Die «Klärung des Bedarfs und der Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der sozialen Sicherung» sowie die Unterstützung bei Einsprache- und Widerspruchsverfahren gehören hier zu den zentralen Aufgaben (DVSG, o.D., S. 4).

Psychosoziale Beratung und Begleitung

Die psychosoziale Beratung bietet Unterstützung bei diversen gesundheitsbezogenen Anliegen, Problemlagen und Krisen (Wesenberg et al., 2024, S. 207). Als Schlüsselaufgabe der Fachpersonen gilt in erster Linie die (Wieder)-Herstellung der Handlungsfähigkeit der Adressat*innen und deren Bezugspersonen. Dieser Prozess ist grundlegend für eine gelingende Bewältigung bzw. Milderung der psychosozialen Belastungen. Im Endeffekt arbeiten sozialarbeiterische Fachpersonen in der psychosozialen Beratung somit daraufhin, die Lebensqualität der Klientel zu verbessern bzw. zu stabilisieren (S. 210). Die Bezeichnung *psychosozial* beinhaltet die ganzheitliche Betrachtung der Lebenswelt von Klient*innen inklusive psychischer und sozialer Faktoren (S. 207).

Die relevanten Aufgaben umfassen zusammenfassend die unterstützende Begleitung bei psychosozialen Belastungen, indem Strategien zur Krankheits- und Krisenbewältigung im Rahmen der Beratung erarbeitet werden (DVSG, o.D., S. 4). Dabei werden nach Möglichkeit auch soziale Ressourcen (re)-aktiviert, um die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Person zu stärken (ebd.).

2.6 Herausforderungen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit zielt unter anderem auf die Erfassung der aktuellen Herausforderungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Aus der Literatur präsentieren sich zusammenfassend die folgenden Herausforderungen:

Auf gesundheitspolitischer Ebene werden verschiedene herausfordernde Themen genannt, wobei namentlich die steigende Lebenserwartung als Auswirkung des sozialen Wandels und die Zunahme chronischer Krankheiten in diese Kategorie fällt (Bäumner-Schütte, 2021, S. 65). In diesem Zusammenhang nehmen wiederum komplexe medizinisch-therapeutische Interventionen zu. Im Sinne des professionsethischen Auftrags wirkt die Soziale Arbeit mit ihren Angeboten weiter «der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen» entgegen (Bäumner-Schütte, 2021, S. 65). Ein weiteres relevantes Thema im Zuge des sozialen Wandels ist die Ökonomisierung im Gesundheits- und Sozialwesen, wobei neue Herausforderungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit entstehen (ebd.).

Grundsätzlich ist von wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und gesundheitlichen Krisen die Rede, welche sich negativ auf die Gesundheit von Adressat*innen auswirken können (Giertz, 2024, S. 420). Deshalb spielen solche globalen Veränderungen in Bezug auf die Praxis der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen eine bedeutsame Rolle. Im Kern sind dabei die Auswirkungen der gesellschaftlichen Entwicklungen auf die Lebenswelt des Klientel Diskussionsgrundlage (ebd.). Des Weiteren stehen diesbezüglich wirtschaftliche Belastungen im Zentrum der Aufmerksamkeit. Vor allem im Zusammenhang mit einer möglichen (zunehmenden) Verschärfung der Ökonomisierungstrends, lassen sich neue Herausforderungen im Sozial- und Gesundheitswesen vermuten. Eine Verschlechterung der psychosozialen Versorgung und deren Zugänge zu Hilfsangeboten für Adressat*innen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit liegt diesbezüglich nahe (S. 421).

Diese kurze Aufzählung an Herausforderungstypen verdeutlicht die vielfältigen Anforderungen und Entwicklungsfelder in diesem Feld. Inwieweit die genannten Herausforderungen in der aktuellen Berufspraxis der Schweiz beschäftigen, wird im Forschungsteil der vorliegenden Arbeit weiterführend untersucht.

2.7 Résumé der theoretischen Beschäftigung

Vorbereitend auf das nächste Kapitel folgt eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Aspekte der theoretischen Auseinandersetzung, welche für den empirischen Teil leitend sind.

Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit präsentiert sich in der Schweiz mit diversen ambulanten und stationären Angeboten (vgl. Dettmers, 2021, S. 19). Es handelt sich um einen bedeutsamen Sektor innerhalb der Sozialen Arbeit (ebd.). Kennzeichnend ist unter anderem ihre grosse Vielfalt an Arbeitsfeldern (S. 18), wobei Fachpersonen in der Praxis überwiegend beratende und gesundheitsfördernde Funktionen ausüben (Avenir Social & sages, 2018, S. 3-4). Typische Problemlagen sind in diesem Kontext insbesondere psychosoziale Belastungen, welche in Verbindung mit gesundheitlichen Themen stehen (vgl. Wesenberg et al., 2024, S. 207). Ausgehend von einem *bio-psycho-sozialen Verständnis* leistet die Soziale Arbeit ihren spezifischen Beitrag im Gesundheitswesen in der Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit (vgl. Bäumner-Schütte, 2021, S. 65). In diesem Feld tätige Fachpersonen verfügen über die notwendige Expertise, um die genannten sozialen Aspekte zu behandeln (Liel, 2019, S. 8).

Innerhalb dieses Kapitels kristallisierte sich weiter der Kernauftrag der Sozialen Arbeit in diesem Handlungsfeld heraus. Aufgrund wiederholter Literaturbezüge erachten die Autor*innen insbesondere die folgenden beiden Aspekte von Bedeutung: Einerseits wird die Relevanz der (Wieder-) Herstellung der Handlungsfähigkeit in der Lebenswelt der Klientel mehrmals hervorgehoben (Rademaker, 2024, S. 12). Wie die *lebensweltorientierte Perspektive* aufzeigt, integrieren Fachpersonen den lebensweltlichen Kontext in ihrem professionellen Handeln systematisch (Stimmer & Weinhardt 2010, zitiert nach Widulle, 2020, S. 26). Somit werden Bewältigungspotentiale der Adressat*innen gezielt aktiviert (ebd.). Die zweite relevante Komponente im Zusammenhang mit gesundheitlichen Beschwerden richtet ihren Fokus auf die Inklusionsperspektive (vgl. Dettmers, 2021, S. 23). Unterstützungsleistungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit orientieren sich dementsprechend grundlegend an der Förderung der sozialen Teilhabe (Sommerfeld, 2021, S. 34). Gemäss des theoretischen Ansatzes *Integration und Lebensführung* zielen die verschiedenen Hilfeformen auf den Erhalt der funktionalen Elemente des Lebensführungssystems ab (Sommerfeld, 2021, S. 34).

Das Kapitel *gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* wird hier abgeschlossen mit dem Wissen der Autor*innen, dass es sich um keine abschliessende theoretische Einbettung handelt. Anhand der beschriebenen Ausführungen wurde lediglich ein Überblick der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen skizziert, wobei sich die Auswahl der behandelten Themenschwerpunkte entlang der Fragestellung orientierte.

3. Forschungsdesign

In den Forschungsgebieten der Sozialen Arbeit spielt die Empirie eine zentrale Rolle (Müller, 2023, S. 412). Da sich soziale Problemlagen und Forschungsgegenstände nur schwer in reinen Zahlen quantifizieren lassen, kommen gemäss Müller (2023) insbesondere qualitative Erhebungsmethoden in der Sozialen Arbeit eine hohe Relevanz zu. Ein Bereich, der unter anderen besonders im Interesse von qualitativer Forschung liegt, ist die Praxis (Koval, 2019, zitiert nach Müller, 2023, S.413). Da sich die vorliegende Arbeit mit den aktuellen Entwicklungen der Praxis im Kontext der klinischen Sozialarbeit in unterschiedlichen Handlungsfeldern befasst, scheint eine qualitative Herangehensweise aus Sicht des Autor*innenteams angezeigt. Müller (2023) gibt weiter an, dass sich die qualitative Forschung wie auch die Soziale Arbeit an vergleichbaren Perspektiven und Grundhaltungen orientieren. Die subjektive Wahrnehmung von Klient*innen oder von Befragten im Rahmen eines Interviews stehen jeweils im Zentrum. Es können Einzelfälle und deren subjektive Auffassung von Zuständen oder Situationen erfasst werden (Müller, 2023, S. 413). Genau das ist im Rahmen dieser Arbeit das Ziel, das die Schreibenden zu erreichen versuchen. Die qualitative Forschung zeichnet sich weiter durch die offene Grundhaltung der Forschenden aus. Dies erscheint in diesem Fall ebenfalls als sehr zentrales Element, da das Ziel der Erhebung ist, einen Zustand zu erfassen und feststellen zu können, wo die klinische Sozialarbeit sich entwickeln sollte, wo Herausforderungen im fachlichen Handeln bestehen und was bereits gelingend funktioniert. Die offene Grundhaltung ist nach Müller (2023) eines der zentralsten Prinzipien im Zusammenhang mit qualitativer Forschung. Es ist unabdingbar, mit einem unvoreingenommenen explorativen Blick das zu erforschende Feld zu betreten und sich darauf einzulassen. Es geht dabei im Gegensatz zur quantitativen Forschung nicht um eine Überprüfung, sondern vielmehr eine Exploration und Erfassung des aktuellen Zustandes (Müller, 2023, S. 414). Dadurch, dass nicht von zu überprüfenden Hypothesen ausgegangen wird, entsteht ein Freiraum, der im Verlauf der Untersuchungen und Erhebungen stetig angepasst werden kann und auf die untersuchte Thematik zugeschnitten werden kann. Für den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit ist diese Herangehensweise sinnvoll, da die Autor*innen keine zuvor aufgestellten Thesen überprüfen wollen, sondern die aktuelle Situation der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit im stationären und ambulanten Bereich in der Schweiz aus der Sicht von Fachpersonen beschreiben wollen. Gemäss Müller (2023) passt sich die Methode in der empirisch-qualitativen Forschung dem Untersuchungsgegenstand an. Das trifft auch im vorliegenden Fall zu, da die Methode anhand der zu untersuchenden Fragestellung ausgewählt wurde. Es interessieren primär die subjektiven Eindrücke der befragten Personen, die durch die gewählte und später ausführlicher erläuterte Methode des offenen Leitfadeninterviews strukturiert und trotzdem mit einer grossen

Flexibilität und Offenheit erhoben werden können. Ausserdem wird aus Ihnen Rückschluss auf aktuelle Herausforderungen und Gelingensbedingungen gezogen.

Zu Beginn des Arbeitsprozesses wurde sich mit Literatur, die die Thematik der klinischen Sozialarbeit abbildet, auseinandergesetzt. Dabei ist den Autor*innen aufgefallen, dass zwar Fachliteratur in unterschiedlicher Form existiert, diese jedoch eher deskriptiv, also beschreibend gehalten wird. In Bezug auf die klinische Sozialarbeit in Form von Sozialberatung im ambulanten und stationären Setting lässt sich nur begrenzt Textmaterial zu Gelingensbedingungen und Herausforderung in der Praxis von Fachpersonen finden. Diese Feststellung führte zum Prozess der Abwägung und Auswahl einer geeigneten empirischen qualitativen Erhebung, um die theoretischen Grundlagen mit Eindrücken aus der Praxis zu untermauern und einen Ausblick zu ermöglichen, was die klinische Sozialarbeit in der Zukunft benötigt und was bereits gut läuft. Es wurde sich schlussendlich für eine Methode entschieden, welche die gewünschten Daten und einen Erkenntnisgewinn daraus unterstützen sollte. In den nachfolgenden Kapiteln wird das empirische Vorgehen genauer erläutert.

3.1 Erhebungsmethode Interview

Grundlegend für eine empirische Erhebung, wie sie für die vorliegende Arbeit vorgesehen wurde, ist die Auswahl der geeigneten Methoden. Geeignet bedeutet in diesem Zusammenhang, dass das Vorgehen der Forschenden kompatibel mit dem Ziel der Erhebung ist. Die gewählten Methoden müssen also primär die Forschenden darin unterstützen, ihre Fragen, insbesondere die eigentliche Forschungsfrage, beantworten zu können. Daher sollten die gewählten Methoden unterschiedlichen Anforderungen entsprechen und mit dem Forschungsziel zu vereinbaren sein. Im Verlauf eines Forschungsprojektes wie dieser Bachelorarbeit sind an unterschiedlichen Stellen unterschiedliche Methoden gefragt. Es muss geklärt sein, wie die Daten erhoben werden, wie eine allfällige Transkription abläuft, womit die Daten analysiert und aufbereitet werden. Die grosse Anzahl an Forschungs- und Erhebungsmethoden, die für die Soziale Arbeit zur Anwendung kommen können, bedingt eine bedachte Auswahl und Begründung der Passung von Methode und Forschungsvorhaben. Da die vorliegende Bachelorthesis sich mit Gelingensbedingungen und Herausforderungen aus der Sicht von involvierten Fachpersonen der Sozialen Arbeit beschäftigt, steht der subjektive Blick der Fachpersonen im Zentrum. Um diesen erheben und verarbeiten zu können bedingt es einer strukturierten Herangehensweise, die es ermöglicht, subjektive Auffassungen von Einzelpersonen zu erfassen. Für die Erzeugung solcher qualitativen Datensätze ist das Interview in unterschiedlichen Formen eine weit verbreitete und gut ausgearbeitete Methode (Helfferich, 2019, S. 669). Es existiert eine Vielzahl an unterschiedlichen Interviewformen, die nicht nur in der Sozialforschung ihre Anwendung finden. Jede Interviewform hat ihre Vor- und Nachteile, die von den Forschenden im Vorfeld der Durchführung abgewogen und evaluiert werden müssen. Nicht jede Interviewform eignet sich für jedes Forschungsvorhaben.

Für die vergleichsweise offene Fragestellung dieser Arbeit ist es von grosser Bedeutung, dass das Interview die Möglichkeit von Erzählungen von subjektiven Eindrücken offenlässt. Es zählt nach Helfferich (2019) der Grundsatz, dass die Offenheit der Fragestellung einen direkten Einfluss auf die Interviewform haben sollte. So wird davon ausgegangen, dass je konkreter die erhobenen Informationen ausfallen sollten, umso strukturierter auch das Interview sein sollte (Helfferich, 2019, S. 674). Im vorliegenden Fall kann dieser Leitsatz also umgekehrt werden und lässt darauf schliessen, dass die Wahl einer offenen Interviewform durchaus Sinn macht. So können persönliche Eindrücke der befragten Personen optimal erfasst werden, um daraus Schlüsse für die Bearbeitung der Frage zu ziehen. Um die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit zu bearbeiten, fiel die Wahl diesbezüglich auf das offene Leitfadenterview. Dieses verfügt über eine vorgegebene Struktur, wobei auch unter dieser Voraussetzung sehr viel Raum für Erzählung und das Wiedergeben subjektiver Eindrücke offenbleibt. Der Leitfaden

steht im Vordergrund, was durch die offenen Formulierungen der Fragen jedoch relativiert wird. So wird es möglich, die gewünschten Bereiche durch die Forschenden abzufragen und trotzdem eine Offenheit zu wahren, in der die Befragten sich einbringen können und die Antwort nicht zu stark eingeschränkt bleibt. In der Literatur finden sich Hinweise, dass das Leitfadeninterview im Allgemeinen sich insbesondere für Forschungsvorhaben mit vergleichsweise eng umgrenzten Fragestellungen eignet (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 128). Durch das offene Gestalten der Fragen innerhalb des Leitfadens bleibt es jedoch möglich, narrative Antworten der befragten Personen zu erzielen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 128). Gleichzeitig besteht durch den standardisierten Leitfaden eine Vergleichbarkeit. Für das hier zu bearbeitende Forschungsinteresse scheint es von grosser Bedeutung, die Relevanzmarkierungen der Befragten mitzuerfassen, und nicht ausschliesslich die sachliche Ebene. Durch die narrativ ausgerichteten Einstiegsfragen wird den Befragten die Möglichkeit gegeben, selbst zu entscheiden, was sie zu diesem Themenbereich für sich als besonders wichtig erachten. Für die Forschenden entsteht dadurch eine interessante Zusatzinformation, die in die Verarbeitung der Interviews einfließen kann.

Das offene Leitfadeninterview bietet zudem den Forschenden die Möglichkeit, nach Bedarf in das Interview einzugreifen und Themen einzuführen, die im Leitfaden nicht vorgesehen sind, oder auf Erzählungen nochmals mittels konkreter Nachfragen einzugehen (Helfferich, 2011, S. 179). Solche Eingriffe müssen stets durch das Forschungsinteresse legitimiert sein und sollten sich auf Themen beschränken, von denen nicht erwartet werden kann, dass sie durch die interviewten Personen zur Sprache kommen. Beispiele sind private oder biographische Aspekte (Helfferich, 2011, S. 180).

3.2 Leitfadenerstellung

Bei der Erstellung eines Leitfadens für das hier vorgesehene offene Leitfadeninterview gibt es einige Aspekte zu beachten. Der Leitfaden dient als Grundlage der empirischen Erhebung und sollte deshalb gut durchdacht sein, da er in sämtlichen Interviews zur Anwendung kommt und dazwischen nicht verändert werden sollte. Nur so kann eine Vergleichbarkeit gewährleistet werden. Grundlegende Voraussetzung ist eine überschaubare Länge des Leitfadens. Durch einen zu langen Leitfaden kann das Interview zu stark einen «Abfragecharakter» erhalten und das Abarbeiten der Fragen steht so im Vordergrund, nicht aber die Erzählungen, die generiert werden sollten (Hopf, 1978, zitiert nach Helfferich, 2011, S. 180). Darauf wurde auch im zur Bearbeitung der vorliegenden Fragestellung erstellten Leitfaden geachtet, wobei sich die Forschenden für folgende Themenblöcke mit jeweils einer offenen Einstiegsfrage und einer bis drei konkreten Nachfragen beschränkt haben:

- Einleitung
- Gesundheitsverständnis/ Gesundheitsförderung
- Zusammenarbeit
- Herausforderungen/ erschwerende Umstände
- Gelingensbedingungen
- Stationär-Ambulant
- Ausblick und Abschluss

Ausserdem finden sich passende stichwortartige Nachfragemöglichkeiten darin. Diese Struktur folgt dem Vorschlag von Helfferich (2019), der eine Dreistufigkeit des Aufbaus erwähnt. Dabei gilt immer das Prinzip «So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig» (Helfferich, 2019, S. 676). Eingeleitet werden die Themenblöcke mit einer offenen Erzählaufforderung, die die Absicht hat, möglichst viele Informationen bereits zu thematisieren, ohne dass von den Forschenden nachgefragt werden muss. Das Ziel ist es, eine narrative Antwort zu erhalten. Ein Beispiel dafür ist die Einstiegsfrage im ersten Block des Interviewleitfadens *Einleitung*: «Du bist schon lange in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit tätig. Erzähle uns doch etwas über deine Arbeit am jetzigen Arbeitsplatz und wie du dazu gekommen bist.» (vgl. Interviewleitfaden, Anhang, S. 97) In einem zweiten Teil können gezielte Nachfragen zu Themen gestellt werden, die ausdrücklich noch nicht angesprochen wurden. Dafür wurden Stichworte in den Leitfaden integriert, um schnell überprüfen zu können, was wichtige Aspekte sind, die erwähnt werden sollen. Exemplarisch dafür lässt sich das Beispiel im Themenblock *Herausforderungen/ erschwerende Umstände* anbringen. Hier wurden nach der offenen Einstiegsfrage noch Zusatzfragen vorgesehen, welche gestellt werden können, sofern die interviewte Person auf diese Inhalte noch keine Antwort gegeben hat. Im konkreten Beispiel war dies eine

Nachfrage nach schwierigen Situationen im direkten Klient*innenkontakt und eine Nachfrage nach erschwerenden Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz (vgl. Interviewleitfaden, Anhang, S. 98). Im dritten Teil der Frageblöcke finden sich jeweils vorformulierte Fragen, die nochmals konkreten Bezug auf verschiedene Sachverhalte nehmen, oder gezielt die Einstellung der Interviewten abfragen (Helfferich, 2019, S. 677). Im obengenannten Beispielfrageblock war dies unter anderem die Frage «Welche Möglichkeiten hast du, um mit diesen schwierigen Situationen/ Umständen umzugehen?» (vgl. Interviewleitfaden, Anhang, S. 98).

Des Weiteren ist auf eine übersichtliche Darstellung zu achten, die die Handhabung im Prozess der Interviewführung erleichtert. Das Ziel ist es dabei, die Fragen nicht ablesen zu müssen, sondern auf einen flüssigen Ablauf zu achten und dabei allenfalls Untergegangenes am Ende aufzugreifen (Helfferich, 2011, S. 180). Zentral ist ausserdem darauf zu achten, dass der Erzählfluss der interviewten Person durch die Fragen gefördert wird. Dies wird unter Anderem durch offene Formulierungen erreicht, die narrative Erzählungen unterstützen sollen und dabei auf geschlossene und Suggestivfragen verzichten (Müller, 2023, S. 421). Die Reihenfolge der Fragen sollte im Idealfall so gewählt sein, dass sie sich an einen natürlichen Erzählfluss anpassen und keine Sprünge oder Themenwechsel enthalten. Ein Beispiel hierfür wäre der Übergang von Erinnerungswissen zu Einstellungs- oder Bewertungsfragen und zurück, der vermieden werden sollte (Helfferich, 2019, S. 677). Im verwendeten Leitfaden wird die Thematik eröffnet, in dem die Interviewten aufgefordert werden, von ihrer Karriere in der klinischen Sozialarbeit zu berichten und wie sie zu ihrem jetzigen Arbeitsplatz gekommen sind. Als konkrete Nachfragen dienen in diesem ersten Abschnitt die Frage nach typischen Abläufen oder Aufgaben sowie die persönliche Frage, was klinische Sozialarbeit ausmacht. Die Ordnung von allgemein zu spezifisch wird in diesem Abschnitt gut illustriert (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 129). Der Einstieg ist inhaltlich lediglich auf die eigene fachliche Laufbahn beschränkt, während die Anschlussfragen mit konkreten Aspekten ergänzt wurden. Die darauffolgenden Themenblöcke unterliegen derselben Struktur. Auch über den ganzen Leitfaden hinweg betrachtet findet sich eine Ordnungsstruktur. Vom oben erwähnten Einstieg über die eigene Laufbahn der Interviewten über Einstellungsfragen bezüglich der Gelingensbedingungen und Herausforderungen im Handlungsfeld bis hin zu einem Ausblick in die Zukunft.

Bei der Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass sie möglichst umgangssprachlich formuliert und flexibel einsetzbar sind (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 130). Die Fragen müssen während dem Interview auch in geänderter Reihenfolge eingesetzt werden können und es muss darauf geachtet werden, was bereits erwähnt wurde, um allenfalls Fragen umformulieren zu können. Der Leitfaden dient zwar als Grundlage für das Interview, ist aber keinesfalls als unflexibles Konstrukt zu verstehen, sondern als anpassbares und dem

Gesprächsverlauf untergeordnetes Werkzeug (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 132). Er dient der interviewführenden Person als Orientierungshilfe und sollte flexibel zu handhaben sein (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 132)

3.3 Auswahl und Konstruktion der Stichprobe

Die Stichprobe, also die ausgewählten Interviewpartner*innen bilden die Grundlage des empirischen Datenmaterials, welches mithilfe der oben beschriebenen offenen Leitfadenterviews gesammelt wird. Für die Festlegung der Stichprobe müssen einige Fragen und Kriterien im Vorhinein geklärt sein (Müller, 2023, S. 417). So zum Beispiel der Anspruch der Verallgemeinerbarkeit eines Forschungsergebnisses (Helfferich, 2011, S. 172). Im vorliegenden Fall ist dieser Anspruch lediglich in untergeordneter Rolle vorhanden, zumal die zeitlichen wie auch personellen Ressourcen sehr limitiert sind. Nach Helfferich (2011) kann dadurch lediglich der Anspruch an Illustration erhoben werden. Die Forschenden Autor*innen verfügen über wenig Erfahrung in der qualitativen Datenerhebung und sehen die vorliegende Arbeit als ein Übungsfeld. Es wurde sich deshalb auf eine Stichprobengrösse von $N=2$ geeinigt, wobei hierbei das Verhältnis von Erhebungsaufwand und Datenertrag den Umständen entsprechend sinnvoll erscheinen. Der Zeitaufwand, der durch die Transkription und Auswertung der Interviews entsteht, ist ein zentraler Faktor, der nicht ausser Acht gelassen werden sollte (Helfferich, 2011, S. 175). Da qualitative Forschung auf das Besondere zielt (Helfferich, 2011, S. 173), kann auch in Frage gestellt werden, ob der Anspruch an Verallgemeinerbarkeit überhaupt gerechtfertigt ist. Auch Müller (2023, S.417) hält fest, dass nicht eine grosse Anzahl an Befragten im Vordergrund stehe, sondern vielmehr darauf zu achten sei, dass die Befragten das Untersuchte ausreichend charakterisieren können. Es interessiert in diesem Zusammenhang besonders die subjektive Wahrnehmung der Befragten auf die Gelingensbedingungen und Herausforderungen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Daraus werden dann Thesen formuliert, die allenfalls weiterverfolgt werden können. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei mehreren Interviewten Personen auch entsprechend mehr persönliche Wahrnehmungen zu Tage gefördert werden. Die hier verwendete Stichprobe wurde bewusst aus den beiden thematisierten Arbeitsfeldern der klinischen Sozialarbeit, nämlich dem ambulanten und dem stationären Setting entnommen. So kann nach Merrens (2000, zitiert nach Helfferich, 2011, S. 174) das Kriterium der inneren Repräsentation teilweise erfüllt werden. Dieses setzt voraus, dass der für die Beantwortung der Fragestellung relevante «Kern» in der Stichprobe vertreten ist. Es wird darauf geachtet, dass möglichst unterschiedliche Perspektiven vertreten sind und in den Ergebnissen sichtbar werden (Müller, 2023, S. 417). Im vorliegenden Fall sind das Fachpersonen aus einem universitären Akutspital sowie einer grossen, schweizweit organisierten Organisation, die Sozialberatung anbietet. Die Stichprobe umfasst also sowohl

maximal unterschiedliche als auch als typisch geltende Fachpersonen und Tätigkeitsbereiche der klinischen Sozialen Arbeit (Merkens, 2000, zitiert nach Helfferich, 2011, S. 174).

Im Unterschied zu quantitativen Forschungsstichproben wird in der qualitativen Forschung die zu untersuchende Gruppe sehr bewusst und aktiv durch die Forschenden zusammengestellt (Müller, 2023, S. 418). Diese Auswahl bedingt einer Begründung, da sie nicht zufällig entsteht und somit steuerbar ist. Es werden gezielt nach Kriterien ausgewählte Personen avisiert, die in den Augen der Forschenden einen Mehrwert für die Beantwortung der Fragestellung liefern können. Im vorliegenden Fall war ein Kriterium das Dienstalter. Dies sollte bei der kleinen Stichprobe von N=2 entsprechend hoch sein. Die Autor*innen erhofften sich dadurch, dass die befragten Fachpersonen über einen guten Überblick über ihr Handlungsfeld verfügen und durch die gemachten Erfahrungen über eine längere Zeitspanne auch Veränderungen miterlebt haben. Ausserdem ein wichtiges Kriterium war das Handlungsfeld. Es wurde bewusst jeweils eine Person aus einer ambulanten und einer stationären Einrichtung, die Sozialberatung anbietet, ausgewählt. Diese Differenz sollte innerhalb der Stichprobe beide Blickwinkel abdecken. Durch die Auswahl von zwei im Schweizer Gesundheitswesen verankerten Institutionen, welche beide schon seit langer Zeit aktiv sind, wird eine Übertragbarkeit auf andere, kleinere Organisationen erhofft.

In der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit lässt sich zwischen verschiedenen Typen von Anbietern unterscheiden. Diese werden im nachfolgenden Abschnitt im Sinne einer groben Feldskizze kurz beschrieben. In einem weiteren Schritt wird das Autor*innenteam argumentativ darlegen, weshalb die ausgewählten Anbieter für diese vorliegende Arbeit als geeignet gelten. Aus der Literatur lassen sich die *stationären Sozialberatungsangebote* im Gesundheitswesen in folgende Bereiche einteilen (Dettmers, 2021, S. 19):

- medizinische Akutversorgung (Psychiatrie, Psychosomatik und Somatik)
- medizinische und soziale Rehabilitation
- Pflegeeinrichtungen wie Alters- und Pflegeheime (S. 19)

Im Schweizer Gesundheitswesen handelt es sich dabei in erster Linie um somatische Akutspitäler, Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie, Rehabilitationskliniken, geriatrische Einrichtungen sowie Pflegeheime und Hospize (Avenir Social & sages, 2018, S. 3).

Auf der anderen Seite präsentieren sich diverse *ambulante sozialarbeiterische Angebote*, welche die Kernthemen Gesundheit, Krankheit und Behinderung abdecken. Dabei handelt es sich vorwiegend um die Suchthilfe, Gesundheitsligen, Palliativ Care und Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention (ebd.). Ambulante Anbieter bieten überwiegend psychosoziale Beratung und Begleitung an, wobei sich eine breite Landschaft an verschiedener

Praxisorganisationen verorten lässt (Brechtbühler, 2004, S. 20). Wichtige Anbieter im Bereich der Gesundheitsligen sind in der Schweiz beispielsweise Pro Infirmis und Pro Senectute, die Lungenliga und die Krebsliga sowie die Multiple Sklerose-Gesellschaft, wobei es sich hierbei um keine abschliessende Aufzählung handelt (ebd.).

Für die Interviews haben die Autor*innen zwei bedeutende Anbieter im Kontext der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit ausgewählt:

- Aus dem stationären Bereich wurde eine Fachperson interviewt, welche in einem grossen Unispital arbeitet. Das Spital ist sowohl national wie auch international aus medizinischer Perspektive von wichtiger Bedeutung.
- Weiter entschied sich das Autor*innenteam für eine grosse Fachorganisation im Behindertenbereich als ausgewählter ambulanter Anbieter.

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Angestellte dieser beiden Anbieter interviewt, da es sich bei beiden um grosse und bedeutsame Organisationen im Gesundheitswesen handelt.

Der Zugang zu den interviewten Fachpersonen gestaltete sich in diesem Fall durch bestehende persönliche Kontakte einfach. Der übliche Schritt der *Felderkundung*, also die Erschliessung eines Zugangs zum Feld, fiel in diesem Fall weg (Müller, 2023, S. 418). Bei der Auswahl von persönlichen Kontakten als Interviewpartner*innen sind dafür einige andere Dimensionen zu beachten (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 59). Hervorzuheben ist dabei insbesondere das Nicht-Ansprechen von Selbstverständlichkeiten, die eine gemeinsame Wissensbasis mit der interviewführenden Person mit sich bringt und die Befangenheit, die bei der Interpretation von Aussagen von Bekannten besteht (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 59). Um diesen Effekten entgegenzuwirken, wurde sich in der Umsetzung der Interviews dazu entschieden, dass jeweils die der befragten Person unbekannte Autor*in das Interview führt. Die zuvor nach den obengenannten Kriterien ausgewählten Personen wurden durch die Forschenden schriftlich kontaktiert und auf diesem Wege angefragt, ob Interesse an einem Interview besteht. Beide angefragten Fachpersonen haben diese Anfrage bestätigt. Anschliessend wurden Termine mit den Betroffenen ausgemacht und die Orte der Durchführungen bestimmt. Im Vorfeld der Durchführung wurden den Befragten die Einwilligungserklärungen vorgelegt. Dort ist die Aufnahme von Tonspuren und die Anonymisierung festgelegt. Im Sinne der Transparenz ist dieser Schritt unerlässlich und vor dem Start der Befragung auszuführen (Müller, 2023, S. 418). Die Interviewpartnerinnen müssen darüber informiert sein, was mit den Aufnahmen und den Daten im Anschluss an das Interview geschieht und wofür diese verwendet werden. Ausserdem werden sie über die Anonymisierung informiert, die eine zwingende Voraussetzung für qualitative Interviews darstellt (Helfferich, 2011, S. 190).

3.4 Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews

Die Durchführung der offenen Leitfadeninterviews setzt wie auch deren vorbereitende Schritte eine Planung voraus. Es gibt viele Faktoren zu beachten und schlussendlich sollte bei der eigentlichen Durchführung alles funktionieren. Ein grundlegender Punkt ist die Ausrüstung, die für die Durchführung benötigt wird. Für die Interviews wurden jeweils die Leitfaden ausgedruckt, um nicht einen Laptop vor sich aufstellen zu müssen. Ausserdem ermöglicht dies der interviewführenden Person, Notizen anzufertigen und sich allfällige Anschlussfragen aufzuschreiben. Auch die zweite Person, die sich im Hintergrund aufhält, erhält einen Interviewleitfaden, um sich Notizen zu machen und allenfalls am Ende des Interviews noch ergänzende Fragen zu stellen. Ebenfalls sehr wichtig ist ein Aufnahmegerät für die Aufzeichnung des Interviews. In diesem Fall wurde jeweils doppelt aufgenommen, mit einem speziellen Audiorekorder und einem Mobiltelefon. Dies dient der doppelten Absicherung, sollte sich ein Gerät während der Durchführung ausschalten oder die Batterie leer sein. Ansonsten ist für die Durchführung der Ort ebenfalls von grosser Bedeutung. Dieser lässt sich je nach Möglichkeiten der Forschenden selbst auswählen, oder wie in diesem Fall von den interviewten Personen festlegen. Es wurden in diesem Fall ein Interview in einem Büro und eines in einer privaten Wohnung durchgeführt. Dabei galt es, darauf zu achten, dass mögliche Störungen vermieden werden können. Beispielsweise im Büroumfeld das Telefon auf stumm zu schalten und den Raum mit «besetzt» zu markieren. Ausserdem wurde darauf geachtet, dass Fenster geschlossen sind und sich keine anderen Personen im Raum befinden, um Störgeräusche zu vermeiden. All das kann Auswirkungen auf die Aufnahmequalität und damit auch auf die Transkriptionsqualität haben. Wenn die Umgebung und das Material bereit sind, geht es an die konkrete Durchführung. Eine Vorstellungsrunde ist in diesem Fall entfallen, da sich jeweils mindestens jemand aus dem Forschungsteam und eine befragte Person gekannt haben. Es wurde darauf geachtet, dass diese Person nicht das Interview führt, sondern die für die Expertin unbekannte, damit nicht auf gemeinsames Vorwissen Bezug genommen werden kann und die Antworten umfangreicher ausfallen. Während der Interviews wurde darauf geachtet, dass eine Person die Fragen vorgetragen hat, während sich die Zweite im Hintergrund aufgehalten hat. Dadurch hatte die interviewte Person ein klares Gegenüber und wusste stets, wen sie ansprechen soll. Es wurde weiter darauf geachtet, dass die Fragen nicht zu sehr abgelesen wurden, sondern frei und in Umgangssprache formuliert vorgetragen werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 130). Dafür wurde einerseits der Leitfaden von den Forschenden im Vorfeld verinnerlicht und andererseits darauf geachtet, dass jeweils die nächste Frage bereits bekannt ist und so keine grösseren Lücken in der Aufnahme entstehen.

3.5 Transkription

Um die gewonnenen qualitativen Daten, die in der Rohfassung als Audiodatei vorliegen, nutzen und auswerten zu können, müssen sie in Textform umgewandelt werden. Dieser Schritt der Transkription ist von zentraler Bedeutung und Bedarf besonderer Aufmerksamkeit. Da das Produkt einer wissenschaftlichen Arbeit in schriftlicher Form vorliegen muss, um nutzbar und überprüfbar zu sein, kann die Transkription nicht vernachlässigt werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 163). Es bedarf einem systematischen Zugriff auf die erhobenen Daten, um diese analysieren zu können. Um das Material verwenden und sich auf Ausschnitte beziehen zu können muss es in schriftliche Form umgewandelt werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 164). Bei Daten in Form von Audiodateien wie in diesem Fall bedarf es also einer 1:1 nachvollziehbaren Umwandlung in Text. Erst in Textform werden verschiedene Interviews wie in diesem Fall vergleichbar. Es wird möglich, einzelne Fragen oder Sequenzen miteinander zu vergleichen und auch das Erkennen von relevanten Inhalten, das bei Audiomaterial untergehen würde, wird vereinfacht. Gemäss Lalouschek und Menz (2002, zitiert nach Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2024, S. 166) ermöglicht die Transkription Gespräche «unter die Lupe» zu nehmen und sie in Ruhe zu untersuchen. Es geht in diesem Schritt noch nicht um eine Interpretation des Datenmaterials, sondern um eine objektive Übernahme des Gesprochenen. Dabei können je nach Forschungsvorhaben paraverbale Faktoren mitaufgenommen werden oder es kann sich rein auf den Inhalt konzentriert werden. Im Falle dieser Bachelorthesis wurden die Transkripte jeweils mit *noScribe*, einer KI basierten Transkriptionssoftware, die als Desktop-App lokal auf einem Computer betrieben wird, erstellt. Durch die lokale funktionsweise kann der Datenschutz gewährleistet werden, da die Audiodatei und die erstellte Transkription lediglich auf dem jeweiligen Gerät bearbeitet und gespeichert wird. Es werden keine Daten über das Internet oder eine Cloud dem Betreiber oder anderen Parteien zur Verfügung gestellt, wie das bei anderen Programmen der Fall ist. Diese laufen über einen Server, wo die Transkription stattfindet (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 202). Das open-source Programm *noScribe* ist zudem in der Lage, Dialekte zu erkennen und in bis zu 60 Sprachen zu übersetzen. Im Anschluss an die Verarbeitung des Textes in der Arbeit wird die aufgezeichnete Datei und die Textdatei gelöscht. Grundlage für die Transkription ist *Whisper* von Open AI und *Pyannote* von Hervé Bredin (Dröge, 2026). Bei der anschliessenden manuellen Nachbearbeitung durch die Autor*innen wurden die Antworten der befragten Person nochmals überarbeitet und Fehler, die das Programm gemacht hat, beseitigt. Dafür bietet *noScribe* einen integrierten Editor an, welcher dafür verwendet werden kann (Dröge, 2026). Häufige Probleme, die in der Nachbearbeitung behoben werden mussten, waren Ausdrücke in Dialekt, die von der Anwendung nicht verstanden wurden und als Begriffe mit anderer Bedeutung ausgegeben wurden. Auch Störgeräusche aus dem Hintergrund und das gleichzeitige Reden von der Interviewführenden

Person und der befragten Person tragen zu einer schlechteren Qualität des Transkriptionsergebnisses bei. Es wurde im Vorfeld entschieden, dass non- und paraverbale Äusserungen der befragten Personen für das vorliegende Forschungsvorhaben nicht von zentraler Bedeutung sind und deswegen im Transkript nicht explizit hervorgehoben werden sollen. Dieser zusätzliche Zeitaufwand wäre im Rahmen dieser Arbeit nicht verhältnismässig und trägt nicht zu einer differenzierteren Beantwortung der Forschungsfrage bei, zumal bereits die Transkription und die Nachbearbeitung die Interviewdauer in etwa um das Vierfache überdauern. Der Text wurde aber auch nicht geglättet, also in eine möglichst verständliche Form gebracht. Versprecher, Wortwiederholungen und Füllworte wie «ähm» wurden bewusst im Transkript belassen, um einerseits den Zeitaufwand zu begrenzen und andererseits Stellen zu identifizieren, bei denen die befragte Person sich mehr Zeit gelassen hat, um eine Antwort zu geben. Dies kann Rückschlüsse auf die Relevanz des Gesagten ermöglichen. Grob wurde sich an einem Vorschlag von Kuckartz und Rädiker (2019) orientiert, welcher von Dresing und Pehl (2018, zitiert nach Kuckartz und Rädiker, 2019) ergänzt wurde und der pragmatische und gut umsetzbare Transkriptionsregeln beinhaltet. Diese umfassen 14 Punkte, welche auch in der Transkription von Videomaterial Anwendung finden können. Gemäss Przyborski und Wohlrab-Sahr (2014) folgt die gesprochene Sprache anderen formalen Regeln als die schriftliche Form. Dies wird im Transkriptionsprozess deutlich erkennbar. In der gesprochenen Sprache werden selten ganze Sätze gemäss deutscher Grammatik gebildet, sondern vielmehr abgekürzt oder durch paraverbale Komponenten unterstützt. Während dem Redefluss werden diese Eigenheiten von den Beteiligten jedoch nicht als Fehler wahrgenommen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 165). Erst beim Gegenlesen und Korrigieren der automatischen Transkription fällt auf, dass es gewisser Erfahrung und Übung bedarf, um einen transkribierten Text zu lesen. Die hier verwendeten Interviews wurden in Schweizer Dialekt geführt und aufgezeichnet und anschliessend ins Hochdeutsche transkribiert. Dies bringt noch andere Herausforderungen mit sich, wie beispielsweise Ausdrücke, die es auf Deutsch in dieser Form nicht gibt. Diese können entweder sinngemäss oder wörtlich in Anführungs- und Schlusszeichen in die Transkription aufgenommen werden. Gemäss dem Eindruck der Autor*innen führt die direkte wörtliche Übernahme zu einer besseren Verständlichkeit des Textes. Vereinzelt wurde das in den verwendeten Transkripten so gehandhabt. Beispielsweise berndeutsche Ausdrucksformen, welche nicht wörtlich übersetzt werden können, wurden in ihrer Ursprungsform belassen und für ein besseres Verständnis in Anführungs- und Schlusszeichen gesetzt. Dieses widerspricht zum Teil den vorgeschlagenen Transkriptionsregeln von Kuckartz und Rädiker (2019, S. 44), erschien aber in diesem Fall durchaus angebracht.

3.6 Qualitative Inhaltsanalyse

Für die inhaltliche Analyse des gesammelten Datenmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz und Rädiker (2024) als Methode gewählt. Diese blickt in der Sozialforschung, wie auch in der Soziologie und der Psychologie auf eine lange Vergangenheit zurück. Doch auch in der kommunikationswissenschaftlichen Forschung, der Kriegsberichterstattung in den 40er Jahren und der Theologie fand die Methode in ihren Anfängen in einer Ursprungsform Anwendung (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 34). Nach Merten (1995, zitiert nach Kuckartz und Rädiker, 2024, S. 34) bereits mit Sigmund Freud und dessen Traumdeutung und der Bibelexegese. Der eigentliche Beginn der Verwendung der qualitativen Inhaltsanalyse als wissenschaftliche Methode in ihrer heutigen Form fällt auf den Anfang des 20. Jahrhunderts. Auf dem 1. Kongress für Soziologie machte Max Weber einen Vorschlag zu einer «Enquete über das Zeitungswesen», welcher einen Teil über das Design und die Methoden der Studien beinhaltete (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 34). Wie der Titel des obengenannten Vorschlages erahnen lässt, war der Beginn der qualitativen Inhaltsanalyse geprägt von der Erfindung des Radios und der Kriegsberichterstattung in Zeitungen in den 1940er Jahren, welche als erste grosse Ausbreitung der Methode gelten. Es erschienen in den Folgejahren viele Dissertationen zur Methodik der qualitativen Analyse von Texten und Radiosendungen, was zu grossen Fortschritten der qualitativen Inhaltsanalyse und deren Methodik führte. In den 50er und 60er Jahren ging der Trend weg von qualitativer Forschung, welche zeitweise gar als «unwissenschaftlich» galt und die Inhaltsanalyse entwickelte sich hin zu einer Methode, die sich auf quantifizierbare Anteile von Texten, wie beispielsweise den Umfang, Zeichenzahlen oder ähnliches konzentrierte (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 35). Kurz darauf wurde wiederum diese eng gefasste Deutung und Anwendung der Inhaltsanalyse kritisiert. Kracauer (1952, zitiert nach Kuckartz und Rädiker, 2024, S.35) war der Erste, der für die «qualitative content analysis» plädierte. Sie sollte sich auf die hermeneutische Deutung und Interpretation von Textinhalten konzentrieren. Das Ziel war eine Erweiterung der bestehenden Inhaltsanalyse, die immer mehr quantitativ verengt wurde (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 36). Kracauers Vorschlag für eine qualitative Inhaltsanalyse fand in der Forschung der 70er und 80er Jahre immer mehr Anwendung, nachdem sie in der Zeit zuvor nur eine unbedeutende Rolle spielte. Nun nahmen andere Forschende die Idee auf und setzten sich mit der qualitativen Inhaltsanalyse auseinander (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 37). Philipp Mayring war dahingehend eine zentrale Person, welche mit ihrem Buch «Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken» aus dem Jahre 1983 den deutschen Begriff der qualitativen Inhaltsanalyse geprägt und weiter gefestigt hatte. Lange wurde dieser mit seinem Namen gar direkt assoziiert (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 37). Seit der Jahrtausendwende ist die qualitative Inhaltsanalyse dann definitiv in der Forschung als anerkannte Methode angekommen. Es erschienen zahlreiche Werke zur Thematik

und die Methode wird in grosser Breite in Forschungsprojekten angewendet (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 37). Auch heute ist diese flächendeckende Anwendung noch zu erkennen, die Methode erfreut sich grosser Beliebtheit. Es werden in Online Fachzeitschriften diverse Artikel publiziert, die sich mit der Anwendung und der Methodik auseinandersetzen, wobei sie insbesondere Bezug auf Kracauers Forderung um mehr Interpretation des Inhaltes aufnehmen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 37). Diese Geschichte weist daraufhin, dass die Methode heute durchaus Ansehen geniesst und durch ihre grossflächige Verbreitung von vielen Forschenden angewendet wird. Das war auch der Grund, dass sich für diese Arbeit für die genannte Methode entschieden wurde. Die gute Dokumentation und die ausführliche Forschung und Anpassung der Anwendung im Bereich der Sozialforschung bietet eine gute Grundlage. Es ist eine Vielzahl an Literatur betreffend diese Methodik zu finden und das Vorgehen ist begründet und folgt klaren Strukturen, lässt aber auf der anderen Seite wiederum den Forschenden einen grossen Spielraum. Auch die bewegte Entstehungsgeschichte deutet auf die Relevanz in der heutigen Forschung hin. Das macht es für die Autor*innen einfacher, die Methode in der Praxis umzusetzen und trägt zu einer strukturierten und vergleichbaren Analyse der transkribierten Interviews bei.

Die qualitative Inhaltsanalyse, wie sie heute zur Anwendung kommt, lässt sich als «systematische Analyse der Bedeutung interpretationsbedürftigen Materials mittels Zuordnung zu den Kategorien eines Kategoriensystems» (Stamann et al., 2016, zitiert nach Kuckartz und Rädiker, 2024, S.38) zusammenfassen. Sie wird durch das Fehlen von Begriffen wie *manifest* oder *objektiv* von der quantitativen Inhaltsanalyse getrennt und deutet damit auch auf die Wichtigkeit von latenten Inhalten in Texten hin (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 38). Obschon manifeste Inhalte ebenfalls erfasst werden können und durchaus nicht zu vernachlässigen sind, liegt auf ihnen im Unterschied zu quantitativen Methoden nicht der Schwerpunkt. Kuckartz und Rädiker (2024) verdeutlichen diese Tatsache, in dem sie in ihrer auf Stamann et al. aufbauenden Definition ebenfalls beide Arten von Inhalten erwähnen. Ausserdem führen sie die Arten der Kategorien aus und erwähnen konkret deduktive, induktive und deduktiv-induktive Ansätze zur Kategorienbildung. Sie führen zudem die quantitativ-statistische Auswertung ebenfalls als Möglichkeit innerhalb einer qualitativen Auswertung ein. Die Analyse kann kategorienorientiert oder fallorientiert ausfallen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 39). Wichtig zu erwähnen in Bezug auf das Verständnis von Kuckartz und Rädiker (2024) ist zudem, dass sie Texte als Datenform zu Videos oder Bildern abgrenzen und differenzieren. Zusammenfassend sei die qualitative Inhaltsanalyse für alle Formen von Analysen, die auf Systematik Wert legen und die methodische Kontrolle als wichtig betrachten, geeignet (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 42). Die zu analysierenden Daten sollten über eine Vergleichbarkeit verfügen, was in diesem Fall als gegeben

angesehen werden kann. Konkret wurden beide Interviews nach demselben Leitfaden und mit Fachpersonen aus demselben Handlungsfeld der Sozialen Arbeit geführt, was sie inhaltlich vergleichbar macht.

Kuckartz und Rädiker (2024) betonen aber andererseits auch, dass die qualitative Inhaltsanalyse keine Methodologie und kein Paradigma sei. Sie sei insbesondere durch ihre hohe Flexibilität in Sachen Anwendung ausgezeichnet. Ein Beispiel dafür ist die Kategorienbildung im Arbeitsschritt der Codierung, die entweder vor der Analyse oder direkt am Material vorgenommen werden könne (S. 49). Auch Mischformen sind möglich, sowie die Analyse von sowohl narrativ geprägten wie auch stark strukturierten Erhebungen wie Fragebögen. Vor diesem Hintergrund kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sich die qualitative Inhaltsanalyse auch im vorliegenden Fall als Analyseinstrument eignen wird, sofern sie dahingehend angepasst und zugeschnitten wird. In diesem konkreten Fall bedeutet dies eine induktive Umsetzung, also eine Kategorienbildung, nachdem das Material erhoben wurde, ausgehend vom zur Verfügung stehenden Material in Form der transkribierten Interviews. In Bezug auf Vorwissen lässt sich sagen, dass dieses bereits in der Erstellung des Leitfadens für die Interviews einfließt (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 51). Ausgehend vom Forschungsstand wird der Leitfaden wie oben erwähnt so gestaltet, damit die erwarteten Aspekte abgedeckt werden können, aber durch offene Fragen auch Raum für neue Faktoren offenbleibt. So wird den interviewten Personen die Möglichkeit gegeben, ihre Sichtweise und ihre Realität einzubringen. Im Falle von dieser Arbeit war das Ziel eine Beschreibung der aktuellen Situation, des Ist-Zustandes, durch Fachpersonen und die Möglichkeit zur Ableitung von Entwicklungsmöglichkeiten daraus. Gemäss Kuckartz und Rädiker (2024) kann selten eine klare Grenze zwischen Beschreibung und Theoriebildung als Ziel der Analyse gezogen werden (S. 51). Vielmehr geht es darum, praktisch verwertbares Wissen zu erlangen. Es lassen sich mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse Zusammenhänge entdecken aber auch Theorien formulieren (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 52).

Ein grosser Anteil des Prozesses der qualitativen Inhaltsanalyse kommt dem *Codieren*, also dem Unterteilen der Texte in Kategorien, zu. Kategorien können unterschiedlich aufgefasst werden, werden aber häufig als *Klassen* oder *Gattungen* definiert. Wenn es um die Kategorien in der empirischen Forschung geht, so wird oft von einer genaueren Definition abgesehen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 54). Dies lässt eine sehr breite Auffassung des Begriffs erahnen, was sich auch in der praktischen Anwendung so zeigt. Den Forschenden wird sehr viel Freiheit gelassen, wenn es um die Bildung von Kategorien geht, nach denen das Textmaterial analysiert werden soll. Die Sammlung von Kuckartz und Rädiker (2024) aus der sozialwissenschaftlichen Forschung zeigt eindrücklich, was alles als Kategorie definiert werden kann (S. 57). Die

beiden Autoren schlagen vor, diese in sieben Arten zu unterscheiden, auf die hier nicht weiter eingegangen werden soll. Sie sollen jedoch illustrieren, wie vielfältig der Begriff der Kategorie in diesem Zusammenhang verstanden und verwendet werden kann. Je nach Forschungsvorhaben und Forschungsfrage kann so das passende Kategoriensystem entwickelt werden.

Kommt es zum Begriff des Codes oder des Codierens ist die Sachlage etwas komplexer. Hier sind sich Forschende uneinig darüber, wie diese definiert werden sollten. So existiert in Fachkreisen die Haltung, dass die Begriffe *Code* und *Kategorie* synonym verwendet werden sollen, andere lehnen sich an die Tradition der quantitativen Forschung an, wo die Begriffe sehr unterschiedlich eingesetzt werden (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 59). Angesichts der grossen Varianz, was die Verwendung der Begriffe angeht, hat sich das Autor*innenteam dieser Arbeit darauf geeinigt, den Begriff der Kategorie für die Oberbegriffe zu verwenden, nach denen das Textmaterial analysiert und eingeteilt wird. Der Begriff *Code* wird für die Markierung im Text mit einer vorbestimmten Kategorie verwendet. *Codieren* steht in diesem Zusammenhang für den gesamtheitlichen Prozess des Zuordnens von Textpassagen zu den obengenannten Kategorien, also dem Vergeben der einzelnen Codes.

3.6.1 Verwendete Analysesoftware MAXQDA

Um die oben eingeführte qualitative Inhaltsanalyse entsprechend umzusetzen, gibt es zahlreiche Möglichkeiten. Klassischerweise wurde mit Stift und Papier vorgegangen, in der heutigen Zeit jedoch verbreitet sich sogenannte *QDA-Software* (QDA steht für Qualitative Data Analysis) grossflächig. Dies aus gutem Grund, denn solch innovative und vielseitig einsetzbare Programme bieten eine grosse Anzahl an Möglichkeiten und Methodenvielfalt und zählen seit über 30 Jahren zu den innovativsten Forschungsfeldern der sozialwissenschaftlichen Methodentwicklung (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 196). Auch für die vorliegende Bachelorthesis wurde sich für die computergestützte Inhaltsanalyse mittels einer QDA-Software entschieden. Konkret fiel die Wahl auf *MAXQDA*, eine in Deutschland entwickelte Anwendung, die heute auf der ganzen Welt von Forschenden in unterschiedlichen Bereichen Anwendung findet. Sie wurde bereits im Jahr 1989 in der ersten Version auf den Markt gebracht und durchlebte seitdem viele Entwicklungsschritte bis zur heutigen Form (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. V). Die kostenpflichtige Software zeichnet sich durch eine sehr vielfältige Nutzbarkeit und grosse Flexibilität, was die Methodenwahl betrifft, aus. Dadurch lässt sie sich für eine Vielzahl an Forschungsprojekten adaptieren und entsprechend für alle in der empirischen Sozialforschung erhobenen Daten einsetzen (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 4). Das Programm bietet auch die Möglichkeit der automatisierten Transkription an, was in diesem Fall nicht zur Anwendung kam, da eine bereits zuvor transkribierte Version der geführten Interviews importiert wurde. Sobald die gewünschte Datei importiert ist, kann diese mittels Textbearbeitungsmodus direkt in MAXQDA bearbeitet werden. In diesem konkreten Fall war dies sehr hilfreich bei der Anonymisierung von einigen Textstellen, um keine Rückschlüsse auf Personen oder Organisationen zu ermöglichen. Genannte Arbeitsstellen der Befragten wurden jeweils durch Begriffe in Klammern ersetzt, was für die Forschenden erkennbar macht, dass hier ein Wort ersetzt wurde. Wenn es zu Bezügen zu anderen Organisationen und in einzelnen Fällen kritischen Äusserungen diesen gegenüber kam, so wurden diese ebenfalls durch einen Begriff (oft: (Organisation)) ersetzt. Da eine Anonymisierung der Interviews im Vorfeld der Interviews per unterzeichneter Einverständniserklärungen den interviewten Personen zugesichert wurde, ist dieser Schritt unerlässlich.

Weiter ermöglicht die Analysesoftware den Forschenden eine Vielzahl von Möglichkeiten, was die qualitative und auch quantitative Auswertung der importierten Daten anbelangt. Die Methode der Analyse wird dabei stets von den Anwendenden festgelegt und kann aufgrund der unzähligen Funktionen frei gewählt werden. Auch kombinierte Anwendungen von Auswertungsmethoden sind im Rahmen einer computergestützten Vorgehensweise denkbar. Für die hier gewählte qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz bietet MAXQDA ebenfalls die

passenden Tools an. Das konkrete Vorgehen in Bezug auf die inhaltliche Analyse wird in einem späteren Kapitel beschrieben.

Für die Autor*innen dieser Arbeit waren einige Funktionen der Anwendung besonders nützlich, wobei gesagt werden muss, dass bei Weitem nicht alle verwendet werden konnten. Allein die Anzahl verunmöglicht dies, zumal es wenig Sinn macht, im hier zur Verfügung stehenden zeitlichen und ressourcentechnischen Rahmen, sämtliche Funktionen zu benutzen. So zeigte sich insbesondere die Codierfunktion als besonders zentral. Dabei können deduktiv, wie auch induktiv am Material Kategorien und Codes (in MAXQDA ist die Rede von Code) gebildet werden. Dies geschieht entweder direkt in der Codeliste oder auf Basis von Textmarkierungen. Auch das Hinzufügen von Textpassagen zu bestehenden Codes geschieht mittels Markierung direkt im Text und anschliessendem Hinzufügen zu einer Kategorie oder einem bestehenden Code. Ausserdem besteht die Möglichkeit, wie in Textbearbeitungsprogrammen, einzelne Passagen farblich zu markieren, was zu einer besseren Orientierung im Material beiträgt. So können bei einem ersten Durchgang scheinbar relevante Stellen hervorgehoben und für die spätere, eigentliche Codierung markiert werden. Eine weitere nützliche Option ist das Erstellen von sogenannten *Memos*, also kurzen Notizen, welche Bezug zum Inhalt des Textes, oder zu dessen Form, beispielsweise auffällige Ausdrucksweisen, nehmen. Kuckartz und Rädiker (2024) heben diese Funktion von QDA-Software in ihrem Buch besonders hervor (S. 208). Die *Memos* können im Verlauf der Bearbeitung stetig angepasst oder zusammengeführt werden und dienen so unter Umständen bereits als erste Textbausteine in Rohform für den im Anschluss zu verfassenden Forschungsbericht (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 208). Im Unterschied zu einer händisch angefertigten Inhaltsanalyse können die erstellten *Memos* bei der computergestützten Vorgehensweise stetig angepasst, erweitert oder gelöscht werden, ohne dadurch an Übersichtlichkeit zu verlieren. Zudem können sie im Fall von MAXQDA separat angezeigt und auch miteinander verlinkt werden. Im vorliegenden Fall sind *Memos* besonders dafür verwendet worden, um auf Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Interviews hinzuweisen. Auch für das Hervorheben von ersten Gedanken oder Zusammenhängen mit theoretischen Bezügen wurden sie verwendet. Einzelne Aussagen der Befragten Fachpersonen, die nicht einem Code zugeordnet wurden, konnten mittels der Memofunktion markiert und mit den Gedanken der Autor*innen als Notiz versehen werden.

Ein weiterer Vorteil in der Verwendung von QDA-Software ist der Umgang mit den bearbeiteten Daten im Anschluss an die Analyse. In diesem konkreten Anwendungsfall war es hilfreich, die Codes und den Text jeweils separat exportieren zu können. Dafür bietet MAXQDA eine Funktion, die es ermöglicht, die Daten in bearbeiteter Form, also mitsamt Codes, *Memos* und farblichen Markierungen in den gängigen Dateiformaten zu exportieren. Es besteht aber wie

erwähnt auch die Möglichkeit, die Daten separat von den Codes zu entnehmen. Dies war im vorliegenden Fall hilfreich, da somit das anonymisierte Transkript direkt in der Anwendung mit Zeilen- oder Absatznummerierungen versehen werden konnte und im Anschluss zur besseren Nachvollzieh- und Belegbarkeit als Word-Datei exportiert werden konnten, welche dieser Arbeit als externer Anhang beiliegt.

Ein abschliessender Aspekt für dieses Kapitel soll der Zusammenarbeit zwischen den forschenden Personen mit Unterstützung der Software gewidmet werden. Das Arbeiten an einem Projekt im Team erfordert immer Absprache und Planung. Gerade in so einem zentralen Schritt in der empirischen Forschung wie dem Codieren, ist es wichtig, die Vorgehensweisen der Teammitglieder entsprechend aufeinander abzustimmen und zu harmonisieren. Die verwendete Software MAXQDA bietet dafür unterschiedliche Möglichkeiten (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 272). Für das vorliegende Projekt wurde die wohl am einfachsten Umsetzbare davon gewählt. Es wurde eine Projektdatei angelegt, die beide Interviews umfasst. Dort wurden sämtliche Codierungen vorgenommen, sowie der Text, wenn nötig angepasst und Fragmente markiert. Zu Beginn haben die Autor*innen gemeinsam am Projekt gearbeitet, um die Codes zu definieren und dieselbe Ausgangslage zu haben. Im späteren Verlauf wurde die Projektdatei jeweils tagesaktuell abgespeichert und von einer Person an die andere versendet, sodass diese weiterarbeiten kann, oder sie als Grundlage für die Analyse im Ergebnisteil dieser Arbeit verwenden kann. War diese Arbeit wiederum abgeschlossen und ist es zu Veränderungen an der MAXQDA-Projektdatei gekommen, hat diese Person eine Version gespeichert und diese zurückgeschickt. So konnte sichergestellt werden, dass immer alle Beteiligten über die aktuelle Version des Datenmaterials mit zugehörigen Codes verfügen. Im Vergleich zu handschriftlichen Analysen kann hierbei der Unterschied in der Art des Markierens und die gegenseitige Lesbarkeit der Handschrift vernachlässigt werden. Alle am Projekt Beteiligten verfügen über dieselben Tools, wobei schlussendlich die Darstellung einheitlich und für alle verständlich wird.

3.7 Codierung

Um das Datenmaterial analysieren und auswerten zu können, wird es zuvor, wie oben erwähnt, codiert. Im folgenden Kapitel wird die Vorgehensweise des Codierens und die theoretischen Grundlagen davon erläutert.

Zunächst lassen sich in der Literatur grob zwei unterschiedliche Arten des Codierens unterscheiden. Eine davon stellt das deduktive Vorgehen dar. Hierbei wird in Bezug auf theoretisches Vorwissen und in Anlehnung an die Forschungsfrage bereits im Vorfeld an die Analyse ein Kategoriensystem erstellt. Somit ergibt sich bereits vor der eigentlichen Auseinandersetzung mit dem Material eine meist theoriebasierte, inhaltliche Systematisierung (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 98). Die sogenannte induktive, oder datengesteuerte Kategorienbildung, stellt das Gegenteil dar und kommt entsprechend umgekehrt zur Anwendung. Hierbei werden die Kategorien und Codes anhand des Textmaterials gebildet, wodurch ein meist hierarchisches Kategoriensystem konstruiert wird. In mehreren Durchläufen werden neue Codes vergeben und dem Kategoriensystem zugeordnet (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 98).

Für diese Arbeit haben sich die Autor*innen auf ein induktives Vorgehen geeinigt, da das Ziel war, ohne grosse Vorannahmen an die Thematik der Gelingensbedingungen und Herausforderungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen heranzutreten und die Daten für sich sprechen zu lassen. Dafür eignet sich die induktive Variante des Codierens besonders, da sie die Bildung der Kategorien und Codes direkt am Material zulässt. Konkret bedeutet dies im Zusammenhang mit der vorliegenden Arbeit, dass keine Kategorien im Vorfeld gebildet und dann nur noch zugeordnet wurden, sondern sämtliche Codierungen direkt bei der Konsultation der Texte in MAXQDA generiert wurden. Dies mit der Begründung, dass aus der Literatur nur wenige konkrete Herausforderungen und Gelingensbedingungen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit erörtert werden konnten. Es lässt sich sagen, dass in der qualitativen Forschungspraxis eine rein induktive, wie auch eine rein deduktive Vorgehensweise in der Kategorienbildung nur äusserst selten anzutreffen sind. Viel häufiger sind Mischformen, die sich auf einem Spektrum zwischen diesen beiden Extremen befinden (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 129). Auch die in dieser Arbeit zur Anwendung kommende inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse lässt sich mit beiden Arten von Kategorien durchführen. Es wurde sich in Widerspruch zu Kuckartz und Rädiker für ein induktives Verfahren entschieden, da so aus Zeitgründen direkt mit der Codierung gestartet werden konnte, sobald das Material umfassend transkribiert wurde. Gemäss Kuckartz und Rädiker (2024) kommt in den meisten Fällen ein mehrstufiges Verfahren zur Anwendung, welches mit mehrheitlich deduktiven Hauptkategorien gestartet wird und im Anschluss mit induktiven Kategorien ergänzt wird (S. 129). Die Schreibenden haben während dem Auswertungsprozess festgestellt, dass die Kategorien

zwar alle induktiv am Material erstellt wurden, jedoch zum Teil einen deduktiven Charakter aufweisen. Dies zeigt sich beispielsweise bei den Subkategorien der Rollen und Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Diese könnten in dieser Form auch deduktiv, also ausgehend vom Leitfaden oder eigenen Wissensbeständen der Schreibenden entstanden sein. Beispielsweise die Subkategorien *Nachsorgelösungen* oder *sozialversicherungsrechtliche Interventionen* könnten nach kurzer Auseinandersetzung mit der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit auch deduktiv entstehen. In diesem Fall wurden sie jedoch erst tatsächlich definiert, wenn eine Fachperson von den jeweiligen Interventionen oder Aufgabengebieten erzählt hat. Im Unterschied dazu steht die Kategorie *Ressourcenknappheit*. Dies ist eine klassische induktive Kategorie, da man als forschende Person nicht davon ausgehen kann, dass eine Ressourcenknappheit besteht. Die Kategorie kommt also aus dem Text hervor und wird anhand von mehreren Codierungen in beiden Interviews in ihrer Relevanz bestätigt.

Das induktive Vorgehen in der Kategorienbildung und Codierung kann den Eindruck erwecken, dass den Forschenden die Codes aus dem Material automatisch zufallen. Dies ist keineswegs der Fall, wie dies auch Kuckartz und Rädiker (2019) hervorheben (S. 102). Vielmehr handelt es sich um einen aktiven Prozess, der Vorwissen wie auch entsprechende Sprachkompetenz der Forschenden verlangt. Da die Kategorien anhand des tatsächlich zur Verfügung stehenden Materials gebildet und codiert werden, ist es durchaus möglich, dass die Anzahl der forschenden Personen mit der Anzahl an unterschiedlichen entwickelten Kategoriensystemen einhergeht. Da diese Vorgehensweise nur schwer eine intersubjektive Übereinstimmung bieten kann, ist dieser Herausforderung vor der Codierung Aufmerksamkeit beizumessen. Der Anspruch, dass sich alle Mitglieder eines Forschungsteams unabhängig voneinander auf dieselben Kategorien und Codierungen eignen, kann nicht als gegeben betrachtet werden (Kuckartz & Rädiker, 2019, S. 103). Um diesem Umstand entgegenzuwirken haben sich die Autor*innen für die Codierung und Bildung des induktiven Kategoriensystems jeweils vor Ort verabredet und diesen Prozess gemeinsam durchlaufen. Dadurch konnten Textpassagen sogleich intensiv diskutiert und abgewogen werden, zu welcher bestehenden Kategorie ein Abschnitt angefügt wird, oder wo allenfalls eine neue Kategorie und ein Code vergeben wird. Kuckartz et al. (2008) empfehlen ein induktives Codieren im Team gar explizit, da auf diese Weise das volle Kreativitätspotential der Gruppe ausgeschöpft werden kann (zitiert nach Kuckartz und Rädiker, 2019, S. 103).

3.8 Inhaltsanalyse in sieben Phasen

Konkret im Fall dieser Arbeit wurde sich am Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2024) orientiert. Dabei ist zu erwähnen, dass es sich aus ressourcentechnischen Gründen und der begrenzt zur Verfügung stehenden Zeit für das vorliegende Projekt nicht um eine 1:1-Umsetzung, sondern um eine Anlehnung an die vorgeschlagenen sieben Phasen handelt. Kuckartz und Rädiker erwähnen in ihrem Buch auch die Möglichkeit zur Modifikation explizit, beispielhaft im Fall von narrativen Interviews (2024, S. 130). Nachfolgend wird der Analyseprozess des Codierens in Anlehnung an das 7-Phasen-Modell von Kuckartz und Rädiker (2024) erläutert.

Die erste Phase im Analyseprozess ist der sogenannten initiierenden Textarbeit, der Anfertigung von Memos und allfälligen Fallzusammenfassungen gewidmet (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 133). Hierbei steht im Zentrum die erste Auseinandersetzung mit dem Textmaterial. Im vorliegenden Fall wurden die Texte von den Autor*innen aufmerksam gelesen und direkt in der QDA-Software an unterschiedlichen Stellen farbliche Markierungen gesetzt. Dabei wurde in diesem Schritt lediglich zwischen positiv und negativ gewerteten Aussagen unterschieden. Diese wurden im Anschluss rot, respektive grün markiert. Ausserdem wurden erste Memos angelegt. Diese umfassten einerseits Bemerkungen zu Gemeinsamkeiten der beiden Texte, aber auch erste Ideen für Kategorisierungen oder Anmerkungen zum Inhalt einzelner Textpassagen. Auf das Erstellen von Fallzusammenfassungen wurde verzichtet, da sich daraus kein Mehrwert ergeben hätte. Die Inhalte der Interviews waren den beteiligten Personen umfassend bekannt.

In der nachfolgenden zweiten Phase geht es um die inhaltliche Strukturierung des Textes, wovon sich auch der Name der Methode ableiten lässt. Dabei werden erste Hauptkategorien im Material identifiziert und als Codes festgehalten. Kuckartz und Rädiker (2024) schlagen hierfür primär ein deduktives Vorgehen ausgehend beispielsweise von der Forschungsfrage oder dem Interviewleitfaden vor. Im Falle dieser Arbeit wurde von Beginn an induktiv vorgegangen, was bedeutet, dass erste auffällige Punkte, die zur Sprache gekommen sind, als Kategorien notiert wurden. Diese hätten sich auch zum Teil aus den Fragestellungen des Interviewleitfadens ableiten lassen, wurden aber erst mit der Konsultation des Textmaterials als Kategorien festgehalten. Dabei sind erwartete Kategorien wie beispielsweise *strukturelle Herausforderungen* oder *unterstützende Gefässe* entstanden. Neben diesen aber auch solche, die erst am Material entstehen konnten und in dieser konkreten Form nicht hätten vordefiniert werden können. Ein Beispiel dafür ist die Kategorie *politische Einflussnahme/Lobby/Ansehen*. Kuckartz und Rädiker (2024) schlagen unter Phase zwei weiter vor, die Kategorien anhand eines Probedurchlaufes an einem Ausschnitt des Textmaterials zu bilden. Damit soll eine

konkrete Anwendung auf das empirische Material geprüft werden können (S. 134). Auf diesen Schritt wurde aufgrund des überschaubaren Umfangs der Interviewtranskripte verzichtet.

In der dritten Phase steht der erste eigentliche Codierprozess im Zentrum. Dabei wird der Text im vollen Umfang von Anfang bis Ende durchgearbeitet und die Kategorien den Textabschnitten zugewiesen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 134). Dies wurde hier entsprechend umgesetzt. Es kann dabei vorkommen, dass Textstellen mehrfach codiert werden, was aber so belassen werden kann. Konkret kam es beispielsweise zu Überschneidungen der Kategorien *persönliche Herausforderungen* und *Herausforderungen in der Zusammenarbeit*. In Bezug auf die Grösse der codierten Textstellen sagen Kuckartz und Rädiker (2024), dass diese auch allein stehend noch verständlich sein sollten. Das führt dazu, dass sie oft mindestens ganze Sätze oder Absätze umfassen. Wenn zum Verständnis nötig, wird auch die Interviewfrage mitcodiert. In folgendem Auszug aus der MAXQDA-Datei wird dies exemplarisch sichtbar:

«S02: Ja, genau. Also wir können zum Teil auch, äh, aufsuchende Sozialarbeit machen, indem dass man die neuen stationären Leute einfach mal sieht, das macht vor allem die Psychoonkologie, mit denen haben wir auch sehr viel Zusammenarbeit, aber bis jetzt haben wir das nicht gemacht, weil es einfach zeitlich nicht drin gelegen ist.

S01: Ja, eine Ressourcenfrage, in dem Fall?

S02: Ja, genau.» (vgl. Interview S, Pos. 15-17)

Hier wurde die Zwischenfrage durch die interviewführende Person S01 unter der Kategorie *Ressourcenknappheit* mitcodiert. Ausserdem findet sich im selben Ausschnitt eine Überlapung des genannten Codes mit *strukturellen Herausforderungen*.

Nachdem in der dritten Phase im ersten Durchlauf alle relevanten Textstellen durch die Hauptkategorien codiert sind, geht es in der darauffolgenden vierten Phase darum, die bestehenden Kategorien weiter auszudifferenzieren und zu präzisieren. Dies geschieht in dieser Analyseform mittels sogenannten *Subkategorien* (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 138). Dabei werden die codierten Abschnitte der jeweiligen Hauptkategorien separat betrachtet und aufgelistet. Anhand dieser codierten Segmente werden dann Differenzierungen vorgenommen, sie werden also weiter aufgeteilt. Dieser Teil der Kategorienbildung geschieht induktiv, am Material, welches zur Verfügung steht. Es ist darauf zu achten, dass die einzelnen Subkategorien gut voneinander differenzierbar sind und es sollte dem Grundsatz «so einfach wie möglich, so differenziert wie nötig» gefolgt werden (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 139). Ebenfalls ist es von Bedeutung, sich bei der Definition und Zuweisung der Subkategorien das Ziel der Forschungsarbeit vor Augen zu führen und sich damit auseinanderzusetzen, was in einem

späteren Bericht abgehandelt werden sollte. Die Subkategorien können mit Memos versehen werden, welche eine Definition oder Voraussetzung enthalten, wann die betreffende Kategorie codiert werden soll. Insbesondere in Fällen von Teamarbeiten wie bei dieser Arbeit erscheint dieser Schritt sinnvoll. In der vorliegenden Arbeit wurde die erläuterte vierte Phase in vereinfachter Form angewendet. Der Text wurde mehrmals im Team durchgegangen und es wurde direkt am Volltext nach neuen Subkategorien codiert. So wurde der Zwischenschritt einer Auflistung der bereits codierten Elemente eingespart und es konnte zudem bei jedem Durchlauf der gesamte Text als Einheit betrachtet werden. Die Länge des analysierten Textes spielte auch in dieser Bearbeitungsphase eine Rolle und die kleine Anzahl von zwei Interviews liess dieses Vorgehen zu. Die Subkategorien wurden direkt in der QDA-Software in hierarchischer Form den Hauptkategorien untergeordnet. So findet sich folgender *Code-Baum* im bearbeiteten MAXQDA-Dokument:

- Herausforderungen
 - Persönliche Herausforderungen
 - Strukturelle Herausforderungen
 - Herausforderungen in der Zusammenarbeit
 - Herausforderungen im Klient*innenkontakt

Dabei dient die Kategorie *Herausforderungen* als Hauptkategorie und umfasst die Subkategorien, die ihr in hierarchischer Form nachfolgen. Die Hauptkategorie dient zudem als Sammlung für alle codierten Passagen, die Herausforderungen in der klinischen Sozialarbeit abbilden, jedoch nicht einer Subkategorie zugehörig sind. Ähnlich verhält sich der Aufbau der Hauptkategorie *Rolle/ Aufgabe der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen*. In den Subkategorien werden die häufigsten Aufgabengebiete und Angebote, die in den Befragungen genannt wurden, eigenständig codiert.

In Phase fünf folgt auf die Ausdifferenzierung der Kategorien dann die Zuteilung der Kategorien zu den bereits codierten Textstellen. Dieser Schritt verlangt eine erneute Durcharbeit des Materials, die im vorliegenden Fall bereits gemacht wurde. Somit wurden für die vorliegende Arbeit die Phasen vier und fünf zum Teil miteinander verschmolzen, was den gesamten Codierungsvorgang etwas beschleunigt hat. Eine Herausforderung, mit der die Autor*innen konfrontiert wurden und die auch von Kuckartz und Rädiker (2024) genannt wird, ist der zeitliche Mehraufwand, der entsteht, wenn die Kategorien in dieser Phase weiter ausdifferenziert werden. Dabei muss das vorangehende Material erneut codiert werden und auf allfälliges Vorkommen der neuen Kategorie untersucht werden (S. 142). Wiederum das Zusammenfassen von Kategorien ist im Verlauf problemlos möglich, insbesondere durch die computergestützte

Vorgehensweise. Folgendes Kategorien- und Subkategoriensystem kristallisierte sich im Prozesse der fünften Phase heraus:

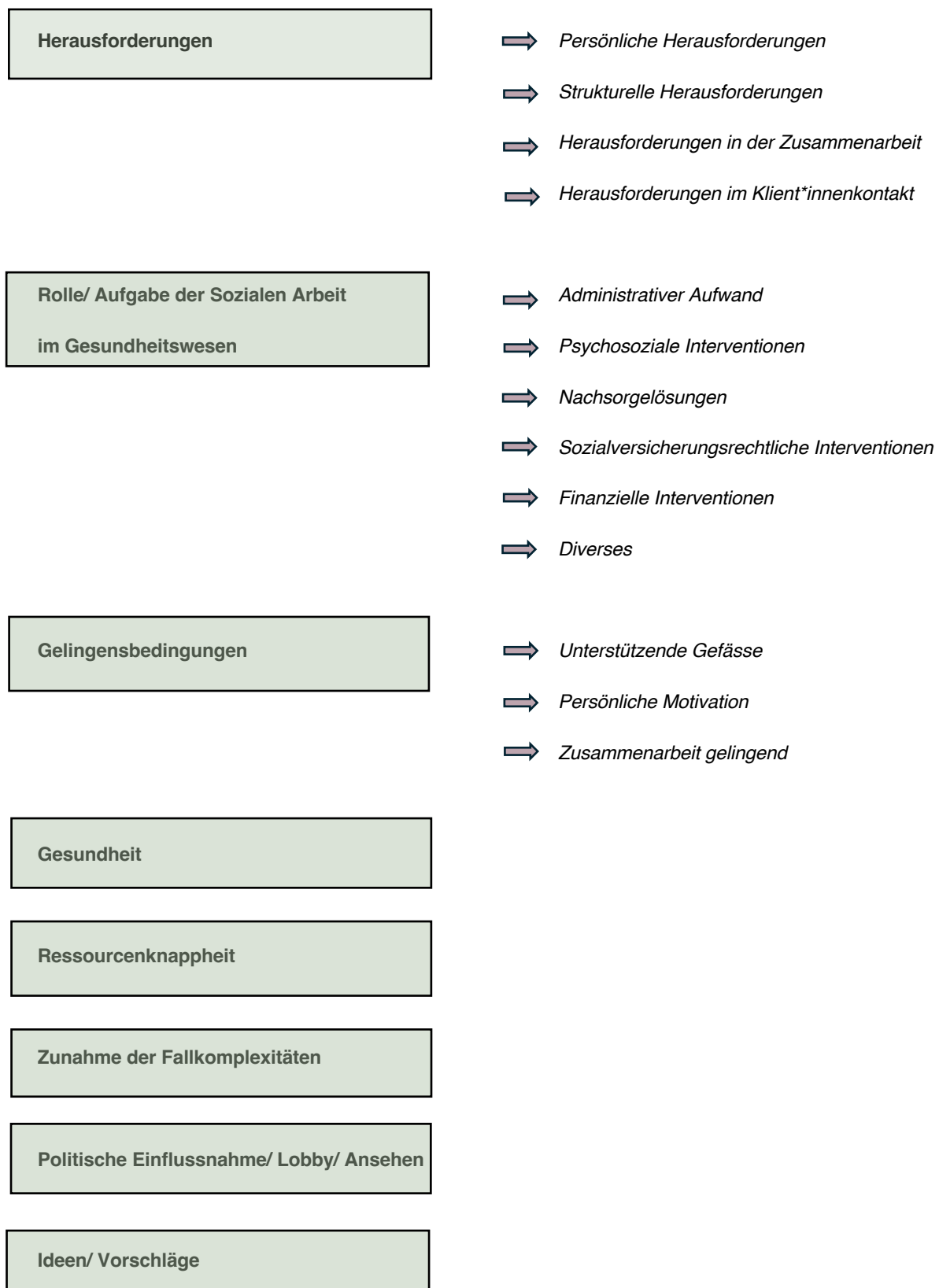


Abbildung 4: Kategorien und Subkategorien (eigene Darstellung)

Nach dieser fünften Phase ist vorerst die Arbeit des Codierens und des systematischen Aufarbeitens des Textmaterials abgeschlossen. Es folgt in den letzten beiden Phasen sechs und sieben die Analyse. Auf diese wird in diesem Kapitel nur oberflächlich eingegangen, da sich im Ergebnisteil dieser Arbeit noch intensiver damit auseinandergesetzt wird. Zunächst geht es in Phase sechs um die Auswahl der Analyseform. Kuckartz und Rädiker machen dafür mehrere mögliche Vorschläge, unter anderen die «kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien» (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 147). Diese stellt eine häufig zur Anwendung kommende Form der Analyse dar. Hierbei geht es zusammengefasst darum, die je Kategorie genannten Inhalte wiederzugeben und den Lesenden zu zeigen, worum es in den jeweiligen Kategorien geht. Gegebenenfalls kann auf die Anzahl der angesprochenen Inhalte eingegangen werden oder aber die Analyse kann inhaltsbasiert bleiben. Es geht im Kern darum, die Kategorien in eine sinnvolle Reihenfolge zu bringen, und nicht nur stur das Kategoriensystem von oben nach unten abzuhandeln. Vorbereitend auf diesen Teil der Auswertung bietet sich eine Konsultation der jeweils codierten Segmente via QDA-Software an, wobei letztere dies innerhalb weniger Mausklicks ermöglicht.

Die siebte und letzte von Kuckartz und Rädiker (2024) vorgeschlagene Phase ist zum Schluss der Ergebnissicherung und der Dokumentation des Vorgehens gewidmet. In dieser Arbeit werden die abschliessenden Schritte sechs und sieben im Ergebnisteil zum Tragen kommen. Dabei wird aus bereits bestehenden und vielleicht in der Auseinandersetzung mit dem Text entstandenen Textfragmenten und den codierten Textstellen die eigentliche Analyse verfasst. Es ist dabei möglich, dass die Phasen sechs und sieben mehrmals hintereinander durchlaufen werden. Ebenso besteht die Möglichkeit, dass auch während dem Auswertungsprozess neue Subkategorien gebildet werden können, sofern dies sinnvoll erscheint (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 155). Die analysierten Kategorien werden in einer sinnvollen und für die Leser*innen gut verfolgbaren Reihenfolge dargestellt. Dabei ist es eine Möglichkeit, sich an der Forschungsfrage zu orientieren und diese als Vorgabe für die Reihenfolge zur Hand zu nehmen (Kuckartz & Rädiker, 2024, S. 155). In der vorliegenden Arbeit war dies nur bedingt möglich und wäre durch die geringe Anzahl von zwei Hauptuntersuchungsgegenständen, namentlich die Herausforderungen und Gelingensbedingungen, auch nicht besonders sinnvoll. Stattdessen wurde zu Beginn auf die zentralen aufgeworfenen Themen der Interviewten eingegangen, wonach die Kategorien, die am Material codiert wurden von den Autor*innen aufgenommen wurden. Auch in diesen Teil der Analysearbeit gehört der Rückblick auf die Analyse und das Abgleichen mit der Forschungsfrage, wobei alle Elemente daraus bearbeitet sein sollten. Auch die Vorgehensweise bezüglich der Codierung, Kategorienbildung und allenfalls gar das Kategoriensystem sollten den Lesenden zugänglich gemacht werden (Kuckartz & Rädiker, 2024,

S. 156). Dieser Rückblick findet im Fall dieser Arbeit in einem separaten Kapitel zum Schluss des Ergebnisteils statt, wobei das Erläutern der methodischen Vorgehensweisen wie dem Codieren bereits weiter oben behandelt wurden. Abgeschlossen wird die Dokumentation der Ergebnisse mit Anschlussfragen, die weiterverfolgt werden können und im Rahmen der Recherche oder empirischen Arbeit aufgekommen sind.

4. Forschungsergebnisse & Diskussion

In den folgenden Kapiteln dieser Bachelorarbeit stehen die erhobenen Daten im Mittelpunkt und werden zunächst strukturiert dargelegt. Dazu wird auf Codes aus den beiden Interviews verwiesen, welche mittels oben eingeführtem Codierungssystem unterschiedlich kategorisiert und markiert wurden. Es findet eine erste Auseinandersetzung mit den Daten statt, anschließend werden diese kurz diskutiert. Vorbereitend auf das nächste Kapitel, wo Schlussfolgerungen gezogen werden, werden einzelne Stellen bereits mit bestehenden Theorien aus der Sozialen Arbeit verknüpft und innerhalb der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit eingebettet. Es werden insbesondere Gelingensbedingungen und Herausforderungen der Fachpersonen im Sinne der Forschungsfrage herausgearbeitet.

Damit die hier referenzierten Ausschnitte aus den Interviewtranskripten nachvollziehbar und rückverfolgbar bleiben, wurde sich für das folgende System entschieden. Das Interview, welches in einer ambulanten Sozialberatungsorganisation durchgeführt wurde, erhält den Buchstaben A für *ambulant*. Die dort befragte Person wird mit *Interviewpartnerin A* benannt. Analog dazu wird das im stationären Bereich erhobene Interview mit S für *stationär* bezeichnet. Die dazugehörige Fachperson wird in diesem Text als *Interviewpartnerin S* betitelt. Die Abschnittsnummerierungen, die den im Text vorkommenden Zitaten oder Paraphrasen folgen, beziehen sich auf das jeweilige Interview «A» oder «S», wobei «Pos.» für den jeweiligen Absatz steht. Die jeweiligen Titel der Kategorien und Subkategorien stehen in diesem Kapitel in kursiver Schrift. Die vollständig transkribierten Interviews sind aus Datenschutzgründen einem separaten Anhang dieser Arbeit beigelegt.

Im Prozess der Codierung der beiden Interviews mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit aus dem ambulanten wie auch dem stationären Bereich im Gesundheitswesen, standen einige Themenschwerpunkte besonders im Zentrum der Aufmerksamkeit. Sie werden nachfolgend *Fokusthemen* genannt und zuerst behandelt. Im Anschluss daran werden die Herausforderungen und Gelingensbedingungen thematisiert. An erster Stelle zu nennen ist, aus Sicht der Autor*innen, das *Fokusthema* der *Ressourcenknappheit*. Diese Kategorie wurde in beiden Interviews besonders oft und in verschiedensten Ausführungen erwähnt, was ihr ein hohes qualitatives Gewicht verleiht.

4.1 Ressourcenknappheit

Die Verknappung der personellen, finanziellen und zeitliche Ressourcen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen scheint zu beschäftigen. Das folgende Zitat verdeutlicht die aktuelle Situation im stationären Bereich aus Sicht von Interviewpartnerin S in Bezug auf die *Ressourcenknappheit*:

«Ähm, und ähm, ich hoffe auch, dass es wieder Zeiten gibt, wo, wo alle bisschen mehr Valenzen haben und wo wieder mehr der Klient oder der Patient, die Patientin im Mittelpunkt ist, wo ich jetzt das Gefühl habe, eben, alle versuchen, äh, so ein bisschen, ich weiss nicht man sagen kann, vereinfachen, also ja, halt auch aus der Not, dass die Zeit nicht "uma" [vorhanden] ist, dass das Geld nicht mehr da ist, wo man früher zur Verfügung gehabt hatte, aus Fonds oder so. Und man nachher vielleicht manchmal auch gar nicht nicht mehr so tief herrschaut, weil wenn man es machen würde, dann würde man halt sehen, dass es noch mehr braucht.» (Interview S, Pos. 93)

Sie nennt dabei insbesondere zeitliche, wie auch finanzielle Ressourcen, die fehlen. Es wird hervorgehoben, dass diese nicht mehr im selben Ausmass wie früher zur Verfügung stehen und darunter insbesondere die Behandlungs- und Beratungsqualität der Patient*innen leiden würde. Interviewpartnerin S expliziert dabei, dass dies zur Folge habe, dass die Fachpersonen ihre Interventionen «vereinfachen» würden. Dies sei vor allem dadurch begründet, dass die obengenannten zeitlichen und finanziellen Ressourcen heute in viel limitierterer Form vorhanden seien (Interview S, Pos. 93). Auf ebendiese Problematik bezieht sich auch Interviewpartnerin A, welche in diesem Zusammenhang in Pos. 37 erzählt, dass durch die fehlenden oder in zu geringen Umfang vorhandenen Ressourcen keine nachhaltige, oder «richtige» Sozialarbeit mehr gemacht werden kann. Folgender Ausschnitt verdeutlicht ihre Auffassung diesbezüglich:

«Also, bei der Sozialarbeit hat man das Gefühl, ja, das ist, das ist für nichts, und wenn man wenig Ressourcen hat, kann man auch nicht richtige Sozialarbeit machen, denke ich, das äussert sich vor allem, denke ich, die Sozialdienste und so, die, die spüren es noch viel mehr als wir, oder, wenig Ressourcen hat man halt viele Dossiers, und dann hat man einfach nicht Zeit für die Leute, und dann kann man eigentlich auch nicht, ähm, die Gesundheit fördern, man hat gar nicht Zeit.» (Interview A, Pos. 37)

Zum Ende dieses Zitats kommt Interviewpartnerin A auf die Problematik zu sprechen, dass die Gesundheitsförderung, die eigentlich ihr Kerngeschäft darstellen sollte, durch die angespannte Ressourcenlage zu kurz kommt und es aus ihrer Sicht nicht immer möglich ist, dass die Gesundheit der Klient*innen angemessen gefördert werden könne. Der Berufskodex von Avenir Social (2026), der seit Anfang des Jahres 2026 in Kraft ist erwähnt auf Seite 12, dass es Auftrag der Sozialen Arbeit sei, den diversen Dimensionen des Lebens, wobei sich die Gesundheit hier einordnen lässt, Rechnung zu tragen sei. Durch eine systemische Herangehensweise sei nach individuellen Lösungen zu suchen und zur Anerkennung jeder Person in ihrer Gesamtheit beizutragen (Avenir Social, 2026, S. 12). Die beiden vorausgehenden Zitate der befragten Fachpersonen illustrieren aus der Perspektive der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit,

dass dieses Grundprinzip der Sozialen Arbeit nicht vollumfänglich umgesetzt werden kann. Für eine fachlich zufriedenstellende Intervention im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells, welches weiter oben eingeführt wurde, sind entsprechende Ressourcen eine unumgehbare Grundlage. Abgekürzte oder oberflächliche Interventionen führen zu einer Spirale, da die Problemlagen der Adressat*innen nicht nachhaltig gelöst werden können. Für die Fachpersonen kann dies zur Entstehung von Frust führen, welcher sich auf die Arbeit auswirken kann. Interviewpartnerin S erwähnt dahingehend, dass es nicht immer leicht sei, damit umzugehen, dass beispielsweise das bloße Weitergeben von Informationen an eine Anschlusslösung das einzig umsetzbare war, was sie konkret für ein*e Patient*in tun konnte (Interview S, Pos. 45). Diese durch knappe Ressourcen ausgelöste Frustration ist in den Augen der Autor*innen eine Problematik, welche beobachtet werden muss. Sie kann unter Umständen dazu führen, dass Fachpersonen aus dem Berufsfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit aussteigen, was wiederum zu einer Verknappung beitragen würde. Diese erwähnte Frustration zeigt sich auch in der Aussage von Interviewpartnerin S, welche in Pos. 93 davon erzählt, dass sie das Gefühl hat, dass zum Teil in komplexen Fällen von den beratenden Fachpersonen absichtlich nicht mehr so genau nachgefragt oder weiter nach Ursachen der Problemlagen gesucht würde, da sich dadurch neue Aufträge ergäben, welche durch die fehlende Zeit nicht angemessen bearbeitet werden könnten (Interview S, Pos. 93). Dies geschieht nicht aus bösem Willen, sondern könnte sich dadurch erklären lassen, dass die Fachpersonen bereits wieder von einer Frustration ausgehen, aufgrund der fehlenden Ressourcen für die Bearbeitung der Fälle. Schlussendlich sind die Leidtragenden von diesen Umständen aus Sicht der Schreibenden die betroffenen Personen, die die ihnen zustehende Begleitung und Unterstützung nicht erhalten.

Die genannten Beispiele zeigen, dass sich die Knappheit der zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht nur auf die Qualität und den Umfang der sozialarbeiterischen Interventionen auswirkt, sondern auch Frustration auslöst, respektive den Praxisalltag der involvierten Fachpersonen im Gesundheitswesen erschwert. Die Interviewpartnerinnen haben sich in den codierten Textstellen zur *Ressourcenknappheit* nicht ausschliesslich zu ihren eigenen Organisationen geäußert. So kamen vereinzelt auch andere Institutionen vor, mit denen eine Zusammenarbeit besteht. Dass auch dort eine Knappheit der Ressourcen besteht, wirkt sich ebenfalls auf die Arbeit der Befragten aus und es ist anzunehmen, dass dieser Zustand sich auf viele andere Stellen übertragen lässt. Interviewpartnerin A erwähnt in diesem Zusammenhang die Sozialdienste, mit denen eine Zusammenarbeit besteht (Interview A, Pos. 37). Sie geht dabei auf deren hohe Fallzahlen ein und macht einen Vergleich zu ihrer eigenen Arbeit. Durch die hohe Fallbelastung kommt die Gesundheitsförderung zeitlich bedingt aus ihrer Sicht zu kurz (Interview A, Pos. 37).

4.2 Zunahme der Fallkomplexitäten

Nebst der *Ressourcenknappheit* und der damit verbundenen Frustration hat die Codierung der Interviews weitere bedeutsame Fokusthemen für die Autor*innen sichtbar gemacht. Die folgenden prägnanten Zitate machen auf die zunehmende Komplexität der Fälle sowie des sozialen Systems aufmerksam:

«Weil die Komplexität nimmt immer mehr zu, habe ich das Gefühl.» (Interview S, Pos. 95)

...«weil es ist ja wie erkannt, dass es, äh, immer komplizierter wird, von den Krankheitsbildern, von den Möglichkeiten, von der Medizin, was man alles machen kann, von den Leuten, die immer kränker, immer älter sind.» (Interview S, Pos. 104)

Auf die Frage, was sich Interviewpartnerin S zukünftig für Ihre Arbeit wünscht, nennt sie insbesondere das Anliegen, dass sich die strukturellen Rahmenbedingungen in Bezug auf die *Ressourcenknappheit* bessern (Interview S, Pos. 93). Dies untermauert sie mit der Begründung, dass vor allem auch mehr zeitliche Ressourcen von Vorteil wären, um die zunehmenden Fallkomplexitäten ausreichend erfassen zu können. Die ausgewählten Aussagen beziehen sich somit inhaltlich darauf, dass die Fälle im Gesundheitswesen aus der Perspektive der Befragten zunehmend an Komplexität gewinnen. Die Soziale Arbeit wirkt gemäss Berufskodex in verschiedenen Ebenen, der Mikro-, Meso-, und Makroebene (Avenir Social, 2026, S. 9). Die Autor*innen interpretieren, dass sich die Zitatausschnitte auf die Mikro- und Mesebene der sozialarbeiterischen Praxis beziehen. Diese Leseart lässt sich folgendermassen begründen: Im direkten Klient*innenkontakt begegnen sozialarbeiterische Fachpersonen im Gesundheitswesen diversen zunehmend komplexen Fällen (Mikroebene), welche durch die organisationalen Rahmenbedingungen strukturiert und gleichermassen beeinflusst werden (Mesebene) (Interview S, Pos. 89).

«Ja, also, ich denke, eins, ich denke, dass die Komplexität von unserem sozialen System, finde ich, für die Leute sehr herausfordernd, eben, ich denke, dort wirklich eine Vereinfachung, es gibt, wir haben gute Versicherungen zum Teil, und jetzt auch das BLG, hier vom Kanton Bern, oder, die, die Subjektfinanzierung, die Idee dahinter ist ja super, oder, aber es ist so hochschwierig, dass das die meisten Leute, die, die nicht in der Institution sind, oder nicht ein Beistand haben, die werden so, denen sage ich es nicht einmal, dass sie sich melden sollen, weil die können das nicht. Das ist so hochschwierig, und das ist sogar für uns, ähm, Fachleuten sehr schwierig, oder mit all diesen Versicherungen, das, und das, und das, und das, und das kommt noch obendrauf, und, ähm, ich finde, das ist oberkomplex unser System.» (Interview A, Pos. 83)

In diesem Zitat wird weiter das soziale System als übermässig komplex beschrieben und dabei Bezug auf einzelne Versicherungsansprüche genommen. Somit wird nebst der *zunehmenden Fallkomplexitäten* eine weitere Dimension angesprochen, indem sich der schwerpunktmässige Gehalt der Aussage auf das gesamte sozialversicherungsrechtliche System in der Schweiz bezieht. Das Autor*innenteam schliesst daraus eine inhaltliche Verortung auf der Makroebene. Dieses Fokusthema wird von den Autor*innen als relevant interpretiert, da beide Interviewpartnerinnen die zunehmende Fallkomplexitäten trotz unterschiedlicher Settings in ihren Berufsalltag deutlich wahrnehmen.

4.3 Bedeutung politischer Einflussnahme

Als Reaktion auf die zunehmend hohe Komplexität unseres sozialen Systems wünscht sich Interviewpartnerin A eine Vereinfachung auf politischer Ebene (Interview A, Pos. 83). Diese Aussage bietet einen passenden Übergang zu einem nächsten relevanten Fokusthema: die *Bedeutung politischer Einflussnahme* und damit verbundenen Kernaspekten. Nachfolgend wird diese Kategorie inhaltlich kontextualisiert.

«Ich denke, die Sozialarbeit hat einfach wenig Anerkennung in der Gesellschaft, allgemein...» (Interview A, Pos. 37)

«Und trotzdem hat einfach die Sozialarbeit eine zu wenig grosse Lobby.» (Interview S, Pos.104)

Interviewpartnerin A thematisiert in diesem Kontext das fehlende gesellschaftliche Ansehen, während Interviewpartnerin S indirekt auf die *Bedeutung politischer Einflussnahme* aufmerksam macht. Die genannten Themen stellen für die Soziale Arbeit als Profession eine bekannte Herausforderung dar. In der interprofessionellen Zusammenarbeit beispielsweise mit ärztlichem Personal sowie der Pflege treffen beide Interviewpartnerinnen gelegentlich weiter auf Schwierigkeiten und wenig Verständnis (Interview A, Pos. 43) & (Interview S, Pos. 19). Auch die aktuelle Entwicklung, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit durch Case Manager*innen ersetzt werden, wird im Interview S angesprochen. Diesbezüglich wird der Wunsch geäußert, dass die klinische Sozialarbeit konkreter im Gesetz verankert wird. In der Spitalsozialarbeit sollten somit explizit nur Fachpersonen mit einem Diplom in Sozialer Arbeit arbeiten. Zusammenfassend wird die Relevanz einer höheren Gewichtung der klinischen Sozialarbeit im Gesundheitswesen verbalisiert (Interview S, Pos. 102).

Ein regelmässiger gemeinsamer Austausch bzw. die Vernetzung zwischen gesundheitsbezogenen Institutionen wird in Bezug auf eine politische Einflussnahme als förderlich eingeschätzt. Dies belegt der folgende Zitatausschnitt:

«...es gibt [einen Verband], das ist so, die sind nachher auch politisch aktiv, dort hat es auch einen Vorstand, und die organisieren nachher, ähm, die haben verschiedene Arbeitsgruppen, und ich bin zum Beispiel in der Arbeitsgruppen Gesundheit, dort trifft man sich zwei bis drei Mal im Jahr, es gibt mal einen Austausch von, oder es geht über den Suchtbereich, über alle Institutionen, oder, die im Gesundheitsbereich arbeiten, ...» (Interview A, Pos. 73)

Auch der Berufskodex für Sozialarbeitende von Avenir Social (2026) nimmt auf die politische Einflussnahme Bezug und fordert von Sozialarbeitenden eine Förderung des gerechten Zugangs zu gesellschaftlichen Ressourcen und zur sozialen Teilhabe (S. 13).

4.4 Personenbezogene Unterschiede in der Zusammenarbeit

Ein letztes zentrales Thema, welches insbesondere im Interview A wiederholt erwähnt wurde, stellen die *personenbezogenen Unterschiede in der Zusammenarbeit* dar. Dabei handelt es sich um keine eigene Kategorie. Da die Thematik in Bezug auf die Zusammenarbeit dennoch relevant erscheint, wird sie nachfolgend kontextualisiert:

«Eben, ich glaube, ich komme immer wieder auf das Personenbezogene.» (Interview A, Pos. 67)

«Also es gibt eben immer wieder sehr, sehr engagierte Leute, wo man wirklich, äh, wo, wo man auch das Gefühl hat, sie sind interessiert daran, was läuft, sie sind froh, informiert zu werden, ähm, sie übernehmen, ähm, ihren Part, wo ich finde, das, äh, quasi, das können sie gerade so gut wie ich.» (Interview S, Pos. 86-87)

Mit diesen beiden aussagekräftigen Zitaten leiten die Interviewpartner*innen ein wichtiges Thema in Bezug auf die Zusammenarbeit ein. Die Interviews zeigen, dass die Qualität der Zusammenarbeit mit weiteren involvierten Stellen variiert und die Befragten grosse Unterschiede feststellen. Anhand der Codierung lässt sich in Bezug auf diese Zusammenarbeit eine bedeutsame Gemeinsamkeit aus Interview A und S hervorheben. Beide befragten Fachpersonen antworten in einem ähnlichen Stil, indem sie insbesondere das «Personenbezogene» betonen, wie das folgende Zitat erneut aufzeigt:

«Und auch dort kommt es auf die Sozialarbeitenden darauf an, ein Teil entlässt sie einfach und dann kommen sie hierher, weil sie ihnen sagen, gehen sie zu (Organisation). Und andere suchen den Kontakt schon vorher und versuchen, die Sachen schon einzufädeln. Ja. Ähm, ja. Es ist unterschiedlich.» (Interview A, Pos. 61)

Eine schlüssige Leseart dieser Aussagen ist daher, dass die Befragten die Qualität der Zusammenarbeit unter anderem an dem Engagement, dem Interesse und der Art der Kommunikation der Fachpersonen messen. Es werden in erster Linie *personenbezogene Unterschiede in der Zusammenarbeit* wahrgenommen, wobei die Ebene der Organisation weniger relevant zu sein scheint (Interview A, Pos. 67). Weiter wird in diesem Zusammenhang auch die persönliche Arbeitsweise als Faktor genannt:

«Ob jemand sehr vernetzt arbeitet, oder jemand findet jetzt schliesse ich hier ab. Das ist bei uns ja auch so. Wenn jetzt jemand zum Beispiel das AHV-Alter erreicht, dann könnten sie auch zur Pro Senectute, ob wir dort aktiv Kontakt aufnehmen, oder einfach ihnen sagen, meldet euch dort. Ich glaube, es handhabt so jede ein bisschen anders hier bei uns.» (Interview A, Pos. 61)

An diesem Punkt werden die Fokusthemen der Interviewcodierung abgeschlossen und zu den Kategorien der Herausforderungen und Gelingensbedingungen übergegangen. Die beschriebenen Fokusthemen führen an der Stelle zur Beantwortung folgender Fragestellung:

«Welche Herausforderungen und Gelingensbedingungen zeigen sich in stationären und ambulanten Sozialberatungsangeboten im Schweizer Gesundheitswesen aus Perspektive von Fachpersonen der Sozialen Arbeit?»

Die Beantwortung findet anhand des gewonnenen Datenkorpus der beiden Interviews statt, welcher unter anderem auch nach der Zusammenarbeit zwischen ambulanten und stationären Anbietern fragt. Die Autor*innen wägen hierbei reflexiv begründet ab, inwieweit die Aussagen auf andere Anbieter der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit übertragbar sind. Die einzelnen Thementitel der Kategorien Herausforderungen und Gelingensbedingungen sind in den nachfolgenden *Unterkapiteln*, 4.5 & 4.6 zu Übersichtszwecken fett markiert.

4.5 Herausforderungen

Ein erster thematischer Schwerpunkt der Forschungsfrage untersucht die Herausforderungen im Kontext der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Hierfür wurden in der Interviewcodierung in der Kategorie *Herausforderungen* insgesamt die folgenden vier Subkategorien angewandt (Abbildung 4).

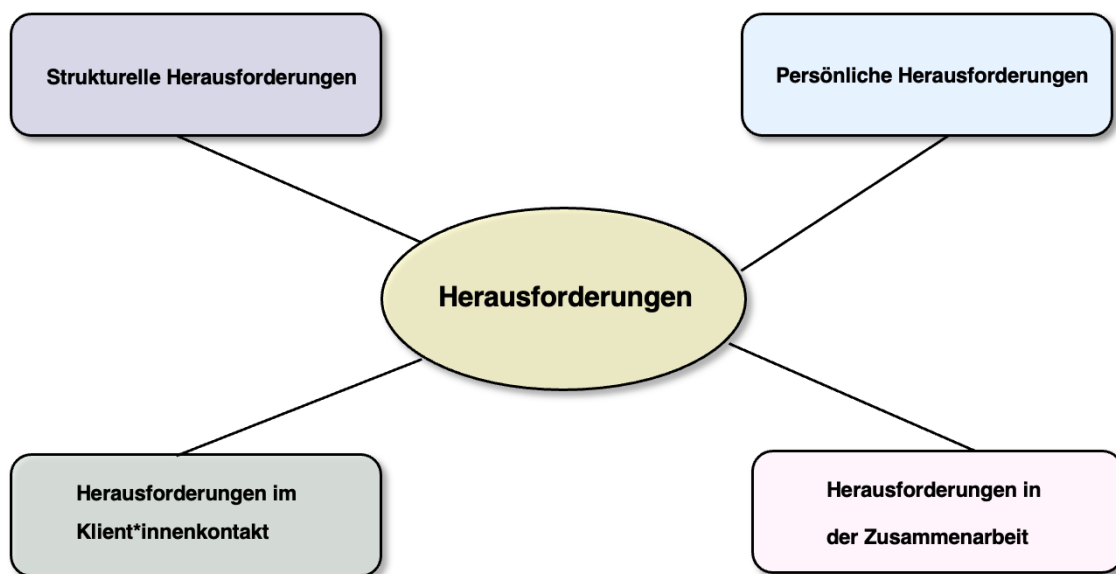


Abbildung 5 : Übersicht der Herausforderungen (eigene Darstellung)

4.5.1 Strukturelle Herausforderungen

Innerhalb des Prozesses der Codierung wurde klar ersichtlich, dass *strukturelle Herausforderungen* besonders häufig erwähnt wurden. Diese Subkategorie zielt auf die Erfassung von strukturellen Hindernissen, mit welchen die Interviewpartnerinnen konfrontiert sind. Darüber hinaus richtet sie ihren Blick auf Gegebenheiten, welche durch höhere Gewalt oder *Ressourcenknappheit* herbeigeführt worden sind. Da strukturelle Faktoren besonders häufig in Verbindung mit den drei weiteren Subkategorien genannt werden, gehen die Autor*innen als erstes auf diese Art der Herausforderungen ein.

Ein erster inhaltlicher Aspekt auf der strukturellen Ebene beschreibt, dass **administrative Aufgaben** und Prozesse (stark) **zunehmen**, was beispielsweise die Klient*innendossier- und Listenführung umfasst (Interview A, Pos. 9). Damit verbunden spricht sie ihren persönlichen Eindruck an, dass man nicht mehr allen Leuten gerecht werden kann (Interview A, Pos. 17).

In beiden befragten Organisationen sind die Fachpersonen aktuell mit **organisationalen Veränderungen** konfrontiert, welche verschiedene Herausforderungen bedingen: Im Interview A beschäftigt eine Reorganisation, welche einerseits zeitintensiv für den Anbieter ist, aber andererseits auch Veränderungen für die Klient*innen mit sich bringt. Namentlich werden dabei die Reduzierung von Öffnungs- und Telefonzeiten sowie die umfassendere Datenerfassung genannt. Laut Interviewpartnerin A verliert das Angebot der Organisation durch diese Massnahmen an Niederschwelligkeit (Interview A, Pos. 9). Als Folge ist der/ die zuständige Sozialarbeiter*in weniger präsent, da zunehmend mehr telefonisch oder per Mail gearbeitet wird (Interview A, Pos. 15). Auch Interviewpartnerin S berichtet von einer grossen organisationalen Veränderung, wodurch sie neu für mehrere Krankheitsgebiete zuständig ist. Davor erfolgte die Zuteilung der Zuständigkeit nach Fachgebiet. Durch diese Spezialisierung eignete sie sich ein grosses Wissen zu diversen fachspezifischen Aspekten an (wie Diagnosen, Vorausplanung, Gestaltung des interprofessionellen Austausches, etc.), welches seit der Umstrukturierung nun nicht mehr so gezielt Anwendung findet (Interview S, Pos. 43).

Ein weiterer davon betroffener Bereich ist die Betreuung von ambulanten Patient*innen: diese wurde aufgrund **knapper personeller und zeitlicher Ressourcen** massiv eingeschränkt und fordert die Massnahme, mehr zu triagieren (Interview S, Pos. 75) & (Interview S, Pos. 89). Im Rahmen dieser Veränderungen wurden Sozialarbeiter*innen ersetzt, welche jahrelang ein spezifisches Gebiet abdeckten. Das Tätigkeitsprofil für neueinsteigende Sozialarbeitende im Spitalkontext verändert sich dementsprechend durch die fehlende Spezialisierung und kann sie zu Beginn besonders fordern (Interview S, Pos. 104).

Eine nächste strukturelle Schwierigkeit macht auf die Verbindung zwischen der Arbeit und gesundheitlichen Themen aufmerksam. In diesem Zusammenhang wird die Aussage getätigt, dass Menschen in ihrem späteren Leben oftmals aufgrund der **Arbeit** krank werden. Auch beobachtet sie immer wieder junge Erwachsene, welche:

«...manchmal den Rank nicht finden, und so, so, es ist nachher vielleicht mehr auch bei den Sozialdiensten, nachher angesiedelt» (Interview A, Pos. 37).

Nachfolgend werden in diesem Kontext die Stichpunkte wenig Ressourcen und fehlende gesellschaftliche Anerkennung der Sozialarbeit genannt (ebd.) Diese *strukturelle Herausforderung* lässt sich somit mit den bereits beschriebenen Fokusthemen der *Ressourcenknappheit* sowie der *Bedeutung politischer Einflussnahme* verknüpfen. Interviewpartnerin S stellt diesbezüglich zudem fest, dass auch **ambulante gesundheitsbezogene Stellen** zunehmend von knappen zeitlichen Ressourcen betroffen sind und aktuell weniger Spielraum besteht (Interview S, Pos. 77 & 79). Konkret erwähnt sie eine ambulante Beratungsstelle, welche unter

anderem finanzielle Direkthilfe in Form von Gesuchstellungen anbietet. Hierbei macht sie auf den Umstand aufmerksam, dass **weniger finanzielle Ressourcen** vorhanden sind. Früher waren mehrere Fondsgesuche zu grösseren Beträgen für dieselbe Person möglich, was nun auf ein Gesuch pro Person reduziert wurde (Interview S, Pos. 85).

In Verbindung mit der *hohen Komplexität des sozialen Systems* besteht zusätzlich die Herausforderung für die Adressat*innen an die richtige Stelle zu gelangen (Interview A, Pos. 41). Interviewpartnerin A stellt fest, dass manche Leute nirgends eine geeignete Anlaufstelle für ihre Anliegen finden, da sie gewisse Kriterien nicht erfüllen. Somit fallen diese Personen durch das soziale Netz, was sie klar als *strukturelle Herausforderung* benennt (Interview A, Pos. 49). Im gleichen Abschnitt wird ein kurzes Beispiel anhand zwei unterschiedlicher sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche skizziert, welche solche **Ungerechtigkeiten im System** aufzeigen: Eine Person, welche eine kleine IV-Rente sowie viel Ergänzungsleistungen bezieht, zahlt mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Steuern. Auf der anderen Seite zahlt eine andere Person mit gleichem Verdienst verhältnismässig viel Steuern, da sie Anspruch auf eine IV-Rente sowie Pensionskassenrente hat, aber keine Ergänzungsleistungen bezieht. Der Kerngehalt dieser geschilderten Situationen möchte den finanziellen Gap aufzeigen, abhängig davon, ob eine Person Ergänzungsleistungen geltend machen kann oder nicht (Interview A, Pos. 49).

Die Gestaltung einer **geeigneten Anschlusslösung** in der kurzen Zeit des Spitalaufenthalt wird des Weiteren als herausfordernd beschrieben, insbesondere wenn die Findung einer «guten» Nachsorge nicht gelingt (Interview S, Pos. 45). Dies hängt teilweise auch stark von den Aufnahmekriterien, der Anzahl freier Plätze sowie weiteren strukturellen Rahmenbedingungen der Institutionen ab, wie diese beiden Aussagen exemplarisch verdeutlichen:

... «wo zum Teil *illusorisch ist, weil sehr viele Institutionen, ähm, verlangen, dass man, äh, abstinent ist oder, oder, mindestens das Ziel hat, suchtfrei zu werden und bei einem gewissen Grad von Sucht, das gar nicht mehr das Thema ist.*» (Interview S, Pos. 19)

... «mit den Obdachlosen, wo es ja auch mein Ziel wäre, diese austreten zu lassen an einem warmen Ort und nicht auf die Strasse. Und ich merke, ich erreiche das nicht, weil es zu wenig Plätze hat, weil eine Notschlafstelle oder ein (Heim für Obdachlose) den ganzen Tag zu sind.» (Interview S, Pos. 45)

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen somit, dass diverse *strukturelle Herausforderungen* bei beiden interviewten Anbietern präsent sind. Nebst dieser Subkategorie beschäftigen auch *persönliche Herausforderungen* im Praxisalltag, welche als nächstes abgebildet werden.

4.5.2 Persönliche Herausforderungen

Unter *persönlichen Herausforderungen* fassen die Autor*innen Situationen, welche in Bezug mit der persönlichen Haltung beziehungsweise Arbeitsweisen stehen. Das Erkenntnisinteresse richtet sich hier somit auf die Strategien bzw. den Umgang der Interviewpartnerinnen S und A. Vor diesem Hintergrund ist diese Subkategorie auch mit der eigenen professionellen Identität der befragten Personen verbunden. Im Rahmen der Interviewcodierung fiel den Autor*innen auf, dass *strukturelle Herausforderungen* häufig auch für die befragten Personen als persönlich schwierig wahrgenommen werden. Die Subkategorien *persönliche Herausforderungen* und *strukturelle Herausforderungen* scheinen also miteinander verknüpft zu sein. Nachfolgend wird dieser inhaltlich bedeutsame Zusammenhang ausgeführt.

Im Interview A wird der herausfordernde strukturelle Aspekt erwähnt, dass es manchen Klient*innen nicht gelingt, die **richtige Anlaufstelle** zu finden und sie somit gewissermassen durch das soziale Netz fallen. Der Umgang damit, diesen Personen nicht die richtige Unterstützung bieten zu können, betitelt sie als persönlich herausfordernd (Interview A, Pos. 49). Sind die Möglichkeiten der Organisation ausgeschöpft, besteht in manchen Fällen «nur» noch die Anmeldung auf der Sozialhilfe als weiterführendes Unterstützungsangebot. Dies kann unter anderem ein Gefühl der Ohnmacht auslösen, indem sie sieht, wie ihr Klientel situationsbedingt dann mit **strukturellen Ungerechtigkeiten des Systems** konfrontiert werden. Werden beantragte Unterstützungsleistungen nicht gesprochen, obwohl sie eigentlich notwendig wären, ist dies zusätzlich schwierig zu beobachten (Interview A, Pos. 49). Auf der anderen Seite steigt die Organisation nicht in die Sozialberatung ein, wenn die Klientel bereits bei einem öffentlichen Sozialdienst angeschlossen ist. Hier kommt es weiter manchmal zu **unbefriedigenden Schnittstellen**, da sie als Anbieter deutlich mehr Ressourcen für diese Personen zur Verfügung hätten, diese aber nicht nutzen können. Kontextualisiert wird diese Aussage mit den hohen Dossierzahlen und die weniger intensive Betreuung der Sozialhilfe (Interview A, Pos. 41).

Auch die Zuständigkeit für mehrere Krankheitsgebiete seit der Reorganisation in Organisation S, welche bereits bei den *strukturellen Herausforderungen* ausgeführt wurde, steht im Zusammenhang mit dieser Subkategorie. Persönlich ist dies für Interviewpartnerin S fordernd, da sich damit einhergehend das Aufgabenprofil und die **beruflichen Anforderungen ändern** (Interview S, Pos. 43). Das bereits erwähnte **Ohnmachtsgefühl** interpretieren die Autor*innen zudem auch in der folgenden Situation: Gelingt die Koordination einer geeigneten Anschlusslösung in der kurzen Zeit vor dem Austritt (aufgrund struktureller Gründe) nicht, kann dies eine zusätzliche persönliche Herausforderung darstellen. Der Umgang mit dieser Realität ist in solchen Fällen nicht leicht zu ertragen (Interview S, Pos. 45).

Eine weitere zentrale Herausforderung auf der persönlichen Ebene spricht das freiwillige Setting der Sozialberatung an, wodurch ein grosser Spielraum vorhanden ist. Im Vergleich zur öffentlichen Sozialhilfe mit einem engen rechtlichen Rahmen, können sie als Organisation viele Ressourcen für eine einzelne (komplexe) Fallsituation investieren. Sie benennt hierbei unter anderem die Schwierigkeit, klar abzugrenzen, wie weit in einem Fall gegangen wird (Interview A, Pos. 57). Während sie diese offene organisationale Struktur durchaus schätzt, braucht sie in ihrer alltäglichen Arbeit dennoch einen Rahmen, welchen sie sich dossierabhängig selbst (vor)gibt (Interview A, Pos. 57). In diesem Kontext erwähnt sie darüber hinaus die **verschiedenen Haltungen** im Team, welche besonders bei finanziellen Gesuchanfragen zum Thema werden sowie Austausch erfordern:

...«die verschiedenen Haltungen, oder jemand findet, klar, für das würde ich ein Gesuch machen,- und jemand sagt, nein das finde ich nicht oder, und es kommt auch darauf an, wie man selber mit den Finanzen.... ob man es schwierig hatte oder nicht und so. Und dort muss man manchmal wie einen Schritt zurückmachen, und so ein bisschen so, dass man nicht von sich ausgeht, eigentlich, ja.» (Interview A, Pos. 33)

Im stationären Setting wird zudem die **Konfrontation** der Patient*innen mit der **fehlenden Gesundheit** als *persönliche Herausforderung* beschrieben (Interview S, Pos. 31). Auch der Umgang mit Verlust und weinenden, emotionalen Klientel ist nicht immer einfach (Interview S, Pos. 47).

Zusammenfassend beschäftigen in dieser Kategorie insbesondere der persönliche Umgang mit strukturellen Gegebenheiten bzw. Veränderungen, Haltungsfragen sowie emotionale Themen.

4.5.3 Herausforderungen in der Zusammenarbeit

Die nächste Subkategorie *Herausforderungen in der Zusammenarbeit* gibt all jene Faktoren wieder, welche auf der Teamebene sowie im interdisziplinären und interprofessionellen Arbeiten herausfordern. Bereits nach der Darstellung der beiden ersten Subkategorien fällt auf, dass häufig verbindende Bezüge zwischen den genannten Themen hergestellt werden können. Auch bei dieser Unterkategorie ist dies der Fall wie nachfolgende Ausführungen herleiten:

Die persönlich **unterschiedlichen Hintergründe und Haltungen** in Bezug auf Finanzierungsgesuche lassen sich nebst der Subkategorie *persönliche Herausforderungen* auch den *Herausforderungen in der Zusammenarbeit* zuordnen (Interview A, Pos. 33). Diese Thematik scheint auf mehreren Dimensionen zu beschäftigen, wie die Autor*innen interpretieren. Interviewpartnerin A erwähnt im Kontext der interprofessionellen Zusammenarbeit weiter, dass **eine hohe Fluktuation** bei Praxisorganisationen ein nachhaltiges Zusammenspiel deutlich erschwert (Interview A, Pos. 67). Die Organisation sucht mit Sozialdiensten sowie Partnern unter anderem aktiv den Austausch und vernetzt sich, indem sie ihre Dienstleistungen regelmässig vorstellen. Bei häufigen Personalwechseln anderer Stellen, kennen die neu zuständigen Fachpersonen ihr Angebot oftmals nicht im Detail, was frustrierend sein kann (ebd.).

Eine weitere *Herausforderung in der Zusammenarbeit* steht mit den praxisinternen Abläufen in enger Verbindung. Im stationären Setting läuft die Auftrags- und Zuständigkeitsklärung in der Regel über das interprofessionelle Team, was eine gewisse **Abhängigkeit** des Anbieters **von anderen Berufsgruppen** suggeriert. Anhand der Art der Formulierung dieses Zitats wird dies klar ersichtlich:

«Also wir sind eigentlich ziemlich stark darauf angewiesen, dass das interprofessionelle Team uns überhaupt Aufträge gibt.» (Interview S, Pos. 13)

Im gemeinsamen Austausch mit der Pflege nimmt Interviewpartnerin S zudem meinungsstarke Ansichten seitens der Pflege wahr, wie ihr Team gewisse Situationen handhaben soll. Dabei trifft sie teilweise auf **wenig Verständnis**, da diese aufgrund ihres beruflichen Hintergrunds sehr medizinisch und pflegerisch orientiert sind. Als Beispiel fügt sie eine Heimplatzsuche an, welche zeitintensiv sein kann und nebst medizinischen Aspekten auch finanzielle Abklärungen bedingt (Interview S, Pos. 19). Diese sozialversicherungsrechtliche Perspektive sehen andere Berufsgruppen manchmal nicht, was eine bedeutsame Herausforderung darstellt.

Des Weiteren löst die Zusammenarbeit mit dem Arztpersonal Spannungen aus, wobei auch dort *personenbezogene Unterschiede* als wichtiger Faktor bestehen. Die Aussage:

«wir sind nur, in Anführungszeichen, Sozialarbeiterinnen...» (Interview A, Pos. 43)

lesen die Autor*innen inhaltlich kontextualisiert als Anzeichen unterschiedlich hierarchischer Positionen. Dieser angesprochene Aspekt lässt sich wiederum auf das Thema der **fehlenden Anerkennung** zurückschliessen und zeigt, dass die Soziale Arbeit als Profession im gesellschaftlichen Kontext grundsätzlich weniger Prestige erfährt als beispielsweise die Medizin.

Mit erneutem Bezug auf die hohen Aufnahmekriterien bzw. Ansprüche bestimmter Organisationen werden weiterführend die damit verbundenen Auswirkungen auf die interorganisationale Zusammenarbeit angesprochen. Ein zuverlässiger Informationsfluss und transparente Erklärungen über die einzelnen geplanten Schritte gehören gemäss Interviewpartnerin S zu den Schlüsselkompetenzen der Spitalsozialarbeit. Auch die **Kommunikation von Schwierigkeiten** und Gründen, weshalb eine Anschlusslösung nicht umgesetzt werden kann, zählt hier dazu. Sobald dieser Schritt nicht ausreichend umgesetzt oder vergessen wird, entsteht ein Spannungsfeld in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Spital (Interview S, Pos. 19). Als Reaktion auf die *Ressourcenknappheit* erlebt sie ambulante Stellen häufig ein bisschen «abschauelnd» wie sie es nennt. Damit meint sie, dass Anbieter*innen gerne **Aufgaben abdelegieren**, obwohl sie genauso oder sogar besser geeignet wären, diese Anliegen zu bearbeiten. Namentlich wird diesbezüglich das Ausfüllen einer IV-Anmeldung als Beispiel genutzt, wobei dem Spital ausser der Diagnose keine weiteren erforderlichen Dokumente wie Lebenslauf, Ausweis usw. vorliegen (Interview S, Pos. 71). Dieser Aspekt markiert eine relevante *Herausforderung in der Zusammenarbeit* zwischen ambulanten und stationären Anbietern der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, welcher durch unterschiedliche strukturelle Bedingungen ausgelöst bzw. verstärkt wurde. **Wenig verfügbare Ressourcen** erschweren oder verunmöglichen im Extremfall zudem wichtigen gemeinsamen Austausch zwischen den Anbietern. Als Beitrag im Sinne des politischen Aktivismus organisiert ein bestimmter Verband (anonymisiert) regelmässige Treffen verschiedener Arbeitsgruppen. Manche Institutionen sind aus genanntem Grund der *Ressourcenknappheit* in diesen Austauschgefässen nicht vertreten (Interview A, Pos. 73). Über diese Herleitung wird somit auch ersichtlich, wie *strukturelle Herausforderungen* weitere Schwierigkeiten nachfolgend bedingen können. In dieser Subkategorie betrifft dies konkret die Qualität der interprofessionellen sowie interdisziplinären Zusammenarbeit. Die genannten Umstände erschweren eine gute praxisübergreifende Vernetzung und unterstreichen die Mehrdimensionalität der erfassten Herausforderungen.

4.5.4 Herausforderungen im Klient*innenkontakt

Diese letzte Subkategorie ergänzt die bereits dargelegten Daten um eine weitere Perspektive, indem sie auf Schwierigkeiten im *Zusammenhang mit der Klient*innenarbeit* eingeht. Sie bezieht sich oftmals auf strukturelle und handlungsfeldspezifische Bedingungen wie die Ausführungen schrittweise zeigen:

Die zunehmenden administrativen Aufgaben führen laut Interviewpartnerin A als Folge dazu, dass die effektive Zeit für die Klient*innen etwas verloren geht (Interview A, Pos. 13). Indem **zeitliche Ressourcen** durch diesen Wandel anders verteilt werden, besteht somit die Herausforderung, ausreichend Zeit für den direkten Klient*innenkontakt aufzubringen. Als weiteres herausforderndes Thema im Klient*innenkontakt thematisiert sie die fachliche **Abwägung** des benötigten Grades bzw. **der Intensität der Unterstützung**. Dabei fällt ihr besonders die Einschätzung der Kompetenzen und Selbständigkeit der Klientel anfangs schwer. Im Verlaufe der Zusammenarbeit bekommt sie dann jeweils ein «Gespür» dafür und kann die Adressat*innen besser einschätzen (Interview A, Pos. 23). Dennoch beeinflusst das **freiwillige Setting** die angebotenen Unterstützungsleistungen stark. Meldet sich die Zielgruppe nicht aktiv, kann der Anbieter somit auch keine Interventionen zugunsten dieser Personen bewirken (Interview A, Pos. 49). Diesen Gedanken weitergedacht, müssen Fachpersonen mit der Machtlosigkeit umgehen können, nichts machen zu können, auch wenn es aus ihrer fachlichen Perspektive dringend notwendig wäre. Dies stellt somit eine bedeutsame *Herausforderung im fehlenden Klient*innenkontakt* dar.

Wie bereits bei den *persönlichen Herausforderungen* und den *Herausforderungen in der Zusammenarbeit* werden **Finanzierungsgesuche** auch hier wieder zum Thema. Kostenabhängig fällt es in den Aufgabenbereich der Fachpersonen bei Gesuchanfragen diesbezüglich sicherzustellen, dass niemand übervorteilt ist. Bei behinderungsbedingten Mehrkosten sind sie immer sehr entgegenkommend und grosszügig, doch bei einem Kinderfahrrad beispielsweise gelten deutlich strengere Kriterien. Eine andere Familie verfügt gelegentlich auch über ein knappes Budget und hat diese Möglichkeit genauso wenig (Interview A, Pos. 33). Das Autor*innenteam liest aus diesen beschriebenen Herausforderungen weiter den folgenden inhaltlichen Gehalt: Ein Nein auf eine Gesuchanfrage zu akzeptieren, kann für Adressat*innen schwer sein, was die Sozialarbeiter*innen dann oftmals auch zu spüren bekommen.

Der Umgang mit sehr **fordernden Klienten*innen** beispielsweise in Bezug auf Finanzierungsgesuche stellt eine nächste Herausforderung dieser Subkategorie dar. Dabei handelt es sich um Adressat*innen mit psychischen Erkrankungen, welche bei den Fachpersonen häufig Strategien wie laut werden oder Druck erzeugen, nutzen. In der Arbeit mit solcher Klientel kann die Abgrenzung zur Schwierigkeit werden (Interview A, Pos. 51). In einem Extremfall erlebte Interviewpartnerin A sogar einmal physische Gewalt, indem sie einen Schlag ins Gesicht bekam. Bei diesem Vorfall reagierte die Person mit einer akuten psychischen Dekompensation und zeigte fremdgefährdendes Verhalten (Interview A, Pos. 51). Eine weitere Klient*innen-gruppe, welche als herausfordernd erlebt wird, sind **Personen mit psychosomatischen Beschwerden**, welche sich sinnbildlich im Kreis drehen. Dabei handelt es sich um psychisch belastete Personen, welche bereits

«viel Negatives erlebt haben im Zusammenhang mit ihrer Gesundheit oder Abwesenheit von dieser Gesundheit» (Interview S, Pos. 45).

Die Zusammenarbeit im Klient*innenkontakt gestaltet sich hier als herausfordernd, da diese ständig wiederkehrenden Themen des Klientel nur schwer durchbrochen werden können (Interview S, Pos. 45).

Eine bekannte handlungsfeldübergreifende Realität ist weiter jene, dass es immer **Klient*innen** gibt, welche mit der zuständigen sozialarbeitenden Person und deren Arbeitsweise **nicht zufrieden** sind. In solchen Fällen gilt es zu analysieren und fachlich einzuschätzen, welche Lösungen gefunden werden können. Im Detail wird ein Schlichtungsgespräch sowie die Umsetzung von klient*innenbezogenen Wünschen bzw. Bedürfnissen erwähnt. Diese spezifische Herausforderung trifft meistens bei Personen mit psychischen Erkrankungen auf (Interview A, Pos. 51). Im Umgang mit diesen herausfordernden Situationen hilft es gemäss Interviewpartnerin A, sich an den Fällen zu nähern, wo es gut läuft (Interview A, Pos. 23). Hinderlich für ein vernetztes und ressourcenorientiertes Arbeiten aus sozialarbeiterischer Sicht erweisen sich in diesem Zusammenhang auch Adressat*innen, welche einem organisationsübergreifenden interdisziplinären Austausch nicht zustimmen (Interview A, Pos. 73).

Auch die Suche nach der geeigneten Anlaufstelle ist für Klient*innen ein bekanntes herausforderndes Thema, welches bereits im Rahmen der *strukturellen Herausforderungen* eingeführt wurde. Im direkten Kontakt mit solchen betroffenen Personen, wird dann oftmals deutlich, wie viele verschiedene Stellen sie schon ohne Erfolg angefragt haben. Aufgrund falscher oder fehlender Informationen werden sie (mehrmals) triagiert. Als Folge äussern sie sich dann gegebenenfalls mit einem sehr **insistierenden Auftreten**.

Dies markiert also eine häufige *Herausforderung im Klient*innenkontakt*, welche Interviewpartnerin A in ihrer Organisation häufig erlebt (Interview A, Pos. 73).

Mit erneutem Rückbezug auf die Restrukturierung in Interview A, wobei die Reduzierung von Telefon- und Öffnungszeiten als organisationale Veränderung betont wurde, ergibt sich für das Klientel neue Herausforderungen (Interview A, Pos. 77). In Kombination mit der hohen *Komplexität des sozialen Systems* trägt dieser Aspekt zu einer zunehmenden «**Hochschwelligkeit**» des Sozialberatungsangebots bei. Einzelne Gesetze wie beispielsweise das Gesetz über die Leistungen für Menschen mit Behinderungen (BLG) erfordern dabei viel Fachwissen, um diese Versicherungsleistungen zu verstehen. Klient*innen haben somit ohne die Unterstützung einer Fachperson oder eines Beistandes nur wenig Chancen zur Geltendmachung bestimmter Leistungen (Interview A, Pos. 83).

Interviewpartnerin S zählt als nächste *Herausforderung im Klient*innenkontakt* die konstante **Konfrontation** der Patient*innen **mit ihrer fehlenden Gesundheit** auf. Dabei hadern sie aus unterschiedlichen Gründen mit ihrer aktuellen gesundheitlich beeinträchtigten Situation (Interview S, Pos. 31). Dabei betont sie vor allem die aufkommenden Schuldgefühle der Klientel durch einen ungesunden Lebensstil. Zudem sind die starken Nebenwirkungen der Medikamente nicht zu unterschätzen. Das nachfolgende Zitat fasst diesen Aspekt passend zusammen:

«Und, ähm, ähm, es ist ein grosses Thema, weil es halt auch immer wieder dazu kommt, dass die Leute mit dem hadern, dass sie jetzt in dieser Situation sind. Einerseits, weil sie sich selber die Schuld geben vielleicht, weil sie geraucht haben oder ungesund gegessen oder was auch immer. (.) Oder andererseits auch, weil sie mit dem sehr stark konfrontiert werden, viele Medikamente haben, ähm, zum Teil wochenlang im Spital sein müssen, zum Teil extreme Nebenwirkungen haben, bis hin zu, dass sie müssen beatmet oder, äh, reanimiert werden. (.)
(Interview S, Pos. 31)

Ein letztes herausforderndes Element dieser Subkategorie beschäftigt sich weitergehend mit den oftmals **grossen Veränderungen** aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen der Klientel. Sie beschreibt den Schritt, Offenheit für solche (in die Lebenswelt der Adressat*innen eingreifenden) Anpassungen zu zeigen, als besonders schwierig für die Patient*innen. Einem Übertritt in ein Pflegeheim zuzustimmen und gleichermassen einzusehen, dass es zu Hause nicht funktionieren würde, nennt sie hierbei als Beispiel zur Veranschaulichung (Interview S, Pos. 33-35).

4.6 Gelingensbedingungen

Bisher wurde auf zwei Hauptuntersuchungsachsen der Analyse eingegangen. Diese waren einerseits die Fokusthemen zu Beginn des Analyseteils, welche von den Autor*innen als besondere Schwerpunkte erkannt wurden. Andererseits wurden oben die als Herausforderungen markierten Codes mit ihren Subkategorien thematisiert und eingeordnet. Bei der Betrachtung dieser zwei ersten Untersuchungsachsen fällt auf, dass auch die erstgenannten Fokusthemen in ihrem Grundsatz eher als herausfordernde Faktoren gelesen werden können. Die *Knappheit der Ressourcen*, die *fehlende Lobby* und die *Zunahme der Fallkomplexitäten* sind allesamt Bereiche, die die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen in höchstem Masse fordern, wie aus den Interviews mit den beiden Sozialarbeitenden sichtbar wird. Ein konkretes Beispiel hierfür ist Interviewpartnerin A, welche sich ganz im Allgemeinen mehr Ressourcen für das Gesundheitssystem wünscht (Interview A, Pos. 83).

Diese Arbeit hat abgeleitet von der Forschungsfrage den Zweck, neben dem Sichtbarmachen der Herausforderungen auch die *Gelingensbedingungen* hervorzuheben und zu würdigen. Diese sind definiert als «(äusserer) Umstand, der für den Erfolg von etwas wichtig oder bestimmend ist» (Dudenredaktion, o. J.). Es geht bei den *Gelingensbedingungen* also um Faktoren, die zur erfolgreichen Arbeitsverrichtung in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wichtig oder bestimmend sind. Dabei ist zu beachten, dass «erfolgreich» einer subjektiven Wahrnehmung unterliegt und von Person zu Person unterschiedlich ausgelegt werden kann. Im Interviewleitfaden wurde der Begriff «gelungen» gewählt, um eine Fallbeschreibung einzuleiten, welche aus Sicht der Befragten für sie positiv oder eben erfolgreich abgeschlossen werden konnte (Interview S, Pos. 56; Interview A, Pos. 52). Die Kategorien, welche unter dem Oberbegriff «*Gelingensbedingungen*» in den Interviewtranskripten codiert wurden, sind folgendermassen benannt:

- *Unterstützende Gefässe*
- *Zusammenarbeit gelingend*
- *Persönliche Motivation*

Die Kategorien, welche die *Gelingensbedingungen* hervorheben sollten, weisen wie auch die herausfordernden Bedingungen an vielen Stellen Überschneidungen auf. Ausserdem ist anzumerken, dass die Kategorie *Zusammenarbeit gelingend* nicht ausschliesslich positive, sondern daneben auch neutrale Beispiele von Zusammenarbeit im inter- oder intradisziplinären Rahmen umfasst. Diese sind jedoch im Zusammenhang mit dieser Untersuchung ebenfalls unter den *Gelingensbedingungen* subsummiert, da sie grundsätzlich unterstützende Wirkung zeigen. Es wurde bei obengenannten Kategorien bewusst auf eine Hauptkategorie verzichtet, da die *Gelingensbedingungen* im Vergleich zu den *Herausforderungen* zusammengefasst an eine geringere Anzahl an Textstellen vergeben wurden und so aus Sicht der Autor*innen die einzelnen Kategorien mehr Gewicht erhalten. Lediglich zur Strukturierung wurde die Hauptkategorie *Gelingensbedingungen* eingeführt, welche jedoch keine eigenen Codes aufweist.

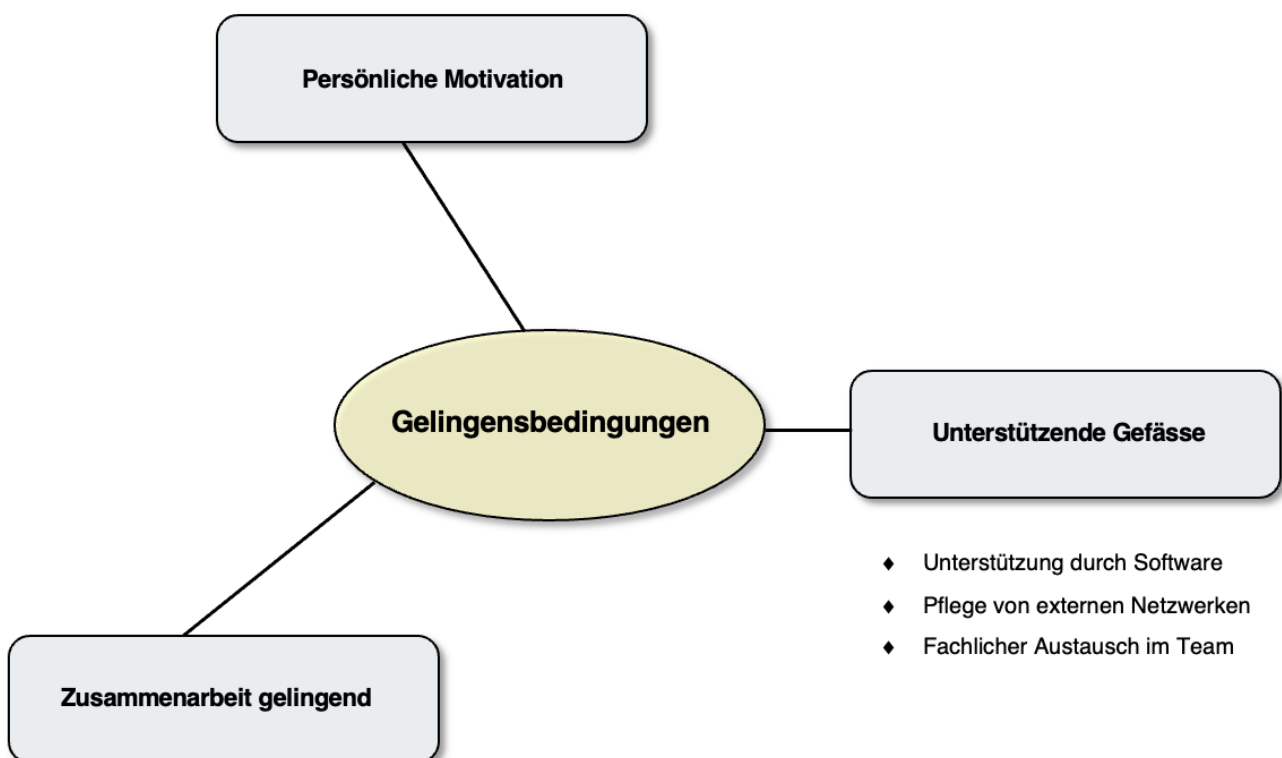


Abbildung 6: Übersicht der Gelingensbedingungen (eigene Darstellung)

4.6.1 Unterstützende Gefässe

Als erstes wird unter den *Gelingensbedingungen* nun auf die Kategorie *Unterstützende Gefässe* eingegangen. Sie sind in der Code-Memo definiert als Faktoren, die bereits vorhanden und verfügbar sind. Sie umfassen sämtliche Umstände oder Werkzeuge, die aus Sicht der Autor*innen die Fachpersonen in ihrem Handeln unterstützen, jedoch nicht unter eine bestehende andere Kategorie der *Gelingensbedingungen* fallen. Ausserdem zählen dazu Aussagen, welche die Interviewpartnerinnen explizit für sich und ihre Arbeit als positiv deklariert haben. Das Spektrum der unter diese Kategorien fallenden Textpassagen ist entsprechend breit und es sind sehr unterschiedliche Themenbereiche darin gelistet. Es finden sich organisationsbezogene Aussagen, wie beispielsweise im Fall der ambulanten Beratungsstelle. Hier erwähnt Interviewpartnerin A, dass sie es schön findet, dass die Beratungen für die Klient*innen freiwillig sind, wodurch für sie als Fachpersonen ein Handlungsspielraum entstehe (Interview A, Pos. 57). Hierbei ist anzumerken, dass sich die zweite Hälfte der erwähnten Aussage jedoch in den Herausforderungen verorten lässt, zumal sich dieser Spielraum auch als solche herausstellen kann. Die nachfolgend genauer thematisierte Unterstützung durch Software ist ein Beispiel für eine solche organisationsbezogene Aussage. Neben den organisationsbezogenen kommen auch eher persönliche Perspektiven zum Tragen. Diese spiegeln sich in den weiter unten bearbeiteten Themen des fachlichen Austausches im Team oder der Vernetzung mit externen Organisationen wieder.

Es sind also innerhalb der Kategorie Schwerpunkte zu erkennen, die alle unter den *unterstützenden Gefässen* subsummiert werden und in dieser Analyse ausführlicher behandelt werden sollen. Es werden nachfolgend die zur Sprache gekommenen Themenbereiche erläutert.

Unterstützung durch Software

Ein mehrmals wiederkehrendes Element innerhalb der Kategorie *unterstützende Gefässe* stellt die Erwähnung von **Software, IT-Lösungen oder Programmen**, welche in der täglichen Arbeit der Fachpersonen ihre Anwendung finden. Exemplarisch nennt Interviewpartnerin A dabei ihr organisationsinternes **Intranet**, wo sich unter anderem Fachinformationen für die Beratung der Klient*innen finden lässt. Sie wertet diese Plattform als eine Unterstützung, da sie somit nicht von anderen Sozialarbeitenden abhängig ist und das Wissen dadurch stets verfügbar ist (Interview A, Pos. 57). Es können alle Fachpersonen darauf zugreifen und die Informationen werden dadurch innerhalb der Organisation vereinheitlicht. Es kommt hierbei aus Sicht der Autor*innen zu einer Angleichung des Wissensstandes der involvierten Fachpersonen, was wiederum eine personenunabhängigere, durchgängig qualitativ gleichbleibende Beratung unterstützen kann. Bei Interviewpartnerin S kam die Unterstützung durch Software ebenfalls zur Sprache. Sie erwähnt in diesem Zusammenhang ein **neu eingeführtes System**, welches von

der ganzen Organisation berufsgruppenübergreifend benutzt wird. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit, Verlaufsjournaleinträge zu verfassen, welche so automatisch dem interdisziplinären Team angezeigt werden (Interview S, Pos. 21). Dieses sieht so jeweils den aktuellen Stand der Intervention seitens der Sozialberatung und muss diesen nicht zusätzlich erfragen. Gemäss Interviewpartnerin S führt dieser Umstand dazu, dass einerseits ihre Arbeit mehr wahrgenommen wird und andererseits etwas mehr Verständnis gezeigt wird, weshalb eine Intervention so lange dauert (Interview S, Pos. 23). Die Sichtbarkeit der getätigten Arbeit scheint hier also einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Sozialen Arbeit und deren Beitrag im Gesundheitswesen darzustellen. Insbesondere im stationären Bereich, genauer im Akutspital, wo die Interdisziplinarität handlungsfeldtypisch ist, wurde dieser Aspekt von der befragten Person ausgeführt und mehrfach erwähnt.

Fachlicher Austausch im Team

Ein weiterer Schwerpunkt innerhalb der *unterstützenden Gefässe* stellt der unstrukturierte Austausch im Team oder in Form von Super- oder Intervisionen dar. Diese werden beide von beiden befragten Personen thematisiert. Angesprochen auf schwierige Situationen und den Umgang damit antwortet Interviewpartnerin S:

«Man muss es nicht allein aushalten oder allein durchstehen. Man hat Psychoonkologinnen, Onkologen, man hat ein Care-Team von der Seelsorge, wo man sich auch austauschen kann. Oder, oder die eigenen Kolleginnen und Kollegen, ähm, um auch mal eine Intervision machen oder mit ihnen zu schauen, wie gehen wir jetzt mit dem um.» (Interview S, Pos. 47)

Sie hebt den **Austausch im Team** auf Nachfrage besonders hervor (Interview S, Pos. 49), wobei auch auf die Möglichkeit zur **externen Supervision** hingewiesen wird. Dafür benötige es allerdings in betreffender Organisation um ein Gesuch. Speziell in diesem Fall, wo es sich um eine Fachperson im stationären Bereich handelt, ist die Möglichkeit des Beizugs von psychologischen Fachpersonen oder eines Care-Teams notwendig. Dies stellt wiederum ein Unterschied zu den ambulanten Angeboten dar, wobei auch dabei die typisch interdisziplinäre Ausrichtung eines Spitals eine grosse Rolle spielt. Auch Interviewpartnerin A nennt als zentralen unterstützenden Faktor den Austausch im Team, wobei sie dieses ebenfalls als die grösste Unterstützung benennt (Interview A, Pos. 59). Auch im ambulanten Bereich gibt es das Angebot von **Supervision und Intervision**, wobei auch hier natürlich eine ressourcenbedingte Limitation zum Tragen kommt. Zum Ausdruck kommt dies im Interview A in Pos. 59, wo Interviewpartnerin A die Supervision mit einer externen Organisation erwähnt. Diese kann bis zu viermal im Jahr stattfinden. Supervisionen sind auch in dieser Organisation ein mögliches Gefäss, um in den Austausch zu kommen. Zusammenfassend für dieses Unterkapitel der *unterstützenden Gefässe* lässt sich die Fallbesprechung im Team der Sozialarbeitenden

herausstreichen. Den Autor*innen wurde die Wichtigkeit der internen Besprechung von beiden Interviewpartnerinnen vor Augen geführt. Dabei geht es nicht immer nur um fachlichen Austausch, sondern auch um Psychohygiene und das Abholen von anderen Meinungen im Team. Hervorzuheben ist also die zentrale Rolle des intradisziplinären, also fachgebietsinternen Austauschs mit sozialarbeiterischen Kolleginnen und Kollegen, welcher mehrfach zur Sprache gekommen ist.

Pflege von externen Netzwerken

Es lassen sich neben dem fachlichen Austausch innerhalb der jeweiligen Institution und im eigenen Team auch andere Netzwerke identifizieren, welche sich als unterstützend zeigen. Diese zeichnen sich im Unterschied zu den obengenannten dadurch aus, dass die jeweiligen Partner*innen einer anderen Organisation des Sozial- oder Gesundheitswesens zuzuordnen sind. Die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen wird unter dem Code *Zusammenarbeit gelingend* untersucht. In diesem Abschnitt soll es primär um die Pflege von diesen Partnerschaften und Netzwerken gehen. Die Überschneidungen der codierten Textstellen lassen darauf schliessen, dass die Zusammenarbeit mit internen wie auch externen Fachpersonen gewinnbringend sein kann. Nachfolgend werden einige exemplarische Abschnitte aus den Interviews eingeführt, welche sich auf die Vernetzungs- und Netzwerkarbeit konzentrieren, jedoch noch nicht auf die eigentliche Zusammenarbeit. Auffallend bei diesem Untersuchungsgegenstand war, dass der grösste Teil der Beispiele Interviewpartnerin A aus dem ambulanten Bereich zuzuordnen ist. Im Interview S kommt dieser Umstand weniger zur Sprache, was in den Augen der Autor*innen durch die im stationären Bereich bereits vorhandene breite interne Vernetzung unter den Fachpersonen liegen kann.

Interviewpartnerin A erwähnt als erstes die ansässigen **Sozialdienste** in der Region, in der die Institution tätig ist. Dabei hebt sie hervor, dass die Netzwerkpflege primär durch **regelmässige Besuche** vor Ort stattfindet, wodurch der Austausch entsteht. So kann das Angebot der Beratungsstelle beworben werden und bei den Sozialarbeitenden des Sozialdienstes bekannt gemacht werden (Interview A, Pos. 67). Sie spricht in diesem Zusammenhang auch die hohe Fluktuation auf den Sozialdiensten an, welche eine regelmässige Vorstellung des Angebots erfordern (Interview A, Pos. 67). Ein weiterer Textabschnitt, welcher sich mit dem Code der *Zusammenarbeit gelingend* überschneidet und auf den später genauer eingegangen werden soll, hebt hervor, wie wichtig der Austausch für die Klientel sein kann (Interview A, Pos. 73). Dies begründet Interviewpartnerin A damit, dass so Übergänge durch Kommunikation unter den involvierten Fachstellen besser geplant werden können. Dabei hebt sie besonders hervor, dass es wichtig sei, darauf zu achten, dass die betroffenen Personen in Kenntnis darüber sind, welche Stelle oder Fachperson sich um welches Anliegen kümmert.

Dazu erwähnt sie die Absprache untereinander und die Kommunikation gegenüber der Klientel als besonders zentral (Interview A, Pos. 73).

Ein weiteres Beispiel der aus Sicht der Schreibenden vorbildlichen Netzwerkpflege stammt ebenfalls aus Interview A. Es ist sehr lokal und ortsbezogen, zeigt jedoch, wie ein Netzwerk von Institutionen aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich gestaltet und aufrechterhalten werden kann. Interviewpartnerin A erzählt, dass es in der Stadt, wo ihre arbeitgebende Organisation ansässig ist, einen **Verband** gebe, dessen Zweck es sei, sich um den Austausch unter den Institutionen der Region zu kümmern (Interview A, Pos. 73). Dabei erwähnt sie die unterschiedlichen Möglichkeiten und Gefässe, welche dieser Verband ihrer Organisation bietet. Darunter sind **organisierte Austauschmöglichkeiten**, Inputs von Gastinstitutionen und die Möglichkeit zu erfahren, was die Fachpersonen der anderen Mitgliedsorganisationen aktuell beschäftigt (Interview A, Pos. 73). Abschliessend merkt Interviewpartnerin A an, dass es für sie sehr wertvoll sei, in regelmässigen Abständen mitzubekommen, was bei anderen läuft und sich bewusst zu werden, welche Organisationen es noch gäbe, bei denen sie sich im Bedarfsfall melden kann. Ausserdem werden Möglichkeiten aufgezeigt, wohin Klient*innen noch triagiert werden können, sofern die eigene Beratungsstelle an ihre Grenzen kommt (Interview A, Pos. 73). In diesem Zusammenhang wurde von Interviewpartnerin A auch erwähnt, dass nicht alle regionalen Organisationen Teil dieses Netzwerkes sind, da einige die Ressourcen nicht erhalten oder dafür aufwenden können. Dies wird von ihr bedauert und steht ihrer Ansicht nach in Zusammenhang mit den oben bearbeiteten *strukturellen Herausforderungen* und dem vorherrschenden Ressourcenmangel (Interview A, Pos. 73).

4.6.2 Zusammenarbeit gelingend

Wie im vorangehenden Abschnitt bereits angetönt, kommt es zwischen den Kategorien *unterstützende Gefässe* und *Zusammenarbeit gelingend* zu Überschneidungen. Um diese inhaltlich besser voneinander trennen zu können, wurde im vorherigen Kapitel lediglich auf die Vernetzungsarbeit durch die sozialarbeiterischen Fachpersonen eingegangen, die eine Zusammenarbeit unterstützen kann oder dieser allenfalls vorausgeht. In diesem Kapitel stehen die unter der Kategorie *Zusammenarbeit gelingend* codierten Textstellen aus den beiden Interviews im Zentrum. Die hier thematisierte Kategorie schliesst sowohl positive wie auch neutral bewertete Zusammenarbeit ein. Den Schreibenden ist im Codierungsprozess aufgefallen, dass viele Situationen, in welchen eine Zusammenarbeit im weitesten Sinne zur Sprache gekommen ist, nicht explizit als positiv markiert wurden, jedoch solche Auswirkungen zeigen. Im Unterschied zu den negativen Beispielen in der Kategorie *Herausforderungen in der Zusammenarbeit* kam es hier vor, dass neutrale Formulierungen zur Anwendung gekommen sind. Diese wurden nach Einschätzung der Autor*innen eher den fördernden Bedingungen zugewiesen. Die neutral gewerteten Aussagen haben alle einen deskriptiven Charakter, beinhalten häufig Aufzählungen von Partnerorganisationen und werten die inter- oder intradisziplinäre Zusammenarbeit nicht. Nachfolgende zwei Beispiele aus beiden Handlungsfeldern verdeutlichen dies besonders:

«Ähm, ja, und einerseits vom Klientel her, die sehr gemischt ist, und andererseits aber auch innerhalb des Spitals, wo man mit verschiedenen Therapeutinnen und Therapeuten zu tun hat, mit den Ärztinnen und Ärzten, mit den Pflegefachkräften, äh, sehr viele Berufe auch, wo man im Austausch ist, das ist eigentlich das, was ich finde, äh, ist sehr speziell an der klinischen Sozialarbeit.» (Interview S, Pos. 11)

In diesem codierten Abschnitt aus dem Interview im stationären Bereich wird unterstrichen, dass die **interdisziplinäre Zusammenarbeit** in der Klinik einen hohen Stellenwert innehat. Interviewpartnerin S hebt besonders hervor, dass sie persönlich diese Interdisziplinarität, welche sie zuvor ausführt, als «speziell» an ihrem Arbeitsumfeld erachtet (Interview S, Pos. 11). Weiter fällt auf, dass sie die Zusammenarbeit hier nicht beurteilt, sondern den Austausch mit anderen Disziplinen in der Auffassung der Autor*innen neutral beschreibt. Dies kann darauf deuten, dass die Interdisziplinarität im stationären Kontext als «Normalzustand» wahrgenommen wird. Zum Vergleich dazu die folgende Textpassage aus dem Interview im ambulanten Sozialberatungskontext:

«Also, wir haben sehr breit, eigentlich viel mit der IV, mit den Sozialversicherungen, oder, haben wir zu tun, also Unfallversicherung, IV, ähm, viel mit der, ähm, Ausgleichskasse, einfach betreffend Ergänzungsleistungen, und dann Ärzte, jegliche Ärzte, ähm, Hausärzte und Spezialisten, manchmal für die IV-Berichte, oder, die sie einreichen müssen. Mhm. Und, nachher Absprache, vor allem mit anderen Sozialdiensten, auch wegen der Zuständigkeiten, dass wir nicht, möglichst nicht Doppelspurigkeiten machen. Mhm. Ähm, ähm, wenn, mit Ablösungen, zum Beispiel, wenn jemand in der Klinik war und austritt, dann haben wir so die Übergaben, ähm, wo wir mit ihnen zusammenzuarbeiten, ja.» (Interview A, Pos. 41)

Interviewpartnerin A erzählt in diesem Abschnitt im Unterschied zum stationären Kontext von externer Zusammenarbeit mit anderen Organisationen. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass auch im stationären Kontext reger Kontakt mit anderen Stellen besteht, ist hier festzustellen, dass sich in der Wahrnehmung der Schreibenden im stationären Kontext häufiger als erste Anlaufstelle auf die betriebsinternen Netzwerke gestützt wird. Diese sind gerade in einem Akutspital grösser als auf einer reinen Beratungsstelle für soziale Fragen. Der vorangehende Ausschnitt aus dem Interview A zeigt eindrücklich, mit wie vielen Partner*innen die Fachpersonen der Beratungsstelle im Alltag im Kontakt sind. Die oben angeführte Aufzählung ist nicht abschliessend und wird von Interviewpartnerin A an anderen Stellen ergänzt, beispielsweise durch spezialisierte Beratungsstellen für Krebserkrankungen oder Erkrankungen der inneren Organe, an welche entsprechende Patient*innen triagiert werden (Interview A, Pos. 41). Auch hier werden jedoch **viele gemeinsame Partnerorganisationen** der beiden Bereiche sichtbar. Beispielsweise die Invalidenversicherung oder die zuständigen Sozialdienste, welche die Patient*innen betreuen, werden auch von Interviewpartnerin S genannt (Interview S, Pos. 71). Sie nimmt diese unter Umständen als sehr hilfreich und interessiert wahr, wobei die Aussage auch durch negative Erlebnisse relativiert wird, welche bereits im Kapitel *Herausforderungen in der Zusammenarbeit* zur Sprache gekommen sind (Interview S, Pos. 71).

Insgesamt bei den unter *Zusammenarbeit gelingend* codierten Textstellen fällt weiter auf, dass es häufig um die **Übergangsthematik** geht. Dies wird sichtbar in Aussagen der Interviewpartnerinnen, die sich um Übertritte in ein oder aus einem Spital oder einer Klinik drehen. Beide befragten Fachpersonen haben hier eine gegensätzliche Perspektive, was den Weg der Klient*innen bei Ein- oder Austritten in oder aus einem stationären Setting anbelangt. Interviewpartnerin A berichtet Folgendes in Bezug auf Austritte aus Kliniken:

«Eben, wenn man eine gute Zusammenarbeit hat, Absprache, eben, äh, gerade mit Psychiatrie Spitex, das ist manchmal sehr gut, sagen, sie machen das, wir machen das, ähm, ähm oder bei den Übergaben, oder wenn sich jemand meldet und sagt, eine Person tritt aus, das

wäre, wir haben das angefangen, fährt hier weiter und so, einfach bei guten Übergaben.» (Interview A, Pos. 43)

Dabei nimmt sie Bezug auf **Austritte** und dass sie froh darum ist, wenn ihr berichtet wird, wie der aktuelle Stand in der Beratung in sozialen Fragen ist. **Gute Übergaben** sind ihr hier besonders wichtig, damit sie eine Zusammenarbeit als gelingend bezeichnen kann (Interview A, Pos. 43). Ausserdem nimmt sie konkret Bezug auf eine Partnerorganisation, mit der eine in ihren Augen gute Zusammenarbeit besteht. In folgenden Abschnitten konkretisiert sie ihre Aussage und fügt an, dass ein «Hand in Hand» arbeiten für sie besonders wertvoll sei, wobei dies jedoch nicht in jeder Zusammenarbeit der Fall sei (Interview A, Pos. 45).

Auch Interviewpartnerin S nimmt die externen Partner*innen in der Zusammenarbeit oft als interessiert und hilfreich wahr (Interview S, Pos. 71). Sie gibt zudem an, dass es für sie im stationären Kontext sowohl um **Übergaben** im Sinne von Triage, wie auch um **Übernahmen** bei Eintritt für eine Behandlung geht (Interview S, Pos. 73). Sie erwähnt weiter, dass es jeweils sehr engagierte Personen in den jeweiligen Organisationen gibt, welche ebenfalls an einer guten Übergabe interessiert sind oder froh um **Informationen** bezüglich ihrer Patient*innen sind. Interviewpartnerin S schätzt diese gleichwertige fachliche Zusammenarbeit, gerade in Anbetracht der Tatsache, dass eine strukturelle Veränderung in ihrer Organisation sie in ihren Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt hat (Interview S, Pos. 87-89).

Zusammenfassend für diese Kategorie, welche sich mit *gelingender Zusammenarbeit* beschäftigt, lassen sich einige Punkte festhalten. Einerseits fällt auf, dass beide Befragten, obwohl sie in unterschiedlichen Bereichen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit tätig sind, mit **ähnlichen Partnerorganisationen** zu tun haben. Dabei sind insbesondere die IV und die staatlichen Sozialdienste zu erwähnen. Eine weitere Auffälligkeit, welche in Zusammenhang mit der *gelingenden Zusammenarbeit* sichtbar gemacht wurde, ist der **Unterschied in der Interdisziplinarität** der beiden Handlungsfelder im ambulanten und stationären Kontext. Während es sich in den Ausführungen der Fachperson im stationären Bereich vorwiegend um «interne», also in derselben Institution angestellte Personen anderer Fachgebiete handelte, so wurden im Interview A mehrheitlich externe Beratungsstellen angesprochen. Dieser Unterschied ist bei näherer Betrachtung der Organisationsstruktur und Art einleuchtend. In einem Akutspital sind sehr viele unterschiedliche Professionen angesiedelt, welche die Möglichkeit zum interdisziplinären Austausch bieten. Interviewpartnerin S sagt dazu, dass sie als Teil des interdisziplinären Behandlungsteams sehr viel mitbekomme, was auch in medizinischer Hinsicht läuft und umgekehrt ihr Fachwissen in den Behandlungsverlauf miteinbringen kann (Interview S, Pos. 9).

Ein verbindendes Element der Kategorie, welches in beiden Interviews zur Sprache gekommen ist, sind die **personell abhängigen Unterschiede**, welche in der Zusammenarbeit mit externen Stellen vorkommen. Beide Interviewpartnerinnen erwähnen guten Austausch mit anderen Fachpersonen, jedoch jeweils unter dem Vorbehalt, dass dies davon abhängig sei, mit wem man konkret im Kontakt ist. Interviewpartnerin A sagt dazu in Pos. 47: « (...) *auch mit der IV kann es gut laufen, je nachdem, eben, es ist ja, manchmal auch ein bisschen personenbezogen, denke ich, man kann nicht sagen, die Organisation ist gut und die nicht, das ist wirklich personenbezogen.* » (Interview A, Pos. 47). Ausführlicher wurde auf diese personenbezogenen Differenzen bereits weiter oben unter den Herausforderungen eingegangen.

4.6.3 Persönliche Motivation

Zum Abschluss des Kapitels der *Gelingsbedingungen* soll noch auf die Kategorie der *persönlichen Motivation* der Befragten eingegangen werden, welche sie in ihrer Arbeit bestärkt. Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist ein komplexes, vielseitiges Handlungsfeld, in welchem die Position der Fachpersonen nicht selten hinterfragt wird. Fälle wie die strukturellen Kündigungen am Inselspital im Jahr 2025 unterstreichen dies (medinside, 2025). In den geführten Interviews kamen teils auf Nachfrage der Autor*innen, teils aus freien Stücken verschiedene persönliche Motivatoren zur Sprache, welche in diese Auflistung der *Gelingsbedingungen* aufgenommen werden sollten. Aus Sicht der Autor*innen sind sie die Grundlage, dass es überhaupt Sozialarbeitende im Gesundheitswesen gibt, welche diese komplexe Herausforderung annehmen und sich den teils sehr fordernden Fällen annehmen. Beide Interviewpartnerinnen erwähnen dabei den Kontakt mit (sozial benachteiligten) Menschen, den sie an ihrer Arbeit besonders schätzen (Interview S, Pos. 11, Interview A, Pos. 5). Insbesondere im stationären Umfeld wird von Interviewpartnerin S die interdisziplinäre Arbeit im Behandlungsteam mehrfach genannt, wie folgendes Zitat exemplarisch zeigt:

«Ähm, es ist eine sehr spannende Arbeit, weil man mit verschiedenen Professionen zu tun hat, zum interprofessionellen Team gehört, sehr viel, äh, mitbekommt, was sonst noch läuft, (...)» (Interview S, Pos. 9)

Diese **Eingebundenheit im gesamten Behandlungsteam** ist für das Autor*innenteam rückblickend insbesondere für die stationäre Soziale Arbeit im Gesundheitswesen bezeichnend. Das bio-psycho-soziale Modell, welches zu Beginn eingeführt wurde, kann hier exemplarisch in praktischer Anwendung beobachtet werden. Dabei deckt die Soziale Arbeit in Form von Interviewpartnerin S den sozialen Bereich ab, während sich die medizinischen Fachpersonen um das Biologische und das Psychische kümmern. So kann im Sinne von Mühlum und Pauls

(2024, S. 26) das ganze Spektrum der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden. Während für Interviewpartnerin S die *Motivation* darin liegt, dass sie in der ganzheitlichen Behandlung der Patient*innen direkt eingebunden ist, so legt Interviewpartnerin A den Schwerpunkt auf die **Unterstützung der Klient*innen**. Sie schöpft gemäss eigener Aussage ihre *Motivation* aus den **Erfolgserebnissen** in den Beratungen, wenn beispielsweise ein Finanzierungsgesuch gutgeheissen wurde oder eine Versicherungsleistung geltend gemacht werden konnte (Interview A, Pos. 23). Ausserdem gibt sie die Unterstützung von Benachteiligten als Grund an, weshalb sie dieses Berufsfeld gewählt hat: «*Ja, Motivation, einfach ich denke, allgemein, also für Sozialberatung, wieso ich das gewählt habe, jetzt so ein bisschen für die Leute, die eigentlich ein bisschen benachteiligt sind, in unserer Gesellschaft zu unterstützen.*» (Interview A, Pos. 5).

Hier kann ein direkter Bezug zum Berufskodex der Sozialen Arbeit hergestellt werden. Dieser gibt vor, dass die Soziale Arbeit sich für die **Beseitigung von sozialen Ungerechtigkeiten** einsetzen sollte (Avenir Social, 2026, S. 11). Interviewpartnerin A unterstützt dabei im Sinne von Avenir Social, die Barrieren abzubauen, welche Personen daran hindern, ihre Rechte und Chancen in Bezug auf sozialversicherungsrechtliche Themen wahrzunehmen (Avenir Social, 2026, S. 11). Es lässt sich dazu sagen, dass in beiden erforschten Bereichen der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit diese Aufgabe gut sichtbar wird und an einigen Stellen in den Interviews zum Vorschein kommt.

Ein weiterer motivierender Aspekt für die Arbeit, insbesondere für Interviewpartnerin S, ist der **Kontakt mit den unterschiedlichsten Menschen** in ihrem Alltag. Ihr entspricht besonders die Durchmischung ihrer Patient*innen im stationären Setting, also von sehr bedürftigen Personen bis zu Erstklasspatient*innen (Interview S, Pos. 11). Je nach Person wird eine völlig andere Erwartung an sie gestellt, wobei es teilweise um finanzielle Angelegenheiten, teilweise mehr um organisatorische Hilfestellung gehen kann (Interview S, Pos. 11).

Die Kategorie *persönliche Motivation* zeigt unterschiedliche Faktoren, welche die Fachpersonen in ihrer Arbeit grundlegend unterstützen und sie dazu motivieren, trotz der teils schwierigen Umstände weiterzumachen. Nach Einschätzung der Autor*innen stellt dies eine wichtige Grundlage zum Erhalt einer gelingenden Sozialberatung dar. Die Motivatoren sind persönlich und unterscheiden sich demnach, wie auch in diesen zwei Interviews sichtbar wurde. Verbindend sind die Elemente der Unterstützung und der dadurch erfahrenen Befriedigung durch einen Beitrag an die gesamtheitliche Gesundheitsförderung. Es kann davon ausgegangen werden, dass auch in anderen Institutionen diese grundlegenden Bedingungen eine Rolle spielen werden.

4.7 Résumé

Nachfolgend wird die Essenz aus den Herausforderungen und Gelingensbedingungen zusammengefasst und verdichtet dargestellt.

Herausforderungen

Es lässt sich festhalten, dass die beiden interviewten Anbieter mit diversen Herausforderungen konfrontiert sind, welche sich wechselseitig beeinflussen.

In der Subkategorie der **strukturellen Herausforderungen** beschäftigen schwerpunktmässig zunehmende administrative Aufgaben, organisationale Veränderungen im Rahmen von Restrukturierungen sowie Ungerechtigkeiten im sozialen System. Darüber hinaus werden die beschriebenen Fokusthemen *zunehmende Komplexität des Systems*, *Ressourcenknappheit* und die *Bedeutung politischer Einflussnahme* in diesem Zusammenhang häufig erwähnt.

Zu den erhobenen **persönlichen Herausforderungen** zählen strukturelle soziale Ungleichheiten, das Gefühl Klient*innen nicht gerecht zu werden, Ohnmachtsgefühle, gegensätzliche Haltungen, die Konfrontation von Klientel mit der fehlenden Gesundheit und der Umgang mit Verlusten wie auch weinenden Paten*innen.

Auf der Ebene der **Zusammenarbeit fordern** Interviewpartnerin A und S unterschiedliche Haltungen bzw. Hintergründe, eine hohe Fluktuationsrate von anderen Anbietern, die Abhängigkeit von anderen Berufsgruppen, *Ressourcenknappheit* und fehlende Anerkennung **heraus**. Weiter führt die stark medizinisch-pflegerische Ausrichtung dieser Arbeitsfelder gegenüber der sozialen bzw. sozialversicherungsrechtlichen Perspektive teilweise zu Spannungsfeldern.

Bezüglich der **Herausforderungen im Klient*innenkontakt** bestehen diverse Themen: besonders hervorzuheben sind diesbezüglich fordernde Klient*innen, psychische und psychosoziale Beschwerden bei Adressat*innen sowie die Auswirkungen von handlungsfeldspezifischen strukturellen Rahmenbedingungen.

Wie die Zusammenführung der verschiedenen Herausforderungstypen zeigt, besteht aus Autor*innensicht ein Zusammenhang zwischen strukturellen Rahmenbedingungen und den weiteren Subkategorien. Dieser wird im Rahmen des Fazits näher ausgeführt.

Es ist weiter anzunehmen, dass *strukturelle Herausforderungen* auch bei anderen gesundheitsbezogenen Anbietern und im weiteren Sinne in allen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit präsent sind. Die Autor*innen interpretieren dies anhand der strukturell erwähnten Dimensionen wie beispielsweise der *Ressourcenknappheit*, der fehlenden gesellschaftlichen Anerkennung und *zunehmenden Komplexität des sozialen Systems*. Es ist somit davon auszugehen, dass ein grosser Teil der Herausforderungen auch auf andere gesundheitsbezogene Anbieter übertragbar ist. Beispiele dafür sind unter anderem die beschriebenen, unterschiedlichen Haltungen im Team, personenbezogene Unterschiede sowie zunehmende administrative Prozesse.

Ein spezifisches Merkmal in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit, und insbesondere in der klinischen Sozialarbeit, ist weiter der hohe Anteil an interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit. Aus diesem Grund sind auch Herausforderungen und Spannungsfelder zwischen verschiedener Berufsgruppen anzunehmen. Auf der anderen Seite bereichert dieser fachliche, berufsgruppenübergreifende Austausch die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, weshalb es wichtig erscheint, auch positive Effekte diesbezüglich zu erwähnen.

Die Ergebnisse der beiden Interviews im Vergleich mit den beschriebenen Herausforderungen aus der Literatur zeigen diverse Überschneidungen: Während in der Literatur die hohe Komplexität der medizinisch-therapeutischen Interventionen erwähnt wird (Bäumner-Schütte, 2021, S. 65), sprechen Interviewpartnerinnen A und S von *zunehmenden Fallkomplexitäten*. Den Autor*innen fällt weiter auf, dass sich aus den gesellschaftlichen Entwicklungen sowie dem Ökonomisierungstrend insbesondere Bezüge zu den *strukturellen Herausforderungen* wie beispielsweise dem Fokusthema der *Ressourcenknappheit* herstellen lassen. Ein weiterer interessanter Bezugspunkt zwischen der theoretischen Einbettung und den Forschungsergebnissen, behandelt die Zugänglichkeit zu Hilfsangeboten. Giertz (2024) umschreibt in diesem Zusammenhang das Risiko einer möglichen Verschlechterung der Zugänge zur psychosozialen Versorgung (Giertz, 2024, S. 421). Im Zuge der Restrukturierung und organisationalen Veränderungen betont Interviewpartnerin A unter anderem genau diesen Aspekt. Sie nimmt im beruflichen Alltag wahr, dass ihr Angebot an Niederschwelligkeit verliert, was sich wiederum auf die Adressat*innen auswirkt (Interview A, Pos. 9).

Gelingensbedingungen

Auch unter den Gelingensbedingungen gab es einige zentrale Erkenntnisse, die in der Folge nochmals resümierend aufgenommen werden. Die Gelingensbedingungen waren in drei Subkategorien aufgeteilt, wobei die erste davon als *unterstützende Gefässe* benannt war und wiederum drei inhaltliche Systematisierungen enthielt. Sie umfasste Softwarelösungen wie Intranets oder klinische Informationssysteme, die einen Austausch in der Organisation erleichtern. Ausserdem wurde der Austausch sowohl im Team als auch interdisziplinär und organisationsübergreifend als unterstützend und somit als Gelingensbedingung hervorgehoben. Der Austausch unterscheidet sich vom ambulanten zum stationären Bereich insofern, dass im stationären Setting eher ein interner Austausch im Vordergrund steht. Dies ist durch den interprofessionellen Kontext des Spitals bedingt, während die ambulanten Organisationen stärker um externe Vernetzung bemüht sind. Weiter wurde die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Stellen als gewinnbringend benannt, sofern sich diese auf eine Zusammenarbeit einlassen. Für ein gelingendes (interprofessionelles) Zusammenspiel muss dabei die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Disziplin erfüllt sein. Die Interviewpartnerinnen berichten hier vereinzelt von herausfordernden Situationen beispielsweise mit Vertretenden der Medizin. Letztendlich wurde deutlich, dass es zur gelingenden Ausübung von gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit auch einer intrinsischen Motivation der Fachpersonen bedarf, welche nicht zu unterschätzen ist. Diese kann unterschiedlichen Ursprungs sein. In den konkret untersuchten Fällen stand sie meist im Zusammenhang mit dem Ziel, die Patient*innen zu unterstützen, was durch gelingende Interventionen erreicht wird.

5. Fazit

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Erkenntnisse und Ergebnisse aus dem Forschungsprozess zusammengetragen und daraus Schlussfolgerungen für die sozialarbeiterische Praxis gezogen. Daraufgehend wird der Forschungsprozess reflexiv beschrieben und abschliessend mögliche Anknüpfungspunkte für weiterführende Untersuchungen vorgeschlagen, welche im Zuge der Bearbeitung der vorliegenden Forschungsfrage aufgekommen sind. Diese sind jedoch nicht im Umfang dieser Arbeit enthalten und sollen lediglich Grundlage sein für allfällige weiterführende Forschung.

5.1 Schlussfolgerungen für die Soziale Arbeit

Ein zentraler Erkenntnisgewinn dieser Arbeit zeigt sich in der **Thematik der Zusammenarbeit**. Hier als Überbegriff für sämtliche Situationen der inter- wie intradisziplinären Koproduktion ausgelegt, präsentierte sich dieser Aspekt als einer der meistthematisierten im Prozess des vorliegenden Forschungsprojektes. Sowohl im stationären wie auch im ambulanten Setting scheint die Soziale Arbeit in ein grosses Netzwerk von unterschiedlichen Professionen und Disziplinen eingebettet zu sein. Aus der Literatur lässt sich dieser hier empirisch untermauerte Umstand ebenfalls entnehmen, was die Wichtigkeit noch zusätzlich hervorhebt. Einerseits ist die Soziale Arbeit im gesundheitsbezogenen Kontext auf die Koexistenz anderer Disziplinen wie der Medizin angewiesen, andererseits wird ihre Wichtigkeit und der eigene Beitrag hervorgehoben. Mühlum und Pauls (2024) betonen, dass die Soziale Arbeit insbesondere aufgefordert werden solle, selbstständig zu handeln. Dieser Aspekt zeigte sich auch in der Erhebung der verwendeten Daten. Besonders im stationären Setting kam zum Ausdruck, dass ein aufsuchendes Modell, beispielhaft im Spital, aktuell aus Ressourcenmangel nicht umzusetzen sei (Interview S, Pos. 15). Aufgrund von Zeitmangel und personellen Engpässen, so schildert Interviewpartnerin S diesbezüglich, sei die Möglichkeit aktuell nicht gegeben, aktiv auf die Patient*innen zuzugehen. Die Umsetzung einer bio-psycho-sozialen Herangehensweise an die Fälle ist dadurch erschwert und teils gar verhindert. Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht in jedem Fall sämtliche soziale Komponenten während einem stationären Aufenthalt in einer Gesundheitseinrichtung bearbeitet werden können, was unter Umständen zu Rückfällen führen kann. Der aktuelle Zustand erfordert vom medizinischen Personal das Erkennen von vorliegenden sozialen Herausforderungen der Patient*innen und eine entsprechende Meldung an die Sozialberatung (Interview S, Pos. 13). Es besteht also bezüglich der Auftragslage ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis. Dieser Umstand lässt vermuten, dass nicht alle potenziellen Fälle für die Soziale Arbeit auch entsprechend weitergeleitet werden. Der Zusammenhang von Gesundheit und sozialen Einflussfaktoren ist unterdessen ausreichend belegt,

dass dieser als Argumentationsgrundlage für Erweiterungen des Angebots ausreichen sollte und auch eine selbstständigere Arbeitsweise der Sozialen Arbeit, besonders im stationären Umfeld, erlauben sollte (Heiniger, 2025). Die aktuellen Entwicklungen in der Praxis am Beispiel der bereits erwähnten Stellenkürzungen der Sozialberatung am Inselspital Bern deuten in eine andere Richtung (medinside, 2025). Es kann diesbezüglich festgehalten werden, dass sich einerseits die Bedeutung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen etabliert, was durch Fachverbände wie sages oder Konferenzen, wie 2016 in Singapur, bestätigt wird (Friedli & Keel, 2016, S. 9). Gleichzeitig zeigt sich die Ressourcenproblematik in ihrem vollen Umfang und macht auch vor der Sozialen Arbeit keinen Halt. Hier benötigt es politisches Vorgehen und eine breitere Anerkennung der Dienstleistungen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Auch die Interviewpartnerinnen sehen im politischen Aktivismus eine vielversprechende Möglichkeit, dem Ressourcenmangel entgegenzuwirken und im allgemeinen Sinn für die Soziale Arbeit Sichtbarkeit und damit Wertschätzung zu generieren.

Eine weitere Feststellung, welche im Prozess gemacht werden konnte und auch von den interviewten Fachpersonen unterstrichen wurde, ist die **strukturelle Veränderung** und die damit einhergehenden Herausforderungen. Es zeigte sich, dass beide untersuchten Institutionen strukturelle Veränderungen durchlaufen, welche als Reaktion auf veränderte Bedürfnisse und die Ressourcenlagen der Organisationen zu verstehen sind. Im ambulanten Bereich werden die Telefonzeiten reduziert und das gesamte Intakeverfahren angepasst (Interview A, Pos. 77). Im Spital kommt es ebenfalls zu einer Reorganisation der Sozialberatung, welche zur Folge hat, dass die Sozialarbeitenden nun für alle Krankheitsgebiete zuständig sind (Interview S, Pos. 43). Diese zwei Beispiele bilden nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Gesundheitswesen ab, wobei davon ausgegangen werden kann, dass sich die Situation in anderen Institutionen zurzeit ähnlich präsentiert. Genaue Zahlen dazu müssten in weitergehenden Untersuchungen erhoben werden. Durch diese Veränderungen entstehen für die Sozialarbeitenden neue Herausforderungen in ihrer Arbeit, wie die Interviewpartnerinnen mehrfach ausgeführt haben. Die Veränderungen sind unterschiedlicher Natur, aber haben gemeinsam, dass sie wiederum neue Herausforderungen und Chancen auf die sozialarbeiterische Praxis beinhalten. Sie können auch ein Ausdruck von Veränderungen in der Zusammensetzung der Klientel oder der Komplexität der Krankheitsbilder sein. Diese These des Zusammenhangs der Fallkomplexitäten und der strukturellen Veränderungen könnte ebenfalls weiterführender Forschung in diesem Bereich zugrunde liegen.

In Bezug auf die strukturellen Veränderungen der beiden Anbieter zeigen die Ergebnisse weiter, dass sich folglich auch die **fachlichen Anforderungen an Fachpersonen** stetig ändern. Insbesondere die sozialadministrative und sozialversicherungsrechtliche Kompetenz gewinnt dabei an Bedeutung. Anhand des Kompetenzprofils BSc Soziale Arbeit (2021) erfordert diese Handlungskompetenz ein umfassendes Verständnis von der rechtlichen Rahmung im Sozialbereich und deren administrativen Prozesse. Die Fähigkeit, professionelle Ermessensspielräume angemessen zu identifizieren und anzuwenden ist hier essenzielle Grundlage der fachlichen Intervention (Berner Fachhochschule, 2021, S. 2). Des Weiteren ist eine hohe Flexibilität von Fachpersonen gefragt, diese strukturellen Änderungen aktiv mitzugestalten und als Team mitzutragen (ebd.). In diesem Zusammenhang umfasst professionelles Handeln nebst der direkten Klient*innenarbeit ebenso die Bereitschaft, die Soziale Arbeit und deren Handlungsfelder konstant weiterzuentwickeln und in diesem Prozess notwendige Anpassungen vorzunehmen. Zusammengefasst lassen sich die beschriebenen Anforderungen auf die Innovationskompetenz zurückführen: Sozialarbeiter*innen sind somit fähig, Bedürfnisse, Bedarfe und Potentiale zu erkennen und mögliche Veränderungen zu antizipieren (Berner Fachhochschule, 2021, S. 2). Damit Innovation gelingen kann, sind eine flexible, offene Haltung sowie Perspektivenwechsel gefordert (ebd.). Diese Erkenntnis lässt sich aus Autor*innensicht auf andere Anbieter der Sozialen Arbeit übertragen, da strukturelle Änderungen die Soziale Arbeit als gesamte Profession beschäftigen.

Eine nächste relevante Erkenntnis des Autor*innenteams bezieht sich auf den spezifischen Auftrag der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Die Verbindung des theoretischen Rahmens mit den empirisch gewonnenen Interviewdaten verdeutlicht die spezifische **Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen**. Ausgehend von einem relativen sowie sozial orientierten Gesundheitsverständnis, bearbeitet die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit insbesondere soziale Themen im Zusammenhang mit Krankheit und Behinderung (vgl. Bäumner-Schütte, 2021, S. 65). Wie die Interviewcodierung erkennen lässt, nehmen die befragten Anbieter überwiegend Aufgaben im psychosozialen, sozialversicherungsrechtlichen und finanziellen Bereich wahr. Ein weiterer Fokus liegt auf der Koordination von Nachsorgelösungen und der sozialen Sicherung. Während das bio-medizinische Gesundheitssystem im Rahmen ihrer Interventionen auf Heilung und Therapie abzielt, agiert die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit einem eigenen spezifischen Auftrag (Sommerfeld, 2021, S. 28). Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen übt dabei handlungsfeldspezifische Aufgaben aus wie beispielsweise die psychosoziale und sozialrechtliche Beratung, Gesundheits- sowie Teilhabeförderung und Case Management (DVSG, o.D., S. 4). In diesem Kontext fördert sie zusammenfassend soziale Teilhabe, aktiviert Potentiale im Lebensführungssystem und erhält

Integrationsmöglichkeiten (Sommerfeld, 2021, S. 34). Weiter trägt sie zur (Wieder-) Herstellung der Handlungsfähigkeit in der Lebenswelt der Klientel bei (Rademaker, 2024, S. 12). Ihr professionelles Handeln richtet sie deshalb primär an Hilfen zur Lebensbewältigung aus (Sommerfeld, 2021, S. 28).

Anschliessend verknüpfen die Autor*innen ausgehend von dem ausgeführten Verständnis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit den theoretischen Rahmen mit ausgewählten Praxisbezügen.

Als Erstes wird die Bedeutung der Theorie von Sommerfeld **Integration und Lebensführung** erneut praxisbezogen aufgegriffen. Dafür dient das folgende kurze Beispiel aus dem Interview A: Im Rahmen der psychosozialen Interventionen erwähnt Interviewpartnerin A kleine Erfolgserlebnisse wie die Entlastung einer finanziell prekären Situation, die Geltendmachung einer Versicherungsleistung oder positiv verlaufende Klient*innengespräche (Interview A, Pos. 23). Die Autor*innen schliessen daraus die Notwendigkeit eines grundlegenden Verständnisses über das Lebensführungssystem der Adressat*innen, um deren Anliegen bedarfsgerecht erfassen zu können. Durch die Bearbeitung der sozialen Dimension im Gesundheitswesen fördert die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit somit die gesellschaftliche und soziale Teilhabe von Adressat*innen (Sommerfeld, 2021, S. 34). Grundlage des methodischen Handelns ist dabei immer die Erschliessung von Potentialen im Lebensweltsystem der Klientel (ebd.).

Anhand des folgenden Beispiels aus der Empirie leiten die Autor*innen weiter die praktische Bedeutung der **lebensweltorientierten Sozialen Arbeit** ab. In diesem Sinne soll die Anwendung theoretischer Bezugspunkte in der gesundheitsbezogenen Praxis ersichtlich werden. Den Übergang in ein Pflegeheim und die damit einhergehende Planung benennt Interviewpartnerin S als «Riesenprozess». Dabei betont sie insbesondere die Herausforderung für die Klientel, diesen Schritt zu akzeptieren (Interview S, Pos. 33-35). Aus einer lebensweltorientierten Perspektive erscheint es naheliegend, dass eine solche räumliche Veränderung stark in die Lebenswelt der betroffenen Person eingreift und diese bedeutsam transformieren kann. Anhand des ausgewählten Beispiels erachten die Autor*innen in erster Linie die zweite Dimension des erlebten Raumes von hoher Wichtigkeit. Bei der zweiten Dimension werden die Menschen in ihrem *erfahrenen Raum* gesehen, so wie er sich jeweils unterschiedlich darstellen kann (Thiersch et al., 2012, S. 187). Aus dieser Dimension wird vor allem ersichtlich, wie viel subjektive Bedeutung bestimmte Räume wie beispielsweise die eigene Wohnung haben können. Aufgrund unterschiedlichster gesundheitlicher Einschränkungen repräsentierten dann oftmals institutionalisierte Pflege- und Wohnheime deren neues Zuhause. Anhand dieser Ausführungen wird klar, wie sich Strukturen von Lebensräumen verändern und sich auf die Lebenswelt der Adressat*innen auf unterschiedliche Weise auswirken können.

Auch wenn diese fachlichen Interventionen, in diesem Fall die Koordination einer spezifischen Nachsorgelösung, im Endeffekt zu einem gelingenderen Alltag der Zielgruppe beitragen sollen, verlangen sie aus Klient*innenperspektive viel Bereitschaft zur Veränderung. Ein grundlegendes Verständnis für die Lebenswelt der Adressat*innen und deren individuellen Deutungs- und Handlungsmuster ist deshalb aus fachlicher Sicht von Bedeutung. Dieser Zugang unterstützt zusammenfassend darin, eine für die Person geeignete Lösung zu finden.

5.2 Reflexion des methodischen Vorgehens

Rückblickend verlief das methodische Vorgehen über den gesamten Arbeitsprozess für die Schreibenden zufriedenstellend. Nachfolgend wird auf einzelne Aspekte genauer eingegangen und der jeweilige Prozess kurz reflektiert.

Die Ausarbeitung des Leitfadens gelang aus Autor*innensicht gut, wobei der Leitfaden sich aufs Wesentliche beschränkte, gleichzeitig jedoch eine gewisse Tiefe ermöglichte. In Absprache mit der Fachbegleitung konnte so eine passende und den Ressourcen angepasste Vorlage für die Interviewführung entworfen und ausgearbeitet werden. Die Wahl des offenen Leitfadeninterviews stellte sich insgesamt als gewinnbringend und für den Forschungszweck durchaus als geeignet dar.

Betreffend die Stichprobengrösse könnte die Repräsentativität erhöht werden, wenn der Stichprobenumfang ausgedehnt würde. Aufgrund der zeitlichen Ressourcen wurde Letzterer jedoch auf zwei Personen begrenzt und es wurden dafür bewusst sehr offene Fragen im Leitfaden gewählt. Es wurde Wert daraufgelegt, dass beide Autor*innen bei den Interviews jeweils anwesend sein können, was durch die überschaubare Stichprobe erreicht werden konnte. Zur Beantwortung der Forschungsfrage reichte die gewählte Anzahl aus, zumal beide Interviewten eine langjährige Erfahrung in ihrem angestammten Bereich mit sich brachten. Dabei gelang es im Rahmen dieser Arbeit, die theoretischen Bezüge durch die Interviews zu präzisieren und anhand konkreter Beispiele zu veranschaulichen. Aufgrund der knappen Literatur zu den Herausforderungen und Gelingensbedingungen ermöglichte der empirische Teil weiter, diesen Kernaspekten Raum zu geben.

Rückblickend zeigte sich die Durchführung der Leitfadeninterviews anfangs als Herausforderung. Die multiplen Anforderungen durch die flexible Handhabung der Reihenfolge der Fragen sowie der adäquaten Anknüpfung an das Gesagte gestaltete sich teils aufgrund der fehlenden praktischen Erfahrungen in der Interviewführung für das Autor*innenteam als fordernd. Es konnten jedoch dadurch neue Erfahrungen in der qualitativen Datenerhebung gesammelt werden und die Interviews führten zu verwertbaren Daten und Ergebnissen.

Das Interview leitete jeweils die für die Expertin unbekannte Person. Dies lässt sich gut argumentieren, da ansonsten mögliche Bezüge auf gemeinsames Vorwissen den Antwortgehalt beeinflusst hätten. Das gewählte Vorgehen hat sich auf jeden Fall bewährt, da die der Interviewpartnerin bereits bekannte Person nur vereinzelt angesprochen wurde.

Die Transkription verlief fast durchgehend reibungslos mit einer einzigen technischen Anfangsschwierigkeit. Dabei gelang das Transkribieren mit NoScribe aufgrund eines Fehlercodes mit dem MacOS Betriebssystem nicht, wobei dies mit Windows problemlos funktionierte. Die Nachbearbeitung durch die Autor*innen wurde anfangs hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes etwas unterschätzt, wobei sich sagen lässt, dass die KI-gestützte Transkription eine grosse Erleichterung darstellt.

Eine weitere technische Unterstützung im Codierungsprozess durch das Programm *MAXQDA* war ebenfalls sehr hilfreich. Durch die unzähligen Möglichkeiten, welche dieses Programm den Forschenden zur Verfügung stellt, zeigte sich anfangs eine Überforderung, wobei sich diese nach erster Auseinandersetzung mit den Funktionen legte und das Programm gezielt und gewinnbringend eingesetzt werden konnten.

Der Prozess des eigentlichen Codierens am Material war für die Autor*innen neu, zumal beide Autor*innen hier zum ersten Mal in Kontakt mit dieser Methode gekommen sind. Die Ausführungen von Kuckartz und Rädiker (2024) waren eine grosse Unterstützung dabei und haben durch ihre praxisnahe Erläuterung gut durch den Prozess geführt. Das gewählte Vorgehen zeigte sich als passend zum Forschungsvorhaben. Rückblickend würden die Autor*innen die Kategorien noch feiner ausarbeiten und vermehrt mit Subkategorien arbeiten. Für eine weiterführende Untersuchung würde dadurch die Möglichkeit zur genaueren Differenzierung der Kategorien entstehen. Auch ein Einstieg mit deduktiven Kategorien hätte vermutlich den ganzen Prozess erleichtert, zumal man sich auf Vorwissen beziehen hätte können und so bereits einige Codes vergeben, bevor man sich den induktiven Kernthemen widmen würde. Kuckartz und Rädiker (2024) empfehlen ein solches Vorgehen in ihren Erläuterungen (S. 129), hier wurde aus zeitlichen Gründen auf diese Vorgehensweise verzichtet und direkt mit induktiver Kategorienbildung gestartet. Die Schreibenden würden sich nach der gemachten Erfahrung bei einem nächsten Projekt stärker auf diese Empfehlungen stützen.

5.3 Ausblick

In folgendem Kapitel, welches den abschliessenden Teil dieser Arbeit darstellt, soll ein Ausblick aus Sicht der Autor*innen, sowie der interviewten Fachpersonen gemacht werden. Dabei werden einige Wünsche und Anmerkungen der Interviewpartnerinnen miteinbezogen und Desiderate für zukünftige Forschung abgeleitet.

Ein Wunsch, welcher von Interviewpartnerin A verbalisiert wurde, ist ein vermehrter Fokus auf Präventionsarbeit (Interview A, Pos. 37). Sie wünscht sich im Sinne der Verhinderung von Krankheitsfällen eine Anlaufstelle für angestellte Personen. Dies vor dem Hintergrund, dass gemäss ihrer Erfahrung viele Klient*innen aufgrund der Arbeit krank werden und hier eine frühzeitige Erkennung und Bearbeitung diesem Problem vorbeugen könnte. Die Schreibenden unterstützen diesen Gedanken und sehen in diesem Bereich ebenfalls viel Potenzial.

Aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviews und aus aktuellen Entwicklungen lässt sich weiter ableiten, dass auch in Zukunft mit strukturellen Veränderungen zu rechnen ist. Hier bringen die Interviewpartnerinnen ebenfalls Ideen an, wie Strukturen in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit angepasst werden können. Beispiele wären eine polyvalente Beratungsstelle für Krankheitsbetroffene, da dies die teils unübersichtliche Landschaft an Beratungsangeboten etwas vereinfachen würde (Interview A, Pos. 81). Auch unter diesem Gesichtspunkt halten es die Autor*innen für sinnvoll, in Richtung einer Vereinfachung des sozialen Sicherungssystems in seiner aktuellen Ausprägung hinzuarbeiten. Dies würde die Hürden für viele Betroffene deutlich senken und Ansprechpersonen der Sozialen Arbeit könnten dabei einen klaren Auftrag verfolgen. Die bereits mehrfach erwähnte Einflussnahme auf politischer Ebene spielt hier eine zentrale Rolle, um Änderungen zu verwirklichen. Ebenfalls auf politischer Ebene sollten Gesetzesanpassungen bezüglich der Versorgung von Patient*innen erwirkt werden, welche klare Vorgaben an das Profil von Fachpersonen stellen, so Interviewpartnerin S (Pos. 103). Gemäss ihr sei es wichtig, dass hier sozialarbeiterische Fachpersonen zum Einsatz kommen, was wiederum in den Augen der Schreibenden zu einer breiteren Wahrnehmung dieser Profession in der Gesellschaft führen kann.

Abschliessend soll nochmals der Blick nach vorne geöffnet werden. Im Prozess der Erarbeitung der vorliegenden Bachelorthesis sind die Autor*innen auf einige unbeantwortete Fragen oder Möglichkeiten für weitergehende Untersuchungen gestossen. Hierunter als Wichtigste zu nennen, ist die Frage nach der Wirksamkeit. In den Augen der Autor*innen sollte in die Wirksamkeitsforschung der Sozialen Arbeit im gesundheitsbezogenen Kontext investiert werden. Die bestehenden Daten sind grösstenteils nicht aktuell und zeigen zu wenig konkret auf, wo und wie die Soziale Arbeit in der Gesundheitsförderung tätig werden kann.

Eine regelmässige Erhebung der Bedingungen sowie der Wirksamkeit wäre hier eine sinnvolle Möglichkeit. Besonders für Patient*innen wäre die Kenntnis solcher Fakten zentral. Durch breitere Kenntnis in der Bevölkerung könnte das Angebot der Sozialen Arbeit einfacher legitimiert werden und auch die nötigen rechtlichen Grundlagen ausgearbeitet werden. Ein eindrückliches Erlebnis schilderte Interviewpartnerin S in diesem Zusammenhang:

«Mir hat ein Mal ein Arzt gesagt, deine Intervention, dass endlich Ergänzungsleistungen geflossen sind, hat mehr gebracht als meine Chemo.» (Interview S, Pos. 37)

Diese Aussage zeigt auf eindrückliche Art und Weise die Auswirkungen, welche eine sozialarbeiterische Intervention im interdisziplinären Umfeld der Gesundheitsförderung haben kann. Mithilfe von Erfahrungsberichten dieser Art könnten beispielsweise Kampagnen von Gesundheitsorganisationen ergänzt werden. Kombiniert mit Resultaten aus Wirksamkeitsstudien, welche die Effekte der sozialen Interventionen belegen, kann von einer Veränderung der Wahrnehmung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ausgegangen werden. Nachfolgend könnten auch Ressourcenknappheiten dadurch angesprochen werden, da eine grössere Unterstützung von Seiten der Patient*innen anzunehmen wäre.

Auch die Vernetzung unter den Organisationen, die in diesem Bereich tätig sind, ist ein Forschungsfeld, in dem noch einige Fragen offenbleiben. Den Autor*innen ist im Schreibprozess aufgefallen, dass die Fachpersonen mehrfach auf die komplexe Landschaft der Sozialversicherungen und des Gesundheitswesens aufmerksam gemacht haben. Durch effiziente Vernetzung oder Zusammenschlüsse von Organisationen könnte hier ebenfalls ein Resultat erzielt werden, welches den Adressat*innen dabei hilft, sich im System zu orientieren.

Abschliessend lässt sich sagen, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen eine sehr wichtige Rolle spielt. Bedingt durch diverse Herausforderungen kann sie aktuell nicht ihr volles Potential ausschöpfen. Wie Dettmers & Bischkopf (2021) treffend formulieren, braucht es für die Gesundheit in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit einerseits eine Besserung der ökonomischen Rahmenbedingungen, sowie andererseits ein «gut aufgestelltes betriebliches Gesundheitsmanagement aufgrund der hohen Anforderungen» (Dettmers & Bischkopf, 2021, S. 266). Die Autor*innen erhoffen sich in Zukunft eine Stärkung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit in der Schweiz sowie ein breiteres Bewusstsein für ihre Bedeutung und Wirksamkeit.

6. Literaturverzeichnis

- Ansen, H., Gödecker-Geenen, N., & Nau, H. (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf
- Avenir Social. (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz*. https://avenirsocial.ch/app/uploads/2025/12/berufskodex_de_2026-01.pdf
- Avenir Social & sages. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf
- Avenir Social, & sages. (2025, August 18). *Stellungnahme von AvenirSocial und SAGES zum Abbau der Sozialberatung am Inselspital*. https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2025/08/Stellungnahme-AvenirSocial_SAGES_Inselspital_August-2025-1.pdf
- Bäumner-Schütte, C. (2021). Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Berner Fachhochschule. (2021). *Kompetenzprofil BSc Soziale Arbeit*. https://moodle.bfh.ch/pluginfile.php/2731100/mod_resource/content/1/CR23_Kompetenzprofil%20BSc%20sowie%20Kompetenzprofil%20BSc%20und%20MSc_genehmigt_DL%2025.8.21.pdf
- Brechbühler, M. (2004). Gesundheitsligen und Entlastungsdienste – ein Überblick. *Managed Care*, (3), 20–21.
- Dettmers, S. (2021). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Dettmers, S., & Bischof, J. (2021). *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (2., aktualisierte Auflage). Ernst Reinhardt Verlag.

- Dietschi, I. (2017). *Spitalaustritt planen und koordinieren* (S. 20) [Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG]. BAG, Koordinierte Versorgung.
- Dröge, K. (2026). *noScribe*. noScribe. <https://noscribe.de/de/>
- Dudenredaktion. (o. J.). Gelingensbedingungen. In *Duden*. <https://www.duden.de/node/289282/revision/1449733>
- DVSG. (o.D.). *Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. https://dvsg.org/fileadmin/user_upload/DVSG/Die-DVSG/DVSG-Gesundheitsbezogene-Soziale-Arbeit.pdf
- FHNW. (o.D.). *Integration und Lebensführung*. Soziale Diagnostik. <https://soziale-diagnostik.ch/konzepte/integration-und-lebensfuehrung/>
- Freund, U. H. (2024). Prozessualität in der Klinischen Sozialarbeit: Diagnostik, Intervention, Evaluation. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit*. Beltz Juventa.
- Friedli, T., & Keel, B. (2016). Weltkonferenz für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. *Sozial-Aktuell*, (10), 8–9.
- Galuske, M. (2013). *Methoden der sozialen Arbeit: Eine Einführung* (10. Auflage). Beltz Juventa.
- Geliko. (2024). *Über die Geliko*. geliko- schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz. <https://www.geliko.ch/ueber-die-geliko/>
- Gerrig, R. J., Dörfler, T., & Roos (Hrsg.), J. (2018). *Psychologie* (21.). Pearson Deutschland GmbH.
- Giertz, K. (2024). Aktuelle Herausforderungen und zukünftige Entwicklungsfelder der Klinischen Sozialarbeit. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit*. Beltz Juventa.
- Heiniger, M. (2025, Oktober 16). *Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit gewinnt an Bedeutung*. <https://www.sozialinfo.ch/wissen/gesundheitsbezogene-sozialarbeit-gewinnt-an-bedeutung/>

- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten*. VS Verlag für Sozialwissenschaften.
<https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Helfferrich, C. (2019). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.),
Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung (S. 669–686). Springer Fach-
 medien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_44
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie: Eine Einführung
 in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8., überarbeitete Auflage). Beltz
 Juventa.
- Knoop, T., & Meyer, T. (2021). Gesundheitswissenschaften/Public Health. In S. Dettmers &
 J. Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. Ernst Reinhardt
 Verlag.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und
 Video*. Springer VS.
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Umsetzung
 mit Software und künstlicher Intelligenz* (6., überarbeitete und erweiterte Auflage).
 Belz Juventa.
- Liel, K. (2019). Das Soziale der Gesundheit stärken. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, (2),
 S.6-9.
- Liesener, A., & Preuss, L. (2025). Versorgungslücken und -probleme—Zeit zu handeln! In
Forum sozialarbeit + gesundheit (Nummer 1, S. 45). [https://www.wiso-
 net.de/document/DZI__5e00c091d51c3add6901bde73ff5aff8c5e63c10](https://www.wiso-net.de/document/DZI__5e00c091d51c3add6901bde73ff5aff8c5e63c10)
- Marti, B. (2021). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. *BFH Theorielinien*.
- medinside. (2017, November 30). *Luzerner Kantonsspital baut Sozialdienst um*. Luzerner
 Kantonsspital baut Sozialdienst um. [https://www.medinside.ch/de/post/luzerner-kan-
 tonsspital-sozialdienst-case-manager-sozialarbeiter-umbau](https://www.medinside.ch/de/post/luzerner-kantonsspital-sozialdienst-case-manager-sozialarbeiter-umbau)

- medinside. (2025, August 19). *Insel: Soziale Arbeit im Spital unter Druck*. Insel: Soziale Arbeit im Spital unter Druck. <https://www.medinside.ch/de/inssel-soziale-arbeit-im-spital-unter-druck-20250819>
- Mühlum, A., & Pauls, H. (2024). Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Auflage). Beltz Juventa.
- Müller, M. (2023). Qualitative Forschung in der Sozialen Arbeit. In M. Buntrock & K. Peinemann (Hrsg.), *Grundwissen Soziale Arbeit* (S. 411–428). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-39707-4_19
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Auflage). Juventa.
- Pauls, H. (2021). Vorwort. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 11–12). Ernst Reinhardt Verlag.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Auflage). Oldenbourg Verlag. <https://doi.org/10.1524/9783486719550>
- Rademaker, A. L. (2024). Soziale Arbeit im Kontext Gesundheit. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, (2), 10–13.
- Reinicke, P. (2003). *Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit: Rückblick - Ausblick*. Lambertus.
- sages. (2026a). *Fachbereich Bildung und Forschung*. <https://www.sages.ch/fachbereiche/bildung-und-forschung/>
- sages. (2026b). *Fachbereich Gesundheitsligen*. sages - für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. <https://www.sages.ch/fachbereiche/gesundheitsligen/>
- sages. (2026c). *Fachbereich Spital*. sages - für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. <https://www.sages.ch/fachbereiche/spital/>
- Sektion Klinische Sozialarbeit. (2024). *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Aufl.). Beltz Juventa.

- Sommerfeld, P. (2021). Integration und Lebensführung-Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In S. Dettmers & J. Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Süsstrunk, S., Solèr, M., & Hüttemann, M. (2016). Auf dem Weg zu Wirkungsforschung -eine explorative Studie zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen der Schweiz. *Forum Sozialarbeit + Gesundheit*, (4), 26–28.
- Thiersch, H., Grunwald, K., & Köngeter, S. (2012). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wesenberg, S., Kupfer, A., Kröger, C., Nestmann, F., & Gahleitner, S. B. (2024). Psychosoziale Beratung. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Aufl.). Beltz Juventa.
- Widulle, W. (2020). *Gesprächsführung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen und Gestaltungshilfen* (3rd ed. 2020). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-29204-1>

7. Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit (Sommerfeld, 2021, S. 28).....</i>	<i>14</i>
<i>Abbildung 1: Das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit (Sommerfeld, 2021, S. 28).....</i>	<i>14</i>
<i>Abbildung 2: Aufgaben der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG, o.D., S. 4)</i>	<i>20</i>
<i>Abbildung 3: Kategorien und Subkategorien (eigene Darstellung)</i>	<i>49</i>
<i>Abbildung 4 : Übersicht der Herausforderungen (eigene Darstellung)</i>	<i>59</i>
<i>Abbildung 5: Übersicht der Gelingensbedingungen (eigene Darstellung)</i>	<i>70</i>

8. Dokumentation der Verwendung von KI-gestützten Tools

<i>Textstelle</i>	<i>Art der Verwendung</i>
S. 9, Zeilen 3-5	Sprachliche Überarbeitung mit DeepL Write
S. 10, Zeilen 5-7	Sprachliche Überarbeitung mit DeepL Write
S. 12, Zeilen 8-13	Sprachliche Überarbeitung mit DeepL Write
S. 24, Zeilen 14-15	Sprachliche Überarbeitung mit DeepL Write
Interview A und S	Übersetzung der anonymisierten Interviews durch NoScribe von Schweizerdeutsch auf Hochdeutsch, anschliessend eigenständige Überarbeitung durch die Verfassenden.
Interview A und S	Transkription der anonymisierten Interviews durch NoScribe, anschliessend eigenständige Überarbeitung durch die Verfassenden.

Anhang

Interviewleitfaden

Strukturierter Leitfaden für die methodische Umsetzung des offenen Leitfadeninterviews in
Anlehnung an Helfferich (2005)

Einleitung:

Einstiegsfrage:

- Du bist schon lange in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit tätig. Erzähle uns doch etwas über deine Arbeit am jetzigen Arbeitsplatz und wie du dazu gekommen bist.
- Motivatoren für Arbeit in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit?
 - Welche typischen Abläufe oder Aufgaben sind in deiner Arbeit wiederkehrend?
 - Was macht klinische Sozialarbeit aus?
 - Was gefällt dir (besonders gut) an deiner Arbeit?

Hauptteil mit verschiedenen inhaltlichen Themenbereichen:

1. Gesundheitsverständnis / Gesundheitsförderung:

- Welche Rolle spielt Gesundheit in deinem fachlichen Handeln?
 - Relevanz im Alltag?
 - Abgrenzung zur Medizin?
 - In welchen Situationen bist du damit konfrontiert?
 - Was kann die Soziale Arbeit zur Gesundheit ihrer Klient*innen beitragen, was andere Berufe in deinem Arbeitsumfeld nicht können?

2. Zusammenarbeit

- In welchen Situationen kommt es zu Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen oder sozialarbeiterischen Fachpersonen?
 - Was schätzt du besonders an dieser Zusammenarbeit?
 - Wo fordert dich diese heraus?

2. Herausforderungen / erschwerende Umstände:

- Was findest du an deiner Arbeit herausfordernd?
 - Erlebst du auch im Klient*innenkontakt schwierige Situationen?
 - Gibt es auch Rahmenbedingungen deiner Arbeit, die schwierig oder herausfordernd sind?
 - Welche Strategien/Möglichkeiten hast du, um trotzdem deine Arbeit erledigen zu können?
 - Welche Möglichkeiten hast du, um mit diesen schwierigen Situationen/Umwständen umzugehen?

3. Gelingensbedingungen

- Erzähle uns von einem Fall, den du aus deiner Perspektive gelungen abschliessen durftest.
 - Rolle der institutionellen Rahmenbedingungen?
 - Relevanz der Sozialen Arbeit?
 - Was braucht es sonst noch, damit du deine Klient*innen optimal unterstützen kannst?
 - Was unterstützt dich im Arbeitsalltag in deinem fachlichen Handeln konkret?

4. Stationär – Ambulant

- Kannst du uns erzählen, wie du die Zusammenarbeit mit stationären/ambulanten Sozialberatungen erlebst?
 - Häufige Partner*innen?
 - Eher Übernahmen oder Übergaben aus ambulanten/stationären Settings?
 - Was funktioniert in der Zusammenarbeit aus deiner Sicht gut?
 - Was weniger gut?
 - Welche Bedeutung kommt deiner Meinung nach der Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Sozialberatungsangeboten zu?

Ausblick und Abschluss:

- Was wünschst du dir zukünftig für deine Arbeit?
 - Was müsste sich in deinen Augen in deinem Tätigkeitsfeld ändern?
 - Vor dem Hintergrund deiner bisherigen Erfahrungen in diesem Arbeitsfeld: Was sollte deiner Meinung nach unbedingt erhalten bleiben, und wo siehst du Entwicklungsbedarf?

Abschlussfrage:

- Haben wir etwas vergessen, was du gerne noch ansprechen würdest?