Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit

in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Master-Thesis
Daniela Stefàno-Kammermann

Begleitperson
Prof. Dr. Konstantin Kehl

Zweitgutachter:in
Esther Bussmann

Masterstudiengang
Zürich, Frühlingsse-
mester 2026

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit untersucht, welche Aufgaben Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bei der Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen übernehmen, und durch welche Kompetenzen ihre Rolle gegenüber anderen Professionen definiert wird. Ausgangspunkt ist die zunehmende Verschränkung von gesundheitlichen, psychosozialen Belastungen in Hausarztpraxen bei zugleich begrenzter struktureller Verankerung der sozialarbeiterischen Angebote. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein exploratives qualitatives Forschungsdesign gewählt. Es wurden acht leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Fachpersonen aus der Sozialarbeit, Medizin, Versorgungspraxis, Krankenversicherung und Politik geführt und mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung vor allem dort relevant wird, wo medizinische Problemlagen mit sozialen, finanziellen, administrativen oder familiären Belastungen verbunden sind. Sozialarbeitende übernehmen dabei insbesondere Aufgaben der psychosozialen Beratung, der Systemnavigation, der Koordination von Unterstützungsleistungen und der beziehungsorientierten Begleitung von Patient:innen. Ihre Rolle wird als eigenständig und zugleich schnittstellenorientiert beschrieben. Das Handlungsfeld erfordert ein breites Kompetenzprofil, das Fach- und Systemwissen, methodische und kommunikative Kompetenzen, interprofessionelle Kooperationsfähigkeiten sowie eine reflexive Professionalität umfasst. Ein darauf aufbauendes, integratives Kompetenzmodell der sozialarbeiterischen Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen bildet diese Anforderungen ab und macht die wechselseitigen Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen, professionellen Kompetenzen und Rollenmerkmalen sichtbar. Die Arbeit systematisiert zentrale Aufgaben, Kompetenzen und Rollenmerkmale der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung und bietet damit eine Grundlage für ihre fachliche Positionierung sowie für die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsmodelle.

Inhaltsverzeichnis

Abstract ..... ***I***
Abbildungsverzeichnis ..... ***V***
Tabellenverzeichnis ..... ***V***
1 Einleitung ***1***
1.1 Problemstellung 1
1.2 Fragestellung der Arbeit 1
1.3 Präzisierung und thematische Eingrenzung 2
1.4 Zielsetzung und Erkenntnisinteresse 3
1.5 Relevanz der Problemstellung 3
1.6 Aufbau der Arbeit 4
2 Ausgangslage ***4***
2.1 Politische Rahmenbedingungen 4
2.2 Soziodemografische Entwicklung 5
2.3 Angebote im Handlungsfeld 6
2.3.1 Social Prescribing 7
2.3.2 Internationale Umsetzung von Social Prescribing 7
2.3.3 WHO-Modell und Schweizer Umsetzung von Social Prescribing 8
2.3.4 Pionierprojekte und Modelle in der Schweiz 9
2.3.5 Angebote im Kanton Zürich 11
3 Forschungsstand und theoretische Rahmung ***12***
3.1 Professionelle Identität von sozialarbeiterischen Fachpersonen 13
3.2 Profession und Professionalität in der Sozialen Arbeit 13
3.2.1 Professionalität als Qualität professionellen Handelns 14
3.2.2 Professionalisierung als Entwicklungsprozess 15
3.2.3 Professionsentwicklung und gesellschaftliche Anerkennung 15
3.3 Interprofessionelle Kooperation und Kompetenzanforderungen 16
3.3.1 Interprofessionelle Kooperation als Strukturmerkmal komplexer Praxis 17
3.3.2 Interprofessionelle Kompetenzanforderungen 18
3.3.3 Kompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext der klinischen Sozialarbeit 19
3.4 Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung 21
3.4.1 Rolle und Auftrag in der ambulanten medizinischen Grundversorgung 21
3.4.2 Umsetzungsmodelle der klinisch-sozialarbeiterischen Praxis in der ambulanten medizinischen Grundversorgung 23
3.4.3 Salutogenese und biopsychosoziales Modell als fachlicher Referenzrahmen 24

4 Methodologie und Forschungsdesign 26
4.1 Forschungsdesign und Untersuchungsfeld 26
4.2 Erhebungsmethode: leitfadengestützte Expert:inneninterviews und Daten-Triangulation 27
4.3 Stichprobe, Feldzugang und Sampling 29
4.4 Inhaltlich strukturierte qualitative Inhaltsanalyse 30
4.4.1 Datenaufbereitung und Transkription 31
4.4.2 Durchführung der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse 32
4.4.3 Analyse und Verdichtung der Ergebnisse 33
4.4.4 Reflexion, Qualitätssicherung und Member-Check 34
5 Forschungsergebnisse 36
5.1 Kontext und Rahmenbedingungen 36
5.2 Gestaltung der Zuweisung von Adressat:innen 38
5.3 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit 41
5.4 Bearbeitete Problemlagen 43
5.5 Professionelle Identität 45
5.6 Professionelle Haltung 47
5.7 Professionelles Wissen 50
5.8 Professionskompetenzen 52
5.9 Professionelles Handeln 54
5.10 Integratives Kompetenzmodell der sozialarbeiterischen Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen 56
6 Diskussion der Ergebnisse 59
6.1 Verortung der Befunde im aktuellen Diskurs und Beitrag der Untersuchung 59
6.1.1 Ergebnisse im Dialog mit Theorie und aktueller Forschung 59
6.1.2 Erkenntnisbeitrag der Untersuchung 62
6.1.3 Fazit: Spannungsfelder statt Widersprüche 63
6.1.4 Impulse aus der kommunikativen Rückkopplung (Member-Check) 64
6.2 Reflexion 64
6.3 Beantwortung der Fragestellung sowie der Teilfragen 66
6.3.1 Bearbeitete Problemstellungen 67
6.3.2 Kompetenzen, Wissen und Triage 67
6.3.3 Zusammenarbeit und Abgrenzung 68
6.3.4 Verdichtetes Kompetenzprofil 69
6.3.5 Auswertung des Erkenntnisinteresses 70
6.4 Handlungsempfehlungen 71
6.4.1 Strukturelle und langfristige Verankerung der Sozialen Arbeit 71
6.4.2 Niederschwellige und verbindliche Zugänge schaffen 72
6.4.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit verbindlich ausgestalten 72

6.4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt ausbauen ... 73
6.4.5 Evaluation und Forschung systematisch mitdenken ... 73
6.4.6 Schlussfolgerung ... 73
7 Schlussbetrachtung und Ausblick ... 74
7.1 Abschliessende Betrachtung: Bedeutung der Ergebnisse ... 74
7.2 Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ... 75
7.2.1 Chancen der Sozialen Arbeit ... 75
7.2.2 Übertragbarkeit der Erkenntnisse: Grenzen und Voraussetzungen der Implementierung ... 75
7.3 Reflexion des Forschungsprozesses und Qualität der Untersuchung ... 76
7.3.1 Reflexion des Vorgehens ... 76
7.3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung ... 77
7.3.3 Limitationen der Untersuchung ... 78
7.3.4 Wissenschaftliche Integrität und Forschungsintegrität ... 79
7.3.5 Forschungsdesiderate ... 80
7.4 Ausblick ... 81
Literaturverzeichnis ... 83
Anhang ... 89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen 32

Abbildung 2. Modell Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung 57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersicht Angebote im Kanton Zürich 11

Tabelle 2. Übersicht des Samples 29

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Arztpraxen, insbesondere Hausarztpraxen, sind ein zentraler Zugangspunkt zum Gesundheitssystem. In vielen Fällen sind sie die erste Anlaufstelle für Patient:innen mit gesundheitlichen Beschwerden. Dort zeigt sich, dass Patient:innen neben klar umrissenen medizinischen Anliegen zunehmend komplexe biopsychosoziale Problemlagen einbringen, die gleichzeitig chronische, psychosomatische, psychische und soziale Dimensionen umfassen (Hošek, Honegger & Stadler, 2020, S. 1318).

Die Bewältigung solch vielschichtiger Problemlagen erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017, S. 7–9). Ärzt:innen sind jedoch primär auf die medizinische Diagnostik und Behandlung spezialisiert und verfügen im Rahmen der knapp bemessenen Konsultationszeiten häufig nicht über die Ressourcen, um die psychosozialen Aspekte systematisch zu bearbeiten (Hošek et al., 2020, S. 1318–1319). Gleichzeitig ist die Koordination zwischen den medizinischen und sozialen Unterstützungsangeboten oft unzureichend, sodass Patient:innen Gefahr laufen, zwischen den Versorgungsinstanzen «verlorenzugehen».

Vor diesem Hintergrund gewinnt die Integration von Sozialarbeitenden in der ambulanten medizinischen Grundversorgung zunehmend an Bedeutung, da diese über spezifische Kompetenzen zur Erfassung, Bearbeitung und Weiterleitung von biopsychosozialen Problemlagen verfügen (Rüegg, 2021, S. 3–4). Dennoch ist bisher wenig erforscht, in welchem Ausmass biopsychosoziale Problemstellungen den hausärztlichen Praxisalltag prägen, welche konkreten Aufgaben Sozialarbeitende übernehmen und welche Kompetenzen dafür erforderlich sind. Darüber hinaus besteht ein Forschungsbedarf in Bezug auf die Abgrenzung der Sozialen Arbeit gegenüber anderen Professionen (Schmitz, Atzeni & Berchtold, 2020, S. 17–19).

Im Zentrum dieser Arbeit steht daher die Entwicklung eines fachlich fundierten Kompetenzprofils, das die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung anhand ihrer zentralen Aufgaben, Kompetenzen und Abgrenzungsmerkmalen systematisch beschreibt.

1.2 Fragestellung der Arbeit

Vor diesem Hintergrund steht in der vorliegenden Arbeit folgende Fragestellung im Zentrum:

> *Welche Aufgaben übernehmen Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bei der Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen und durch welche Kompetenzen wird ihre Rolle gegenüber anderen Professionen definiert?*

Daraus ergeben sich folgende Teilfragen:

1. *Welche spezifischen Problemstellungen werden von Sozialarbeitenden im ambulanten medizinischen Setting bearbeitet?*
2. *Über welche fachlichen und methodischen Kompetenzen sowie über welches Wissen zu unterstützenden Angeboten im regionalen Sozial- und Gesundheitsnetzwerk müssen Sozialarbeitende verfügen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden und Triage-Aufgaben wahrzunehmen?*
3. *Was braucht es, damit eine inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit gelingt? Wie grenzt sich die Soziale Arbeit gegenüber anderen Professionen in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handlungsfeldern ab?*

1.3 Präzisierung und thematische Eingrenzung

Ursprünglich war vorgesehen, sich in der vorliegenden Arbeit auf das Pilotprojekt REAS Horgen als zentrales Untersuchungsobjekt zu fokussieren. Aufgrund des verzögerten Projektstarts und der zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch unzureichenden empirischen Grundlage für eine fundierte Analyse der Nutzung und Wirkung aus Sicht der Patient:innen, wurde der Fokus der Arbeit jedoch erweitert. Die Untersuchung richtet sich deshalb nicht auf die Evaluation eines einzelnen Projekts, sondern auf die Entwicklung der Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung im Kanton Zürich. Im Zentrum steht die Rekonstruktion von Aufgaben, Kompetenzen und professionellen Abgrenzungen in einem sich derzeit ausdifferenzierenden Handlungsfeld.

Während Soziale Arbeit als übergeordnete Profession verstanden wird, welche die Profile Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation umfasst, fokussiert die empirische Untersuchung auf Fachpersonen der Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die untersuchten Praxisfelder gegenwärtig überwiegend durch Sozialarbeitende geprägt werden. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse werden im Rahmen professionsbezogener Überlegungen mit theoretischen Konzepten der Sozialen Arbeit in Beziehung gesetzt. Dabei wird jedoch kein Anspruch auf eine unmittelbare Übertragbarkeit der Ergebnisse auf sämtliche Profile der Sozialen Arbeit erhoben.

Gesundheitsökonomische Aspekte, längerfristige Finanzierungsfragen, strukturelle und politische Umsetzungshemmnisse sowie Wirkungsanalysen stehen nicht im Fokus der vorliegenden Arbeit. Da verschiedene Pilotprojekte im Kanton Zürich erst seit kurzer Zeit bestehen und nur begrenzte empirische Daten zu ihrer längerfristigen Wirkung vorliegen, bleiben diese Themenaspekte weiterführenden Untersuchungen vorbehalten. Prävention und ihre Wirkungen werden dabei lediglich insoweit berücksichtigt, als sie im Rahmen der sozialarbeiterischen Beratungsaufgaben in der Grundversorgung relevant sind.

1.4 Zielsetzung und Erkenntnisinteresse

Das Ziel dieser Arbeit ist, empirisch fundierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Aufgaben, Rollen und Kompetenzen Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung übernehmen und wie sich daraus ein fachlich begründetes Kompetenzprofil ableiten lässt. Damit leistet die Untersuchung einen Beitrag zur theoretischen und professionsbezogenen Fundierung der Schnittstelle zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen.

Das Erkenntnisinteresse besteht darin, Orientierungswissen für die Weiterentwicklung von integrierten Versorgungsmodellen zu erarbeiten. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten Grundversorgung präziser zu bestimmen, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken sowie Ansatzpunkte für die konzeptionelle Weiterentwicklung entsprechender Angebote sichtbar zu machen.

1.5 Relevanz der Problemstellung

Die Relevanz der Problemstellung ergibt sich aus mehreren ineinandergreifenden Entwicklungen im Gesundheitssystem. Der Anstieg chronischer Erkrankungen, Multimorbidität und psychosomatischer Beschwerden macht deutlich, dass gesundheitliche Problemlagen häufig eng mit sozialen Bedingungen verflochten sind und deshalb eine Perspektive erfordern, die über die rein medizinische Behandlung hinausgeht (Rüegg, 2021, S. 4).

Epidemiologische Studien und Public-Health-Forschungen zeigen, dass soziale Determinante, wie Einkommen, Bildung, Arbeitsbedingungen, Wohnsituation oder Migrationshintergrund den Zugang zur Versorgung und damit verbunden, Auswirkungen auf den Gesundheitsverlauf haben (Burla, 2025, S. 7; Lampert, Hoebel, Kuntz & Waldhauer, 2022, S. 159–163). Gerade bei sozial benachteiligten Patient:innen kumulieren sich häufig medizinische, psychische und soziale Belastungen, die im Versorgungssystem primär in Hausarztpraxen sichtbar werden und bearbeitet werden müssen. Dies kann Ärzt:innen überfordern, da sie zwar über medizinische Expertise, nicht aber über die zeitlichen Ressourcen oder spezifische Kompetenzen verfügen, um komplexe psychosoziale Problemlagen systematisch aufzugreifen (Rüegg, 2021, S. 4). Dadurch besteht das Risiko, dass diese Belastungen unentdeckt bleiben oder nicht adäquat bearbeitet werden.

Sozialarbeitende hingegen verfügen über methodisches und fachliches Wissen, um Patient:innen ganzheitlich zu begleiten, soziale Problemlagen aufzugreifen und Brücken zu weiterführenden Hilfesystemen zu schlagen (Rüegg, 2021, S. 3–5). Damit kann die Soziale Arbeit nicht nur zur Verbesserung der Versorgungsgerechtigkeit beitragen, sondern auch medizinisches Personal entlasten und die Qualität der interdisziplinären Versorgung stärken.

Die vorliegende Arbeit ist daher sowohl für die Wissenschaft als auch für die Praxis relevant: Aus wissenschaftlicher Perspektive besteht ein hoher Erkenntnisbedarf, da sowohl systematisches Wissen über die Rolle, Aufgaben und erforderlichen Kompetenzen der Sozialen Arbeit in Arztpraxen als auch fundierte Analysen ihrer Abgrenzung zu anderen Professionen fehlen (Rüegg et al., 2023, S. 47–48). Aus praktischer Perspektive sind empirisch fundierte Erkenntnisse erforderlich, um tragfähige Modelle zu entwickeln, die eine Verbesserung der integrierten Patient:innenversorgung ermöglichen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit nachhaltig stärken (Atzeni et al., 2017, S. 25–30).

1.6 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der Arbeit gliedert sich wie folgt: Kapitel 2 beschreibt die politische, demografische und versorgungsstrukturelle Ausgangslage sowie bestehende Modelle an der Schnittstelle von Sozialer Arbeit und ambulanter medizinischer Grundversorgung. Das Kapitel 3 bündelt den aktuellen Forschungsstand und entfaltet die theoretische Rahmung der Arbeit mit Blick auf die Profession, professionelle Identität, interprofessionelle Kooperation und Kompetenzanforderungen. Im Kapitel 4 werden das Forschungsdesign und die methodische Vorgehensweise erläutert, das darauffolgende Kapitel 5 stellt die empirischen Ergebnisse der Untersuchung vor. Das Kapitel 6 diskutiert diese im Hinblick auf das entwickelte Kompetenzprofil und erarbeitet im abschliessenden Kapitel 7 Implikationen für die Praxis, Profession und zukünftige Forschung.

2 Ausgangslage

2.1 Politische Rahmenbedingungen

Gemäss der Kantonsverfassung (Verfassung des Kantons Zürich KV vom 27. Februar 2005, LS 101, Art. 113) sorgen Kanton und Gemeinden gemeinsam für eine ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung, wobei die konkrete Sicherstellung der ambulanten und stationären Pflege im Kanton Zürich in Ausführungsgesetzen und kantonalen Zuständigkeitsregelungen insbesondere den Gemeinden übertragen wird (Kantonsrat Zürich, 2025, S. 2; Kanton Zürich, 2024, S. 2). Im ambulanten ärztlichen Bereich sind die direkten Steuerungsmöglichkeiten des Kantons begrenzt, da er an den ambulanten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nicht beteiligt ist und die Versorgung primär über bundesrechtlich geregelte Tarifsysteme gesteuert wird (Kantonsrat Zürich, 2025, S. 1). Diese ambulanten ärztlichen Leistungen werden schweizweit einheitlich über den neuen Einzelleistungstarif TARDOC

sowie ambulante Pauschalen abgerechnet (Ärztegesellschaft des Kantons Zürich, 2025; Bundesrat, 2025).

Gleichzeitig betont der Regierungsrat (Kanton Zürich, 2024, S. 5-6), angesichts der zunehmenden chronischen Erkrankungen, der wachsenden Spezialisierung und den komplexeren Versorgungsverläufen, den Bedarf an einer besser koordinierten, integrierten Versorgung und verankert diese als Legislaturziel mit Schwerpunkt auf der hausärztlichen, pädiatrischen und psychiatrischen Versorgung. Nationale Reformen verstärken diese Entwicklung zusätzlich.

Für den vorliegenden Forschungsgegenstand ist zentral, dass sich die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen in Richtung stärker koordinierter, integrierter und interprofessioneller Versorgung verschieben (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2025, S. 21–23; Kantonsrat Zürich, 2025, S. 1–6; Kanton Zürich, 2024, S. 5–9). Mit der «Agenda Grundversorgung» und der Massnahme A1.4 stärkt auch der Bund explizit die Bedeutung der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit in der Grundversorgung, indem er auf die enge Verknüpfung von gesundheitlichen Anliegen mit sozialen, finanziellen und familiären Problemlagen hinweist (BAG, 2025, S. 21–23). Er sieht dabei Massnahmen wie eine systematische Bestandesaufnahme, eine stärkere Vernetzung mit regionalen Angeboten sowie die mögliche Verankerung gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit im GesBG (Bundesgesetz über die Gesundheitsberufe vom 30. September 2016, Stand 1. Juli 2025, SR 811.21).

2.2 Soziodemografische Entwicklung

Die Schweiz und damit auch der Kanton Zürich stehen vor einer demografischen Alterung, die mit einer Zunahme von chronischen und lang andauernden Gesundheitsprobleme sowie nichtübertragbaren Erkrankungen einhergeht (Burla, 2025, S. 13–15; Höglinger, Ehrler & Maurer, 2019, S. 8–13). Empirische Analysen (Burla, 2025, S. 18–23; Höglinger et al., 2019, S. 8, 20) zeigen, dass rund die Hälfte der Bevölkerung ab 55 Jahren mit mindestens einer chronischen, nichtübertragbaren Krankheit lebt. Bei den über 75-Jährigen sind etwa zwei Drittel betroffen. Besonders verbreitet sind Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes, Erkrankungen des Bewegungsapparats sowie psychische Erkrankungen.

In Anbetracht der demografischen Alterung und der hohen Prävalenz von chronischen, nichtübertragbaren Erkrankungen im höheren Lebensalter, wächst der Bedarf an einer langfristigen, gut koordinierten Versorgung und an strukturierten Formen des Krankheitsmanagements für multimorbide Patient:innen (Burla, 2025, S. 13–15, 79–80; Höglinger et al., 2019, S. 12–14, 79). Gleichzeitig bestehen ausgeprägte soziale Ungleichheiten bezüglich Morbidität und Mortalität, die auch im höheren Lebensalter fortbestehen und sich in ungleichen Chancen im Hinblick auf gesundes Altern niederschlagen (Höglinger et al., 2019, S. 56–58; Weber, 2022, S. 24–27). Menschen mit einem tieferen sozioökonomischen Status, geringerer Bildung und

höherem Alter weisen häufiger eine geringe Gesundheitskompetenz auf, was den Zugang zu Informationen, die Orientierung im Versorgungssystem und die Inanspruchnahme geeigneter Unterstützung erschwert (De Gani, Jaks, Bieri & Kocher, 2023, S. 58–61, 89–90). Erhebungen zeigen, dass rund die Hälfte der Schweizer Bevölkerung Schwierigkeiten hat, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden. Besonders herausfordernd sind dabei digitale Angebote und die Navigation im Versorgungssystem (De Gani et al., 2023, S. 55–57, 89–90).

Parallel dazu verlagert sich die Versorgung im Zuge von «Gesundheit2030» und der seit 2019 bestehenden Regulierung der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) «ambulant vor stationär» für ausgewählte Eingriffe zunehmend in den ambulanten Bereich. Monitoringdaten zeigen seither eine Verlagerung vom stationären in den ambulanten Sektor bei gleichzeitig steigendem Kostendruck und höheren Anforderungen an die ambulanten Leistungserbringer:innen (Roth & Pellegrini, 2025, S. 6–8). Hausarztpraxen und andere Einrichtungen der Grundversorgung werden dadurch vermehrt mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert, die gleichzeitig medizinische, psychische, soziale, finanzielle und familiäre Dimensionen betreffen (BAG, 2025, S. 8; Weber, 2022, S. 18–20).

Erschwerend kommt hinzu, dass die Angebotslandschaft im Gesundheits- und Sozialwesen fragmentiert ist. Die Vielzahl an spezialisierten Diensten erschwert den Überblick und begünstigt Versorgungslücken, Doppelstrukturen und Brüche im Unterstützungsverlauf (Forum Managed Care, 2023, S. 3–5). Im Hinblick auf die zuvor aufgezeigten Aspekte entstehen nationale und kantonale Initiativen, die die Koordination, Gesundheitskompetenz und interprofessionelle Zusammenarbeit stärken sollen, etwa die Strategie «Gesundheit2030» des Bundes und Programme zur Gesundheitsförderung im Alter (BAG, 2019a, S. 14–28; Weber, 2022, S. 23–25). Diese Entwicklungen unterstreichen den Bedarf an professionellen Beratungs-, Koordinations- und Lotsenfunktionen in der ambulanten Grundversorgung, wie sie durch Sozialarbeitende übernommen werden können (Camenzind & Bonassi, 2015, S. 1–3; Weber, 2022, S. 30–32). Sie bilden damit einen zentralen Kontext für die Frage, welche Aufgaben und Kompetenzen Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung künftig wahrnehmen sollen.

2.3 Angebote im Handlungsfeld

Die folgenden Ausführungen skizzieren zunächst internationale Entwicklungen und Implementationsansätze, um anschliessend ausgewählte, konzeptionell verwandte Modelle und konkrete Umsetzungsperspektiven für die Schweiz herauszuarbeiten.

2.3.1 Social Prescribing

Social Prescribing[1] wird von der World Health Organization ([WHO], 2022, S. 3–4) als ein Ansatz beschrieben, bei dem Gesundheitsfachpersonen Patient:innen systematisch an nicht-medizinische Angebote im Gemeinwesen verweisen, um deren Gesundheit und Wohlbefinden ganzheitlich zu fördern. Anders als eine rein symptomorientierte Medizin richtet Social Prescribing den Fokus auf zugrundeliegende soziale Ursachen von Gesundheitsproblemen und zielt darauf ab, eine Übermedikalisierung zu vermeiden, indem gemeinschaftsbasierte Ressourcen gestärkt werden.

Im Zentrum steht dabei die Vermittlung an kontextsensibel ausgewählte Dienste wie psychosoziale Beratung oder Inklusionsangebote, an Unterstützung bei Finanzen und Wohnen oder Programme zu körperlichen oder kreativen Aktivitäten. Im Standardmodell erfolgt die Zuweisung durch Hausärzt:innen oder andere Primärversorgende an spezialisierte «Link Worker», die die sozialen Bedürfnisse systematisch erfassen, gemeinsam mit den Betroffenen individuelle Unterstützungspläne erarbeiten, Fortschritte überwachen und bei Bedarf nachsteuern (WHO, 2022, S. 3–4, 21–23). Social Prescribing ist damit nicht als einzelne Intervention, sondern als vermittelnder Prozessweg zu verstehen, der flexibel an die lokalen Gegebenheiten angepasst werden kann.

In der vorliegenden Arbeit wird Social Prescribing nicht im engeren Sinne empirisch untersucht, sondern als konzeptioneller Referenzrahmen herangezogen. Die beschriebenen Modelle und Rollenprofile dienen dazu, internationale Entwicklungen an der Schnittstelle von medizinischer Grundversorgung, Sozialer Arbeit und gemeinwesenbezogenen Angeboten zu skizzieren und Anknüpfungspunkte für die Diskussion des Kompetenzprofils zu eröffnen.

2.3.2 Internationale Umsetzung von Social Prescribing

International gesehen ist Social Prescribing in England am weitesten institutionalisiert, wo der National Health Service (NHS) seit 2019 Social Prescribing als zentrale Säule der personalisierten Versorgung verankert und den flächendeckenden Einsatz von Link Workern in Primary Care Networks finanziert (Bickerdike, Booth, Wilson, Farlex & Wright, 2017, S. 2–4; Husk et al., 2020, S. 310–312; Social Prescribing USA, 2025, Abs. 2). Der «WHO-Toolkit» (WHO, 2022, S. 3–4, 21–23) dokumentiert darüber hinaus Implementierungen in Ländern wie Australien, Kanada, Irland, Japan, Neuseeland, Portugal, Singapur und China, wobei Social-Prescribing-Angebote an unterschiedlichen Orten verankert sind – etwa in Community Health Centers, Krankenhäusern oder nichtstaatlichen Organisationen. Entsprechend variieren die

[1] *Social Prescribing* (soziale Rezepte) ist ein Versorgungsansatz, bei dem Gesundheitsfachpersonen Patient:innen gezielt an nicht-medizinische, gemeindenahe Angebote vermitteln, um sozial bedingte Gesundheitsbelastungen zu bearbeiten.

Rollenprofile der Link Worker: Sie arbeiten teils als speziell qualifizierte Fachpersonen, teils ehrenamtlich oder übernehmen diese Funktion zusätzlich zu bestehenden Aufgaben in Gesundheits- oder Sozialdiensten. Studien zu interprofessionellen Primärversorgungsteams, insbesondere aus Kanada und Irland (Feryn, Corte & Roose, 2022, S. 47–49; Ní Raghallaigh, Allen, Cunniffe & Quin, 2013, S. 933–934), zeigen, dass Sozialarbeitende häufig als «bridging professionals» zwischen Gesundheitsversorgung, Sozialdiensten und Gemeindestrukturen agieren und damit eine funktionale Entsprechung der Link-Worker-Rolle im Social Prescribing darstellen. Systematische Reviews (Fraser et al., 2018, S. 194–199; McGregor, Mercer & Harris, 2018, S. 7–10; Ní Raghallaigh et al., 2013, S. 933–935) weisen zudem darauf hin, dass die integrierte Primärversorgung mit Sozialarbeit zu besseren Ergebnissen bei komplex belasteten Patient:innen und teilweise zu einer reduzierten Inanspruchnahme von akutstationären Leistungen beitragen kann. Zugleich wird betont, dass die Evidenz zur Effektivität und Kosteneffektivität von Social Prescribing heterogen ist und stark vom Kontext, von der Qualität der Angebote sowie der Ausgestaltung von Monitoring und Evaluation abhängt (Andrews, Darnell, McBride & Gehlert 2013, S. 69–71; Bickerdike et al., 2017, S. 5–13; Husk et al., 2020, S. 318–320; WHO, 2022, S. 32–33). Für die Schweiz sind diese Erfahrungen insofern bedeutsam, als sie sowohl das Potenzial von kontextangepassten Social-Prescribing-Ansätzen aufzeigen als auch die Notwendigkeit von robusten Evaluations- und Lernstrukturen unterstreichen.

2.3.3 WHO-Modell und Schweizer Umsetzung von Social Prescribing

Der WHO-Toolkit (WHO, 2022, S. 2–9, 14–15) beschreibt Social Prescribing als bewusst aufgebauten, systematischen Versorgungsweg mit klar definierten Zielgruppen, Rollen und Implementationslogiken. Dafür sind eine vorgängige Situationsanalyse, der Aufbau eines interprofessionellen Kernteams, ein standardisierter Überweisungspfad von der medizinischen Grundversorgung zu Link Workern, ein systematisches Mapping lokaler Ressourcen sowie ein Monitoring- und Evaluationskonzept vorgesehen. Eine zentrale eigenständige Rolle spielen dabei die Link Worker, die Zeit für den Beziehungsaufbau, die Bedarfsklärung und Entwicklung von Unterstützungsplänen haben und so als verbindendes Element zwischen Gesundheitsversorgung und Gemeinwesen agieren (WHO, 2022, S. 22–23).

In der Schweiz existieren unter dem Label Social Prescribing bisher nur punktuelle Pilotprojekte. Strukturell verwandte Ansätze finden sich jedoch in der ärztlich angebundenen oder mobilen Sozialberatung sowie in der Sozialarbeit in der Arztpraxis, die bislang primär als Fachberatung innerhalb der Grundversorgung konzipiert sind (Hošek et al., 2020, S. 1318–1320; Rüegg, 2021, S. 6–7). Eine umfassende Situationsanalyse, ein systematisches Ressourcen-Mapping oder eine standardisierte Evaluationslogik sind dabei in der Regel projektbezogen und ohne nationale Koordination angelegt (Rüefli, Gerber & Suppa, 2020, S. 12–19).

Während die WHO (2022, S. 32–33) Social Prescribing als strategisches Instrument zur Bearbeitung sozialer Determinanten von Gesundheit und zur Integration in nationale Gesundheitsstrategien versteht, dient es in der Schweiz vor allem der individuellen Versorgung von sozial belasteten Patient:innen. Ein einheitlich strukturiertes Modell mit definierten Rollen, Funktionen und Kompetenzprofilen der beteiligten Fachpersonen sowie eine flächendeckende Implementierung fehlen noch; die vorhandenen Bausteine und ihre Rahmenbedingungen werden jedoch zunehmend weiterentwickelt und erforscht (BAG, 2025, S. 10–13; Rüegg et al., 2023, S. 55). Auf dieser Grundlage bietet Social Prescribing für die Schweiz weniger ein fixes Programm als vielmehr einen konzeptionellen Referenzrahmen, um bestehende Ansätze der koordinierten Versorgung, des Case Managements und der Sozialberatung in der Grundversorgung systematischer auf die sozialen Determinanten von Gesundheit auszurichten.

2.3.4 Pionierprojekte und Modelle in der Schweiz

In der Schweiz existieren bereits mehrere Umsetzungsmodelle, die die zentralen Logiken der integrierten Versorgung und des Social Prescribing aufnehmen. Dazu zählen insbesondere Projekte der Sozialarbeit in Hausarztpraxen- bzw. Grundversorgungspraxen, integrierte Versorgungsnetze, regionale Koordinationsstellen sowie aufsuchende beziehungsweise mobile Beratungsangebote (Hošek et al., 2020, S. 1318–1320; Rüegg, 2021, S. 6).

Ein erster Typus sind praxisintegrierte Modelle Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis bzw. Grundversorgung. Rüegg, Eiler, Schüpbach und Gehrlach (2022, S. 9) beschreiben Pionierangebote, in denen Sozialarbeitende direkt in Hausarztpraxen tätig sind, soziale Problemlagen systematisch erheben, gemeinsam mit Patient:innen Interventionspläne entwickeln und gezielt an Gemeinde- und Spezialangebote verweisen (Hošek et al., 2020, S. 1319–1320; Rüegg et al., 2022, S. 31–38).

Einen zweiten Typus stellen hausärztlich angebundene, aber extern getragene Sozialberatungsangebote dar. Diese werden etwa von kirchlichen oder gemeinnützigen Organisationen, wie der Caritas beider Basel oder regionalen Vereinen für soziale Gesundheit, betrieben und bieten in oder nahe der Praxis kostenlose Kurzzeitberatungen an (Rüegg et al., 2023, S. 52–55). Im Vordergrund stehen Themen wie Existenzsicherung, Wohnstabilität, Schulden, familiäre Belastungen und Teilhabe; die ärztliche Praxis fungiert als niederschwelliger Zugang, während die sozialarbeiterische Fachstelle eine Lotsen- und Brückenfunktion ins Hilfesystem übernimmt (Rüefli et al., 2020, S. I–II, 1–2, 12–19).

Ein dritter Typus findet sich in regionalen Anlaufstellen mit einem sozialtherapeutischen Case Management, wie das Projekt «REAS – Regionale Anlaufstellen», das von 2020–2024 von der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz (Geliko) getragen und durch die Gesundheitsförderung Schweiz finanziert wurde. An drei Standorten wurden niederschwellige Anlaufstellen

für Menschen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Problemlagen aufgebaut. Kernstück war die Implementierung des sozialtherapeutischen Case Managements (SCM), bei dem ein Kurz-Assessment darüber entscheidet, ob eine Weiterleitung in die Regelversorgung erfolgt oder ein intensiver SCM-Prozess eingeleitet wird (Süsstrunk et al., 2025, S. 2–3).

Als vierten Typus lassen sich kantonale Koordinations- und Triage-Stellen, wie die Fachstelle Koordination Gesundheit (KOGE) im Kanton Glarus, einordnen. KOGE fungiert als niederschwellige, kostenlose Informations-, Beratungs- und Koordinationsstelle für Fragen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, ohne selbst direkte Hilfeleistungen zu erbringen. Das Leistungsprofil reicht von einfacher Informationsvermittlung über Klärungsgespräche bis hin zu Triage, Koordination und fallbezogenem Case Management in komplexen Lebenssituationen; die Evaluation zeigt, dass sich KOGE als wichtiger Bestandteil einer integrierten Versorgung etabliert hat (Kanton Glarus, 2021, S. 8–9; KPMG, 2022, S. 1–2, 5–6).

Schliesslich gibt es privatwirtschaftliche, meist mobile Beratungsangebote, die sozialarbeiterische Expertise als eigenständige Leistung im Umfeld der Grundversorgung anbieten. Diese Dienste arbeiten häufig auf Auftragsbasis, beraten im häuslichen Umfeld zu Familie, Alltagsbewältigung, Existenzsicherung und psychosozialen Belastungen und positionieren sich komplementär zur Spitex und zu kommunalen Diensten (Hostettler, 2024; Mobile Beratung, o. J.). Projekte wie die Mobile Sozialberatung in der Region Biel–Seeland zeigen, dass solche sektorübergreifenden Angebote eine wichtige Lotsenfunktion für chronisch kranke und hochbelastete Menschen übernehmen und damit ebenfalls Elemente eines Social-Prescribing-Pfads realisieren (Hostettler, 2024).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in der Schweiz bereits eine Vielfalt von Pionierprojekten existiert, in denen die Soziale Arbeit an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen in die ambulante Versorgung eingebunden ist. Die Modelle reichen von praxisintegrierter Sozialarbeit in Hausarztpraxen über extern getragene, hausärztlich angebundene Beratungsangebote und regionale Anlaufstellen mit sozialtherapeutischem Case Management bis hin zu kantonalen Koordinationsstellen und mobilen Beratungsdiensten. Ihnen gemeinsam ist, dass sie psychosoziale Bedarfe systematisch erfassen, Lotsen- und Koordinationsfunktionen übernehmen und damit zentrale Logiken der integrierten Versorgung und des Social Prescribing aufgreifen. Zugleich zeigt die grosse Heterogenität hinsichtlich Trägerschaft, Zielgruppen, Finanzierung und Rollenprofilen, dass die Profession Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung noch nicht in einem konsolidierten Modell verankert ist – eine Lücke, auf die die vorliegende Arbeit mit der Entwicklung eines Kompetenzprofils reagiert. Dieses Kapitel hat damit weniger auf eine vollständige Bestandsaufnahme als auf die Skizzierung eines Feldes abgezielt, in dem sich unterschiedliche Rollenbilder und Kompetenzanforderungen abzeichnen, die im weiteren Verlauf der Arbeit theoretisch und empirisch vertieft werden.

2.3.5 Angebote im Kanton Zürich

Im Kanton Zürich existieren bereits einige Pilotprojekte und Angebote, die zentralen Logiken der integrierten Versorgung sowie einer stärker koordinierten Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen aufnehmen, ohne dass ein einheitlich strukturiertes kantonales Gesamtmodell vorliegt. In der folgenden Tabelle 1 werden die wichtigsten Angebotslogiken zusammenfassend dargestellt; eine detaillierte tabellarische Übersicht der einzelnen Projekte findet sich im Anhang A.

Tabelle 1. Übersicht Angebote im Kanton Zürich

Kategorie / Modelltyp	Beispiele im Kanton Zürich	Schwerpunkt / Funktion	Charakteristik / Zielsetzung
Praxisintegrierte bzw. praxisnahe Modelle	REAS Horgen, Social Prescribing Zürich, SoReA Winterthur	Früherkennung psychosozialer Belastungen im medizinischen Setting	Soziale Arbeit ist direkt an hausärztliche oder ambulante medizinische Angebote angebunden. Ziele sind die frühzeitige Unterstützung und Weitervermittlung in passende Hilfsangebote.
Koordinations-, Vermittlungs- und Triage-Modelle	Triage Zürich (konzeptioneller Ansatz)	Koordination, Vermittlung und Fallsteuerung	Aufbau von übergeordneten Strukturen zur Orientierung und Koordination von komplexen Gesundheits- und Sozialsituationen. Fokus liegt weniger auf Einbettung in Einzelpraxen als auf systemischer Steuerung und Vernetzung.
Zielgruppenspezifische bzw. thematisch fokussierte Programme	Soziale Rezepte, Stiftung Gesundheitskompass, ZIA-Rezepte (Fachstelle Zürich im Alter)	Unterstützung spezifischer Zielgruppen mit komplexem Bedarf	Integrierte Versorgung mit spezialisierten Beratungs- und Koordinationsleistungen, beispielsweise für ältere Menschen oder Personen mit schweren Erkrankungen.
Mobile und sektorübergreifende Beratungsangebote	Mobile Beratung Winterthur	Mobile Beratung, Vermittlung und Lotsenfunktion	Soziale Arbeit erfolgt unabhängig von festen Praxisstrukturen und verbindet sektorenübergreifend soziale und gesundheitliche Versorgung.

Quelle: Eigene nicht abschliessende Darstellung der Recherche

Die Zürcher Beispiele machen deutlich, dass bereits unterschiedliche Organisationsformen erprobt werden, sich das Feld aber noch in Entwicklung befindet und durch eine hohe Heterogenität hinsichtlich der Zielgruppen, Trägerschaften, methodischen Ausrichtung, Finanzierungslogik und institutionellen Einbettung gekennzeichnet ist.

3 Forschungsstand und theoretische Rahmung

Im deutschsprachigen Raum ist die Forschungslage zur Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bislang dünn. Zwar betonen wissenschaftliche Diskurse im Gesundheitswesen und der Sozialen Arbeit seit Längerem die Bedeutung sozialer Determinanten von Gesundheit, doch empirische Studien zur konkreten Implementierung von Sozialer Arbeit in Arztpraxen liegen bisher nur vereinzelt vor; vorhandene Beiträge konzentrieren sich meist auf Modellprojekte der integrierten Versorgung, die jedoch noch nicht flächendeckend etabliert sind (Rüegg et al., 2023, S. 47–50).

Internationale Arbeiten zeichnen ein ähnliches Bild. Andrews et al. (2013, S. 69–71) zeigen am Beispiel der Umsetzung des Affordable Care Act in den USA, dass Sozialarbeitende aufgrund ihrer Expertise in der Bearbeitung von sozialen Determinanten der Gesundheit, ihres Wissens über kommunale und soziale Systeme sowie ihrer Case-Management-Kompetenzen besonders geeignet sind, um koordinierte Versorgungsmodelle mitzugestalten – insbesondere für Patient:innen mit komplexen Unterstützungsbedarfen. Zugleich halten Ní Raghallaigh et al. (2013, S. 935) fest, dass selbst in Ländern mit etablierten Primary-Care-Strukturen nur eine sehr begrenzte Forschung zur Rolle von Sozialarbeitenden in der Primärversorgung vorliegt.

Insgesamt zeigt der Forschungsstand somit zweierlei: Einerseits ist die Relevanz der Sozialen Arbeit im gesundheitsbezogenen Versorgungskontext fachlich gut begründet, andererseits fehlt weiterhin eine hinreichend ausdifferenzierte empirische und theoretische Bestimmung ihrer Rolle in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Gerade diese Forschungslücke macht eine theoretische Rahmung erforderlich, die es erlaubt, das Handlungsfeld nicht nur deskriptiv, sondern auch professions-, rollen- und kompetenzbezogen zu analysieren. Auf der Basis dieser Ergebnisse setzt die vorliegende Arbeit an der Schnittstelle von internationalem Diskurs und deutschsprachiger Forschung an, indem sie die Aufgaben, Kompetenzen und professionelle Positionierung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung empirisch untersucht.

Für die theoretische Rahmung der Arbeit ist das Konzept der professionellen Identität von besonderer Bedeutung. Es erlaubt, berufliches Handeln nicht nur über Wissen, Methoden oder institutionelle Zuständigkeiten zu erfassen, sondern auch über das berufliche Selbstverständnis, die normative Orientierung und die Weise, wie Fachpersonen ihre Rolle innerhalb eines professionellen Feldes deuten. Gerade im interprofessionellen Kontext der ambulanten medizinischen Grundversorgung erscheint dieser Zugang besonders anschlussfähig, da sich Sozialarbeitende in einem Spannungsfeld zwischen professionsspezifischem Auftrag, organisationalen Bedingungen und Kooperation mit anderen Berufsgruppen bewegen.

3.1 Professionelle Identität von sozialarbeiterischen Fachpersonen

Professionelle Identität wird in der Fachliteratur als Schlüsselkategorie beschrieben, um zu erfassen, wie sich Fachpersonen innerhalb ihrer Profession verorten und ihr berufliches Selbstverständnis ausbilden (Ruttert, 2021, S. 47–52). Im Kontext der Sozialen Arbeit gilt sie als besonders anspruchsvoll, da das berufliche Handeln in einem von Heterogenität, struktureller Unsicherheit und teils widersprüchlichen Erwartungen geprägten Feld stattfindet (Dewe & Otto, 2012, S. 197–198, 207–215). Professionelle Identität ist dabei keine stabile Eigenschaft, sondern entsteht und verändert sich fortlaufend im Wechselspiel von biografischen Erfahrungen, institutionellen Strukturen und gesellschaftlichen Diskursen (Keupp, 2018, S. 650).

Für die vorliegende Arbeit ist sie relevant, weil sie eine analytische Verbindung von Rollenverständnis, Kompetenzzuschreibungen und normativer Orientierung dient. In Anlehnung an die entwickelte Konzeption, wird sie in drei Dimensionen gefasst: berufliche Rolle, Kompetenzen und Werteorientierung. Die *berufliche Rolle* umfasst das Verständnis, von Zuständigkeiten, Aufgaben und professionsbezogenen Anforderungen sowie die eigene Verortung innerhalb der Profession (Klüsche & Schubert, 2002, S. 16–17; Lenz, 2013, S. 168–171). Die *Kompetenzdimension* beinhaltet fachliche Kenntnisse, reflexive und relationale Fähigkeiten sowie den Umgang mit komplexen und widersprüchlichen Situationen (Becker-Lenz & Müller-Hermann, 2013, S. 218; Dewe & Otto, 2012, S. 205, 214–215; Heiner, 2018, S. 244–252; Mieg, 2016, S. 35–36). Die *Werteorientierung* verweist auf die normativen Grundlagen des professionellen Handelns.

Eine wichtige Referenz für diese Dimensionen bildet der Berufskodex der Sozialen Arbeit (AvenirSocial, 2026, S. 19–20), der Fachpersonen verpflichtet, ihr Handeln an Fach-, Methoden- und Wertewissen auszurichten, ihre Kompetenzen weiterzuentwickeln, interprofessionell zusammenzuarbeiten und die Soziale Arbeit zu vertreten. Zudem betont er den reflektierten Umgang mit Macht, Transparenz, Vertraulichkeit sowie die Pflicht, Aufträge kritisch zu hinterfragen (AvenirSocial, 2026, S. 19–20, 22). Damit fungiert er als ethische Orientierung und als Ressource für die professionelle Selbstverortung und Grenzziehung.

3.2 Profession und Professionalität in der Sozialen Arbeit

Für die vorliegende Arbeit ist eine begriffliche Unterscheidung zwischen Professionalität, Professionalisierung und Professionsentwicklung zentral. Die drei Konzepte sind eng miteinander verbunden, beschreiben jedoch unterschiedliche analytische Ebenen des sozialarbeiterischen Handelns und seiner gesellschaftlichen Verortung. Für die ambulante medizinische Grundversorgung ist diese Differenzierung besonders relevant, da sich Soziale Arbeit hier zugleich als konkrete Praxisform und als noch nicht vollständig konsolidiertes Handlungsfeld zeigt.

3.2.1 Professionalität als Qualität professionellen Handelns

Im professionsbezogenen Diskurs der Sozialen Arbeit wird Professionalität häufig als zentrale Kategorie verstanden, um die Qualität des beruflichen Handelns sowie den Professionsstatus eines Berufsfeldes zu beschreiben (Thole, 2012, S. 21–22). In Anlehnung an Mieg (2016, S. 35–37) lassen sich dabei die institutionelle und die individuelle Ebenen von Professionalität unterscheiden.

Auf *institutioneller Ebene* bezeichnet Professionalität die gesellschaftlich legitimierte Wissensarbeit einer Berufsgruppe, die über spezifisches Expert:innenwissen verfügt und damit das Mandat erhält, bestimmte Problemlagen eigenverantwortlich zu bearbeiten. Dieses Mandat zeigt sich in spezialisierten Wissensbeständen, geregelten Zuständigkeiten und berufsethischen Normen. Auf der *individuellen Ebene* richtet sich der Blick stärker auf die konkrete Qualität des professionellen Handelns in Situationen, die von Unsicherheit, Offenheit und Ambivalenz geprägt sind. Seit den 1980er-Jahren wird Professionalität deshalb vermehrt als Fähigkeit diskutiert, komplexe Problemlagen unter nicht vollständig standardisierbaren Bedingungen reflexiv zu bearbeiten (Motzke, 2014, S. 128–129, 222–223; Schmidt, 2008, S. 843–846).

Für die Soziale Arbeit ist dabei besonders bedeutsam, dass Professionalität nicht primär über den Vergleich mit klassischen Professionen wie Medizin oder Recht bestimmt werden sollte. Stattdessen rückt eine Perspektive in den Vordergrund, die nach der eigenen professionellen Logik der Sozialen Arbeit fragt (Dewe & Otto, 2012, S. 204–205; Heiner, 2018, S. 243–245). Professionell handeln Sozialarbeitende demnach dann, wenn sie in der Lage sind, subjektive Lebenslagen ernst zu nehmen, Fachwissen situationsangemessen einzusetzen und Problemlagen nicht schematisch, sondern gemeinsam mit den Adressat:innen zu bearbeiten (Dewe & Otto, 2012, S. 211–212). In diesem Zusammenhang gewinnt auch das Konzept der stellvertretenden Deutung an Bedeutung: Fachpersonen interpretieren schwierige Lebenssituationen nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg, sondern entwickeln gemeinsam mit ihnen tragfähige Deutungen und Handlungsoptionen (Dewe & Otto, 2012, S. 197–198).

Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit bleibt damit an Partizipation, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe gebunden.

Für die vorliegende Arbeit ist dieses Verständnis deshalb zentral, weil sich auch im Feld der ambulanten medizinischen Grundversorgung professionelles Handeln nicht in formalen Zuständigkeiten erschöpft. Vielmehr zeigt sich Professionalität dort, wo Sozialarbeitende komplexe biopsychosoziale Problemlagen erfassen, in ihrem lebensweltlichen Kontext deuten und in interprofessionellen Zusammenhängen bearbeitbar machen.

3.2.2 Professionalisierung als Entwicklungsprozess

Während Professionalität eher den erreichten oder beobachtbaren Zustand beschreibt, verweist Professionalisierung auf den Weg dorthin (Husi, 2017, S. 79–80, 91–93). Mieg (2016, S. 35) definiert Professionalisierung als historischen oder aktuellen Entwicklungsprozess eines Berufsfeldes hin zu einer Profession. Dieser Prozess umfasst sowohl die kollektive Transformation einer Berufsgruppe als auch die Qualifikations- und Lernprozesse einzelner Fachpersonen. Professionalisierung verläuft dabei nicht eindimensional, sondern auf mehreren Ebenen zugleich. Husi (2017, S. 90–94) differenziert diesen Zusammenhang über Makro-, Meso- und Mikroebene: Auf der Makroebene geht es um gesellschaftliche Anerkennungs- und Strukturfragen, auf der Mesoebene um organisationale Bedingungen und institutionelle Einbettung, auf der Mikroebene um das konkrete Handeln und die Entwicklung der einzelnen Fachpersonen. Professionalisierung bezeichnet damit einen mehrschichtigen Prozess, in dem sich individuelles Können, organisationale Strukturen und gesellschaftliche Erwartungen wechselseitig beeinflussen.

Für die Soziale Arbeit ist dieser Zugang besonders anschlussfähig, weil sich Professionalität in vielen Handlungsfeldern gerade nicht über stabile, abschliessend definierte Zuständigkeiten vollzieht, sondern in Aushandlungsprozessen, institutionellen Rahmungen und sich wandelnden Praxisanforderungen ausbildet. Professionalisierung bedeutet hier nicht nur Wissenszuwachs oder formale Qualifikation, sondern auch die Herausbildung einer reflexiven Urteilskraft, von professionsspezifischen Handlungsstandards und eines begründbaren beruflichen Selbstverständnisses.

Im Hinblick auf die ambulante medizinische Grundversorgung ist der Begriff der Professionalisierung deshalb besonders hilfreich, weil dieses Feld gegenwärtig noch stark in Entwicklung ist. Sozialarbeit ist hier zwar fachlich gut begründbar, ihre institutionelle Einbettung, ihre Zuständigkeiten und ihre Rolle im Verhältnis zu anderen Professionen sind jedoch nicht in allen Kontexten konsolidiert. Professionalisierung lässt sich in diesem Zusammenhang als Prozess verstehen, in dem sich sozialarbeiterische Expertise im medizinischen Versorgungskontext schrittweise konturiert, erprobt und legitimiert.

3.2.3 Professionsentwicklung und gesellschaftliche Anerkennung

Eng mit Professionalisierung verwandt, aber analytisch davon zu unterscheiden, ist der Begriff der Professionsentwicklung. Dick und Weisenburger verstehen darunter die langfristige und bewusst gestaltete Herausbildung eines Berufsfeldes zu einer gesellschaftlich anerkannten Profession. Im Unterschied zur eher prozesshaft und offen gedachten Professionalisierung betont die Professionsentwicklung die strategische Steuerung der professionsbezogenen Entwicklung (Dick & Weisenburger, 2019, S. 851–852). Dazu zählen etwa die Akademisierung der

Ausbildung, die Formulierung von verbindlichen Berufsstandards sowie die Klärung von professionsspezifischen Zuständigkeitsbereichen (Dick & Weisenburger, 2019, S. 852–853, 863). Ergänzend betonen Mieg (2016, S. 32–33) und Thole (2012, S. 21–22, 49–50), dass auch professionelle Autonomie und ein klar umrissener Zuständigkeitsbereich wesentliche Voraussetzungen gesellschaftlicher Anerkennung sind.

Professionsentwicklung richtet den Blick damit auf kollektive und strukturelle Fragen. Sie thematisiert, wie ein Berufsfeld seine Legitimation stärkt, seine Wissensbasis absichert, Zuständigkeiten definiert und sich im Verhältnis zu anderen Professionen positioniert (Dick & Weisenburger, 2019, S. 851–852). Für die Soziale Arbeit ist dies besonders relevant, weil ihre gesellschaftliche Anerkennung wesentlich über die fachliche Begründung ihrer Zuständigkeit für soziale Problemlagen hergestellt wird (Dick, 2016, S. 11–12; Dick & Weisenburger, 2019, S. 852–853).

Im Feld der ambulanten medizinischen Grundversorgung wird dies besonders sichtbar, weil sich hier ein noch nicht vollständig konsolidiertes Tätigkeitsfeld herausbildet. Entsprechend gewinnen Fragen nach der Zuständigkeit, institutionellen Verankerung, professionspolitischen Sichtbarkeit und interprofessionellen Anerkennung an Bedeutung. Die Unterscheidung von Professionalität, Professionalisierung und Professionsentwicklung dient dabei als analytischer Rahmen, um sowohl die Qualität sozialarbeiterischen Handelns als auch die strukturellen Entwicklungsbedingungen dieses Handlungsfeldes zu erfassen (Dick, 2016, S. 9–17; Husi, 2017, S. 90; Mieg, 2016, S. 30-33, 35; Thole, 2012, S. 21–22).

3.3 Interprofessionelle Kooperation und Kompetenzanforderungen

Die zunehmende Komplexität gesundheitlicher und sozialer Problemlagen führt dazu, dass professionelle Handlungsansätze verstärkt auf die Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen angewiesen sind. Gerade im Kontext der ambulanten medizinischen Grundversorgung greifen biologische, psychische und soziale Problemdimensionen häufig ineinander, sodass isolierte Fachperspektiven den Anforderungen komplexer Versorgungssituationen nur begrenzt gerecht werden. Interprofessionelle Kooperation stellt deshalb nicht lediglich eine organisatorische Ergänzung dar, sondern eine zentrale Voraussetzung für eine ganzheitliche und bedarfsgerechte Versorgung. Für die vorliegende Arbeit ist dieser Zusammenhang besonders bedeutsam, weil sich die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung wesentlich im Zusammenspiel mit anderen Professionen konturiert. Dies wird im Folgenden näher betrachtet.

3.3.1 Interprofessionelle Kooperation als Strukturmerkmal komplexer Praxis

Die interprofessionelle Zusammenarbeit wird in der Literatur als zentrales Merkmal einer modernen professionellen Arztpraxis beschrieben. Homfeldt und Gahleitner (2018, S. 49) und Homfeldt (2012, S. 497–499) weisen darauf hin, dass insbesondere in komplexen Problemlagen eine integrierte Bearbeitung erforderlich ist, die medizinische, psychosoziale und gesellschaftliche Aspekte miteinander verbindet. Interprofessionelle Kooperation reagiert damit auf die Einsicht, dass unterschiedliche Professionen jeweils nur Teilperspektiven auf einen gemeinsamen Gegenstand besitzen und erst in ihrer Bezugnahme aufeinander umfassendere Handlungsmöglichkeiten entstehen.

Die Grundlage interprofessioneller Kooperation ist ein geteiltes Referenzmodell, das von den beteiligten Professionen mitgetragen wird. Obrecht (2013, S. 65–67) betont, dass ein gemeinsames Bezugsmodell sowohl die Strukturierung der Arbeitsteilung als auch die Koordination der Interventionen ermöglicht. Das biopsychosoziale Modell eignet sich hierfür in besonderer Weise, weil es die Wechselwirkungen von biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen systematisch integriert und damit eine gemeinsame Sprache für unterschiedliche Berufsgruppen bereitstellt.

Interprofessionelle Kooperation ist somit nicht nur eine Frage der organisatorischen Abstimmung, sondern setzt auch gemeinsame Problemdeutungen und ein anschlussfähiges Gegenstandsverständnis voraus. Begrifflich ist dabei zwischen Multiprofessionalität und Interprofessionalität zu unterscheiden. Während multiprofessionelle Zusammenarbeit eher das Nebeneinander verschiedener Berufsgruppen beschreibt, impliziert Interprofessionalität eine aktive Interaktion, Abstimmung und einen dialogischen Austausch zwischen ihnen (BAG, 2013, S. 8; WHO, 2010, S. 7, 13, 20–23). Interprofessionelle Kooperation geht damit über blosse Koexistenz hinaus und zielt auf ein vernetztes, aufeinander bezogenes Handeln ab. Schmerfeld und Schmerfeld (2000, S. 98–102) heben in diesem Zusammenhang insbesondere die Kommunikation, Beziehungsgestaltung und Integration unterschiedlicher Wissensformen als konstitutive Merkmale hervor.

Auch der Kooperationsbegriff selbst verweist auf mehr als blosses gemeinsames Arbeiten. Kooperation wird als bewusst gewählte, auf ein gemeinsames Arbeitsprodukt gerichtete Zusammenarbeit verstanden, bei der mindestens zwei Parteien ihre Tätigkeiten aufeinander abstimmen und auf ein gemeinsames Ergebnis hin ausrichten (Merten, 2015, S. 24–25, 32–33). Merten (2015, S. 37, 62–63) konkretisiert Kooperation als eine intendierte, fachlich begründete Zusammenarbeit, in der die beteiligten Akteur:innen durch Abstimmungs- und Aushandlungsprozesse, Zielinterdependenz sowie die Bündelung von strukturellen, fachlichen und personellen Ressourcen eine Optimierung der Handlungsabläufe und eine Erhöhung der Problemlösungskompetenz anstreben. Ergänzend hebt Merten (2015, S. 41, 63) hervor, dass

Kooperation stets mindestens zwei autonome Partner:innen voraussetzt, deren Handlungen bewusst aufeinander bezogen sind und die in einem Verhältnis von wechselseitiger Abhängigkeit stehen, da die eigene Zielerreichung freiwillig an die Beiträge der anderen gekoppelt wird.

Ein zentraler theoretischer Bezugsrahmen zur Analyse interprofessioneller Zusammenarbeit ist das Modell von Bronstein (2003, S. 299–302). Dieses beschreibt fünf Kernkomponenten einer gelingenden Kooperation: Interdependenz, gemeinsame Zielverantwortung, Flexibilität, die Entwicklung neuer gemeinsamer Aktivitäten sowie die Reflexion des Arbeitsprozesses. Das Modell verdeutlicht, dass interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl strukturelle als auch personale Voraussetzungen benötigt. Neben organisationalen Rahmenbedingungen sind insbesondere Vertrauen, Rollenklärung, Kommunikationsfähigkeit und die Bereitschaft zur reflexiven Verständigung von zentraler Bedeutung.

Für die vorliegende Arbeit ist dieser Zugang deshalb relevant, weil er interprofessionelle Kooperation nicht als harmonisches Ideal, sondern als anspruchsvolle Praxisform, die auf Abstimmung, Aushandlung und gemeinsame Deutungsarbeit angewiesen ist, beschreibt. Gerade im Feld der ambulanten medizinischen Grundversorgung, in dem verschiedene professionelle Logiken aufeinandertreffen, wird Kooperation damit zu einem Schlüsselmerkmal des professionellen Handelns.

Aus der theoretischen Bestimmung der interprofessionellen Kooperation ergeben sich spezifische Kompetenzanforderungen, die über fachliches Spezialwissen hinausreichen.

3.3.2 Interprofessionelle Kompetenzanforderungen

Interprofessionelle Kompetenz umfasst kommunikative, reflexive, kooperative und koordinative Fähigkeiten, die es ermöglichen, unterschiedliche Perspektiven in einen gemeinsamen Handlungszusammenhang zu überführen. Damit verweist sie auf ein Bündel von Fähigkeiten, das sowohl das eigene professionelle Handeln als auch die Zusammenarbeit mit anderen Professionen betrifft (Atzeni et al., 2017, S. 5–7; Schmitz et al., 2020, S. 7–8, 20–21).

Die Studie von Atzeni et al. (2017, S. 7, 40–45) zeigt, dass interprofessionelle Zusammenarbeit auf gleichberechtigter Beteiligung, klaren Zuständigkeiten sowie einer ausgeprägten Feedback- und Reflexionskultur beruht. Interprofessionelle Kompetenz umfasst dabei nicht nur Kooperation, sondern auch die Fähigkeit, die eigene Rolle im Verhältnis zu anderen Professionen zu klären, zu vertreten und in gemeinsame Prozesse einzubringen sowie unterschiedliche Perspektiven zu integrieren. Für die Soziale Arbeit ist dies besonders relevant, da sie häufig an Schnittstellen unterschiedlicher institutioneller Logiken agiert. Entsprechend erfordert interprofessionelle Zusammenarbeit sowohl Rollen- und Professionsklarheit als auch Kommunikations-, Übersetzungs- und Aushandlungskompetenzen (Atzeni et al., 2017, S. 33–48; Rüefli et al., 2020, S. 7–11; Schmitz et al., 2020, S. 9–10).

Ebenso bedeutsam ist die Reflexionsfähigkeit. Interprofessionelle Settings sind regelmässig von Hierarchien, unterschiedlichen Deutungsmustern und teils widersprüchlichen Erwartungen geprägt. In solchen Konstellationen erfordert professionelles Handeln deshalb die Fähigkeit, Spannungen wahrzunehmen, das eigene Handeln kritisch zu prüfen und gemeinsame Arbeitsprozesse weiterzuentwickeln (Atzeni et al., 2017, S. 53–56; Schmerfeld & Schmerfeld, 2000, S. 94–105; Schmitz et al., 2020, S. 8–11). Interprofessionelle Kompetenz ist damit nicht als Anpassungsleistung an andere Professionen, sondern als reflexives Einbringen der eigenen Perspektive in einen gemeinsamen Arbeitszusammenhang zu verstehen (Atzeni et al., 2017, S. 5–7; Schmitz et al., 2020, S. 7–9; WHO, 2010, S. 10–12).

Für die weitere Arbeit sind diese Erkenntnisse wichtig, weil sie einen theoretischen Rahmen bereitstellen, um im empirischen Material nicht nur Formen der Zusammenarbeit, sondern auch die damit verbundenen Kompetenzanforderungen analytisch zu erfassen. Sie werden daher im Folgenden noch spezifischer auf den Kontext der klinischen Sozialarbeit übertragen.

3.3.3 Kompetenzen und interprofessionelle Zusammenarbeit im Kontext der klinischen Sozialarbeit

Die klinische Sozialarbeit ist darauf ausgerichtet, die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit systematisch in die Behandlungs- und Unterstützungsprozesse einzubringen (Pauls & Mühlum, 2024, S. 25–27). Damit übernimmt sie innerhalb der interprofessionellen Settings eine spezifische Funktion, indem sie soziale Problemlagen, lebensweltliche Bedingungen und Teilhabefragen fachlich sichtbar macht.

Grundlage ist das biopsychosoziale Gesundheitsmodell, in dem gesundheitliche Beeinträchtigungen als Resultat von komplexen Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Bedingungen verstanden werden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen medizinischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Professionen (Homfeldt, 2012, S. 491–496).

Damit sind spezifische Kompetenzanforderungen verbunden. Die Literatur hebt zunächst *Wissens- und Analysekompetenzen* hervor, insbesondere die Fähigkeit, soziale Problemlagen zu erfassen, lebensweltliche Kontexte zu berücksichtigen und die soziale Dimension gesundheitlicher Belastungen fachlich einzuordnen. Dazu gehören Kenntnisse über soziale Sicherungssysteme, Unterstützungsstrukturen, soziale Problemdynamiken sowie sozialdiagnostische Kompetenzen zur Einschätzung von Ressourcen und Belastungen (Ansen, Gödecker-Geenen & Nau, 2004, S. 12–18). Klinische Sozialarbeit zeichnet sich dadurch aus, individuellen Problemlagen in ihren sozialen und institutionellen Zusammenhängen zu verstehen.

Neben diesen Wissensbeständen sind *Handlungskompetenzen* zentral. Die Literatur nennt hier insbesondere Beratung, Gesprächsführung, Krisenintervention, Koordination, Netzwerk-

arbeit und Case Management sowie die Unterstützung der sozialen Integration und Teilhabe (Ansen et al., 2004, S. 74–89; Hüttemann, Rösch, Schmid & Allenspach, 2012, S. 204–209). Diese Kompetenzen sind insofern interprofessionell bedeutsam, weil sie an Schnittstellen zwischen Versorgungssystemen, Professionen sowie zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Möglichkeiten ansetzen. Klinische Sozialarbeit übernimmt damit im Versorgungsgeschehen eine verbindende und übersetzende Funktion.

Ein weiterer zentraler Kompetenzbereich betrifft die *interprofessionelle Zusammenarbeit* selbst. Für eine gelingende Kooperation sind insbesondere eine Rollen- und Professionsklarheit, Kommunikations- und Aushandlungskompetenzen sowie eine Koordinations- und Reflexionsfähigkeit erforderlich. Sozialarbeitende müssen ihre spezifischen Aufgaben und Zuständigkeiten fachlich begründen und gegenüber anderen Professionen verständlich machen können, zugleich unterschiedliche Sichtweisen aufnehmen und Spannungen produktiv bearbeiten.

Studien beschreiben, dass interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen häufig durch hierarchische Strukturen geprägt ist, in denen medizinische Professionen dominieren (Ansen et al., 2004, S. 18–31; Hanses, 2011, S. 65). Daraus ergeben sich Unsicherheiten in der Zuständigkeitsklärung, Delegationsverhältnisse und Anerkennungskonflikte. Pauls und Mühlum (2024, S. 20–21, 28–29) beschreiben dies als Auseinandersetzung um Zuständigkeiten, in der sich die klinische Sozialarbeit als eigenständige Profession positionieren muss.

Hinzu kommen *reflexive und ethische Anforderungen*. Die klinische Sozialarbeit bewegt sich in Spannungsfeldern zwischen Hilfe und Kontrolle, zwischen Adressat:inneninteressen und institutionellen Vorgaben sowie zwischen professioneller Autonomie und organisationalen Rahmenbedingungen. Entsprechend braucht es die Fähigkeit, solche Spannungen zu reflektieren, das eigene Handeln fachlich und ethisch zu begründen und an normativen Bezugspunkten auszurichten (Dewe & Otto, 2012, S. 197–198). Interprofessionelle Kompetenz ist damit immer auch an Selbstreflexion, professionelle Urteilskraft und berufsethische Orientierung gebunden.

Für die vorliegende Arbeit ist dies besonders relevant, da interprofessionelle Zusammenarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung nicht nur als Kooperationsanforderung, sondern zugleich als Frage der professionellen Positionierung verstanden werden muss. Die klinische Sozialarbeit bildet hierfür den zentralen Bezugsrahmen, da sie die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit systematisch in Behandlungsprozesse einbringt und damit einen spezifischen Beitrag zu einer ganzheitlichen Versorgung leistet (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 2–5; Pauls & Mühlum, 2024, S. 25–27).

3.4 Klinische Sozialarbeit und Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Aufbauend auf den in Kapitel 3.3.3 skizzierten Grundlagen der klinischen Sozialarbeit richtet sich der Fokus nun auf jene Kompetenz- und Positionierungsanforderungen, die sich im interprofessionellen Kontext der ambulanten medizinischen Grundversorgung besonders zuspitzen.

In Hausarztpraxen und vergleichbaren ambulanten Settings zeigen sich gesundheitliche, psychische und soziale Problemlagen häufig in verdichteter Form und lassen sich mit rein medizinischen Interventionen nicht hinreichend bearbeiten (Hošek et al., 2020, S. 1318–1320; Rüegg, 2021, S. 3–5). Die ambulante medizinische Grundversorgung stellt damit ein Feld dar, in dem die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit in besonderer Weise sichtbar wird und in dem sich zugleich die Frage nach der professionellen Rolle, den Aufgaben und den Kompetenzen Sozialer Arbeit mit besonderer Schärfe stellt (Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 5–8, 37–38; Rüegg et al., 2023, S. 48–51).

Die ambulante medizinische Grundversorgung wird damit in dieser Arbeit nicht nur als möglicher Einsatzort, sondern als spezifisches interprofessionelles Handlungsfeld verstanden, in dem sich professionsbezogene Ansprüche, organisationale Rahmenbedingungen und gesundheitsbezogene Problemkonstellationen verschränken (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 4–5; Gahleitner et al., 2024, S. 12–13; Pauls & Mühlum, 2024, S. 25–27). Im Folgenden bezeichnet Soziale Arbeit die übergeordnete Profession, während mit Sozialarbeit die im Untersuchungsfeld vertretenen Fachpersonen des Profils Sozialarbeit gemeint sind.

3.4.1 Rolle und Auftrag in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Die klinische Sozialarbeit stellt den fachlichen Rahmen für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in unterschiedlichen Behandlungssettings dar und schliesst die ambulante medizinische Grundversorgung ausdrücklich mit ein. Der Begriff «klinisch» ist damit nicht auf stationäre Einrichtungen beschränkt, sondern bezeichnet grundsätzlich die direkte, fallorientierte Arbeit mit Patient:innen im Gesundheits- und Sozialwesen (Gahleitner et al., 2024, S. 12–13; Kröger, Giertz & Pauls, 2024, S. 82–85; Pauls & Mühlum, 2024, S. 25–27). Daraus folgt, dass auch die ambulante medizinische Grundversorgung als ein legitimes und fachlich anschlussfähiges Handlungsfeld der klinischen Sozialarbeit verstanden werden kann, selbst wenn ihre konkrete institutionelle Verankerung noch nicht flächendeckend vereinheitlicht ist (Rüegg et al., 2022, S. 5–8, 15–19, 21–29, 37–38).

Im Kontext der ambulanten medizinischen Grundversorgung positioniert sich Soziale Arbeit als eigenständige Profession, die die sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit

bearbeitet und damit die medizinische Behandlung um eine spezifische sozialarbeiterische Perspektive ergänzt. Ihr Gegenstand ist die Förderung von sozialer Teilhabe und einer gelingenden Lebensführung von Menschen, die von Krankheit oder Unfall betroffen oder bedroht sind, sowie die Verhinderung und Bewältigung von sozialen Problemlagen, die mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusammenhängen oder zu diesen beitragen (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 2–3; Hüttemann & Süsstrunk, 2019, S. 9–10). Vor diesem Hintergrund ist Soziale Arbeit im Gesundheitswesen nicht als nachrangige Unterstützungsleistung zu begreifen, sondern als eigenständiger professioneller Zugang, der spezifisch für jene sozialen Problemlagen zuständig ist, die Verlauf und Bewältigung von Krankheit sowie die Gestaltung von Versorgungsprozessen wesentlich mitbestimmen (Gahleitner et al., 2024, S. 12–13; Kröger et al., 2024, S. 82, 84–85; Pauls & Mühlum, 2024, S. 27, 29; Wälte, Borg Laufs & Brückner, 2019, S. 12–15, 71–72, 119–121).

Das Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 2–4) beschreibt Sozialarbeitende in diesem Zusammenhang als Fachpersonen, die zwischen Individuum und sozialem Umfeld vermitteln und dabei nicht nur die einzelne Person, sondern deren gesamtes soziales System in den Blick nehmen. Gerade darin unterscheidet sich die sozialarbeiterische Perspektive sowohl von medizinisch-diagnostischen als auch von primär administrativen oder pflegerischen Zugängen. Für die ambulante medizinische Grundversorgung bedeutet dies insbesondere, dass Sozialarbeit dort relevant wird, wo gesundheitliche Beschwerden mit Fragen der Existenzsicherung, Wohnsituation, familiären Belastung, sozialer Isolation, eingeschränkter Gesundheitskompetenz oder dem erschwerten Zugang zu Unterstützungsangeboten verschränkt sind (BAG, 2025, S. 21–23; Rüegg, 2021, S. 4–6; Rüegg et al., 2022, S. 17–19).

Aus diesem professionsspezifischen Auftrag ergeben sich zentrale Aufgabenfelder der Sozialarbeit. Dazu gehören die Sozialanamnese und psychosoziale Diagnostik, die Beratung zu Sozialversicherungsansprüchen und weiterführenden Unterstützungsangeboten, die Unterstützung bei Krankheitsbewältigung und in Krisen, die Arbeit mit Angehörigen sowie die Koordination von komplexen Unterstützungs- und Behandlungsverläufen im Sinne von Triage, Netzwerkkoordination oder Case Management (Ansen et al., 2004, S. 36–41, 61–90; Hüttemann et al., 2012, S. 204; Rüegg, 2021, S. 4–6). Methodisch erfolgt dieses Handeln entlang professioneller Schritte wie Situationsanalyse, Sozialdiagnose, Zieldefinition, Interventionsplanung, Durchführung und Evaluation und ist damit als systematische, fachlich begründete Praxis zu verstehen (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 3).

Zugleich ist zu berücksichtigen, dass diese Aufgaben in einem interprofessionellen und häufig medizinisch dominierten Feld erbracht werden. Sozialarbeitende müssen ihre Rolle daher nicht nur fachlich ausfüllen, sondern auch kommunikativ und professionspolitisch sichtbar machen, Zuständigkeiten mit anderen Berufsgruppen aushandeln und ihre eigene Expertise im

Gefüge der ambulanten Versorgung begründen (Dahrendorf, 2006, S. 72–82, 95–100; Hanses, 2011, S. 65; Rüegg, 2021, S. 3–6). Gerade darin zeigt sich, dass die professionelle Identität, die berufsethische Orientierung und das klinisch-sozialarbeiterische Professionsverständnis im ambulanten Setting nicht abstrakte Bezugspunkte bleiben, sondern konkrete Voraussetzungen der professionellen Handlungsfähigkeit darstellen (AvenirSocial, 2026, S. 10–17; AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 2–4).

3.4.2 Umsetzungsmodelle der klinisch-sozialarbeiterischen Praxis in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ist bislang nicht in einem einheitlichen Modell institutionalisiert, sondern erscheint in unterschiedlichen organisatorischen Arrangements (Rüegg et al., 2022, S. 5–8). Wie in Kapitel 2.3 bereits gezeigt wurde, liegen für die Schweiz verschiedene Umsetzungsformen vor – von praxisintegrierten sozialarbeiterischen Angeboten über hausärztlich angebundene externe Beratungen bis hin zu regionalen Koordinations- und Unterstützungsstrukturen. Für die theoretische Rahmung ist es daher sinnvoll, diese Formen an dieser Stelle nicht nochmals deskriptiv entlang einzelner Projekte darzustellen, sondern sie typologisch zu ordnen, um einen analytischen Bezugsrahmen für die spätere Einordnung des empirischen Materials zu gewinnen (Rüegg et. al., 2023, S. 50–52). Eine solche Typisierung ermöglicht es, strukturelle Unterschiede sichtbar zu machen, ohne die konkrete Ausgestaltung im Untersuchungsfeld bereits vorwegzunehmen.

Eine erste Unterscheidung betrifft die *strukturelle Verortung* des Angebots. Sozialarbeit kann entweder direkt in einer Hausarztpraxis oder in einem medizinischen Zentrum angesiedelt sein oder über externe Fachstellen in kooperativer Form an die medizinische Grundversorgung angebunden werden (Rüegg et al., 2023, S. 50–52). Rüegg et al. (2023, S. 50–51) beschreiben in diesem Zusammenhang drei grundlegende Modelle: die integrierte Sozialberatung innerhalb der Praxis, die externe Sozialberatung vor Ort in den Räumlichkeiten der Praxis sowie die externe Sozialberatung ausserhalb der Praxis mit Zuweisung durch Ärzt:innen.

Eine weitere Differenzierung betrifft die *Organisationslogik* der Angebote. Einige Arrangements sind als regulärer Bestandteil der Versorgung konzipiert, während andere im Rahmen von Pilotprojekten, regionalen Innovationsvorhaben oder zeitlich begrenzten Aufbauphasen entstehen (Rüefli et al., 2020, S. 15–24; Rüegg et al., 2022, S. 5–7; Rüegg et al., 2023, S. 50–52). Diese Unterscheidung ist deshalb analytisch bedeutsam, weil sich daraus unterschiedliche Rahmenbedingungen für die Rollenklärung, Kooperationsformen, Aufgabenprofile und Professionalisierungsprozesse ergeben.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Modelle hinsichtlich ihrer *Reichweite und ihres räumlich-organisatorischen Zuschnitts*. Manche Angebote sind an eine einzelne Praxis gebunden,

andere sind praxisübergreifend, regional oder sektorenübergreifend organisiert und übernehmen stärker koordinierende, triagierende oder lotsende Funktionen (Rüegg et al., 2022, S. 15–19; Rüegg et al., 2023, S. 50–53). Hierzu zählen etwa regionale Anlaufstellen mit sozialtherapeutischem Case Management, kantonale Koordinations- und Triage-Stellen oder mobile Beratungsangebote, die im Umfeld der Grundversorgung tätig sind, ohne dauerhaft in eine einzelne Praxis eingebettet zu sein.

Trotz ihrer Heterogenität weisen diese Umsetzungsmodelle gemeinsame Strukturmerkmale auf. Sie zielen darauf, psychosoziale Belastungen frühzeitig zu erkennen, den Zugang zu passenden Unterstützungsleistungen zu erleichtern, komplexe Versorgungsverläufe zu koordinieren sowie Brücken zwischen medizinischer Versorgung, Sozialwesen und Gemeinwesen zu schlagen (Feryn et al., 2022, S. 47–50; Hošek et al., 2020, S. 1318–1320; Ní Raghallaigh et al., 2013, S. 933–935; Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 5–8, 21–29). In vielen Fällen übernehmen Sozialarbeitende damit Funktionen, die international mit Social-Prescribing- oder Link-Worker-Ansätzen vergleichbar sind, auch wenn diese in der Schweiz nicht zwingend unter denselben Begriffen institutionell erfasst werden.

Unabhängig davon, ob sozialarbeiterische Angebote praxisintegriert, extern angebunden oder regional organisiert sind, richtet sich der professionsspezifische Fokus der Sozialen Arbeit auf die Bearbeitung der sozialen Determinanten von Gesundheit, die Förderung von Teilhabe und die Unterstützung bei der Bewältigung von krankheitsbezogenen sozialen Problemlagen (AvenirSocial & SAGES, 2018, S. 3; Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 5–8, 15–19). Die obige Typisierung dient daher nicht der normativen Festlegung eines idealen Modells, sondern als heuristische Struktur, um die im empirischen Material rekonstruierten Arrangements später analytisch einordnen zu können (Rüegg et al., 2023, S. 50–53).

Die theoretische Verortung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung stützt sich nicht allein auf professions- und kooperationstheoretische Überlegungen, sondern ebenso auf gesundheitsbezogene Konzepte, welche die soziale Dimension von Krankheit und Gesundheit systematisch begründen.

3.4.3 Salutogenese und biopsychosoziales Modell als fachlicher Referenzrahmen

Innerhalb eines fachlichen Referenzrahmens spielen die Salutogenese nach Antonovsky sowie das biopsychosoziale Modell eine zentrale Rolle. Beide Ansätze verstehen Gesundheit nicht als statischen Zustand, sondern als dynamischen Prozess und eröffnen damit einen theoretischen Rahmen, in dem das sozialarbeiterische Handeln im Gesundheitswesen fachlich plausibel und notwendig erscheint (Antonovsky, 1997, S. 15, 23–25; Egger, 2017, S. 96–99; Engel, 1977, S. 129–133; Kröger et al., 2024, S. 82, 86–87; Pauls & Mühlum, 2024, S. 26–27).

Das salutogenetische Konzept richtet den Fokus nicht primär auf die Ursachen von Krankheit, sondern auf die Frage, was Menschen trotz ihrer Belastungen gesund hält beziehungsweise in Richtung Gesundheit bewegt. Gesundheit und Krankheit werden dabei nicht als dichotome Gegensätze, sondern als Pole eines Kontinuums verstanden, auf dem sich Menschen in Abhängigkeit von ihren Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten bewegen (Antonovsky, 1997, S. 23–25; Reinshagen, 2008, S. 146–150). Im Zentrum stehen dabei generalisierte Widerstandsressourcen sowie der Kohärenzsinn, also die Erfahrung, dass die eigene Lebenswelt als verstehbar, handhabbar und sinnvoll erlebt werden kann (Antonovsky, 1997, S. 36, 93–98; Reinshagen, 2008, S. 149–153).

Für die Soziale Arbeit ist dieser Ansatz in besonderer Weise anschlussfähig, weil er den Blick auf die Ressourcen, Bewältigung und soziale Kontextbedingungen lenkt. Sozialarbeiterisches Handeln in der ambulanten medizinischen Grundversorgung kann damit als Beitrag dazu verstanden werden, den Zugang zu Ressourcen zu verbessern, Belastungen zu reduzieren, soziale Unterstützung zu stärken und damit Bedingungen zu fördern, unter denen Patient:innen ihre Situation als besser bewältigbar erleben können (Reinshagen, 2008, S. 144–145, 149–152). Auch bei der Navigation im Gesundheits- und Sozialwesen lassen sich Beratung, Koordination, Ressourcenerschliessung, Krisenintervention und Unterstützung insofern als Beiträge zur Stärkung von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit verstehen.

Ergänzend dazu bietet das biopsychosoziale Modell einen theoretischen Rahmen, der die Mehrdimensionalität von Gesundheit und Krankheit betont und zugleich die Notwendigkeit eines interprofessionellen Handelns begründet. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass biologische, psychische und soziale Faktoren in einem komplexen Wechselspiel die Entstehung, den Verlauf und die Bewältigung von gesundheitlichen Problemlagen prägen (Egger, 2017, S. 38–41, 97–102; Engel, 1977, S. 129–131; Kröger et al., 2024, S. 82–85; Pauls & Mühlum, 2024, S. 26–27). Gesundheitliche Beeinträchtigungen können deshalb nicht angemessen verstanden werden, wenn die sozialen Lebenslagen, Beziehungsnetze, materiellen Ressourcen oder institutionellen Zugänge ausgeblendet bleiben (Kröger et al., 2024, S. 82, 84–85; Pauls & Mühlum, 2024, S. 27).

Gerade für die ambulante medizinische Grundversorgung ist dies von besonderer Relevanz, da hier Problemlagen sichtbar werden, in denen biologische, psychische und soziale Dimensionen gleichzeitig ineinandergreifen. Die soziale Komponente des biopsychosozialen Modells verweist darauf, dass Armut, Bildung, Wohnbedingungen, soziale Unterstützung, Isolation oder eingeschränkte Teilhabe nicht bloss Kontextbedingungen, sondern eigenständige Einflussgrössen von Gesundheit und Krankheit darstellen (Homfeldt, 2012, S. 491–496; Pauls & Mühlum, 2024, S. 26–27; WHO, 2001, S. 97–99). Genau an dieser Stelle wird die fachliche Zuständigkeit der Sozialen Arbeit im Gesundheitskontext sichtbar: Sie bearbeitet jene sozialen Determinanten und Folgen von Krankheit, die für die Versorgung hochrelevant sind, jedoch

nicht allein durch medizinische Logiken aufgefangen werden können (Wälte et al., 2019, S. 12–15, 119–121).

In der Verbindung der Salutogenese und des biopsychosozialen Modells entsteht damit ein fachlicher Referenzrahmen, der die Einbindung der klinischen Sozialarbeit in die ambulante medizinische Grundversorgung theoretisch legitimiert. Beide Ansätze betonen Ressourcenorientierung, Kontextsensibilität, subjektive Deutungen und die Bedeutung von sozialen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit (Antonovsky, 1997, S. 34–36; Egger, 2017, S. 97–99; Engel, 1977, S. 129–133). Für die vorliegende Arbeit ist dies deshalb bedeutsam, weil sich daraus Anforderungen an ein Kompetenzprofil ableiten lassen: Sozialarbeitende benötigen Wissen über soziale Determinanten von Gesundheit, die Fähigkeit zur Identifikation und Aktivierung von Ressourcen, Kompetenzen in Beratung, Koordination und Sozialdiagnostik sowie eine ressourcen- und partizipationsorientierte Haltung im Umgang mit Patient:innen (Ansen et al., 2004, S. 16–18, 61–74, 107–115; Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 5–8, 15–19).

Auf der Grundlage der bisherigen theoretischen Ausführungen wird nun die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Untersuchung dargestellt und näher erläutert.

4 Methodologie und Forschungsdesign

4.1 Forschungsdesign und Untersuchungsfeld

Die vorliegende Arbeit untersucht die Entwicklung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung im Kanton Zürich mit Fokus auf die Aufgaben, Kompetenzen und professionelle Abgrenzung in einem wenig erforschten Handlungsfeld. Ausgangspunkt ist das Pilotprojekt REAS Horgen, in dem die Integration Sozialer Arbeit in einer Arztpraxis erprobt wird. Da das Angebot im Januar 2026 startete und zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Arbeit nur wenige Patient:innen Erfahrungen damit sammeln konnten, wurde der Untersuchungsfokus entsprechend angepasst (vgl. Kap. 1.3).

Für die Untersuchung wurde ein exploratives qualitatives Forschungsdesign gewählt. Qualitative Forschungsansätze zielen darauf ab, soziale Wirklichkeiten in ihren Bedeutungszusammenhängen zu erfassen, subjektive Deutungen nachzuvollziehen und Sinnstrukturen rekonstruktiv herauszuarbeiten (Mayer, 2013, S. 23; Strübing, 2013, S. 2–3). Ein solches Vorgehen ist insbesondere dann angezeigt, wenn ein Forschungsfeld nur begrenzt empirisch erschlossen ist und ein vertieftes Verständnis relevanter Dimensionen des Untersuchungsgegenstandes gewonnen werden soll (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 23–24).

Die Untersuchung folgt einer interpretativ-rekonstruktiven Forschungsperspektive. Während interpretative Zugänge auf das Nachvollziehen subjektiver Sinnzuschreibungen abzielen, richtet sich der rekonstruktive Zugriff auf die Herausarbeitung tieferliegender, nicht unmittelbar zugänglicher Sinnstrukturen. Ergänzend wird von einer konstruktivistischen Perspektive ausgegangen, wonach soziale Wirklichkeit durch die Deutungen und Handlungen von Akteur:innen fortlaufend hervorgebracht wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Perspektiven der Beteiligten methodisch offen zu erfassen (Mayer, 2013, S. 23).

Zur empirischen Umsetzung wurden leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Fachpersonen aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens geführt. Expert:inneninterviews eignen sich insbesondere zur Erschliessung von spezialisiertem Praxis- und Deutungswissen in institutionell geprägten Handlungsfeldern (Bogner et al., 2014, S. 17–24). Durch den Einbezug verschiedener Akteur:innengruppen wurde angestrebt, das Forschungsfeld nicht ausschliesslich aus der Perspektive der Sozialen Arbeit, sondern auch aus Sicht zentraler Kooperationspartner:innen sowie weiterer systemrelevanter Fachpersonen zu analysieren, um unterschiedliche Rollenverständnisse, Erwartungen und Kontextbedingungen sichtbar zu machen (Flick, 2022, S. 541; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 118–120). Die Auswertung der Daten erfolgte mittels inhaltlich strukturierender, qualitativer Inhaltsanalyse. Dieses Verfahren ermöglicht eine systematische, regelgeleitete Auswertung umfangreichen Datenmaterials durch theoriegeleitete und empirisch entwickelte Kategorien, wodurch sowohl Vergleichbarkeit als auch inhaltliche Differenziertheit gewährleistet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 42, 108–111, 129–156).

4.2 Erhebungsmethode: leitfadengestützte Expert:inneninterviews und Daten-Triangulation

Leitfadengestützte Expert:inneninterviews richten sich an Personen, die über ein spezialisiertes Praxis- und Deutungswissen zu einem institutionellen Kontext verfügen und damit zur Strukturierung des jeweiligen Handlungsfeldes beitragen (Bogner et al., 2014, S. 17–25; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 118–121). Bezogen auf die ambulante medizinische Grundversorgung bedeutet dies, dass Sozialarbeitende und andere Fachpersonen die Schnittstellen, Routinen und Aushandlungsprozesse im Praxisalltag aus ihrer professionellen Perspektive beschreiben.

Methodologisch stellen Expert:inneninterviews eine spezifische Variante des leitfadengestützten Interviews dar (Döring, 2023, S. 371; Strübing, 2013, S. 95–97). Leitfadeninterviews gelten als gut etablierte qualitative Erhebungsmethode, die es erlaubt, eine klar umrissene Fragestellung systematisch zu bearbeiten und gleichzeitig die individuellen Sichtweisen im jeweiligen Kontext zu erfassen. Sie basieren auf thematisch gegliederten Fragenblöcken, die die

zentralen Themen vorstrukturieren, ohne die Gesprächsdynamik zu stark zu normieren. Sie ermöglichen damit sowohl die Vergleichbarkeit zwischen den Interviews als auch eine Offenheit für unerwartete Aspekte (Helfferich, 2022, S. 875–877; Loosen, 2016, S. 143; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 127, 129). In der vorliegenden Untersuchung wurden die thematischen Schwerpunkte anhand von zwei leitfadengestützten Fragebögen strukturiert, die zum einen für Sozialarbeitende und zum anderen für weitere Expert:innen aus der Versorgungspraxis und Systemebene entwickelt wurden. Die vollständigen Leitfäden mit den jeweiligen Haupt- und Unterfragen sind im Anhang B zu sehen.

In den leitfadengestützten Expert:inneninterviews wurden subjektive Einschätzungen, Erfahrungen und fachliche Perspektiven der befragten Expert:innen zu Problemlagen im Praxisalltag, Aufgaben- und Kompetenzprofilen der Sozialen Arbeit, interprofessioneller Zusammenarbeit, Zugangswegen sowie institutionellen Rahmenbedingungen in der ambulanten Grundversorgung erhoben. Die Interviews folgten dabei dem Prinzip «so offen wie möglich, so strukturierend wie nötig» (Helfferich, 2022, S. 876). Ein teilstandardisiertes Vorgehen trägt dem Umstand Rechnung, dass Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Schweiz noch wenig etabliert ist und unterschiedliche Konzepte und Organisationsformen bestehen. Es ermöglicht, die Interviews an den Forschungsfragen auszurichten und zugleich Raum für erfahrungsbasierte Deutungen und Bewertungen zu lassen, die nicht vollständig antizipiert werden können. (Meuser & Nagel, 2009, S. 469–471; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 126–127).

Um der Komplexität des Untersuchungsfeldes gerecht zu werden, wurde zudem eine Daten-Triangulation vorgenommen. Dabei wird dieselbe Erhebungsmethode – hier das Expert:inneninterview – bei verschiedene Personengruppen eingesetzt, um unterschiedliche Perspektiven auf denselben Gegenstand zu gewinnen (Flick, 2022, S. 541; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 251). In der vorliegenden Untersuchung wurden Expert:innen aus drei Perspektiven einbezogen: Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung, Ärzt:innen sowie System- und Steuerungsakteur:innen[2]. Diese multiperspektivische Anlage sollte ermöglichen, das Kompetenzprofil nicht nur aus der Sicht von Sozialarbeitenden, sondern auch aus der Perspektive von zentralen Kooperationspartner:innen und systemischen Akteur:innen zu beleuchten und damit unterschiedliche Erwartungen, Rollenzuschreibungen und Praxiserfahrungen sichtbar zu machen (Flick, 2022, S. 540–542; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 119).

[2] Unter *System- und Steuerungsakteur:innen* werden Fachpersonen zusammengefasst, die auf struktureller Ebene an der Ausgestaltung der ambulanten medizinischen Grundversorgung beteiligt sind, insbesondere in den Bereichen Versorgungsorganisation, Finanzierung oder gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse. Der Begriff dient aus Gründen der Anonymisierung als Sammelbezeichnung für unterschiedliche Funktionen ausserhalb der direkten Leistungserbringung.

4.3 Stichprobe, Feldzugang und Sampling

Die Stichprobe wurde im Sinne eines gezielten, kriteriengeleiteten Samplings gebildet, wie es in der qualitativen Sozialforschung üblich ist (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 178–183). Das Ziel eines solchen Vorgehens ist nicht die statistische Repräsentativität, sondern die Auswahl von Fällen, die für die Beantwortung der Forschungsfrage inhaltlich besonders aufschlussreich sind (Heiser, 2024, S. 112, 114; Mayer, 2013, S. 39).

Das Sample wurde so zusammengesetzt, dass möglichst unterschiedliche Perspektiven auf die Aufgaben, Kompetenzen und professionelle Abgrenzung der Sozialen Arbeit und der sozialarbeiterischen Praxis im ambulanten medizinischen Setting berücksichtigt werden konnten. Einbezogen wurden Sozialarbeitende, Ärzt:innen sowie System- und Steuerungsakteur:innen, um sowohl die Perspektive der direkten Versorgungspraxis als auch jene von Akteur:innen mit Kontextwissen zu institutionellen Rahmenbedingungen, Steuerungslogiken und Implementationsfragen abzubilden. Diese Zusammensetzung folgt dem Ziel eines inhaltlich heterogenen, aber thematisch fokussierten Samples, das unterschiedliche Professionen, Funktionen und organisationale Kontexte einbezieht, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich der Erwartungen an die Rolle der Sozialen Arbeit sichtbar zu machen. Im Sinne einer inhaltlichen Repräsentativität wurde damit ein verdichtetes Abbild des relevanten Feldes für die Fragestellung angestrebt, ohne einen Anspruch auf statistische Verallgemeinerbarkeit zu erheben (Heiser, 2024, S. 114–115; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 118–119; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 119).

Die folgende Tabelle 2 gibt einen Überblick über die Zusammensetzung des Samples nach abstrahierten Tätigkeitskontexten und Akteur:innengruppen. Die Darstellung wurde aus Gründen der zugesicherten Anonymität auf jene Merkmale reduziert, die für die Nachvollziehbarkeit der Stichprobe und die Einordnung der Perspektiven im Analyseprozess erforderlich waren (Döring, 2023, S. 126; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 204–205; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 162–165).

Tabelle 2. Übersicht des Samples

Interview	Tätigkeitskontext	Akteursgruppe
P1	Politischer Kontext im Gesundheitswesen sowie im Handlungsfeld tätig	System- und Steuerungsakteur:in
P2	Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung	Sozialarbeiter:in
P3	Soziale Arbeit in einem regional organisierten Angebot der ambulanten Grundversorgung	Sozialarbeiter:in

P4	Ärztliche Tätigkeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung (Einzelpraxis)	Ärzt:in
P5	Soziale Arbeit im ambulanten medizinischen Versorgungskontext	Sozialarbeiter:in
P6	Soziale Arbeit in einem psychosozialen Beratungssetting mit Gesundheitsbezug	Sozialarbeiter:in
P7	Ärztliche Tätigkeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung (Gruppenpraxis)	Ärzt:in
P8	Versicherungs- und steuerungsbezogener Kontext im Gesundheitswesen	System- und Steuerungsakteur:in

Anmerkung. Aus Gründen der Anonymisierung wurden die Tätigkeitskontexte und institutionellen Zuordnungen abstrahiert dargestellt

Quelle: Eigene Darstellung

Der Feldzugang wurde gezielt über bestehende berufliche Netzwerke und sogenannte Gatekeeper gestaltet, um sowohl operative Perspektiven aus der Versorgungspraxis als auch systembezogene Sichtweisen von Akteur:innen mit spezialisiertem Deutungswissen zum Untersuchungsfeld zu erschliessen. Sozialarbeitende und weitere Akteur:innen vermittelten Kontakte zu weiteren Praxis- und Strategieexpert:innen, wodurch unterschiedliche Ebenen des Feldes zugänglich wurden. Dieses Vorgehen diente dazu, Fachpersonen aus verschiedenen institutionellen Kontexten einzubeziehen und damit die multiperspektivische Anlage der Untersuchung auch auf der Ebene des Samplings umzusetzen (Rieker, Hartmann Schaelli & Jakob, 2020, S. 4–8, 17).

Die Kontaktaufnahme erfolgte direkt und transparent. Die Verfasserin stellte sich vor, erläuterte das Forschungsziel, informierte über Freiwilligkeit, Ablauf und Datenschutz und grenzte ihre Rolle im Forschungsprozess von ihren anderen beruflichen Funktionen ab. Auf diese Weise sollten sowohl die forschungsethischen Anforderungen gewahrt als auch eine verlässliche Grundlage für die Zusammenarbeit mit den Interviewpartner:innen geschaffen werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 58–60).

4.4 Inhaltlich strukturierte qualitative Inhaltsanalyse

Für die Auswertung der Expert:inneninterviews wurde die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) gewählt. Diese Methode gilt als etablierte Standardmethode zur systematischen Auswertung von textbasierten Daten. Sie zielt darauf ab, Kommunikationsinhalte theoriegeleitet und regelbasiert zu reduzieren, ohne deren zentrale Bedeutungen zu verlieren (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 49–51, 129–130). Die inhaltlich

strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse wurde gewählt, weil sie ein klar gegliedertes und zugleich flexibles Vorgehen zur Auswertung von Interviewtranskripten bietet und sich besonders für leitfadengestützte Expert:inneninterviews eignet (Bogner et al., 2014, S. 12–13; Gläser & Laudel, 2010, S. 197–204; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 70–71). Das zentrale Kennzeichen dieses Ansatzes ist die Arbeit mit einem Kategoriensystem, das sowohl deduktiv – aus Forschungsfragen, theoretischem Hintergrund und Interviewleitfaden – als auch induktiv, direkt aus dem Material entwickelt wird (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 104, 111, 129–130). Die Methode verbindet damit Strukturierung und Offenheit und entspricht dem explorativen Charakter der vorliegenden Untersuchung.

4.4.1 Datenaufbereitung und Transkription

Die Auswertung basierte auf vollständigen, anonymisierten Transkripten der acht Expert:inneninterviews. Ausgangspunkt bildeten die Audioaufnahmen der Gespräche, die mit einer Transkriptionssoftware der ZHAW automatisiert verschriftlicht und anschliessend manuell Satz für Satz mit den Originalaufnahmen abgeglichen wurden, um Erkennungsfehler zu korrigieren und die Datenqualität zu sichern. Die Interviews wurden wortgetreu und vollständig transkribiert; die gesprochene Sprache wurde bei Bedarf sprachlich leicht geglättet, um die Lesbarkeit und inhaltliche Verständlichkeit zu erhöhen, ohne Bedeutungsgehalte zu verändern (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 198–203).

Die in Schweizerdeutsch geführten Passagen wurden bei der Verschriftlichung ins Hochdeutsche übertragen. Markante Dialektausdrücke, denen eine besondere inhaltliche Bedeutung zukam, wurden nicht übersetzt, sondern entsprechend gekennzeichnet, um Sinnverzerrungen zu vermeiden. Sprechpausen, abgebrochene Sätze und relevante nonverbale Äusserungen wurden nach einem vereinfachten, inhaltlich-semantischen Transkriptionssystem dokumentiert; unverständliche Stellen wurden als «(unv.)» markiert (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 199–201).

Parallel zur Transkription erfolgte die Anonymisierung der Daten, um die zugesicherte Vertraulichkeit zu gewährleisten. Personen-, Orts- und Institutionsnamen sowie projektspezifische Angaben wurden durch Pseudonyme oder abstrahierende Beschreibungen ersetzt, die zentralen Merkmale, wie Funktion oder Akteur:innengruppe, in reduzierter Form beibehalten (Döring, 2023, S. 126; Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 204–205; Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 164–165). Die vollständig transkribierten und anonymisierten Interviews bildeten die Datengrundlage für die anschliessende qualitative Inhaltsanalyse.

4.4.2 Durchführung der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse

Die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse verläuft nach einem phasenorientierten Modell, das mehrere aufeinander bezogene, in der Praxis teilweise zirkulär durchlaufene Schritte umfasst (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 106, 129–132). Im vorliegenden Projekt wurde dieses Modell (vgl. Abbildung 1) aufgegriffen und an die spezifische Fragestellung angepasst.

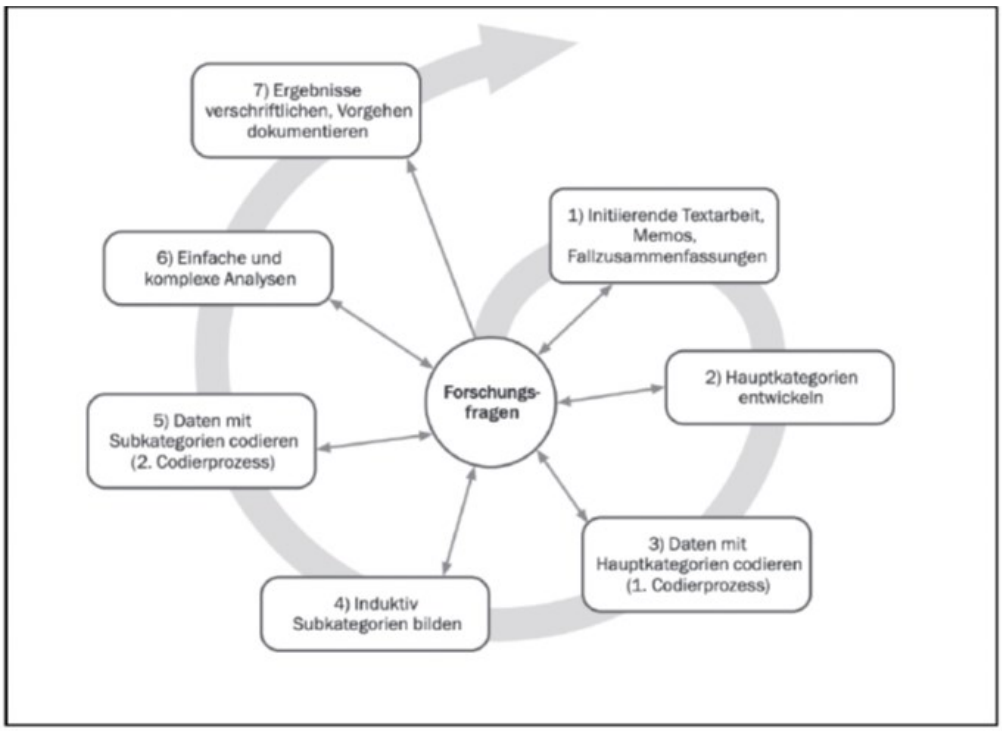


Abbildung 1. Ablauf einer inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse in sieben Phasen

Quelle: Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132

In der ersten Phase der *initiierenden Textarbeit* wurden alle Transkripte sorgfältig und vollständig gelesen, um ein vertieftes Gesamtverständnis der Interviews zu gewinnen und erste Eindrücke zu Themen, Mustern und Auffälligkeiten zu sammeln. Während dieser Lektüre wurden Memos verfasst, in denen spontane Deutungen, Hypothesen und Fragen notiert sowie zentrale Aspekte einzelner Fälle stichwortartig zusammengefasst wurden. Diese Memos dienten in der Folge als Bezugspunkt für die Kategorienbildung und die Interpretation der Ergebnisse (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 119–124, 132–133).

Auf dieser Basis wurden *thematische Hauptkategorien* entwickelt, welche die zentralen Dimensionen der Forschungsfrage – insbesondere Aufgaben, Funktionen, Problemlagen, Kompetenzen, professionelle Abgrenzungen und institutionelle Rahmenbedingungen – abbildeten. Die Hauptkategorien wurden überwiegend deduktiv aus der Forschungsfrage, dem theoretischen Hintergrund und der Struktur des Interviewleitfadens abgeleitet, gleichzeitig aber im Hinblick auf die initiierende Textarbeit geprüft und ergänzt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 71–

73, 119). In einem Probedurchlauf wurden diese Kategorien an ausgewählten Transkriptabschnitten testweise angewendet, um ihre Tragfähigkeit zu überprüfen und gegebenenfalls zu präzisieren (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 133–134).

Anschliessend wurde das gesamte Datenmaterial in einem ersten *Codierdurchlauf* mit den Hauptkategorien verknüpft. Relevante Textsegmente wurden den passenden Kategorien zugeordnet, während Passagen ohne Bezug zur Forschungsfrage unmarkiert blieben. Mehrfachcodierungen waren möglich, wenn eine Passage mehrere Themen gleichzeitig tangierte. In dieser Phase wurden zusätzlich unerwartete, im Material auftretende Themen identifiziert und als neue, induktive Kategorien ergänzt, sodass sich eine Mischform aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung ergab (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 82, 102–103, 129–136).

In einem weiteren Schritt wurden alle den ausgewählten Hauptkategorien zugeordneten Textstellen zusammengeführt und vergleichend analysiert, um *induktiv Subkategorien zu entwickeln*, die die inhaltliche Spannbreite innerhalb der jeweiligen Oberkategorie genauer differenzierten. Für diese Subkategorien wurden Definitionen und Ankerbeispiele formuliert, um die Trennschärfe zu gewährleisten und die Codierung konsistent zu halten. In einem *zweiten Codierdurchlauf* wurde das gesamte Material mit den entwickelten Subkategorien erneut bearbeitet. Dabei wurden das Kategoriensystem iterativ überprüft, verdichtet und, wo nötig, zusammengeführt oder umstrukturiert (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 82, 90, 138–139). Konsensuelle Codierverfahren im Team, wie sie zur Qualitätssicherung vorgeschlagen werden, waren im Rahmen dieser Masterarbeit nicht vorgesehen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 136–137). Statt systematischer Team-Codierungen wurde die Anwendung des Kategoriensystems in beiden Codierdurchläufen im Austausch mit Mitstudierenden und im fachlichen Dialog mit Expert:innen reflektiert, um die Nachvollziehbarkeit und Plausibilität der Codierentscheidungen zu erhöhen.

4.4.3 Analyse und Verdichtung der Ergebnisse

Nach Abschluss der Codierung wurden die mit Haupt- und Subkategorien versehenen Textstellen einer *vertiefenden inhaltlichen Analyse* unterzogen. Für die zentralen Haupt- und Subkategorien wurden alle zugehörigen Segmente fallübergreifend zusammengestellt und in thematischen Matrizen gebündelt, um die Muster, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Interviewpartner:innen sichtbar zu machen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 142–144, 147–149). Auf dieser Grundlage wurden verdichtete, kategorienbasierte Zusammenfassungen erstellt, die als Ausgangspunkt für die Ergebnisdarstellung im empirischen Teil dienten.

Die Analyse folgte dabei primär einem kategorienbezogenen Vorgehen: Für diese zentralen Haupt- und Subkategorien wurde jeweils herausgearbeitet, was im Material zu diesem Thema gesagt wurde, wie die Aussagen begründet wurden und in welchen Kontexten sie standen. Wo

es sinnvoll erschien, wurden zusätzlich einfache Fall- und Gruppenvergleiche vorgenommen, um Unterschiede zwischen den Perspektiven der Sozialarbeitenden, Ärzt:innen sowie der System- und Steuerungsakteur:innen herauszuarbeiten. Zur Unterstützung dieser Ergebnisstrukturierung wurde das finale Kategoriensystem grafisch in MAXQDA visualisiert und als Gliederungsrahmen für die Darstellung der Befunde herangezogen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 148–149).

Die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse erwies sich damit als tragfähiger Kompromiss zwischen Strukturierung und Offenheit. Durch die Kombination aus deduktiv entwickelten Hauptkategorien und induktiv gewonnenen Subkategorien konnten sowohl theoretisch begründete Dimensionen als auch im Material emergente Aspekte berücksichtigt werden, sodass die Aufgaben, Funktionen und Kompetenzanforderungen der Sozialarbeit im ambulanten medizinischen Setting differenziert rekonstruiert werden konnten (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 70–71, 102–103, 129–132).

4.4.4 Reflexion, Qualitätssicherung und Member-Check

Die gewählte Kombination aus leitfadengestützten Expert:inneninterviews und der inhaltlich strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse erwies sich insgesamt als geeigneter Zugang, um die Aufgaben und Kompetenzen der Sozialen Arbeit im ambulanten medizinischen Setting differenziert zu erfassen. Die Orientierung an einem klar strukturierten, zugleich zirkulär angelegten Ablaufmodell ermöglichte ein systematisches Vorgehen, in dem die Kategorienbildung und -überarbeitung mehrfach reflektiert und fortlaufend auf das Material abgestimmt werden konnten.

Zur Sicherung der wissenschaftlichen Qualität wurden insbesondere Transparenz, Nachvollziehbarkeit, Reflexivität und Plausibilität der Interpretation berücksichtigt, wie sie in der qualitativen Forschung als zentrale Gütekriterien diskutiert werden. Transparenz wurde dadurch hergestellt, dass die Datenerhebung, -aufbereitung und -auswertung schrittweise dokumentiert sowie zentrale analytische Entscheidungen in Memos, unmittelbar nach den Interviews verfassten Beobachtungs- und Reflexionsprotokollen, Kategoriendefinitionen und dem Codierraster festgehalten wurden. Zur Nachvollziehbarkeit trugen zudem die Formulierung von Ankerbeispielen, die iterative Präzisierung von Abgrenzungen zwischen den Kategorien sowie die strukturierte Aufbereitung der Daten in MAXQDA bei.

Reflexivität wurde dadurch gewährleistet, dass die eigene fachliche Positionierung, Vorannahmen und mögliche Verkürzungen der Verfasserin im gesamten Forschungsprozess explizit thematisiert und in Memos sowie im Kapitel 7.3 zur Reflexion des Forschungsprozesses systematisch bearbeitet wurden. Die Plausibilität der Interpretationen wurde anhand der internen

Stimmigkeit des Kategoriensystems, der Rückbindung an das empirische Material und die theoretischen Bezüge sowie durch die explizite Benennung von Spannungen abgesichert.

Gleichzeitig müssen auch die Grenzen dieses Vorgehens benannt werden. Die Codierung wurde nur von einer Person vorgenommen; konsensuelle Codierverfahren oder systematische Interpretationsgruppen, wie sie zur Erhöhung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit empfohlen werden, konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht umgesetzt werden. Zentrale methodische Entscheidungen sowie die Anwendung und Weiterentwicklung des Kategoriensystems wurden deshalb nach Möglichkeit im Austausch mit Mitstudierenden sowie Fachpersonen reflektiert, um mögliche Auslassungen und verkürzte Perspektiven im Analyseprozess zu erkennen. Auch die eigene Rolle der Verfasserin im Feld erforderte eine kontinuierliche methodische Selbstreflexion. Die fachliche Nähe zum Gegenstand erleichterte einerseits das Verständnis von professionellen Deutungsmustern und alltagspraktischen Zusammenhängen, barg andererseits aber die Gefahr, bestimmte Sachverhalte als selbstverständlich vorauszusetzen oder implizites Wissen nicht hinreichend zu erklären. Das Vorwissen und die Feldnähe wurden daher als konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses verstanden und in der Interpretation der Daten ausdrücklich mitreflektiert.

Ein zusätzlicher Schritt zur Qualitätssicherung bestand in einer Rückkopplung der zentralen Ergebnisse mit ausgewählten Interviewpartner:innen im Sinne eines Member-Checks. Diese Rückmeldung diente nicht der nachträglichen «Bestätigung» von einzelnen Interpretationen, sondern der Plausibilisierung, Verständigung und kritischen Spiegelung der aus dem Material entwickelten Deutungen. Im Zuge dieser kommunikativen Rückkopplung wurden auch nicht ausreichend berücksichtigte Themenbereiche sichtbar, die für die praktische Ausgestaltung der sozialarbeiterischen Praxis im ambulanten medizinischen Setting von Bedeutung sind. Diese Hinweise werden im Kapitel Forschungsergebnisse aufgegriffen und dort vertieft diskutiert. Zugleich ist zu beachten, dass auch Rückmeldungen der Interviewpartner:innen situiert und interessengeleitet sind und daher nicht unreflektiert als Validierung verstanden werden dürfen. Der Member-Check wurde in dieser Arbeit deshalb als ergänzendes Verfahren der kommunikativen Plausibilisierung eingesetzt und in die reflexive Einordnung der Befunde eingebettet, nicht jedoch als eigenständiger Nachweis ihrer «Richtigkeit».

Insgesamt hat sich die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse als tragfähiger Kompromiss zwischen Strukturierung und Offenheit erwiesen. Durch das kombinierte deduktiv-induktive Vorgehen konnten theoriegeleitete Annahmen mit datenbasierten Einsichten produktiv verschränkt und die Forschungsfrage auf einer der Komplexität des Feldes angemessenen Tiefenebene bearbeitet werden.

5 Forschungsergebnisse

Im Folgenden werden die zentralen Befunde der empirischen Untersuchung entlang des entwickelten Kategoriensystems dargestellt. Im Sinne einer Triangulation werden dabei die Perspektiven der Sozialen Arbeit, der Ärzteschaft sowie der Akteur:innen mit System- und Steuerungsverantwortung systematisch gegenübergestellt, um Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder sichtbar zu machen (Mayring, 2023, S. 125). Das Ziel ist nicht die Herstellung vollständiger Übereinstimmung, sondern die Entwicklung eines differenzierten Verständnisses der sozialarbeiterischen Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt perspektivenvergleichend und rekonstruiert die unterschiedlichen Sichtweisen auf sozialarbeiterische Funktionen, Zuständigkeiten und Entwicklungspotenziale im ambulanten Gesundheitswesen. Ausgewählte Zitate veranschaulichen die Sichtweisen der befragten Expert:innen und stellen Nähe zum Datenmaterial her.

5.1 Kontext und Rahmenbedingungen

Diese Kategorie umfasst die strukturellen und institutionellen Rahmenbedingungen der sozialarbeiterischen Tätigkeit im ambulanten Setting sowie die Zielgruppen der Angebote. Im Zentrum stehen die organisatorische Einbindung, Finanzierung und Versorgungsstrukturen sowie die Frage, welche Personengruppen im ambulanten Gesundheitswesen besonders häufig sozialarbeiterische Unterstützung benötigen.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Aus Sicht der Sozialarbeitenden zeigt sich eine breit gefasste, jedoch stark settingabhängige Zielgruppe. In allgemeinmedizinischen Praxen wird von einer Zielgruppe über die gesamte Altersspanne und thematische Spannbreite ausgegangen, während in spezialisierten Ambulatorien deutlicher spezifische Gruppen, wie etwa ältere Menschen, Personen mit Long Covid oder Menschen mit Migrationshintergrund, sichtbar werden. Erwachsene im erwerbsfähigen Alter bilden zwar weiterhin den grössten Anteil der Adressat:innen, gleichzeitig wird jedoch auf eine zunehmende Sichtbarkeit von jungen Erwachsenen sowie älteren Menschen hingewiesen. Aussagen zur strukturellen Einbindung fallen ambivalent aus: Einerseits bietet eine Anbindung der Sozialen Arbeit an Organisationen, Netzwerke oder kommunale Strukturen einen wichtigen Rückhalt, dennoch besteht keine Einigkeit, ob Sozialarbeit künftig eher im Spital, in der ambulanten Grundversorgung oder in eigenständigen Strukturen verankert werden sollte.

Als zentrales Spannungsfeld erweist sich die Finanzierung: Eine KVG-Finanzierung wird derzeit überwiegend als wenig realistisch eingeschätzt, während projektbezogene oder stiftungsbasierte Mittel keine langfristige Absicherung gewährleisten.

> *«Die Spannweite ist tatsächlich sehr breit und reicht von der Geburt, etwa bei angeborenen Erkrankungen, bis hin zu Themen rund um das Lebensende. Die Soziale Arbeit begleitet somit Anliegen über das gesamte Lebensspektrum hinweg.» (P 2_Pos. 15)*

Aus Sicht der Ärzteschaft

Auch aus ärztlicher Perspektive wird die Zielgruppe als heterogen und settingabhängig beschrieben; grundsätzlich könne jedoch jede:r von sozialen Belastungen betroffen sein. Im Praxisalltag treten jedoch bestimmte Gruppen besonders hervor, darunter junge Menschen mit psychischen Belastungen, Personen mit Migrationshintergrund, ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf sowie Angehörige von Menschen mit Demenz.

Mit Blick auf die Versorgungsstrukturen formuliert die Ärzteschaft den Wunsch nach zentralen, niederschwelligen Anlaufstellen und klaren Zuständigkeiten. Zeitknappheit wird in der Hausarztmedizin als wesentliche strukturelle Herausforderung beschrieben. Sozialarbeit erscheint in diesem Zusammenhang als eine Möglichkeit, psychosoziale Themen mit mehr Kontinuität zu bearbeiten, während Fragen der Finanzierung, Zuständigkeit und institutionellen Einbettung weiterhin als unzureichend geklärt wahrgenommen werden.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Die befragten System- und Steuerungsakteur:innen zeichnen ebenfalls ein breites und heterogenes Bild der Zielgruppen sozialarbeiterischer Unterstützung. Besonders häufig genannt werden junge Erwachsene, bei denen fehlende Lebenserfahrung, psychische Belastungen und begrenzte Orientierungsmöglichkeiten zusammentreffen. Gleichzeitig wird betont, dass grundsätzlich Menschen aller Altersgruppen betroffen sein können – von Kindern und Familien bis hin zu älteren Personen mit Unterstützungsbedarf.

Deutlich hervorgehoben wird die Fragmentierung der ambulanten Versorgung. Sozialarbeit, Hausarztmedizin, Psychiatrie, Spitex und Sozialhilfe agieren häufig nebeneinander statt miteinander, wobei – insbesondere am Übergang zwischen stationären und ambulanten Angeboten – Koordinationslücken sichtbar werden.

Die stärkere Einbindung der Sozialen Arbeit in die medizinische Grundversorgung wird zwar als sinnvoll und notwendig betrachtet, ihre langfristige Finanzierung und organisatorische Verankerung bleiben jedoch offen. Kontrovers diskutiert wird zudem, über welche Berufsgruppen ein sozialarbeiterischer Bedarf ausgelöst werden sollte.

«Im Grundsatz zeigt sich die ambulante medizinische Versorgung als stark fragmentiert. Die verschiedenen Versorgungsbereiche sind oft wenig aufeinander abgestimmt, sodass die Herausforderung darin besteht, diese besser zu vernetzen, zu koordinieren und im Idealfall integrierter zu gestalten.» (IP 1_Pos. 19)

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Professionsgruppen betonen, dass soziale und psychosoziale Faktoren einen zentralen Einfluss auf die Gesundheit haben und sich in allen Altersgruppen und Lebenslagen der ambulanten Versorgung zeigen. Gemeinsam hervorgehoben werden die zunehmende Komplexität der Fälle sowie der Bedarf an klareren Zuständigkeiten und verlässlichen Strukturen.

Unterschiede zeigen sich vor allem in der Schwerpunktsetzung: Die Soziale Arbeit richtet den Blick stärker auf eine institutionelle Verankerung und langfristige Finanzierung, während die Ärzteschaft die Versorgungsrealität und den Zeitdruck im Praxisalltag hervorhebt. Die System- und Steuerungsakteur:innen legen den Fokus auf die systemische Fragmentierung, Schnittstellenprobleme und Steuerungsfragen.

Spannungsfelder ergeben sich zwischen dem Anspruch auf eine integrierte Versorgung und den realen Begrenzungen, die sich aufgrund von unterschiedlichen Finanzierungslogiken und institutionellen Zuständigkeiten ergeben. Ebenso zeigt sich eine Diskrepanz zwischen der breiten Anerkennung der sozialarbeiterischen Relevanz und ihrer wenig gesicherten strukturellen Verankerung im ambulanten Setting.

«Letztlich scheitert es jedoch immer wieder an der gleichen Herausforderung, nämlich dem Nachweis von quantitativen Effekten. Genau das ist in der Sozialen Arbeit sehr schwierig abzubilden. Deshalb läuft die Finanzierung aktuell überwiegend über Stiftungsgelder. Das zieht sich im Grunde durch das gesamte Projekt. Teilweise beteiligen sich auch die Praxen selbst finanziell, wobei ich das eher kritisch sehe, weil es langfristig kein stabiles oder flächendeckendes Modell ist.» (IP 2_ Pos. 32)

5.2 Gestaltung der Zuweisung von Adressat:innen

Diese Kategorie beschreibt, wie Patient:innen Zugang zur Sozialarbeit im ambulanten Setting erhalten und welche Faktoren diesen Prozess fördern oder erschweren. Im Zentrum stehen Zuweisungswege über Fachpersonen oder externe Stellen, die Rolle von standardisierten Instrumenten, wie Sozial-Assessments oder Social Prescribing, sowie Barrieren, wie Scham, fehlende Systemkenntnis und die Komplexität des Angebotssystems.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Erfolgreiche Zuweisungen hängen stark von einfachen, klaren und vertrauensbasierten Zugangswegen ab. Hausärzt:innen mit einem guten Gespür für soziale Problemlagen, die über eine tragfähige Beziehung zu ihren Patient:innen verfügen, haben es einfacher, soziale Belastungen zu erkennen. Standardisierte Instrumente, wie Sozial-Assessments oder Social Prescribing, werden als unterstützende Massnahmen beschrieben, da sie die sozialen Bedarfe systematischer sichtbar machen.

Gleichzeitig zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen Standardisierung und Pragmatismus. Formulare und strukturierte Verfahren schaffen Orientierung und erhöhen die Sichtbarkeit der sozialen Themen, werden im Alltag teilweise jedoch als zu aufwendig erlebt und können den Zugang eher erschweren als erleichtern. Als zentrale Barrieren werden Zeitmangel, fehlende Orientierung im Hilfesystem, Scham sowie geringe Gesundheits- und Systemkompetenz beschrieben, insbesondere bei Menschen mit geringem Bildungsgrad oder Migrationshintergrund.

> *«Deshalb sind wir einen Schritt weitergegangen und haben zusätzlich einen strukturierteren Zugang eingeführt, im Sinne von Social Prescribing. Konkret arbeiten wir mit einem standardisierten Screening-Instrument für soziale Risikofaktoren. [...] Der entscheidende Vorteil ist, dass dadurch eine gewisse Standardisierung entsteht und die Abhängigkeit von individuellen Einschätzungen reduziert wird.» (IP. 2_Pos. 30 und 34)*

Aus Sicht der Ärzteschaft

Aus Sicht der Ärzteschaft sind einfache, niederschwellige Zugänge und klar definierte Anlaufstellen zentrale Voraussetzungen für Zuweisungen an die Sozialarbeit. Sozial-Assessments und soziale Rezepte werden grundsätzlich positiv bewertet, weil sie helfen, soziale Belastungen strukturierter zu erfassen und den Zuweisungsprozess zu erleichtern. Gleichzeitig wird betont, dass solche Instrumente ausreichend flexibel bleiben müssen, um individuellen Lebenslagen gerecht zu werden.

Als zentrale Hürden werden Scham, Unsicherheit über passende Angebote sowie die Komplexität des Versorgungssystems beschrieben. Hinzu kommt die hohe Arbeitsbelastung im Praxisalltag: Die Abläufe müssen möglichst unbürokratisch bleiben, da administrativer Mehraufwand die Bereitschaft zu Zuweisungen verringern kann.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

System- und Steuerungsakteur:innen heben hervor, dass ärztliche Empfehlungen oder «soziale Rezepte» den Zugang zur Sozialarbeit deutlich erleichtern können, weil sie eine soziale

Unterstützung legitimieren und deren Akzeptanz bei den Patient:innen erhöhen. Gleichzeitig wird betont, dass die Zugangswege niederschwellig, verlässlich und ohne grossen administrativen Aufwand ausgestaltet sein müssen.

Zugleich wird kritisch hinterfragt, ob soziale Unterstützung zwingend an ärztliche Verordnungen gekoppelt sein sollte. Diskutiert wird eine stärkere Einbindung von weiteren Berufsgruppen in den Zuweisungsprozess, wie etwa aus der Pflege oder Psychotherapie. Als zusätzliche Hürden werden die Datenschutzanforderungen, der Verantwortungsdruck auf Seiten der Zuweisenden sowie Scham auf Seiten der Patient:innen benannt.

«Der Zugang über die ärztliche Verschreibung ist tatsächlich ein sehr wirkungsvoller Weg. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt aktiv darauf hinweist oder es quasi wie eine Therapie empfiehlt, wird das ganz anders wahrgenommen.» (IP. 8_Pos. 28)

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Fachbereiche betonen die Bedeutung von einfachen, vertrauensvollen und bekannten Zugangswegen sowie die zentrale Rolle der Hausarztmedizin als Drehscheibe im Zuweisungsprozess. Übereinstimmend wird der Wunsch formuliert, soziale Belastungen früh, strukturiert und zugleich ressourcenschonend zu erfassen. Ebenso werden Scham, fehlende Systemkenntnis und die Komplexität des Angebotes als wesentliche Zugangsbarrieren benannt.

Unterschiede zeigen sich in den jeweiligen Schwerpunktsetzungen: Die Soziale Arbeit richtet den Blick stärker auf die Erreichbarkeit von vulnerablen Gruppen, die Ärzteschaft auf Praktikabilität und Handhabe im Konsultationsalltag, die System- und Steuerungsakteur:innen auf Fragen der Legitimation, Verantwortung und der multiprofessionellen Öffnung des Zuweisungsprozesses.

Spannungsfelder bestehen zwischen der Standardisierung und Flexibilität: Strukturierte Instrumente können zwar Orientierung bieten, zugleich aber als bürokratische Hürde erlebt werden. Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich zwischen der Legitimation durch ärztliche Zuweisung und der Eigenständigkeit der Sozialarbeit: Einerseits erhöhen ärztliche Empfehlungen die Akzeptanz, andererseits wird eine zu enge Kopplung an medizinische Verordnungslogiken kritisch hinterfragt.

5.3 Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit

Diese Kategorie umfasst die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten Setting. Im Zentrum stehen konkrete Austausch- und Fallarbeitsformen, die Beteiligung der Sozialarbeit an Entscheidungsprozessen sowie die Klärung von Rollen, Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten zwischen Berufsgruppen. Berücksichtigt werden sowohl formalisierte Kooperationsgefässe, wie Fallbesprechungen und Sitzungen, als auch informelle und digitale Kommunikationswege.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Eine erfolgreiche Zusammenarbeit hängt wesentlich davon ab, ob eine kontinuierliche Abstimmung gegeben ist, wie die Rollen geklärt wurden und ob ein gegenseitiges Verständnis vorhanden ist. Die Zusammenarbeit wird nicht als standardisierbar beschrieben, sondern als Prozess, der in jeder Praxis und in jedem Setting neu ausgehandelt werden muss. Unterschiedliche Berufsgruppen bringen eigene Perspektiven, Arbeitsweisen und Hierarchien mit, wodurch Spannungsfelder entstehen können. Besonders wichtig erscheinen daher klare Zuständigkeiten, um Doppelspurigkeiten oder blosses «Delegierens ohne Rückmeldung» zu vermeiden.

Zentral ist zudem der gegenseitige Zugang der Sozialarbeitenden zu relevanten Informationen der beteiligten Berufsgruppen. Dort, wo involvierte Fachpersonen wechselseitig Einsicht in wesentliche Informationen haben, wird die Zusammenarbeit als koordinierter und transparenter erlebt; fehlen diese, etwa aufgrund von datenschutzrechtlichen Vorgaben oder institutionellen Grenzen, entstehen Unsicherheiten und indirekte Kommunikationswege. Darüber hinaus wird betont, dass eine funktionierende Kooperation stark auf Beziehungspflege und informellen Austausch angewiesen ist. Netzwerkgefässe, gemeinsame Workshops und Austauschplattformen gelten als wichtige Voraussetzungen, um Rollen zu klären und gegenseitiges Verständnis aufzubauen. Dennoch bleibt die Rolle der Sozialarbeit im interprofessionellen Team ambivalent: Sie wird einerseits als wichtige Ergänzung wahrgenommen, andererseits berichten Sozialarbeitende, teilweise nur begrenzt Gehör zu finden.

Aus Sicht der Ärzteschaft

Kooperation hängt im ärztlichen Alltag vor allem von klaren Kommunikationswegen, definierten Zuständigkeiten und pragmatischen Abstimmungen ab. Besonders hervorgehoben wird der Wunsch nach direkten Ansprechpersonen und kurzen Rückmeldungen, etwa dazu, ob eine Patientin oder ein Patient übernommen wurde und wie der weitere Verlauf aussieht. Fehlende Rückmeldungen erschweren die Zusammenarbeit und führen zu Unsicherheiten. Mehrfach wird betont, dass die Rollen und Kompetenzen zu Beginn einer Zusammenarbeit explizit

geklärt werden sollten, etwa im Rahmen eines Kick-offs. Dies soll verhindern, dass Zuständigkeiten verschwimmen oder Aufgaben zwischen Berufsgruppen hin- und hergeschoben werden. Gleichzeitig besteht keine einheitliche Vorstellung darüber, wie eng die Zusammenarbeit ausgestaltet sein soll: Während manche Ärzt:innen eine stärkere Integration der Sozialarbeit in den Praxisalltag wünschen, bevorzugen andere eher punktuelle und bilaterale Abstimmungen anstelle zeitintensiver interdisziplinärer Gefässe.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Die System- und Steuerungsakteur:innen betonen die Bedeutung von klaren Kommunikations- und Koordinationsstrukturen, insbesondere in komplexen Fällen. Eine reine Delegation an die Sozialarbeit wird als unzureichend beschrieben; erforderlich seien vielmehr Rückmeldungen, gemeinsame Einschätzungen und abgestimmte Vorgehensweisen. Gleichzeitig zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen dem Wunsch nach einer engen Zusammenarbeit und dem Bedarf an pragmatischen, ressourcenschonenden Lösungen.

Wiederholt wird darauf hingewiesen, dass die Rollen, Zuständigkeiten und Erwartungen fortlaufend geklärt werden müssen. Zusammenarbeit wird als interprofessioneller Prozess verstanden, der Vertrauen, gegenseitiges Verständnis und die Bereitschaft voraussetzt, sich in die Perspektive anderer Berufsgruppen hineinzuversetzen. Als förderlich gelten direkte Kontakte, kurze Wege und eine sichtbare Präsenz der sozialarbeiterischen Unterstützung im Praxisalltag.

> *«Eine reine Delegation, die einfach abschiebt, greift zu kurz. Für die Ärztin oder den Arzt wäre der Fall damit abgeschlossen, doch das genügt nicht. Es braucht Austausch und Rückmeldung zwischen den Beteiligten. Genau dieser Dialog ist zentral. Nur so entsteht eine abgestimmte Begleitung statt nebeneinander laufender Prozesse.» (IP. 8_Pos. 30)*

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Perspektiven betonen, dass eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit klare Rollen, definierte Zuständigkeiten, eine verlässliche Kommunikation und gegenseitiges Verständnis voraussetzt. Gemeinsam wird der Wunsch nach direkten Ansprechpersonen, kurzen Rückmeldungen und transparenten Informationsflüssen formuliert.

Unterschiede zeigen sich in den jeweiligen Schwerpunktsetzungen. Die Soziale Arbeit hebt stärker die Bedeutung von Beziehungspflege, informellem Austausch und Anerkennung auf Augenhöhe hervor, die Ärzteschaft fokussiert auf Praktikabilität und kurze Kommunikationswege im dichten Praxisalltag, die System- und Steuerungsakteur:innen stärker auf Koordination und die Ausgestaltung von formalisierten Kooperationsstrukturen.

Spannungsfelder ergeben sich zwischen dem Bedarf an strukturierter Zusammenarbeit und dem Wunsch nach flexiblen, alltagsnahen Kooperationsformen. Ein weiteres Spannungsfeld liegt zwischen dem notwendigen Informationsaustausch im Sinne einer koordinierten Versorgung und datenschutzrechtlichen Begrenzungen. Zudem wird eine Diskrepanz zwischen dem Anspruch auf Zusammenarbeit auf Augenhöhe und den bestehenden hierarchischen Strukturen sichtbar.

5.4 Bearbeitete Problemlagen

Diese Kategorie umfasst die unterschiedlichen sozialen, gesundheitlichen und psychosozialen Problemlagen, die im ambulanten Setting bearbeitet werden. Dazu gehören finanzielle Schwierigkeiten, psychische Belastungen, gesundheitliche Einschränkungen, Wohnprobleme, soziale Isolation, familiäre Konflikte sowie Mehrfachproblemlagen und migrations- bzw. kulturbezogene Herausforderungen. Im Zentrum steht die biopsychosoziale Verflechtung verschiedener Belastungsfaktoren.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Es zeigt sich ein breites Spektrum an sozialen, gesundheitlichen und administrativen Herausforderungen, die häufig eng miteinander verflochten sind. Besonders oft werden Themen rund um Arbeit, Sozialversicherungen, finanzielle Unsicherheit sowie psychosoziale Belastungen beschrieben. Die Befragten unterscheiden zwischen klar strukturierbaren Problemlagen – etwa bei Versicherungs- oder Behördenfragen – und hochkomplexen Lebenssituationen, in denen gesundheitliche, familiäre und soziale Faktoren ineinandergreifen. Mehrfach wird betont, dass nicht primär die Diagnosen, sondern die gesamte Lebenssituation und die Einbindung ins Hilfesystem entscheidend seien. Diese Aussagen unterstreichen, dass bio-psycho-soziale Problemlagen häufig ineinandergreifen. Soziale Belastungen wie Arbeitslosigkeit, prekäre Erwerbssituationen, belastete Familien- und Beziehungsdynamiken, soziale Isolation oder finanzielle Sorgen wirken sich direkt auf die psychische und körperliche Gesundheit aus. Umgekehrt können gesundheitliche Einschränkungen soziale und finanzielle Schwierigkeiten weiter verschärfen.

Aus Sicht der Ärzteschaft

Die Ärzteschaft sieht die zu bearbeiteten Problemlagen häufig an der Schnittstelle von Gesundheit, Arbeit, Finanzen und sozialer Teilhabe. Besonders deutlich werden finanzielle und administrative Belastungen: hohe Franchisen, unklare Versicherungsansprüche oder Kosten von medizinischen Abklärungen können dazu führen, dass notwendige Behandlungen

aufgeschoben oder abgebrochen werden. Daraus entsteht ein Spannungsfeld zwischen medizinischer Notwendigkeit und finanzieller Realität.

Neben Arbeitslosigkeit treten vermehrt Konflikte am Arbeitsplatz, Überforderung, Mobbing und Aggressionen auf, insbesondere bei jüngeren Menschen. Bei älteren Personen stehen eher Fragen zu Renten, Betreuung, Einsamkeit und sozialem Netzwerk im Vordergrund. Mehrfach wird deutlich, dass hinter körperlichen Beschwerden häufig soziale, berufliche oder zwischenmenschliche Faktoren stehen und sich die Problemlagen selten eindeutig abgrenzen lassen.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

System- und Steuerungsakteur:innen betonen, dass Problemlagen im ambulanten Setting häufig nicht isoliert auftreten, sondern dass medizinische, psychosoziale und alltagspraktische Aspekte eng miteinander verflochten sind. Besonders bei älteren Menschen werden komplexe Pflegesituationen, soziale Isolation und familiäre Konflikte genannt, während finanzielle Fragen indirekt auf medizinische Entscheidungen einwirken können.

Mehrfach wird hervorgehoben, dass sich Schwierigkeiten häufig weniger aus der reinen Finanzierung als vielmehr aus fehlendem Verständnis über das Hilfesystem und ungelösten psychosozialen Fragen ergeben. Migrationsbezogene Problemlagen ziehen sich durch alle Altersgruppen; sprachliche, kulturelle und strukturelle Hürden erschweren den Zugang zu Unterstützung sowie die Bearbeitung von Problemlagen zusätzlich.

> *«Gleichzeitig wird klar, dass Gesundheit mehr ist als nur Medizin und stark mit sozialen Faktoren zusammenhängt. So entsteht eine Brücke zwischen medizinischer Versorgung und sozialer Unterstützung. Genau dort liegt oft der Schlüssel für nachhaltige Stabilisierung. [...] Im Kern geht es darum, zur richtigen Zeit die richtige Leistung zu haben.» (IP 8_Pos. 28)*

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Perspektiven teilen das Verständnis, dass Problemlagen im ambulanten Setting selten isoliert, sondern als dynamische Mehrfachbelastungen mit biopsychosozialer Verflechtung auftreten. Es wird von allen betont, dass finanzielle Unsicherheiten, administrative Hürden, psychosoziale Belastungen und soziale Isolation zu den zentralen wiederkehrenden Themen gehören.

Unterschiede zeigen sich in der Fokussierung: Die Sozialarbeitenden betonen stärker die Bedeutung der individuellen Lebenssituation und die Einbindung ins Hilfesystem, die Ärzteschaft hebt eher die Schnittstelle zwischen medizinischer Notwendigkeit und sozialer Realität hervor, während die System- und Steuerungsakteur:innen auf die systemischen Versorgungslücken und die Komplexität des Hilfesystems aufmerksam machen. Dabei gilt es, klar strukturierbare

Einzelprobleme und hochkomplexe, ineinandergreifende Mehrfachbelastungen klar auseinanderzuhalten.

Ein *Spannungsfeld* liegt zwischen der medizinischen Indikation und dem finanziell respektive administrativ vorgegebenen Rahmen. Diese Differenzierung kann unmittelbare Auswirkungen auf Behandlungsentscheidungen und die Inanspruchnahme von Leistungen haben.

5.5 Professionelle Identität

Diese Kategorie beschreibt, wie Sozialarbeitende ihre professionelle Rolle und Aufgaben im ambulanten Setting verstehen und wie diese von anderen Berufsgruppen und System- bzw. Steuerungsakteur:innen wahrgenommen werden. Sie umfasst Zuständigkeiten, Rollenabgrenzungen, den spezifischen Beitrag und Mehrwert der Sozialarbeit sowie ihre Funktion an den Schnittstellen zwischen Medizin, Sozialwesen, Behörden und Lebenswelt. Zudem beinhaltet sie das professionelle Rollenbewusstsein und die Reflexion der eigenen Verantwortung und Grenzen.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Sozialarbeitende beschreiben ihre eigene Rolle im Gesundheitswesen als vielschichtig, dynamisch und stark schnittstellenorientiert. Sie fungieren als vermittelnde, übersetzende und koordinierende Fachpersonen zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen, insbesondere in komplexen Übergangssituationen zwischen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und sozialer Absicherung. Gleichzeitig wird deutlich, dass diese Rolle in vielen Settings noch im Entwicklungsprozess steht und laufend neu ausgehandelt werden muss.

Ein zentrales Spannungsfeld liegt zwischen der Offenheit für interprofessionelle Zusammenarbeit und der Notwendigkeit einer klaren professionellen Abgrenzung. So wird einerseits bezüglich medizinischer und pflegerischer Aspekte die Bedeutung von Flexibilität, Vernetzung und Mitdenken betont; andererseits werden klare Zuständigkeiten und Rollentrennungen insbesondere gegenüber medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Aufgaben als essenziell hervorgehoben.

Erwartungen an die Sozialarbeit variieren je nach Praxis und Setting: Während manche eine enge fallführende Begleitung erwarten, wird Sozialarbeit andernorts primär als triagierende oder unterstützende Instanz verstanden. Insgesamt wird die Sozialarbeit im Gesundheitswesen als eigenständige, aber eng vernetzte Praxisdisziplin beschrieben, deren Mehrwert in der ganzheitlichen Betrachtung von sozialen Problemlagen liegt.

«Darüber hinaus sehe ich unsere Rolle stark in der Verknüpfung unterschiedlicher Perspektiven. Sozialarbeitende bewegen sich an der Schnittstelle zwischen Sozialwesen und Gesundheitswesen. Wir haben beide Systeme im Blick und können Zusammenhänge erkennen, die aus einer rein medizinischen oder rein sozialen Perspektive möglicherweise weniger sichtbar sind. [...] Ich würde sagen, dass die Soziale Arbeit eine vermittelnde, übersetzende, vernetzende und strukturierende Funktion einnimmt, mit dem Ziel, für die Betroffenen Klarheit zu schaffen und sie in ihrer Lebenssituation ganzheitlich zu unterstützen.» (IP 3_Pos. 44)

Aus Sicht der Ärzteschaft

Aus ärztlicher Perspektive besteht ein relativ klares Rollenverständnis zwischen Medizin und Sozialarbeit. Ärztliche Fachpersonen sehen ihre Hauptaufgabe in der medizinischen Diagnostik und Behandlung, während soziale und psychosoziale Themen an spezialisierte Fachpersonen weitergegeben werden sollen. Dabei ist die Vorstellung leitend, dass «die richtige Person die richtige Aufgabe» übernehmen müsse, um die Zuständigkeiten klar zu regeln und Ressourcen sinnvoll einzusetzen.

Die Sozialarbeit wird vor allem als wichtige Schnittstellenfunktion wahrgenommen. Ihr spezifischer Beitrag liege darin, Menschen ganzheitlich zu begleiten, Orientierung zu geben, Beziehungen aufzubauen und Brücken zwischen Gesundheitswesen und Sozialbereich zu schaffen. Hervorgehoben werden insbesondere die Möglichkeiten, mehr Zeit für Prozesse und Beziehungsgestaltung einzubringen und dadurch Kontinuität zu sichern. Zugleich wird auf eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten bestanden, damit medizinische und sozialarbeiterische Rollen nicht verschwimmen.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Die System- und Steuerungsakteur:innen verstehen Sozialarbeit im Gesundheitswesen vor allem als ergänzende und koordinierende Profession. Besonders an komplexen Schnittstellen wird deutlich, dass Rollen, Zuständigkeiten und Erwartungen immer wieder neu ausgehandelt werden müssen. Sozialarbeit soll dabei nicht als Konkurrenz zur Medizin oder Pflege auftreten, sondern als sinnvolle Ergänzung, die Perspektiven bündelt und Versorgungslücken schliesst.

Diese Schnittstellenfunktion der Sozialen Arbeit wird als zentral beschrieben. Sozialarbeitende sollen Brücken zwischen der medizinischen Versorgung und sozialen Unterstützung bauen, unterschiedliche Perspektiven zusammenführen und Zusammenhänge ganzheitlich erfassen. Gleichzeitig werden klare Erwartungen an die professionelle Abgrenzung formuliert: Die Sozialarbeit soll medizinische Themen mitdenken und einordnen können, ohne medizinische

Verantwortung zu übernehmen. Fehlende Rollenklarheit oder unklare Zuständigkeiten gelten als Hindernisse für eine gelingende Zusammenarbeit.

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Perspektiven teilen das Verständnis, dass Sozialarbeit eine zentrale Schnittstellenfunktion zwischen Gesundheitswesen und Sozialbereich einnimmt und durch ihre ganzheitliche, beziehungsorientierte Arbeitsweise einen spezifischen Beitrag zur Versorgung leistet. Alle Befragten betonen, dass klare Rollenabgrenzungen und Zuständigkeiten notwendig sind, um eine produktive Zusammenarbeit zu ermöglichen.

Unterschiede zeigen sich in der Schwerpunktsetzung. Die Soziale Arbeit selbst betont stärker die Dynamik und Vielschichtigkeit ihrer Rolle sowie die Notwendigkeit von kontinuierlichen Aushandlungsprozessen. Die Ärzteschaft fokussiert auf die Entlastungsfunktion und klare Aufgabenteilung, die System- und Steuerungsakteur:innen richten den Blick stärker auf eine strukturelle Einbettung, die Koordinationsfunktion und die Schliessung von Versorgungslücken.

Spannungsfelder ergeben sich zwischen der interprofessionellen Flexibilität und der Notwendigkeit einer klaren, professionellen Abgrenzung. Zwischen dem Anspruch auf eine ganzheitliche Begleitung und der bewussten Begrenzung der eigenen Zuständigkeit besteht ein Spannungsfeld, das je nach Setting unterschiedlich aufgelöst wird. Zudem wird eine Diskrepanz sichtbar: Sozialarbeit wird zwar vermehrt als unverzichtbarer Bestandteil einer ganzheitlichen Versorgung anerkannt, noch ist ihre strukturelle Verankerung im ambulanten Gesundheitswesen aber unsicher.

5.6 Professionelle Haltung

Diese Kategorie umfasst die professionellen Haltungen von Sozialarbeitenden im ambulanten Setting. Dazu gehören ein wertschätzender und respektvoller Umgang mit Adressat:innen, Sensibilität für soziale Ungleichheiten sowie eine empowernde Haltung, die Selbstbestimmung fördert. Ebenso umfasst die Kategorie Reflexions- und Lernbereitschaft, Verantwortungsbewusstsein, den Umgang mit komplexen und widersprüchlichen Situationen sowie interkulturelle Sensibilität im professionellen Handeln.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Das professionelle Selbstverständnis der Sozialarbeitenden zeigt sich in einem starken Verantwortungsbewusstsein, der Reflexionsfähigkeit und einem pragmatischen Umgang mit komplexen Situationen. Besonders im Umgang mit dem Datenschutz wird sichtbar, wie die

professionelle Haltung praktisch umgesetzt wird: Schweigepflicht, Transparenz und das Einholen von Einverständnissen werden als zentrale Grundlagen betont. Gleichzeitig setzen einzelne Fachpersonen auf einen bewusst reflektierten und situativ pragmatischen Umgang mit der Informationsweitergabe, wenn dies im Interesse der betroffenen Person oder der Zusammenarbeit als notwendig erscheint. Damit wird deutlich, dass die Arbeit eine hohe Ambiguitätstoleranz erfordert. Sozialarbeitende bewegen sich in einem dynamischen Feld, in dem Zuständigkeiten, Lösungswege und Prioritäten nicht immer eindeutig sind. Dies verlangt Feingefühl, die Fähigkeit zum Umgang mit Unsicherheit sowie die Bereitschaft, sich auf unterschiedliche Strukturen und Perspektiven einzulassen. Hervorgehoben werden zudem die professionelle Selbstreflexion sowie die bewusste Abgrenzung, um Überforderung zu vermeiden.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die empowerment-orientierte Haltung. Ziel ist nicht die dauerhafte Übernahme von Aufgaben der Adressat:innen, sondern die Stärkung ihrer Selbstständigkeit und Handlungskompetenz. Beratung wird dabei häufig systemisch verstanden und bezieht, wo sinnvoll, Angehörige und das soziale Umfeld mit ein. Gleichzeitig zeigt sich eine ausgeprägte Sensibilität für soziale Ungleichheiten und kulturelle Unterschiede.

Aus Sicht der Ärzteschaft

Gefragt sind insbesondere die Autonomie und Eigenverantwortung der Patient:innen sowie ein respektvoller Umgang mit Betroffenen. Unterstützung soll nicht bevormundend erfolgen; vielmehr sollen Fachpersonen beraten, begleiten und Möglichkeiten aufzeigen, die Entscheidung jedoch so weit wie möglich bei den Patient:innen belassen.

Damit verbunden ist eine klar empowerment-orientierte Sichtweise. Unterstützung soll Hilfe zur Selbsthilfe ermöglichen und vorhandene Ressourcen stärken, anstatt den Patient:innen Aufgaben dauerhaft abzunehmen. Darüber hinaus wird eine pragmatische und reflektierte Haltung sichtbar: Fachpersonen sollen die Bereitschaft haben, neue Wege auszuprobieren und innovative Ansätze zu verfolgen, zugleich aber die Grenzen der eigenen Verantwortung im Blick behalten.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Betont wird die Bedeutung eines pragmatischen, verantwortungsvollen und empowermentorientierten Handelns. Der Datenschutz wird zwar als zentrale Voraussetzung, jedoch auch als praktische Herausforderung im interprofessionellen Alltag beschrieben. Einverständniserklärungen und klare Vollmachten gelten als wichtig, ein ausschliesslich formalistisches Vorgehen wird jedoch als wenig praktikabel eingeschätzt. Entscheidend scheint daher ein

sorgfältiger, auf das Notwendige begrenzter und möglichst transparenter Umgang mit sensiblen Informationen.

Darüber hinaus wird eine hohe Ambiguitätstoleranz sichtbar. In komplexen Situationen sind Zuständigkeiten häufig nicht eindeutig, weshalb pragmatische und situationsangemessene Lösungen erforderlich werden. Dabei wird weniger die theoretische Stringenz als vielmehr die Frage, was konkret hilfreich und realistisch umsetzbar ist, als handlungsleitend beschrieben. Auch aus dieser Perspektive erscheint eine empowerment-orientierte Haltung zentral, welche die Menschen darin stärkt, wieder Perspektiven, Selbstständigkeit und Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln.

«Ich denke, ein zentraler Aspekt ist die konsequente Ausrichtung am Empowerment-Ansatz. [...] Es geht darum, sie nicht nur zu unterstützen, sondern sie auch anzuleiten und darin zu stärken, wieder selbst handlungsfähig zu werden. Für mich ist entscheidend, dass wir zwar präsent sind und begleiten, aber gleichzeitig die Eigenständigkeit fördern.» (IP 3_Pos 20)

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Perspektiven teilen ein grundlegendes Verständnis der professionellen Haltung, das von Respekt, Autonomieorientierung und Empowerment geprägt ist. Übereinstimmend wird betont, dass Unterstützung nicht bevormundend erfolgen darf, sondern Selbstbestimmung und die Stärkung der vorhandenen Ressourcen im Zentrum stehen sollen. Zudem wünschen alle einen pragmatischen Umgang mit komplexen und widersprüchlichen Anforderungen.

Unterschiede zeigen sich in den jeweiligen Akzentuierungen: Die Soziale Arbeit hebt die Bedeutung von Ambiguitätstoleranz, professioneller Selbstreflexion und bewusster Abgrenzung stärker hervor. Die Ärzteschaft fokussiert vermehrt auf Autonomie, klare Rollenabgrenzung und die Vermeidung von Bevormundung, während die System- und Steuerungsakteur:innen vor allem die praktische Umsetzbarkeit von professionellen Standards betonen.

Ein *Spannungsfeld* ergibt sich zwischen den formalen Datenschutzanforderungen und den praktischen Notwendigkeiten eines funktionierenden, interprofessionellen Austauschs. Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich zwischen dem Anspruch auf Autonomieorientierung und der faktischen Notwendigkeit, Menschen in komplexen Situationen auch strukturierend zu begleiten. Schliesslich wird eine Diskrepanz zwischen Empowerment als Befähigung zur Selbstständigkeit und der Realität von längerfristigen Unterstützungsbedarfen sichtbar.

5.7 Professionelles Wissen

Hier geht es um das professionelle Fachwissen, das Sozialarbeitende im ambulanten Setting benötigen. Dazu gehören sozialarbeiterisches, rechtliches und systembezogenes Wissen, Kenntnisse über Versorgungsstrukturen, Unterstützungsangebote und Netzwerke sowie ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Ergänzend ist ein medizinisches und psychologisches Grundwissen relevant, das die sozialarbeiterischen Einschätzungen im Gesundheitskontext unterstützt, ohne die medizinischen Fachdisziplinen ersetzen zu können.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Ein ambulantes Gesundheitssetting erfordert laut den Sozialarbeitenden ein breites und dynamisches Wissensprofil. Besonders hervorgehoben werden Kenntnisse zu Sozialversicherungen (z. B. Invalidenversicherung, Krankentaggeld, Rehabilitation), Zuständigkeiten, Abläufen und regionalen Unterstützungsstrukturen. Dieses Wissen wird als komplex beschrieben und muss kontinuierlich aktualisiert werden, da sich die Angebote und Rahmenbedingungen laufend verändern. Als zentrale fachliche Grundlage gilt ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Auch medizinisches oder psychiatrisches Grundwissen wird als wichtig eingeschätzt, um Lebenssituationen, Problemlagen und Behandlungskontexte besser einordnen zu können. Zugleich wird betont, dass Sozialarbeit keine medizinische Fachdisziplin ersetzen soll. Mehrfach wird zum Ausdruck gebracht, dass das theoretische Wissen allein nicht ausreicht: Berufs- und Lebenserfahrung gelten als zentrale Ressourcen, um mit der Komplexität des Feldes umgehen zu können.

Aus Sicht der Ärzteschaft

Für die Ärzteschaft steht ein ganzheitliches, systemisches Verständnis von sozialen Problemlagen im Vordergrund. Bezugsrahmen ist häufig das biopsychosoziale Modell, wonach gesundheitliche und psychische Belastungen eng mit sozialen Faktoren, wie Arbeit, Finanzen, Beziehungen und Wohnsituation, verknüpft sind. Zentral erscheint ein breites Wissen über das Versorgungssystem. Sozialarbeitende sollen relevante Angebote «parat haben», Zuständigkeiten einschätzen und verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten sinnvoll kombinieren können. Besonders hervorgehoben werden strategische Kenntnisse im Bereich der Sozialversicherungen, da Entscheidungen hier weitreichende Konsequenzen für die Betroffenen haben können. Medizinisches Detailwissen wird hingegen weniger betont. Aus ärztlicher Sicht ist wichtiger, dass Sozialarbeitende Zusammenhänge erkennen, Fragestellungen einordnen und Schnittstellen fachlich kompetent gestalten können.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Die interviewten Personen betonten insbesondere die Bedeutung eines vernetzten, systembezogenen Wissens. Auch hier dient das biopsychosoziale Modell als Referenzrahmen: Gesundheit wird als Ergebnis des Zusammenspiels von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren verstanden. Im Vordergrund steht ein breites Überblickswissen über regionale Versorgungsstrukturen, Angebote und Zuständigkeiten. Wichtig sei weniger ein hochspezialisiertes Einzelwissen als vielmehr die Fähigkeit, passende Unterstützungsangebote zu identifizieren, zu bündeln und über Sektorengrenzen hinweg zu verbinden. Ergänzend werden ein rechtliches Grundwissen, insbesondere im Bereich der Sozialversicherungen, sowie ein medizinisches und psychologisches Grundverständnis als bedeutsam genannt.

> *«Ein Blick auf das biopsychosoziale Modell ist dabei zentral. Gesundheit entsteht im Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren. Wer nur einen Bereich sieht, greift zu kurz. Die Fähigkeit, diese Ebenen zu verbinden, macht den Unterschied.» (IP 8_Pos. 57)*

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle drei Perspektiven teilen das Verständnis, dass professionelles Wissen in der Sozialarbeit im ambulanten Gesundheitssetting wesentlich durch ein biopsychosoziales Modell geprägt sein sollte. Es wird betont, dass umfassendes Wissen über Versorgungsstrukturen, Sozialversicherungen und regionale Unterstützungsangebote zentral ist und dass vernetztes Überblickswissen wichtiger ist als hochspezialisiertes Detailwissen.

Unterschiede: Bei der Schwerpunktsetzung herrscht wiederum Uneinigkeit: Die Soziale Arbeit betont stärker die Dynamik und die Notwendigkeit kontinuierlicher Wissensaktualisierung sowie die Bedeutung von Berufs- und Lebenserfahrung. Die Ärzteschaft fokussiert auf praktische Verfügbarkeit von Wissen und strategisches Denken insbesondere bei Versicherungs- und Leistungsfragen, während System- und Steuerungsakteur:innen stärker die systemverbindende Funktion sozialarbeiterischen Wissens und die Fähigkeit zur Navigation in einer komplexen Versorgungslandschaft hervorheben.

Ein *Spannungsfeld* ergibt sich aus dem Wunsch nach einem medizinischen Grundverständnis, während gleichzeitig eine fachliche Abgrenzung betont wird. Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich zwischen dem theoretischen Ausbildungswissen und dem praktischen Erfahrungswissen, insbesondere hinsichtlich der Frage, welche Wissensformen im Alltag als handlungsleitend gelten. Der Anspruch auf ein umfassendes Systemwissen kann zur Herausforderung werden, wenn man bedenkt, dass sich die Strukturen und Angebote in diesem Bereich fortlaufend verändern.

«Ich denke, es braucht tatsächlich ein sehr breites Wissen. [...] Eine zentrale Stärke der Sozialen Arbeit liegt darin, Zusammenhänge erkennen und einordnen zu können. Dieses vernetzte Denken und das breite Wissen über Lebenslagen und Unterstützungssysteme sind zentrale Kompetenzen von Sozialarbeitenden und ermöglichen eine ganzheitliche und wirksame Begleitung.» (IP 3_Pos. 10)

5.8 Professionskompetenzen

Dabei geht es um die fachlichen, sozialen und persönlichen Kompetenzen von Sozialarbeitenden im ambulanten Setting. Dazu gehören insbesondere Systemnavigation, Koordination, Beziehungsgestaltung, Netzwerkkompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Selbstreflexion, Flexibilität und Belastbarkeit.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Das ambulante Gesundheitssetting erfordert aus sozialarbeiterischer Perspektive ein hohes Mass an Koordinations-, Kommunikations- und Orientierungsfähigkeit. Zentral ist dabei die Kompetenz der Systemnavigation, verstanden als die Fähigkeit, sich in komplexen Versorgungslandschaften zu bewegen, Zuständigkeiten zu klären und Betroffene durch verschiedene Angebote zu begleiten. Dabei zeigt sich ein Spannungsfeld zwischen dem Anspruch, den Überblick zu behalten und koordinierend tätig zu sein, und der Gefahr, zu viele Aufgaben gleichzeitig übernehmen zu müssen.

Besondere Bedeutung hat auch die Netzwerkkompetenz. Neben Kenntnissen über Angebote sind vor allem Beziehungen, Vertrauen und kontinuierliche Netzwerkpflege entscheidend: Gute Zusammenarbeit entsteht weniger durch formale Strukturen als durch verlässliche Kontakte und funktionierende Kommunikationswege. Hervorgehoben werden zudem Flexibilität, Selbstorganisation und situatives Handeln, da die Arbeit dynamisch und oft nur begrenzt planbar ist. Dies stellt hohe Anforderungen an die Selbstreflexion und Abgrenzungsfähigkeit.

Als Kernkompetenzen gelten schliesslich Beratungs-, Gesprächs- und Beziehungsgestaltungsfähigkeiten. Empathie, Geduld, aktives Zuhören und die Fähigkeit, komplexe Sachverhalte verständlich zu vermitteln, werden als wesentlich beschrieben. Beratung wird häufig systemisch und lösungsorientiert verstanden und bezieht das soziale Umfeld mit ein.

«Ich stelle mir deshalb eher eine Person vor, die generalistisch gut aufgestellt ist, die Zusammenhänge erkennt, gut triagieren und koordinieren kann und gleichzeitig genug sozialarbeiterisches Verständnis mitbringt, um einzuschätzen, was eine Person in ihrer konkreten Lebenssituation wirklich braucht.» (IP 1_Pos. 45)

Aus Sicht der Ärzteschaft

Aus ärztlicher Perspektive stehen die Systemnavigation, Koordinationsfähigkeit und Beziehungsgestaltung im Vordergrund. Sozialarbeitende sollen komplexe Versorgungssysteme verstehen, «zwei oder drei Schritte weiterdenken» und nachhaltige Lösungen entwickeln können. Dazu gehört auch die Fähigkeit, unterschiedliche Angebote sinnvoll zu verknüpfen und Übergänge zu gestalten.

Zentral ist zudem die Fähigkeit zur Vernetzung und Kooperation. Gute Zusammenarbeit mit verschiedenen Stellen sowie klare Kenntnisse über Zuständigkeiten gelten als wichtige Voraussetzungen. Gleichzeitig wird die hohe Bedeutung von Beziehungskontinuität betont: Verlässliche Bezugspersonen, Stabilität und eine konstante Ansprechperson werden als ebenso wichtig beschrieben wie fachliche Kompetenz. Sozialarbeitende sollen empathisch sowie nicht belehrend auftreten und Vertrauen aufbauen können.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Die System- und Steuerungsakteur:innen heben insbesondere die Koordinationsfähigkeit sowie vernetztes Denken und Beziehungsgestaltung hervor. Die Netzwerkkoordination wird als zentraler Erfolgsfaktor beschrieben: Sozialarbeitende sollen Schnittstellen aktiv gestalten, Informationen zusammenführen und unterschiedliche Beteiligte vernetzen. Im Bereich der Systemnavigation wird betont, dass Sozialarbeitende über das unmittelbare Problem hinausdenken müssen. Gefragt seien generalistisch ausgerichtete Fachpersonen, die Zusammenhänge erkennen, Prozesse steuern und langfristig planen können. Mehrfach werden zudem Flexibilität und Belastbarkeit betont, da Krankheitsverläufe selten linear sind und sich Rahmenbedingungen rasch ändern können. Beziehungsgestaltung wird auch aus dieser Perspektive als Grundlage einer nachhaltigen Begleitung verstanden.

«Neben der Beratungskompetenz braucht es vor allem Empathie, eine schnelle Auffassungsgabe, eine ausgeprägte Beobachtungsfähigkeit und die Fähigkeit, aus diesen Eindrücken rasch sinnvolle Schlüsse zu ziehen. […] Und es geht ja selten nur um die einzelne Person. Das familiäre Umfeld spielt fast immer eine Rolle.» (IP 1:_Pos. 47)

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Alle Befragten teilen das Verständnis, dass Beziehungsgestaltung eine zentrale Kernkompetenz sozialarbeiterischer Praxis im ambulanten Gesundheitswesen darstellt. Vertrauen, Kontinuität, Verlässlichkeit, Empathie und aktives Zuhören werden als unverzichtbar beschrieben. Ebenso besteht ein Konsens über die Bedeutung von Systemnavigation, Koordinationsfähigkeit, Flexibilität und Belastbarkeit.

Unterschiede: Während die Soziale Arbeit die Netzwerkpflege, Selbstreflexion und Abgrenzungsfähigkeit stärker betont, ist der Ärzteschaft die stabilisierende Wirkung von Kontinuität und verlässlichen Beziehungen wichtig. Die System- und Steuerungsakteur:innen legen besonderen Wert auf die generalistische Ausrichtung und Prozesssteuerungsfähigkeit.

Spannungsfelder ergeben sich aus dem Anspruch auf eine umfassende Koordination und der realen Gefahr der Überforderung. Zwischen dem Bedarf an Kontinuität und Verlässlichkeit und häufig projekt- oder befristungsbedingten Anstellungsverhältnissen zeigt sich ein strukturelles Spannungsfeld. Zudem erfordert der Balanceakt zwischen empathischer Nähe und professioneller Distanz eine hohe Selbstreflexionskompetenz.

> *«Letztlich geht es darum, sich in einem sehr dynamischen und vielfältigen Feld sicher bewegen zu können, auch wenn nicht immer sofort klare Lösungen vorliegen. [...] Deshalb braucht es viel Feingefühl, Kommunikationsfähigkeit und die Bereitschaft, sich auf unterschiedliche Strukturen einzulassen.* [...] *Gleichzeitig muss man auch wissen, wo die eigenen Grenzen sind und wann man zusätzliche Expertise braucht» IP 2_Pos. 19 und 24)*

5.9 Professionelles Handeln

In dieser Kategorie wird beschrieben, wie sich das professionelle Handeln der Sozialarbeit im ambulanten Gesundheitswesen im konkreten Alltag zeigt. Im Fokus steht, wie in der Praxis mit komplexen Situationen und Verantwortung umgegangen wird und wie Zuständigkeiten geregelt werden. Weiter werden Empowerment, Autonomieorientierung und strukturelle Grenzen erörtert.

Aus Sicht der Sozialarbeitenden

Sozialarbeitende charakterisieren professionelles Handeln als balanceorientiertes Agieren in komplexen, oft ambivalenten Situationen. Dabei bewegen sich die Fachpersonen an Schnittstellen zwischen verschiedenen Systemen und müssen fortlaufend abwägen, welche Interventionen in einer konkreten Situation hilfreich, zumutbar und realistisch umsetzbar sind. Professionelles Handeln bedeutet dabei, die strukturellen Rahmenbedingungen mitzudenken, ohne

sich von ihnen determinieren zu lassen. Zentral ist dabei ein pragmatischer Umgang mit Zuständigkeiten und Rollen.

In vielen Situationen sind zudem Verantwortlichkeiten nicht eindeutig geregelt, so dass Sozialarbeitende gemeinsam mit anderen Fachpersonen situative Lösungen entwickeln müssen. Dabei ist weniger eine formal eindeutige Zuordnung als vielmehr die Frage entscheidend, welche Handlungsschritte für die betroffene Person aktuell sinnvoll und tragfähig sind. Professionelles Handeln umfasst damit auch die Bereitschaft, Unsicherheit auszuhalten, Verantwortung zu teilen und Prozesse iterativ anzupassen.

Ein weiterer Kern ist die Umsetzung von Empowerment im Alltag. Sozialarbeitende berichten, dass sie bewusst darauf achten, Adressat:innen nicht zu bevormunden, sondern sie darin zu unterstützen, eigene Entscheide zu treffen und Handlungskompetenzen aufzubauen. Dazu gehört, ihre Aufgaben nicht dauerhaft zu übernehmen, sondern ihnen schrittweise zu übergeben und ihre Selbstständigkeit zu fördern.

Aus Sicht der Ärzteschaft

Für die Ärzteschaft zeigt sich das professionelle Handeln der Sozialarbeit vor allem in einer verlässlichen, strukturierten und zugleich flexiblen Unterstützung im Behandlungsprozess. Dabei sind nachvollziehbare Absprachen, transparente Rückmeldungen und eine an der Situation orientierte Priorisierung von Themen wichtig. Das beinhaltet, dass Sozialarbeitende nicht «alles auf einmal» angehen, sondern fokussiert und in sinnvollen Schritten vorgehen. Betont wird, dass die Sozialarbeit zur Stabilisierung beitragen soll, ohne neue Abhängigkeiten zu schaffen. Sie sollen die Patient:innen begleiten, entlasten und Orientierung bieten, gleichzeitig aber deren Eigenverantwortung stärken.

Aus ärztlicher Sicht spiegelt sich Professionalität auch im Umgang mit den begrenzten Ressourcen: Sozialarbeitende sollen realistische Ziele setzen, Prioritäten benennen und offen kommunizieren, was im gegebenen Rahmen leistbar ist.

Aus Sicht der System- und Steuerungsakteur:innen

Für die System- und Steuerungsakteur:innen ist professionelles Handeln ein Zusammenspiel aus fachlicher Qualität, Koordinationsfähigkeit und verantwortungsbewusstem Umgang mit Systemgrenzen. Es zeigt sich darin, komplexe Versorgungssituationen aktiv zu strukturieren, Schnittstellen zu gestalten und trotz fragmentierter Strukturen möglichst bruchlose Verläufe zu ermöglichen. Dabei wird eine hohe Ambiguitätstoleranz als wesentlich beschrieben.

Häufig lassen sich Verantwortlichkeiten zudem nicht eindeutig zuordnen. In solchen Fällen besteht eine professionelle Praxis darin, pragmatische Lösungen zu entwickeln und die

Perspektive der Betroffenen ins Zentrum zu stellen. Gleichzeitig wird erwartet, dass Sozialarbeitende systemische Grenzen klar benennen, auf Lücken hinweisen und – wo möglich – an der Weiterentwicklung von Strukturen mitwirken. Professionelles Handeln bedeutet damit auch, die individuelle Unterstützung mit einem reflexiven Blick auf die strukturellen Bedingungen zu verbinden.

Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Spannungsfelder

Gemeinsamkeiten: Professionelles Handeln wird von den Befragten als ein reflektiertes, verantwortungsbewusstes und zugleich pragmatisches Agieren in komplexen Situationen beschrieben. Dabei geht es darum, handlungsfähig zu bleiben, auch wenn die Zuständigkeiten, Ressourcen und Rahmenbedingungen nicht eindeutig oder ideal sind. Empowerment, Autonomieorientierung sowie die Vermeidung von Bevormundung gelten als gemeinsame Leitprinzipien.

Unterschiede: Die Soziale Arbeit hebt den Umgang mit Ambivalenzen, die iterative Prozessgestaltung sowie die konkrete Umsetzung von Empowerment besonders hervor. Die Ärzteschaft fokussiert stärker auf Strukturierung, Prioritätensetzung und die Einbettung der sozialarbeiterischen Unterstützung in den Behandlungsprozess. Die System- und Steuerungsakteur:innen setzen den Akzent eher auf die Verbindung von Einzelfallarbeit und systemischer Perspektive sowie die Mitgestaltung von Schnittstellen.

Spannungsfelder ergeben sich aus den fachlichen Ansprüchen und den strukturellen Begrenzungen: Einerseits sollen Prozesse sorgfältig, partizipativ und empowerment-orientiert gestaltet werden, andererseits sind die Zeit, Ressourcen und Zuständigkeiten oft eingeschränkt. Ein weiteres Spannungsfeld resultiert aus der Erwartung, komplexe Situationen zu ordnen und der Notwendigkeit, mit Unschärfen zu leben und schrittweise vorzugehen.

5.10 Integratives Kompetenzmodell der sozialarbeiterischen Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen

Die Ergebnisse der Befragung verdeutlichen die Vielschichtigkeit der sozialarbeiterischern Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen. Um die Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen, bearbeiteten Problemlagen, professioneller Identität, professioneller Haltung, professionellem Wissen, Professionskompetenzen, professionellem Handeln sowie inter- und intraprofessioneller Zusammenarbeit systematisch zu erfassen, wurden die zentralen Befunde in ein integratives Kompetenzmodell (vgl. Abbildung 2) überführt. Dieses Modell bündelt die empirisch rekonstruierten Anforderungen und macht die wechselseitigen Beziehungen zwischen den identifizierten Dimensionen sichtbar.



Abbildung 2. Modell Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Quelle: Eigene Darstellung, Idee grafisch umgesetzt von OpenAI, 2026

Im Zentrum des Modells steht die Annahme, dass die sozialarbeiterische Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen nicht als isolierte Einzelhandlung, sondern als professionelles Handeln in einem komplexen Gefüge aus strukturellen, interprofessionellen und lebensweltbezogenen Bedingungen verstanden werden kann. Das professionelle Handeln entsteht dabei aus dem Zusammenspiel von Wissen, Haltung, Identität und Kompetenzen und ist zugleich auf institutionelle Rahmenbedingungen, Kooperationsstrukturen und die Vielschichtigkeit der bearbeiteten Problemlagen bezogen.

Die empirischen Ergebnisse zeigen, dass Sozialarbeitende besonders dort eine zentrale Rolle einnehmen, wo medizinische, soziale und administrative Anforderungen ineinandergreifen, und Übergänge koordiniert werden müssen. Das entwickelte Kompetenzmodell verdeutlicht, dass von den Sozialarbeitenden im ambulanten Gesundheitswesen ein Verständnis für die Anliegen erwünscht ist, welches über die einzelnen Fachaufgaben hinausgeht. Gefordert sind vielmehr eine biopsychosoziale Perspektive, ausgeprägte Fähigkeiten zur Systemnavigation und Beziehungsgestaltung, eine professionelle Reflexionsfähigkeit sowie die Kompetenz, in ambivalenten und strukturell begrenzten Situationen handlungsfähig zu bleiben. Besonders deutlich wird dabei die Schnittstellenfunktion der Sozialarbeit zwischen Gesundheitswesen, Sozialwesen, Behörden, Angehörigen und Lebenswelt der Adressat:innen.

Zugleich zeigt das Modell auf, dass professionelles sozialarbeiterisches Handeln immer unter konkreten Rahmenbedingungen stattfindet. Fragen der Finanzierung, institutionellen Verankerung, Zuständigkeit und interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflussen nicht nur die Reichweite der sozialarbeiterischen Angebote, sondern auch die Möglichkeiten ihrer fachlichen Ausgestaltung. Die Ergebnisse verweisen damit auf ein Spannungsfeld zwischen der hohen fachlichen Relevanz der sozialarbeiterischen Tätigkeit und ihrer noch unzureichenden strukturellen Absicherung im ambulanten Gesundheitswesen.

Im Überblick zeigt das integrative Kompetenzmodell, dass die Soziale Arbeit im ambulanten Gesundheitswesen als eigenständige, aber eng vernetzte Profession zu verstehen ist, deren sozialarbeiterische Praxis an den Schnittstellen des Systems ansetzt. Ihr spezifischer Beitrag liegt insbesondere in der ganzheitlichen Erfassung komplexer Problemlagen, der Übersetzung zwischen unterschiedlichen Systemlogiken, der Koordination von Unterstützungsprozessen und der Stärkung von Handlungsmöglichkeiten der Adressat:innen. Das Modell bildet damit die Grundlage für die nachfolgende Diskussion der Ergebnisse sowie die weitere fachliche Einordnung der identifizierten Kompetenzanforderungen.

«Gerade in diesen komplexen Übergangssituationen zwischen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und sozialer Absicherung wird deutlich, wie zentral diese Schnittstellenfunktion ist. Ohne diese Unterstützung besteht die Gefahr, dass Menschen den Überblick verlieren oder durch Lücken im System zusätzlich belastet werden.» (IP 2_Pos. 12)

6 Diskussion der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die oben vorgestellten Ergebnisse im aktuellen fachlichen und theoretischen Diskurs verortet, bezüglich ihres Erkenntnisbeitrags reflektiert und im Hinblick auf die Fragestellung der Arbeit verdichtet.

6.1 Verortung der Befunde im aktuellen Diskurs und Beitrag der Untersuchung

6.1.1 Ergebnisse im Dialog mit Theorie und aktueller Forschung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung insbesondere dort an Bedeutung gewinnt, wo sich gesundheitliche Problemlagen mit sozialen, finanziellen, administrativen und familiären Belastungen überlagern (Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 15–19). Damit bestätigt die Untersuchung Befunde, wonach Hausarztpraxen zunehmend zu Orten werden, an denen komplexe biopsychosoziale Mehrfachbelastungen sichtbar werden, die mit rein medizinischen Interventionen nicht hinreichend bearbeitet werden können (Rüegg, 2021, S. 3–4; Rüegg et al., 2022, S. 5–8). Die in den Interviews beschriebene Heterogenität der Zielgruppen – von jungen Erwachsenen über Menschen im Erwerbsalter bis hin zu hochbetagten Personen, häufig mit Migrations- oder Armutsbetroffenheit – korrespondiert mit der Forschung zu sozialen Determinanten von Gesundheit, die die kumulativen Risiken durch chronische Erkrankungen, geringe soziale Ressourcen und eingeschränkte Gesundheitskompetenz hervorhebt (BAG, 2019b, S. 1; De Gani et al., 2023, S. 13–17, 89–90; Lampert et al., 2022, S. 159–160).

Die in den Interviews deutlich gewordene Fragmentierung der ambulanten medizinischen Versorgung steht im Einklang mit Analysen, die das schweizerische Gesundheits- und Sozialwesen als stark ausdifferenziert, an den Schnittstellen jedoch unzureichend koordiniert beschreiben (Forum Managed Care, 2023, S. 3–4; Rüefli et al., 2020, S. 20–25). Zugleich unterstreicht die von allen Fachexpert:innen formulierte Forderung nach klaren Zuweisungswegen und zentralen, niederschwelligen Anlaufstellen den Bedarf an besser abgestimmten Strukturen. In Anbetracht der dargestellten Ergebnisse ist es folgerichtig, dass die befragten Akteur:innen die Sozialarbeit in der Grundversorgung als Brücken- und Koordinationsprofession verstehen, die sektoral getrennte Bereiche verbindet und Übergänge gestaltet. Dies deckt sich mit internationalen Studien, die Sozialarbeit in Primary-Care-Teams als «bridging profession» zwischen Gesundheitsversorgung, Sozialdiensten und Gemeindestrukturen beschreiben (Feryn et al., 2022, S. 47–49; Ní Raghallaigh et al., 2013, S. 933–939).

Die Interviewaussagen machen zudem deutlich, dass Sozialarbeitende nicht nur auf akute Problemlagen reagieren, sondern gezielt die Ressourcen der Patient:innen und ihres Umfelds

aktivieren, um deren Alltagsbewältigung, Teilhabe und Orientierung im Versorgungssystem zu unterstützen. Sie verbinden damit materielle, psychosoziale und vernetzende Unterstützungsformen.

Die Befunde unterstreichen damit den salutogenetischen Fokus auf Ressourcenstärkung und Kohärenzerleben und zeigen, wie das biopsychosoziale Modell in der Praxis der ambulanten Grundversorgung konkret wirksam wird, indem soziale, psychische und medizinische Dimensionen systematisch zusammengedacht werden.

Auf der Ebene des Fallverständnisses lassen sich die Ergebnisse zudem eng mit dem biopsychosozialen Modell verbinden. Die in der Untersuchung beschriebenen Problemlagen – etwa Erwerbslosigkeit, prekäre Arbeitsverhältnisse, Überschuldung, Wohnunsicherheit, pflegeintensive Familiensituationen oder Einsamkeit – werden von den Befragten nicht als blosser Hintergrund, sondern als konstitutiver Bestandteil von gesundheitlich relevanten Falllagen verstanden. Damit wird zugleich eine salutogenetische Perspektive sichtbar, in der die Gesundheit über die Stärkung von Ressourcen, Bewältigungskompetenzen und sozialer Einbettung gefördert wird (Antonovsky, 1997, S. 15–20, 34–36; BAG, 2019a, S. 18–19, 25–26).

Die Befunde zeigen zudem eine deutliche Nähe zu Ansätzen des Social Prescribing, auch dort, wo entsprechende Modelle nicht explizit so benannt werden. Die wiederholt hervorgehobene Bedeutung von einfachen Zugangswegen über Hausärzt:innen, einer systematischeren Erfassung von psychosozialen Belastungen und der gezielten Vermittlung an gemeindenahe Angebote entspricht den zentralen Elementen des WHO-Modells von Social Prescribing (WHO, 2022, S. 2–9). Zugleich spiegeln die formulierten Vorbehalte gegenüber zusätzlicher Bürokratie die internationale Diskussion, wonach die Wirksamkeit und Akzeptanz solcher Modelle stark von ihrer kontextsensiblen Implementierung abhängen (Bickerdike et al., 2017, S. 5–13; Husk et al., 2020, S. 318–320). Im Vergleich zu internationalen Social-Prescribing-Modellen zeigt sich jedoch, dass die in der Schweiz untersuchten Angebote weniger stark standardisiert und institutionell verankert sind. Während in Ländern wie England die Funktion der Link Worker teilweise klar definiert und strukturell finanziert ist, sind sozialarbeiterische Angebote in der ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Schweiz häufig projektartig organisiert. Daraus ergeben sich erhöhte Anforderungen an die Vernetzung, die Rollenklärung sowie die Entwicklung tragfähiger Kooperationsstrukturen. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstreichen damit die Bedeutung jener koordinierenden und systembezogenen Kompetenzen, die auch international als zentrale Voraussetzungen für die Bearbeitung der sozialen Determinanten von Gesundheit beschrieben werden.

Die Ergebnisse lassen sich ausserdem eng mit der theoretischen Rahmung der professionellen Identität und reflexiven Professionalität verbinden. In den Interviews wurde Soziale Arbeit im ambulanten Setting als dynamische, schnittstellenorientierte Profession beschrieben, deren

Rolle im Zusammenspiel mit Medizin, Pflege und weiteren Akteur:innen fortlaufend ausgehandelt werden muss. Dies entspricht einem Verständnis von professioneller Identität als prozesshafte, kontextabhängiger Teilidentität, die sich im Wechselspiel von biografischen Erfahrungen, institutionellen Strukturen und gesellschaftlichen Erwartungen entwickelt (Harmsen, 2013, S. 266–267; Keupp, 2018, S. 650; Ruttert, 2021, S. 325–328). Die in der Untersuchung sichtbaren Spannungsfelder – etwa zwischen interprofessioneller Offenheit und fachlicher Abgrenzung oder zwischen umfassender Begleitung und bewusster Begrenzung von Zuständigkeit – stützen damit empirisch die Aussage, dass in wenig formalisierten Feldern eher von kontextabhängigen Identitätsformen als von einer einheitlichen professionellen Identität auszugehen ist (Obrecht, 2013, S. 65; Sommerfeld, 2013, S. 156–160).

Zugleich konkretisieren die Ergebnisse das im Theorieteil entwickelte dreidimensionale Verständnis der professionellen Identität aus Rolle, Kompetenzen und Werteorientierung. Auf der Rollenebene verstehen sich Sozialarbeitende vor allem als koordinierende, vermittelnde und strukturierende Fachpersonen an der Schnittstelle zwischen Gesundheits- und Sozialwesen; auf der Kompetenzebene zeigen sich ein breites Wissensprofil sowie kommunikative, reflexive und interprofessionelle Fähigkeiten; auf der Werteebene treten Selbstbestimmung und Empowerment deutlich hervor. Die starke Orientierung an der Hilfe zur Selbsthilfe, partizipativen Einbindung und Ambiguitätstoleranz verweist darüber hinaus auf reflexive Professionalitätskonzepte, die die professionelle Sozialarbeit gerade in der Fähigkeit sehen, komplexe und widersprüchliche Lagen gemeinsam mit den Adressat:innen zu deuten und zu bearbeiten (AvenirSocial, 2026, S. 10–14, 19–20; Dewe & Otto, 2012, S. 197, 204; Harmsen, 2013, S. 197; Oevermann, 2002, S. 26).

Schliesslich bestätigen die Ergebnisse den im Forschungsstand beschriebenen Widerspruch zwischen der hohen praktischen Relevanz und zugleich prekären strukturellen Verankerung der Sozialen Arbeit in der ambulanten Grundversorgung. Die internationale Literatur betont, dass Sozialarbeitende für die Entwicklung und Umsetzung von koordinierten Versorgungsmodellen besonders geeignet sind, da sie Systemkenntnisse mitbringen und ein Case Management nutzen, welches sensibel für Sozialdeterminanten ist (Andrews et al., 2013, S. 69–71).

Gleichzeitig wird auf eine weiterhin dünne Evidenzlage zur Rolle der Sozialarbeit in Primärversorgungsteams sowie auf unzureichende Regelstrukturen hingewiesen (Ní Raghallaigh et al., 2013, S. 935). Die vorliegende Untersuchung belegt diese Diagnose, indem sie zeigt, dass Sozialarbeit zwar von allen Befragten als unverzichtbare Ergänzung der Grundversorgung anerkannt wird, ihre Finanzierung und institutionelle Einbettung jedoch häufig zeitlich begrenzt und unsicher bleiben. Damit wird deutlich, dass die weitere Professionsentwicklung in diesem Feld nicht allein eine fachliche, sondern zugleich eine struktur- und gesundheitspolitische Aufgabe ist.

6.1.2 Erkenntnisbeitrag der Untersuchung

Die Untersuchung leistet einen eigenständigen Beitrag, indem sie die abstrakte Diskussion zur Sozialen Arbeit in der Grundversorgung konkret auf das Setting der Hausarztpraxis bezieht und dabei drei Perspektiven – Soziale Arbeit, Ärzteschaft sowie System- und Steuerungsakteur:innen – empirisch zusammenführt. Dadurch wurde sichtbar, dass Sozialarbeit im Praxisalltag nicht nur allgemein als «unterstützende» oder «vernetzende» Profession erscheint, sondern als Fachrolle, die zwischen Kurzberatung, Triage, fallbezogener Koordination und längerfristigem Case Management pendelt und je nach Perspektive unterschiedlich verortet wird. Gerade diese Mehrperspektivität macht die Spannungsfelder sichtbar, in denen sich die Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung befindet.

Damit wird auch das Verständnis von professioneller Identität im ambulanten Gesundheitskontext erweitert. Während bisherige theoretische Beiträge die professionelle Identität und Professionalität der Sozialen Arbeit meist feldübergreifend diskutieren, zeigt die vorliegende Untersuchung, wie sich professionelle Identität im spezifischen Setting der ambulanten medizinischen Grundversorgung entlang von wiederkehrenden Aushandlungen der Zuständigkeit, Fachlichkeit und Kooperation praktisch herausbildet.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich das Rollenverständnis der Sozialarbeitenden im Spannungsfeld zwischen Unterstützungsarbeit am Einzelfall, koordinierenden Funktionen und institutionellen Erwartungen bewegt. Diese Spannungsfelder werden von den Befragten aktiv bearbeitet, etwa indem sie Zuständigkeiten klären, Grenzen markieren und gleichzeitig gegenüber den Logiken des medizinischen Systems anschlussfähig bleiben. Die rekonstruierten Rollenverständnisse verdeutlichen damit, dass professionelle Identität im ambulanten Setting weniger als stabiler Kern, sondern als fortlaufend auszuhandelnde Selbstverortung zwischen fachlicher Zuständigkeit und institutionellen Erwartungen erscheint, was die theoretische Bestimmung als prozesshafte, kontextgebundene Form beruflichen Selbstverständnisses empirisch stützt.

Ein weiterer Beitrag liegt in der differenzierten Analyse von Zuweisungs- und Zugangslogiken. Die Untersuchung zeigt, dass standardisierte Instrumente und «soziale Rezepte» einerseits die Sichtbarkeit von psychosozialen Belastungen erhöhen und Sozialarbeit legitimieren können, andererseits aber auch als zusätzlicher Aufwand und als potenzielle bürokratische Hürde erlebt werden. Auf der Ebene der Fachpersonen wirken dabei insbesondere Zeitdruck, unklare Zuständigkeiten und die fragmentierte Angebotslandschaft hemmend, während auf der Seite der Adressat:innen Scham, fehlende Systemkenntnis und Unsicherheit mit dem Versorgungssystem eine zentrale Rolle spielen. Dadurch wird präziser als in bisherigen Beiträgen sichtbar, wie diese Faktoren in konkreten Zuweisungssituationen zusammenwirken und den Zugang zur Sozialen Arbeit in der ambulanten Grundversorgung beeinflussen.

Schliesslich verdichtet die Untersuchung ihre Ergebnisse zu einem integrativen Kompetenzverständnis von Sozialer Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Anders als Beiträge, die einzelne Bausteine – etwa Systemwissen, Case Management, interprofessionelle Zusammenarbeit oder Empowerment – isoliert behandeln, zeigt die vorliegende Arbeit, wie Rahmenbedingungen, professionelle Identität, Kompetenzen und konkrete Handlungsformen wechselseitig aufeinander bezogen sind. Darin liegt ihr zentraler Beitrag: Sie schliesst eine empirische und konzeptionelle Lücke, indem sie die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung zugleich als professionelles Handlungsfeld, als Ort interprofessioneller Aushandlungen und als wesentlichen Bestandteil einer integrierten, für Sozialdeterminanten sensible Grundversorgung sichtbar macht.

6.1.3 Fazit: Spannungsfelder statt Widersprüche

Zwischen den theoretischen Konzepten, dem dargestellten Forschungsstand und den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zeigen sich keine grundlegenden inhaltlichen Widersprüche, sondern vor allem Spannungsfelder. Theorie und Forschung betonen die Notwendigkeit einer integrierten und für Sozialdeterminanten sensiblen Versorgung und weisen der Sozialen Arbeit dabei eine koordinierende, vermittelnde und verbindende Funktion zu. Die empirischen Befunde bestätigen diese grundsätzliche Ausrichtung, verdeutlichen jedoch, dass ihre praktische Umsetzung im Setting der ambulanten medizinischen Grundversorgung unter Bedingungen erfolgt, die von unsicheren Finanzierungen, befristeten Projektstrukturen, unklaren Zuständigkeiten und alltagspraktischen Begrenzungen geprägt sind. Die Befragten verweisen wiederholt auf die projektartige Organisation der Angebote und die Abhängigkeit von politischen Entscheidungen, was die Planungssicherheit einschränkt und die langfristige Ausgestaltung der Angebote erschwert. Gleichzeitig nutzen sie die Spielräume der Projektlogik, um Strukturen zu erproben, Zuständigkeiten auszuhandeln und die Sichtbarkeit der Sozialen Arbeit im Feld zu erhöhen. Damit bestätigt die Untersuchung, dass Professionalisierung in diesem Feld weniger als lineare Entwicklung, sondern als spannungsreicher Prozess zwischen fachlicher Profilbildung und unklaren institutionellen Zuständigkeiten verläuft.

Sichtbar werden insbesondere Spannungsfelder zwischen der interprofessionellen Offenheit und fachlichen Abgrenzung, zwischen dem Anspruch auf niederschwellige und ganzheitliche Begleitung und begrenzten zeitlichen sowie strukturellen Ressourcen, zwischen einer koordinierten Versorgung und sektoral getrennten Systemlogiken sowie zwischen fachlicher Anerkennung und institutioneller Absicherung. Die Untersuchung verschärft damit weniger Gegensätze zur bestehenden Literatur, als dass sie deren normative und programmatische Aussagen mit der konkreten Versorgungspraxis konfrontiert und empirisch verdichtet.

Gerade darin liegt ihr Erkenntniswert: Die Ergebnisse zeigen, dass sich professionelle Handlungsmöglichkeiten in der ambulanten Grundversorgung notwendigerweise innerhalb solcher Spannungsfelder entfalten und nicht Ausdruck eines Versagens von Theorie und Forschung sind.

6.1.4 Impulse aus der kommunikativen Rückkopplung (Member-Check)

Der Member-Check mit ausgewählten Interviewpartner:innen machte Themen sichtbar, die im Material nur begrenzt erkennbar waren, für die praktische Ausgestaltung der sozialarbeiterischen Angebote im ambulanten medizinischen Setting jedoch als bedeutsam gelten. Im Zentrum standen Fragen der Digitalisierung und digital gestützten Kooperation, etwa zur Zugänglichkeit für Patient:innen mit eingeschränkter Literalität, zur Orientierung in einer fragmentierten Angebotslandschaft und zur Nutzung digitaler Kommunikations- und Koordinationswege entlang von Behandlungspfaden. Die Rückmeldungen erweitern damit die rekonstruierten Kompetenzanforderungen um eine digitale Dimension: Neben klassisch sozialarbeiterischen Beratungs- und Koordinationsfunktionen rücken Aufgaben der digitalen Vermittlung, Navigation und Informationsaufbereitung in den Vordergrund. Wichtig wird damit die Fähigkeit, digitale Zugänge und Informationsangebote so zu gestalten und zu begleiten, dass sie für sozial und gesundheitlich belastete Personengruppen nutzbar sind.

Zugleich wurde die zentrale Bedeutung von institutionellen und finanziellen Rahmenbedingungen betont. Entscheidend ist, ob Soziale Arbeit in ambulanten Settings mit einer eigenständigen, professionell begründetem Zuständigkeit verankert ist oder delegationsgebunden in medizinisch dominierten Modellen arbeitet, da sich daraus unterschiedliche Aufträge und Handlungsspielräume ergeben. Die Professionsentwicklung der Sozialen Arbeit im ambulanten Gesundheitswesen erweist sich damit als eng verknüpft mit institutioneller Verankerung, Finanzierung und technisch-organisationaler Infrastruktur.

6.2 Reflexion

Aufbauend auf der Verortung der Ergebnisse in Kapitel 6.1 werden im Folgenden zentrale strukturelle, professionelle und zukunftsbezogene Implikationen reflektiert. Die Befunde verdeutlichen, dass die Integration der Sozialen Arbeit in die ambulante medizinische Grundversorgung fachlich breit legitimiert ist, strukturell und finanziell jedoch erst ansatzweise eingelöst wird. Entscheidend ist daher weniger, ob Sozialarbeit in diesem Setting sinnvoll ist, sondern wie ihre Potenziale unter den gegebenen Rahmenbedingungen realisiert werden können und welche Aspekte in der bisherigen Diskussion zu wenig Beachtung fanden.

Einen zentralen Reflexionspunkt stellt erstens die Persistenz von getrennten Systemlogiken zwischen Gesundheits- und Sozialsystem dar. Die Ergebnisse zeigen, dass sozialarbeiterische Angebote häufig dort ansetzen, wo Menschen an den Schnittstellen der beiden Systeme mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert sind, die Zuständigkeiten, Finanzierungsmechanismen und rechtlichen Grundlagen jedoch kaum aufeinander abgestimmt sind. Das Spannungsfeld zwischen den projektartig organisierten Angeboten und dem Bedarf nach kontinuierlichen Strukturen verweist auf eine Governance-Frage: Solange das Gesundheits- und das Sozialwesen primär entlang der eigenen Sektor-Logiken gesteuert werden, bleibt das Potenzial einer koordinierten, salutogenetisch orientierten Versorgung nur partiell nutzbar.

Zweitens zeigt sich, dass die Ausgestaltung der professionellen Rolle zentral ist. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Sozialarbeit im ambulanten Setting zwischen einer umfassenden, salutogenetisch orientierten Fallführung und einer Reduktion auf Versicherungs- und Administrationsfragen pendelt. Die Schärfung dieses professionellen Profils ist damit nicht nur eine fachinterne Aufgabe, sondern steht in enger Abhängigkeit von Macht- und Finanzierungsstrukturen. Eine primär medizinisch gesteuerte Verordnungslogik erschwert die Zusammenarbeit auf Augenhöhe und läuft Gefahr, die sozialarbeiterische Expertise auf Teilaufgaben zu reduzieren. Überschneidungen mit anderen Berufsgruppen können die Zuständigkeiten und Rollen weiter verwässern, sodass soziale Problemlagen primär unter gesundheitlichen Gesichtspunkten interpretiert werden. Die Sozialarbeit droht dann vorwiegend als Instrument zur Optimierung von Behandlungspfaden oder zur Entlastung medizinischer Fachpersonen zu dienen, während ihr eigenständiger Auftrag in den Hintergrund tritt. Die langfristige Etablierung der Sozialen Arbeit erfordert daher ebenso eine fachliche Anerkennung wie eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit professioneller Autonomie, Rollenklärung und struktureller Verankerung. Zu bedenken ist, inwiefern alternative Finanzierungs- und Steuerungsmodelle – etwa mit stärkerer Beteiligung von Gemeinden und Kantonen – die Grundlage für ein präventives, koordinierendes und ressourcenorientiertes Arbeiten ausweiten können, ohne neue Abhängigkeiten von projektlogischen Förderungen, kurzfristigen Sparzielen oder lokalpolitischen Prioritäten zu schaffen.

Drittens rückt mit der Digitalisierung ein Aspekt in den Blick, der in den Interviews nur vereinzelt angesprochen wurde, für die Weiterentwicklung des Feldes jedoch bedeutsam ist. Sie erscheint mittel- bis langfristig als potenzieller Hebel, um strukturelle und kommunikative Brüche in der Versorgung zu überbrücken und – insbesondere für sozial benachteiligte und mobilitätseingeschränkte Personen – neue Zugangswege zu eröffnen. Auf diese Entwicklungsperspektive wird im Ausblick (vgl. Kap. 7.4) näher eingegangen.

Viertens wird deutlich, dass die Früherkennung von sozialen Gesundheitsrisiken im ambulanten Kontext zwar normativ breit befürwortet, praktisch aber nur begrenzt umgesetzt wird.

Gesundheitsfachpersonen verfügen häufig nicht über ausreichende Kenntnisse der sozialarbeiterischen Unterstützungslandschaft, während Betroffene mit komplexen Lebenslagen das System oft erst dann erreichen, wenn «es an allen Ecken und Enden brennt». In diesem Zusammenhang ist es nachvollziehbar, dass sozialarbeiterische Angebote im ambulanten Setting vor allem der sekundären und tertiären Prävention zuzuordnen sind. Offen bleibt jedoch, wie diese Angebote systematisch in eine übergreifende Präventions- und Versorgungspolitik eingebettet werden können und unter welchen Anreizstrukturen sowie mit welchen Formen der Datenerhebung und Wirkungsmessung ihre Effekte nachgewiesen und politisch anschlussfähig gemacht werden können.

Schliesslich verweist die Arbeit auf eine doppelte Kultur- und Lernaufgabe. Einerseits braucht es interprofessionelle Bildungs- und Reflexionsräume, in denen ein gemeinsames Verständnis von Ganzheitlichkeit im Sinne einer biopsychosozialen Sicht auf Krankheit und Gesundheit entsteht, inklusive eines geteilten Verantwortungsverständnisses für die Lebenslage von Patient:innen und ihren Zugang zu Unterstützung. Andererseits darf die Auseinandersetzung mit den beruflichen Selbstbildern, Machtverhältnissen und der geteilten Verantwortung nicht als nachrangige Begleitmassnahme gelten, sondern stellt eine zentrale Voraussetzung für eine wirksame interprofessionelle Zusammenarbeit dar. In diesem Sinne versteht sich die vorliegende Arbeit als Zwischenfazit in einem längerfristigen Entwicklungsprozess; Fragen nach der präventiven Ausrichtung, professionellen Rollenentwicklung, interprofessionellen Kooperation und sozialpolitischen Rahmung bleiben bewusst offen und verlangen nach einer weiteren fachlichen und politischen Bearbeitung.

6.3 Beantwortung der Fragestellung sowie der Teilfragen

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Frage, welche Aufgaben Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bei der Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen übernehmen und durch welche Kompetenzen ihre Rolle gegenüber anderen Professionen definiert wird. Die Ergebnisse zeigen insgesamt, dass die Soziale Arbeit in diesem Setting eine eigenständige und zugleich schnittstellenorientierte Funktion einnimmt. Ihr spezifischer Beitrag liegt darin, komplexe soziale Problemlagen im Zusammenhang mit Gesundheit zu erfassen, Betroffene im Hilfesystem zu orientieren, Zugänge zu passenden Unterstützungsangeboten zu eröffnen und Unterstützungsprozesse zu koordinieren. Die systematische Beantwortung der Fragestellung erfolgt im Folgenden entlang der Teilfragen.

6.3.1 Bearbeitete Problemstellungen

Erste Teilfrage: Welche spezifischen Problemstellungen werden von Sozialarbeitenden im ambulanten medizinischen Setting bearbeitet?

Zur ersten Teilfrage zeigt die Untersuchung, dass Sozialarbeitende im ambulanten medizinischen Setting vor allem mit komplexen und miteinander verflochtenen Problemlagen konfrontiert sind. Dazu gehören insbesondere finanzielle Unsicherheiten, Fragen zu Sozialversicherungen und Behördenkontakten, Arbeitskonflikte und Erwerbsausfall, psychische Belastungen, soziale Isolation, familiäre Überforderung, Wohnprobleme sowie migrations- und kulturbezogene Herausforderungen. Charakteristisch ist dabei, dass diese Problemlagen selten isoliert auftreten, sondern sich als biopsychosoziale Mehrfachbelastungen zeigen.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass die Soziale Arbeit insbesondere dort relevant wird, wo soziale Belastungen gesundheitliche Verläufe beeinflussen oder die medizinische Behandlung ohne soziale Stabilisierung an Grenzen stösst. Sichtbar wird dies etwa bei hohen Franchisen, unklaren Leistungsansprüchen, prekären Erwerbssituationen, Überforderung im Alltag oder mangelnder Orientierung im Hilfesystem. Je nach Setting treten dabei unterschiedliche Akzentuierungen hervor: Während allgemeinmedizinische Praxen ein besonders breites Spektrum an Problemlagen sichtbar machen, treten in spezialisierten Ambulatorien bestimmte Zielgruppen und Belastungslagen stärker in den Vordergrund. Damit beantwortet die Untersuchung die erste Teilfrage dahingehend, dass die Sozialarbeit im ambulanten medizinischen Kontext vor allem dort bedeutsam wird, wo gesundheitliche, soziale und institutionelle Belastungen ineinandergreifen.

6.3.2 Kompetenzen, Wissen und Triage

Zweite Teilfrage: Über welche fachlichen und methodischen Kompetenzen sowie über welches Wissen zu unterstützenden Angeboten im regionalen Sozial- und Gesundheitsnetzwerk müssen Sozialarbeitende verfügen, um diesen Anforderungen gerecht zu werden und Triage-Aufgaben wahrzunehmen?

Zur zweiten Teilfrage zeigt die Untersuchung, dass Sozialarbeitende im ambulanten medizinischen Setting über ein breites fachliches, methodisches und systembezogenes Kompetenzprofil verfügen müssen. Zentral sind Kenntnisse zu Sozialversicherungen, rechtlichen Ansprüchen, Unterstützungsangeboten, regionalen Zuständigkeiten sowie zu Zugangswegen im Sozial- und Gesundheitswesen. Dieses Wissen ist erforderlich, um die Adressat:innen angemessen zu beraten, Ansprüche zu klären, passende Angebote zu erschliessen und Triage-Prozesse fachlich begründet vorzunehmen.

Ebenso wichtig ist ein ausgeprägtes biopsychosoziales Fallverständnis. Sozialarbeitende müssen gesundheitliche, psychische und soziale Aspekte zusammenführen können, ohne medizinische Zuständigkeiten zu übernehmen. Hinzu kommen Beratungs-, Beziehungs-, Koordinations- und Netzwerkkompetenzen sowie die Fähigkeit, komplexe Situationen zu strukturieren, Prioritäten zu setzen und zwischen unterschiedlichen Unterstützungsformen zu triagieren.

Triage bedeutet dabei nicht nur Weiterverweisung, sondern die fachlich begründete Einschätzung, ob eine Kurzberatung ausreicht, eine engere Begleitung notwendig ist oder weiterführende Hilfen eingeleitet werden müssen. Eine wirksame Triage setzt deshalb nicht nur formales Fachwissen, sondern ebenso aktuelle und handlungspraktische Kenntnisse des regionalen Netzwerks voraus. Die zweite Teilfrage lässt sich damit dahingehend beantworten, als dass das Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in diesem Setting durch die Verbindung von Fach- und Systemwissen, methodischer Strukturierungsfähigkeit sowie relationalen und koordinativen Kompetenzen bestimmt wird.

6.3.3 Zusammenarbeit und Abgrenzung

Dritte Teilfrage: Was braucht es, damit eine inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit gelingt? Wie grenzt sich die Soziale Arbeit gegenüber anderen Professionen in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Handlungsfeldern ab?

Zur dritten Teilfrage zeigt die Untersuchung, dass inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit im ambulanten medizinischen Setting im Wesentlichen dann gelingt, wenn klare Rollen, definierte Zuständigkeiten, verlässliche Kommunikation und gegenseitiges Verständnis vorhanden sind. Die Zusammenarbeit erscheint dabei nicht als standardisierbarer Ablauf, sondern als fortlaufender Aushandlungsprozess, der je nach Praxis, Team und Fallkonstellation immer wieder neu hergestellt werden muss. Besonders wichtig sind direkte Ansprechpersonen, kurze Rückmeldeschlaufen, transparente Informationsflüsse sowie eine bewusste Klärung von Schnittstellen.

Gleichzeitig werden mehrere Spannungsfelder sichtbar zwischen:

- strukturierter Kooperation und alltagsnaher Flexibilität
- dem Bedarf an Informationsaustausch und datenschutzrechtlichen Anforderungen
- dem Anspruch auf Zusammenarbeit auf Augenhöhe und tatsächlich bestehenden Hierarchien im Gesundheitswesen.

Die Rolle der Sozialen Arbeit wird dabei vor allem über ihren spezifischen Zugang zu biopsychosozialen Problemlagen definiert. Sozialarbeitende übernehmen keine medizinischen, pflegerischen oder therapeutischen Kernaufgaben, sondern bearbeiten soziale, rechtliche,

psychosoziale und alltagspraktische Fragen, die für die Gesundheit, Versorgung und Teilhabe relevant sind.

Die Charakteristik des Settings liegt darin, dass sozialarbeiterisches Handeln eng an gesundheitliche Fragestellungen, medizinische Behandlungspfade und interprofessionelle Zusammenarbeit gebunden ist. Für eine professionelle Abgrenzung braucht es deshalb keine starren Grenzen; stattdessen muss diese im Praxisalltag fortlaufend reflektiert, begründet und ausgehandelt werden.

Die Ergebnisse legen zugleich nahe, dass sich der Beitrag der Sozialarbeit nicht allein durch Koordinations-, Vermittlungs- oder Beratungsaufgaben beschreiben lässt. Einzelne dieser Funktionen werden teilweise auch von anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen übernommen. Der spezifische Beitrag der Sozialarbeit liegt vielmehr in der systematischen Analyse sozialer Problemlagen, der Bearbeitung sozialer Determinanten von Gesundheit sowie in der Verknüpfung individueller Unterstützungsbedarfe mit sozialstaatlichen, kommunalen und zivilgesellschaftlichen Ressourcen. Die Besonderheit des sozialarbeiterischen Handelns besteht damit weniger in einzelnen Tätigkeiten als in einer professionsspezifischen Perspektive auf komplexe biopsychosoziale Problemlagen und deren Bearbeitung.

Die dritte Teilfrage beantwortet die Untersuchung damit dahingehend, dass professionelle Zusammenarbeit und Abgrenzung im ambulanten medizinischen Setting nicht als Gegensätze zu verstehen sind: Professionsklarheit und Kooperationsfähigkeit bilden gemeinsam die Grundlage dafür, dass die Soziale Arbeit ihren eigenständigen Beitrag innerhalb einer integrierten Versorgung leisten kann.

6.3.4 Verdichtetes Kompetenzprofil

Hauptfrage: Welche Aufgaben übernehmen Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bei der Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen und durch welche Kompetenzen wird ihre Rolle gegenüber anderen Professionen definiert?

Auf der Basis der vorliegenden Ergebnisse lässt sich ein eigenständiges Kompetenzprofil der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung verdichten. Im Zentrum stehen die strukturierende Bearbeitung von biopsychosozialen Problemlagen, die Koordination von komplexen Versorgungskonstellationen, die Erschliessung passender Unterstützungsressourcen sowie die Übersetzung zwischen lebensweltlichen, institutionellen und professionellen Perspektiven. Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ist damit als eine eigenständige, reflexive und schnittstellenorientierte Praxis der Sozialen Arbeit zu verstehen, deren Beitrag wesentlich in der soziallagen-sensiblen Ergänzung der medizinischen Versorgung liegt.

Das Kompetenzprofil umfasst insbesondere Fach- und Systemwissen, Methodenkompetenz, Beziehungs- und Beratungskompetenz sowie Koordinations- und interprofessionelle Kompetenz. Es beruht auf einem professionellen Selbstverständnis, das Rolle, Kompetenzen und Werteorientierung als miteinander verbundene Dimensionen begreift und sich an Selbstbestimmung, Teilhabe, sozialer Gerechtigkeit und Empowerment orientiert. Der Kernauftrag besteht darin, gesundheitlich relevante soziale Problemlagen frühzeitig zu erkennen, sozialarbeiterisch einzuordnen, gemeinsam mit den Betroffenen handlungsfähige Perspektiven zu entwickeln und passende Hilfen zugänglich zu machen.

In verdichteter Form zeigt sich damit, dass Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung diagnostisch, beratend, koordinierend und übersetzend handeln. Sie leisten einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung von komplexen Versorgungssituationen, zur Verbesserung von Zugängen und zur Vermeidung von Versorgungslücken. Die ausführliche Fassung des entwickelten Kompetenzprofils ist im Anhang D dokumentiert.

Das entwickelte Kompetenzprofil lässt sich zugleich auf die im theoretischen Teil dargestellten Konzepte von Professionalität, professioneller Identität und interprofessioneller Kooperation zurückführen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Tätigkeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung nicht nur fachliches Wissen, sondern reflexives, situationsbezogenes Handeln in unsicheren Situationen erfordert. Professionalität zeigt sich dabei insbesondere in der Fähigkeit, komplexe biopsychosoziale Problemlagen zu analysieren, unterschiedliche Handlungslogiken miteinander zu verbinden und gemeinsam mit den Betroffenen tragfähige Unterstützungswege zu entwickeln. Gleichzeitig wird deutlich, dass professionelle Identität über die Verbindung von Fachwissen, Werteorientierung und Kooperationsfähigkeit hergestellt wird. Die hohe Bedeutung von Vernetzung, Übersetzungsleistungen und Rollenklärung verweist darüber hinaus auf die zentrale Rolle interprofessioneller Kompetenzen im untersuchten Handlungsfeld.

6.3.5 Auswertung des Erkenntnisinteresses

Das Ziel dieser Arbeit war, empirisch fundierte Erkenntnisse darüber zu gewinnen, welche Aufgaben, Rollen und Kompetenzen Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung übernehmen und wie sich daraus ein fachlich begründetes Kompetenzprofil ableiten lässt. Damit leistet die Untersuchung einen Beitrag zur theoretischen und professionsbezogenen Fundierung der Schnittstelle zwischen der Sozialen Arbeit und dem Gesundheitswesen. Das Erkenntnisinteresse bestand darin, Orientierungswissen für die Weiterentwicklung von integrierten Versorgungsmodellen zu erarbeiten. Die Untersuchung zeigt, dass Soziale Arbeit in diesem Setting als eigenständige, an Schnittstellen agierende Profession zu verstehen ist. Ihr spezifischer Beitrag liegt in der Bearbeitung komplexer Mehrfachbelastungen, in

der Systemnavigation, in der Koordination von Versorgungskonstellationen und in der beziehungsorientierten Begleitung von Betroffenen. Damit wird die Soziale Arbeit nicht als ergänzende, sondern als eigenständige Profession im Gefüge der ambulanten medizinischen Grundversorgung sichtbar.

Um die Zusammenhänge zwischen strukturellen Rahmenbedingungen, Problemlagen, professioneller Identität, Haltung, Wissen, Kompetenzen und Handeln systematisch zu erfassen, wurden die zentralen Befunde in ein integratives Kompetenzmodell überführt (vgl. Abbildung 2). Dieses macht die wechselseitigen Beziehungen zwischen den identifizierten Dimensionen sichtbar und verdeutlicht, dass sozialarbeiterische Tätigkeit im ambulanten Gesundheitswesen als professionelles Handeln in einem komplexen Gefüge aus strukturellen, interprofessionellen und lebensweltbezogenen Bedingungen verstanden werden muss. Das Modell zeigt zudem auf, dass professionelles Handeln unter konkreten Rahmenbedingungen stattfindet. Fragen der Finanzierung, institutionellen Verankerung und interprofessionellen Zusammenarbeit beeinflussen die Reichweite und fachliche Ausgestaltung der Angebote. Die Ergebnisse verweisen damit auf ein Spannungsfeld zwischen der hohen fachlichen Relevanz der sozialarbeiterischen Tätigkeit und ihrer noch unzureichenden strukturellen Absicherung im ambulanten Gesundheitswesen. Das entwickelte Kompetenzprofil ist als empirisch fundierte, aber kontextgebundene Verdichtung zu verstehen. Seine Anschlussfähigkeit in anderen Settings und Studien sollte künftig weiter geprüft werden.

Insgesamt beantwortet die Untersuchung die Forschungsfrage dahingehend, dass die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung als eigenständige Profession zu verstehen ist, deren Rolle durch die Bearbeitung komplexer Mehrfachbelastungen, Systemnavigation, Koordination und beziehungsorientierte Unterstützung sowie durch ein breites, reflexives Kompetenzprofil definiert wird.

6.4 Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lassen sich nachfolgende Handlungsempfehlungen für die Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ableiten.

6.4.1 Strukturelle und langfristige Verankerung der Sozialen Arbeit

Eine zentrale Handlungsempfehlung besteht darin, die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung strukturell und langfristig zu verankern. Die Ergebnisse zeigen, dass ihre fachliche Relevanz von allen Befragten aus allen Fachrichtungen anerkannt wird, die institutionelle Einbettung und Finanzierung jedoch vielerorts projektartig, zeitlich befristet

und damit wenig nachhaltig ausgestaltet sind. Angesichts der vorliegenden Ergebnisse sollten sozialarbeiterische Angebote nicht primär als Zusatzleistung einzelner Pilotprojekte organisiert, sondern als regelhaften Bestandteil der integrierten Grundversorgung konzipiert werden. Daraus ergibt sich die Empfehlung, tragfähige Finanzierungs- und Trägerschaftsmodelle zu entwickeln, welche die Kontinuität der entsprechenden Angebote sichern. Auf gesundheitspolitischer und organisationaler Ebene sollte geprüft werden, wie sozialarbeiterische Leistungen in die bestehenden Versorgungsstrukturen eingebettet und über Mischfinanzierungen, institutionelle Kooperationen oder neue Steuerungsmodelle verstetigt werden können. Eine nachhaltige Verankerung ist auch deshalb bedeutsam, weil instabile Projektstrukturen die Kontinuität der Begleitung erschweren und eine verlässliche interprofessionelle Zusammenarbeit nur bedingt ermöglichen.

6.4.2 Niederschwellige und verbindliche Zugänge schaffen

Weiter ist zu empfehlen, die Zugänge zur Sozialen Arbeit möglichst niederschwellig, klar und verbindlich zu gestalten. Die Ergebnisse machen deutlich, dass psychosoziale Belastungen im Praxisalltag häufig nicht frühzeitig erkannt werden und der Zugang zur Unterstützung durch Scham, fehlende Systemkenntnis, komplexe Angebotslandschaften und administrative Hürden zusätzlich erschwert wird. Die Zuweisungs- und Zugangspfade sollten daher so ausgestaltet werden, dass die Betroffenen rasch, unbürokratisch und verlässlich Unterstützung erhalten. Empfehlenswert ist die Entwicklung von pragmatischen Verfahren zur frühen Erfassung von psychosozialen Belastungen. Strukturierte Instrumente wie Kurzassessments oder sozial orientierte Zuweisungsformen können die Sichtbarkeit der entsprechenden Bedarfe erhöhen, sollten jedoch so konzipiert sein, dass sie den Praxisalltag nicht unverhältnismässig belasten und genügend Spielraum für situationsbezogenes Handeln lassen. Zudem erscheint es sinnvoll zu prüfen, inwiefern der Zugang zur Sozialen Arbeit nicht ausschliesslich über die Ärzteschaft erfolgen, sondern auch durch andere beteiligte Berufsgruppen mitangestossen werden kann.

6.4.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit verbindlich ausgestalten

Eine weitere Handlungsempfehlung betrifft die gezielte und verbindliche Ausgestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Ergebnisse zeigen, dass Kooperation insbesondere dort gelingt, wo die Rollen, Zuständigkeiten, Kommunikationswege und Formen der Rückmeldung frühzeitig geklärt und im Arbeitsalltag verlässlich umgesetzt werden. Entsprechend sollten beim Aufbau und bei der Weiterentwicklung von sozialarbeiterischen Angeboten verbindliche Formen der Abstimmung, Rollenklärung und fallbezogenen Kommunikation vorgesehen werden. Empfohlen werden insbesondere definierte Ansprechpersonen, klare

Schnittstellenregelungen, regelmässige Austauschgefässe sowie nachvollziehbare Verfahren des Informationsflusses. Gleichzeitig sollte Zusammenarbeit nicht ausschliesslich formalisiert werden, da die Ergebnisse ebenso auf die Bedeutung von Vertrauen, Beziehungspflege und informellen Abstimmungen hinweisen. Erforderlich ist daher eine Kooperationskultur, die strukturelle Verlässlichkeit mit situativer Flexibilität verbindet.

6.4.4 Aus-, Fort- und Weiterbildung gezielt ausbauen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Sozialarbeitende in diesem Setting ein breites Kompetenzprofil benötigen, das sozialarbeiterisches Fachwissen, Kenntnisse des Sozialversicherungs- und Versorgungssystems, kommunikative und reflexive Fähigkeiten sowie Kompetenzen in der interprofessionellen Kooperation umfasst. Daraus ergibt sich ein Bedarf an Bildungsformaten, die gezielt auf das Arbeiten an der Schnittstelle von Gesundheit und Sozialem vorbereiten. Sinnvoll erscheinen insbesondere interprofessionelle Weiterbildungsangebote, gemeinsame Lernformate mit Gesundheitsberufen sowie reflexive Gefässe wie Supervision, Intervision und fallbezogene Qualitätsdialoge. Solche Formate können dazu beitragen, die Kooperationsfähigkeit zu stärken, Rollenklarheit zu fördern und Unsicherheiten im Umgang mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen professionell zu bearbeiten.

6.4.5 Evaluation und Forschung systematisch mitdenken

Schliesslich ist zu empfehlen, die Weiterentwicklung von entsprechenden Angeboten konsequent mit Evaluation und Forschung zu verbinden. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass der Nutzen von sozialarbeiterischen Angeboten im ambulanten Gesundheitswesen in der Praxis zwar breit anerkannt wird, belastbare Nachweise zur Wirkung, Reichweite, Nachhaltigkeit und systemischen Entlastung jedoch weiterhin ausbaufähig sind. In Anbetracht der dargestellten Ergebnisse sollten neue sowie bestehende Modelle möglichst früh mit geeigneten Evaluationsdesigns, klaren Zielgrössen und praxisnahen Indikatoren verknüpft werden. Eine wissensbasierte Weiterentwicklung ist zentral, damit sozialarbeiterische Angebote in der ambulanten medizinischen Grundversorgung nicht nur fachlich begründet, sondern auch nachhaltig gesundheitspolitisch und organisatorisch legitimiert werden können.

6.4.6 Schlussfolgerung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die weitere Etablierung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung nicht allein eine Frage der fachlichen Anerkennung ist, sondern in hohem Mass von strukturellen, organisationalen und gesundheitspolitischen Voraussetzungen abhängt. Die formulierten Handlungsempfehlungen zielen darauf

ab, die Soziale Arbeit in diesem Handlungsfeld nicht nur punktuell auszubauen, sondern zu einem verlässlichen Bestandteil einer integrierten, biopsychosozial orientierten Versorgung weiterzuentwickeln. Die weitere Entwicklung dieses Handlungsfeldes erfordert daher ein abgestimmtes Zusammenspiel von fachlicher Profilbildung, struktureller Absicherung und gesundheitspolitischer Steuerung, damit die Soziale Arbeit zu einem verlässlich verankerten Bestandteil einer integrierten, biopsychosozial orientierten Versorgung werden kann.

7 Schlussbetrachtung und Ausblick

7.1 Abschliessende Betrachtung: Bedeutung der Ergebnisse

Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung einen eigenständigen Beitrag zur Bearbeitung von komplexen biopsychosozialen Problemlagen leistet. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass soziale Determinanten von Gesundheit im Praxisalltag eine zentrale Rolle spielen und dass ihre Bearbeitung spezifische sozialarbeiterische Kompetenzen erfordert. Damit trägt die Arbeit zur fachlichen Schärfung eines Handlungsfeldes bei, das sich gegenwärtig noch in Entwicklung befindet.

Für die Profession Soziale Arbeit wird sichtbar, wie bedeutsam eine klare fachliche Positionierung innerhalb der interprofessionellen Versorgungsstrukturen ist. Das entwickelte Kompetenzprofil kann als Orientierungsrahmen dienen, um die Aufgaben, Zuständigkeiten und fachlichen Beiträge des Profils Sozialarbeit gegenüber anderen Professionen nachvollziehbar zu beschreiben und sichtbar zu machen. Zugleich knüpft es an professionsbezogene Debatten zu professioneller Identität und Professionalität an, indem es empirisch aufzeigt, wie sich professionelle Selbstverortung im ambulanten Setting entlang von Zuständigkeit, Kooperation und normativer Orientierung konkretisiert.

Für die Praxis weisen die Ergebnisse darauf hin, dass eine nachhaltige Integration von sozialarbeiterischen Angeboten nicht allein von der fachlichen Qualität der Arbeit, sondern ebenso von strukturellen Rahmenbedingungen – wie Finanzierung, institutioneller Verankerung und verlässlichen Formen interprofessioneller Zusammenarbeit – abhängt. Vor dem Hintergrund der demografischen Alterung, der Zunahme chronischer Erkrankungen und der wachsenden Bedeutung sozialer Determinanten von Gesundheit ist zudem davon auszugehen, dass die Nachfrage nach koordinierenden, beratenden und vermittelnden Leistungen an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen weiter zunehmen wird. Die vorliegende Arbeit liefert hierfür eine empirisch fundierte Grundlage und kann einen Beitrag zur weiteren fachlichen und professionsbezogenen Entwicklung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung leisten.

7.2 Chancen und Grenzen der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

7.2.1 Chancen der Sozialen Arbeit

Die Resultate der Untersuchung verdeutlichen, dass die Integration der Sozialen Arbeit in die ambulante medizinische Grundversorgung auf mehreren Ebenen bedeutsame Chancen eröffnet. Auf der *Mikroebene* kann die Soziale Arbeit dazu beitragen, soziale Problemlagen frühzeitig zu erkennen, Ressourcen zu stärken und Patient:innen in belastenden Lebens- und Krankheitssituationen zu stabilisieren (Antonovsky, 1997, S. 15–20). Indem Unterstützungsangebote erschlossen und Übergänge begleitet werden, kann sie die Alltagsbewältigung fördern und zur besseren Anschlussfähigkeit von medizinischen Behandlungsprozessen beitragen (BAG, 2019a, S. 14–18, 23).

Auf der *Mesoebene* liegen die zentralen Chancen darin, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und die ärztliche Versorgung zu entlasten. Indem Sozialarbeitende soziale Fragestellungen übernehmen, Versorgungspfade strukturieren und die Koordination zwischen verschiedenen Diensten mittragen, können sie Hausärzt:innen, Medizinische Praxisassistent:innen und weitere Gesundheitsfachpersonen von Aufgaben entlasten, die andernfalls unter hohem Zeitdruck und ohne vertiefte Systemkenntnisse bearbeitet werden müssten (Feryn et al., 2022, S. 48–50; Ní Raghallaigh et al., 2013, S. 933–937). Dies kann die Qualität der Versorgung gerade in komplexen Fällen erhöhen (Andrews et al., 2013, S. 69–71).

Auf der Makroebene besteht das Potenzial, soziale und gesundheitliche Ungleichheiten zu mindern und integrierte Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln, indem die Soziale Arbeit systematisch eingebunden wird. Die Untersuchung zeigt, dass Sozialarbeitende wichtige Impulse für eine gesundheitlich und sozial integrierte Versorgung und für die Gestaltung der Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem geben können (Rüefli et al., 2020, S. 5–6, 20–26). In diesem Sinne kann die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung als soziale Innovation verstanden werden, die zur Weiterentwicklung des Versorgungssystems beiträgt.

7.2.2 Übertragbarkeit der Erkenntnisse: Grenzen und Voraussetzungen der Implementierung

Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse bieten wichtige Anhaltspunkte für andere Regionen, Trägerschaften und Modellprojekte, lassen sich aber nicht eins zu eins übertragen. Vor allem die beschriebenen Kernfunktionen der Sozialarbeitenden im untersuchten Feld sowie die im Kompetenzprofil verdichteten Anforderungen, die sich der professionsbezogenen Literatur zu Kompetenzmodellen anschliessen, können als Grundlage für die Konzeption von

vergleichbaren Angeboten in Hausarztpraxen, Gesundheitszentren oder integrierten Versorgungsmodellen dienen.

Gleichzeitig sind die zentralen Befunde kontextgebunden. Die vorliegende Untersuchung ist in einem spezifischen regionalen und gesundheitspolitischen Rahmen verortet, in dem Projektlogiken, kantonale Steuerungsstrukturen und bestehende Netzwerkressourcen eine wichtige Rolle spielen. Für eine Übertragung auf andere Kontexte ist daher zu prüfen, welche Finanzierungs- und Trägerschaftsmodelle zur Verfügung stehen, wie die lokale Versorgungslandschaft ausgestaltet ist und in welchem Ausmass die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits etabliert ist. Übertragbarkeit ist vor diesem Hintergrund nicht als Übernahme eines fertigen Modells, sondern als adaptierbare Orientierung zu verstehen. Die herausgearbeiteten Aufgaben, Kompetenzen und Rollen können als Referenzrahmen dienen, müssen aber jeweils an die Bedingungen vor Ort angepasst werden.

7.3 Reflexion des Forschungsprozesses und Qualität der Untersuchung

7.3.1 Reflexion des Vorgehens

Rückblickend hat sich der explorative qualitative Forschungsansatz als geeignet erwiesen, um ein wenig erforschtes Feld aus der Perspektive der zentralen Akteur:innen zu erschliessen. Die leitfadengestützten Expert:inneninterviews ermöglichten, unterschiedliche Sichtweisen auf Aufgaben, Kompetenzen, Rollenanforderungen und Kooperationsbedingungen sichtbar zu machen und zugleich spezifische Spannungsfelder herauszuarbeiten. Gerade für ein Themenfeld, in dem nur begrenzte empirische Erkenntnisse vorliegen, erwies sich diese Offenheit als erkenntnisfördernd.

Die Entscheidung für ein qualitatives, interpretativ-rekonstruktives Vorgehen war vor allem deshalb stimmig, weil professionelle Rollen, Selbstverständnisse und Kooperationsformen nicht direkt beobachtbar sind, sondern sich in den Deutungen, Erfahrungen und Aushandlungsprozessen der beteiligten Akteur:innen zeigen. Die inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022, S. 106–109, 148–149) erwies sich dafür als tragfähig, weil sie eine Verbindung von deduktiv entwickelten Hauptkategorien und induktiv gewonnenen Unterkategorien ermöglichte und damit sowohl Vorwissen als auch unerwartete Aspekte des Materials aufgreifen konnte.

Im Verlauf der Untersuchung wurde zugleich sichtbar, dass die Stärke des gewählten Vorgehens – die mehrperspektivische Erfassung fachlicher Sichtweisen – an Grenzen stösst. Die ausschliessliche Fokussierung auf Fachpersonenperspektiven ermöglichte zwar eine differenzierte Rekonstruktion von professionellen Einschätzungen, jedoch wurden die Erfahrungen von Patient:innen und Angehörigen nicht erhoben und folglich auch nicht sichtbar. Diese

Setzung war aufgrund des frühen Projektstadiums von REAS Horgen nachvollziehbar, zeigt aber eine Grenze der Untersuchung, die für die Einordnung der Ergebnisse relevant bleibt.

Auch die Nähe der forschenden Person zum Feld erwies sich als ambivalent. Einerseits erleichterte sie das Verständnis von fachlichen Nuancen, den Zugang zum Thema und den Aufbau von Vertrauen in den Interviewsituationen. Andererseits erforderte sie eine erhöhte Sensibilität für mögliche Vorannahmen, blinde Flecken und eine allzu schnelle Plausibilisierung des Materials. Die begleitende Reflexion von Vorverständnis, Erwartungshaltungen und Deutungsmustern war daher ein wichtiger Bestandteil des Forschungsprozesses.

7.3.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Zur Sicherung der wissenschaftlichen Qualität der Untersuchung wurden Gütekriterien der qualitativen Forschung herangezogen, die Transparenz, Gegenstandsangemessenheit, empirische Verankerung, theoretische Durchdringung, Kohärenz und Relevanz des Forschungsprozesses betreffen. Im Zentrum standen dabei – in Anlehnung an Steinke (2015) sowie Strübing, Hirschauer, Ayass, Krähnke und Scheffer (2018) – insbesondere die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Indikation des qualitativen Vorgehens, die empirische Verankerung der Ergebnisse, die Konsistenz der entwickelten Konzepte sowie die Relevanz der Fragestellung (Steinke, 2015, S. 319–331; Strübing et al., 2018, S. 83–100).

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit wurde durch eine umfassende Dokumentation des Forschungsprozesses angestrebt. Dazu gehörten die Begründung der Wahl von Expert:inneninterviews und der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse, die Beschreibung der Samplingstrategie, die Offenlegung des theoretischen Vorverständnisses, die Darstellung der Transkriptionsregeln sowie die systematische Rekonstruktion der Schritte der Kategorienbildung und -überarbeitung (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 106–109, 155–156). Die eigentlichen Interviewtranskripte und Memos wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht in die Arbeit aufgenommen; die zugrundeliegenden Instrumente sind in den Anhängen dokumentiert. Ergänzend wurde ein fachlicher Austausch genutzt, um zentrale Interpretationen zu spiegeln und so eine kommunikative Validierung zu unterstützen (Döring, 2023, S. 537; Flick, 2022, S. 536).

Dass das gewählte Design angemessen war, um den Gegenstand zu erheben, zeigt sich darin, dass ein qualitatives, exploratives Vorgehen gewählt wurde, um ein empirisch wenig erschlossenes Feld aus der Sicht von beteiligten Fachpersonen zu rekonstruieren (Bogner et al., 2014, S. 23–24, 75, 87–95). Die empirische Verankerung der entwickelten Konzepte wurde durch die systematische Rückbindung an das Datenmaterial gesichert: Die Kategorien wurden iterativ am Material geprüft und angepasst, die zentralen Ergebnisse mit typischen Zitaten illustriert. Das integrative Kompetenzprofil basiert auf einer mehrperspektivischen Verdichtung der Interviewbefunde (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 148–149; Steinke, 2015, S. 323–329).

Hinsichtlich der empirischen Sättigung ist festzuhalten, dass die vorliegende Arbeit – bedingt durch Umfang und zeitliche Ressourcen einer Masterarbeit – mit einer bewusst begrenzten Zahl von acht Expert:inneninterviews arbeitete. Für die zentralen Fragestellungen konnte damit eine tragfähige empirische Verankerung erreicht werden. Andere Dimensionen, insbesondere patient:innenseitige Perspektiven oder längsschnittliche Entwicklungen, bleiben jedoch offen (Strübing et al., 2018, S. 88–90). Die entwickelte gegenstandsbezogene Verdichtung ist damit empirisch fundiert, beansprucht jedoch keine abschliessende Verallgemeinbarkeit.

Die theoretische Durchdringung wurde durch die Verknüpfung von professions- und identitätstheoretischen Ansätzen, gesundheitsbezogenen Theorien sowie Diskursen zu Social Prescribing und integrierter Versorgung angestrebt. Die Ergebnisse zeigen, dass diese theoretischen Zugänge anschlussfähig sind und sich in den empirischen Befunden wiederfinden. Zugleich bleiben einzelne Perspektiven aufgrund des beschränkten Umfangs nur punktuell ausgeleuchtet, was die Reichweite der theoretischen Durchdringung begrenzt.

Die Relevanz der Fragestellung ergibt sich schliesslich aus dem doppelten Bezug zu einem praktisch drängenden Versorgungsproblem und zu einer Forschungslücke: Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ist in der Schweiz bisher kaum systematisch untersucht, ihre Bedeutung für die Bearbeitung durch Sozialdeterminanten bedingten Gesundheitsrisiken wird jedoch zunehmend anerkannt (BAG, 2019b, S. 1; Rüegg, 2021, S. 3–6; Rüegg et al., 2022, S. 5–8). Die vorliegende Arbeit trägt dazu bei, dieses Feld empirisch zu konturieren und theoretisch zu rahmen und leistet damit einen Beitrag zur professionsbezogenen und versorgungspolitischen Diskussion (Strübing et al., 2018, S. 85–86).

7.3.3 Limitationen der Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung ist als explorativ-qualitative Studie zu verstehen und weist damit begrenzte Reichweite und Übertragbarkeit auf. Ihr Erkenntniswert liegt in der vertieften Rekonstruktion professioneller Perspektiven auf die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. Sie zielt damit auf ein differenziertes Verständnis des Gegenstandes und nicht auf statistisch repräsentative oder im quantitativen Sinn generalisierbare Aussagen.

Eine erste Limitation betrifft die Reichweite der erhobenen Perspektiven. Die Untersuchung basiert auf acht leitfadengestützten Expert:inneninterviews mit Fachpersonen aus Sozialarbeit, Medizin, Versorgungspraxis, Krankenversicherung und Politik. Patient:innen- und Angehörigenperspektiven wurden nicht erhoben. Aussagen zur Zugänglichkeit, Passung oder Wirkung sozialarbeiterischer Angebote können daher nur aus professioneller Sicht erfolgen. Die Stärke des Zugangs liegt in der Rekonstruktion fachlicher Deutungen; während die Nutzer:innenperspektive künftigen Studien vorbehalten bleibt.

Zweitens ist die Untersuchung in einem spezifischen institutionellen und regionalen Kontext verortet. Die Befunde entstanden im Umfeld eines konkreten Versorgungssettings, in dem Projektlogiken, kantonale Steuerungsstrukturen und bestehende Netzwerkressourcen die Rahmenbedingungen wesentlich mitprägen (Kanton Zürich, 2024, S. 5, 8). Die Ergebnisse sind deshalb als kontextgebundene Rekonstruktionen zu lesen. Ihre Reichweite liegt vor allem in der theoretischen und konzeptionellen Anschlussfähigkeit (Mayer, 2013, S. 23; Strübing, 2013, S. 2–3).

Drittens sind die zeitlichen und ressourcenbezogenen Rahmenbedingungen einer Masterarbeit zu berücksichtigen. Umfang und Tiefe der Analyse waren begrenzt; zusätzliche methodische Zugänge wie eine erweiterte Fallkontrastierung, Gruppeninterviews oder eine systematische Dokumentenanalyse konnten nicht umgesetzt werden. Auch die Auswertung erfolgte durch eine einzelne forschende Person und nicht in einem formalisierten Forschungsteamprozess. Die gewonnenen Interpretationen sind damit das Ergebnis eines sorgfältig reflektierten, aber kontext- und perspektivgebundenen Analyseprozesses (Bogner et al., 2014, S. 55, 82–83; Steinke, 2015, S. 324–326).

Die genannten Limitationen mindern den Erkenntniswert der Untersuchung nicht grundsätzlich, sondern präzisieren ihren Geltungsbereich. Die Ergebnisse sind als empirisch fundierte, theoriebezogene und kontextspezifische Rekonstruktionen zu verstehen, die für vergleichbare Settings anschlussfähig sein können, ohne allgemeine Gültigkeit zu beanspruchen.

7.3.4 Wissenschaftliche Integrität und Forschungsintegrität

Die Qualität der Untersuchung wurde nicht nur auf ihre methodische Güte geprüft, sondern schliesst auch Fragen der wissenschaftlichen Integrität ein. Orientierung bot dabei insbesondere der European Code of Conduct for Research Integrity von All European Academies ([ALLEA], 2023, S. 5), der die zentralen Prinzipien wissenschaftlicher Integrität in den Begriffen Zuverlässigkeit, Redlichkeit, Respekt und Verantwortung fasst.

Diese Prinzipien wurden in der Planung und Durchführung der Arbeit bewusst berücksichtigt. *Zuverlässigkeit* zeigte sich in einer sorgfältigen Konzeption des Forschungsdesigns, einer systematischen Datenerhebung und einer transparenten Auswertung entlang eines etablierten qualitativen Analyseverfahrens (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 106–109, 148–149). *Redlichkeit* wurde durch die vollständige Kennzeichnung von Quellen, die nachvollziehbare Darstellung des Vorgehens sowie die Offenlegung von Limitationen und interpretativen Grenzen angestrebt (ALLEA, 2023, S. 5; Döring, 2023, S. 106–108). *Respekt* galt den interviewten Personen, deren Perspektiven und Schutzbedürfnisse im Forschungsprozess ernst genommen wurden. Sämtliche Teilnehmende wurden schriftlich und mündlich über das Ziel und den Rahmen der Untersuchung informiert. Eine Einwilligung zur Tonaufzeichnung und anonymisierten

Verwendung der Aussagen wurde vorgängig eingeholt, wodurch Datenschutz und Vertraulichkeit gewährleistet werden konnten (Bogner et al., 2014, S. 87–88; Döring, 2023, S. 106–108). *Verantwortung* im Sinne von wissenschaftlicher Integrität umfasst schliesslich auch den bewussten Umgang mit der eigenen Rolle im Forschungsprozess und den eingesetzten Hilfsmitteln. Die Nähe der forschenden Person zum Feld der Sozialen Arbeit und zu Fragen der integrierten Versorgung wurde deshalb reflektiert, indem Vorverständnisse explizit gemacht, methodische Entscheidungen begründet und Interpretationen wiederholt an das Datenmaterial zurückgebunden wurden (Bogner et al., 2014, S. 55, 82–83; Steinke, 2015, S. 326–331).

Schliesslich ist auch der Einsatz von digitalen Hilfsmitteln und KI-gestützten Tools im Kontext der wissenschaftlichen Integrität zu verorten. In der vorliegenden Untersuchung dienten solche Instrumente primär der Unterstützung bei der Literaturorganisation, Textstrukturierung und sprachlichen Feinkorrektur. Die inhaltliche Verantwortung für das Forschungsdesign, Datenauswertung und Interpretation liegt bei der forschenden Person; KI-gestützte Werkzeuge wurden nicht zur Generierung von empirischen Daten oder zur automatisierten Auswertung eingesetzt (ALLEA, 2023, S. 7). Damit wird den aktuellen Diskussionen zur angemessenen Nutzung von KI in der Forschung Rechnung getragen und gleichzeitig der Anspruch gewahrt, dass wissenschaftliche Urteilsbildung ein reflektierter, menschlicher Prozess bleibt.

7.3.5 Forschungsdesiderate

Aus den Ergebnissen und Limitationen der Arbeit ergeben sich mehrere Forschungsdesiderate.

Erstens ist der Einbezug von Patient:innen- und Angehörigenperspektiven in künftigen Studien zentral. Für ein umfassendes Verständnis zu untersuchen, wie sozialarbeiterische Angebote in der ambulanten medizinischen Grundversorgung erlebt werden, welche Zugangsbarrieren bestehen und welche Unterstützungsformen als hilfreich wahrgenommen werden (Döring, 2023, S. 537; Flick, 2022, S. 536).

Zweitens besteht ein Bedarf an vergleichenden Untersuchungen mit unterschiedlichen Verankerungsformen und regionalen Kontexten. Studien zu Hausarztpraxen, Gesundheitszentren oder zentralen Koordinationsstellen könnten aufzeigen, unter welchen strukturellen Bedingungen Soziale Arbeit besonders wirksam eingebunden wird und wie sich Rollenprofile sowie Governance-Modelle unterscheiden.

Drittens sollte die Wirkung sozialarbeiterischer Angebote stärker evaluiert werden. Aufbauend auf explorativen Studien, wie der vorliegenden, wären evaluative Designs erforderlich, die die Versorgungsverläufe, Alltagsbewältigung, Inanspruchnahme stationärer oder notfallbezogener Leistungen sowie die Zufriedenheit von Patient:innen und Fachpersonen untersuchen (Bickerdike et al., 2017, S. 5–13; Husk et al., 2020, S. 318–320).

Viertens wäre die Überprüfung und Weiterentwicklung des Kompetenzprofils in anderen Kontexten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sinnvoll. Vergleichende Anwendungen in weiteren Settings der Primärversorgung oder in interdisziplinären Zentren könnten zeigen, inwiefern das Profil anschlussfähig, anpassbar und fachlich tragfähig ist (Busse & Ehlert, 2013, S. 340, 353).

Fünftens sollten die Auswirkungen unterschiedlicher Finanzierungs- und Steuerungsmodelle systematisch untersucht werden. Policy-orientierte Analysen und Governance-Forschung könnten dazu beitragen, die Spannungsfelder zwischen Projektlogiken, Regelversorgung und sozialpolitischer Verantwortung genauer zu konturieren (Rüefli et al., 2020, S. 40–45).

Insgesamt versteht sich die Arbeit als Beitrag zu einem laufenden, fachlichen und wissenschaftlichen Diskurs. Sie liefert keine abschliessenden Antworten, sondern empirisch fundierte Anhaltspunkte für die weitere Ausgestaltung eines Versorgungsmodells, in dem das Profil Sozialarbeit eine klar konturierte und nachhaltig verankerte Rolle einnehmen kann.

7.4 Ausblick

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ein fachlich relevantes, jedoch institutionell anspruchsvoll eingebettetes Handlungsfeld darstellt. Ihr Erkenntniswert liegt in der empirisch fundierten Rekonstruktion professioneller Perspektiven auf Aufgaben, Kompetenzen, Rollenanforderungen und Kooperationsbedingungen. Damit leistet die Arbeit einen Beitrag zur wissenschaftlichen und fachlichen Diskussion darüber, wie eine sozial sensible und interprofessionell anschlussfähige ambulante Grundversorgung strukturell und konzeptionell gestaltet werden kann.

Für die Praxis verweist die Untersuchung auf die Notwendigkeit, die Potenziale der Sozialen Arbeit in diesem Feld strukturell zu sichern und dauerhaft zu verankern. Dazu bedarf es tragfähiger Finanzierungsmodelle, klarer Trägerschaften und verbindlicher Formen interprofessioneller Zusammenarbeit (Forum Managed Care, 2023, S. 3–5; Rüefli et al., 2020, S. 29–31, 40–49). Das im Anhang D dokumentierte Kompetenzprofil kann als Orientierungsrahmen für Stellenprofile, Qualifikationsanforderungen und Weiterbildungsangebote sowie als Grundlage für fachliche Diskurse über Rollen, Zuständigkeiten und Kooperationsformen genutzt werden.

Für die Profession Soziale Arbeit eröffnet das Feld der ambulanten medizinischen Grundversorgung Entwicklungsperspektiven. Es bietet die Möglichkeit, das eigene Profil an der Schnittstelle von Gesundheit und Sozialem weiter zu schärfen und Expertise in der Bearbeitung sozial bedingter Gesundheitsrisiken sichtbarer zu machen. Zugleich verweist die Analyse auf die Notwendigkeit, präventive Ausrichtung, interprofessionelle Bildung und sozialpolitische

Verantwortung stärker miteinander zu verbinden und die eigene Rolle im Spannungsfeld zwischen fachlicher Autonomie und institutionellen Rahmenbedingungen reflektiert zu verhandeln.

Die Digitalisierung zeichnet sich dabei als weiteres zentrales Entwicklungsfeld ab. Digitale Überweisungswege, gemeinsame Dokumentations- und Informationssysteme sowie hybrid gestaltete Beratungsangebote können dazu beitragen, Behandlungspfade transparenter zu machen und den Zugang insbesondere für sozial benachteiligte oder mobilitätseingeschränkte Personengruppen zu erleichtern. Gleichzeitig ist kritisch zu prüfen, unter welchen Bedingungen digitale Lösungen neue Exklusionsrisiken verstärken und wie sozialarbeiterische Expertise in die Gestaltung solcher Infrastrukturen systematisch einbezogen werden kann.

Insgesamt zeigt die Untersuchung, dass Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung dann wirksam und zukunftsfähig verankert werden kann, wenn sie als eigenständige, professionsgebundene Akteurin mit einem klar konturierten Auftrag und verlässlichen strukturellen Rahmenbedingungen verstanden wird.

Literaturverzeichnis

All European Academies. (2023). *Europäischer Verhaltenskodex für wissenschaftliche Integrität* (überarbeitete Fassung). Berlin. https://doi.org/10.26356/ECOC-German

Andrews, C. M., Darnell, J. S., McBride, T. D. & Gehlert, S. (2013). Social work and implementation of the Affordable Care Act. *Health & Social Work 38*(2), 67–71. https://doi.org/10.1093/hsw/hlt002

Ansen, H., Gödecker-Geenen, N. & Nau, H. (Hrsg.). (2004). *Soziale Arbeit im Krankenhaus.* München: Ernst Reinhardt. https://doi.org/10.36198/9783838525617

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.

Ärztegesellschaft des Kantons Zürich. (2025). *Ambulante Arzttarife*. Verfügbar unter: https://aerzte-zh.ch/fuer-aerztinnen-und-aerzte/tarife-daten/ambulante-arzttarife

Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW. *Swiss academies reports, 12*(2). Verfügbar unter: https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_inter-professionalitaet_2017.pdf

AvenirSocial. (2026). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: AvenirSocial. Verfügbar unter: https://avenirsocial.ch/fachwissen/berufskodex/

AvenirSocial & SAGES. (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Bern: AvenirSocial & Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Verfügbar unter: https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2018/09/Leitbild_Soziale_Arbeit_im_Gesundheitswesen.pdf

Becker-Lenz, R. & Müller-Hermann, S. (2013). Die Notwendigkeit von wissenschaftlichem Wissen und die Bedeutung eines professionellen Habitus für die Berufspraxis der Sozialen Arbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. durchgesehene Aufl., S. 203–330). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1

Bickerdike, L., Booth, A., Wilson, P. M., Farley, K. & Wright, K. (2017). Social prescribing: Less rhetoric and more reality. A systematic review of the evidence. *BMJ Open, 7*(4), e013384. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013384

Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19416-5

Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work, 48*(3), 297–306. https://doi.org/10.1093/sw/48.3.297

Bundesamt für Gesundheit. (2013). *Bericht der Themengruppe «Interprofessionalität»*. Bern. https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/NwJd3VgJOKuC/bericht-interprofessionalitaet-anhaenge.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2019a). *Gesundheit2030. Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030.* Bern. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/de/gesundheit2030

Bundesamt für Gesundheit. (2019b). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz*. Bern. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/Ba9kph7vwHMn/faktenblatt-gesundheit-aeltere-bevoelkerung.pdf

Bundesamt für Gesundheit. (2025). *Agenda Grundversorgung. Fachbericht der Steuergruppe zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern EDI*. Bern. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/monlPnK2kulh/251208%20Fachbericht%20Agenda%20Grundversorgung%20DE.pdf

Bundesrat. (2025). *TARDOC und ambulante Pauschalen: Der Bundesrat genehmigt das neue Gesamt-Tarifsystem*. Bern: Eidgenössisches Departement des Innern. Verfügbar unter: https://www.admin.ch/de/newnsb/ZmuX5mu0cy0X4PeZqT-2o

Burla, L. (2025). *Gesundheit – für alle? Bericht zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Schweiz* (Bericht 10/25). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Verfügbar unter: https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2025-gesundheit-fuer-alle

Busse, S. & Ehlert, G. (2013). Studieren neben dem Beruf als langfristige Professionalisierungschance. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. durchgesehene Aufl., S. 321–356). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1

Camenzind, P. & Bonassi, T. (2015). Verbesserungspotenzial bei Qualität und Koordination in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen. *Obsan Bulletin, 2*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/nURh5HSk4o3n/qualitaet_koordination.pdf

Dahrendorf, R. (2006). *Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle* (16. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90216-6

De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U. & Kocher, J. P. (2023). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021.* Schlussbericht (V2) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Zürich: Careum Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/zTvqdtp8UAbm/schlussbericht-health-literacy-survey-careum.pdf

Dewe, B. & Otto, H.-U. (2012). Reflexive Sozialpädagogik. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (4. Aufl., S. 197–217). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4

Dick, M. (2016). Professionsentwicklung als Forschungs- und Handlungsfeld. In M. Dick, W. Marotzki & H. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 9–24). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt. https://doi.org/10.36198/9783838586229

Dick, M. & Weisenburger, N. (2019). Professionalisierung im Berufsleben. Vom Lernenden zum Handelnden. In S. Kauffeld & D. Spurk (Hrsg.), *Handbuch Karriere und Laufbahnmanagement* (S. 847–867). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-48750-1_30

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6. Aufl.). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64762-2_20

Egger, J. W. (2017). *Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin*. Wien: Facultas.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Feryn, N., Corte, J. & Roose, R. (2022). The bridging role of social work: the quest towards installing a structural approach within primary health care. *European Journal of Social Work*, *27*(1), 43–55. https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2077319

Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 533–547). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8

Forum Managed Care. (Hrsg.). (2023). *Das Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialsystem – so kann es gelingen* (Denkstoff Nr. 6, S. 1–20). Neuägeri: FMC. Verfügbar unter: https://fmc.ch/zusammenwirken-des-gesundheits-und-sozialsystems/

Fraser, M. W., Lombardi, B. M., Wu, S., Saxe Zerden, L., Richman, E. L. & Fraher, E. P. (2018). Integrated primary care and social work: A systematic review. *Journal of the Society for Social Work & Research 9*(2), 175–215. https://doi.org/10.1086/697567

Gahleitner, S. B., Gebrande, J., Giertz, K., Kröger, C., Röh, D. & Wunderer, E. (2024). Einleitung. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 11–15). Weinheim: Beltz Juventa.

Gläser, J. & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 64–80). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92687-2

Harmsen, T. (2013). Konstruktionsprinzipien gelingender Professionalität in der Sozialen Arbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. durchgesehene Aufl., S. 265–274). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1

Heiner, M. (2018). Diagnostik in der Sozialen Arbeit. In H.-H. Otto, H. Thiersch, R. Treptow & H. Ziegler, *Handbuch Soziale Arbeit: Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6., überarbeitete Aufl., S. 242–255). München: Ernst Reinhardt.

Heiser, P. (2024). *Meilensteine der qualitativen Sozialforschung. Eine Einführung entlang klassischer Studien* (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-44128-9

Helfferich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (3. Aufl., S. 875–892). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-37985-8_55

Höglinger, M., Ehrler, F. & Maurer, J. (2019). *Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz: eine Studie basierend auf Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit*. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. https://doi.org/10.21256/zhaw-3266

Homfeldt, H. G. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In W. Thole (Hrsg.), Grundriss Soziale Arbeit (4. Aufl., S. 489–503). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4

Homfeldt, H. G. & Gahleitner, S. B. (2018). Gesundheit und Krankheit. In A. Renker, W. Schröer & G. Grasshoff (Hrsg.), *Soziale Arbeit* (S. 43–54). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-15666-4_4

Hošek, M., Honegger, E. & Stadler, A. (2020). Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Hausarztpraxis. *Schweizerische Ärztezeitung*, *101*(41), 1318–1320. Verfügbar unter: https://hosek.ch/wp-content/uploads/2020/10/MH-et-al_saez_2020_41_de.pdf

Hostettler, T. (2024). *Mobile Sozialberatung: Ein neuer Lösungsansatz im Gesundheitswesen.* Blogbeitrag Knoten & Maschen. Bern: Berner Fachhochschule. https://doi.org/https://doi.org/10.24451/arbor.21776

Husi, G. (2017). Mikro-, Meso- und Makro-Professionalisierung Sozialer Arbeit – ein etwas ausholender Kommentar zu Epple & Kersten. *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, *21/22*, 79–105. https://doi.org/10.5169/seals-832422

Husk, K., Blockley, K., Lovell, R., Bethel, A., Lang, I., Byng, R. & Garside, R. (2020). What approaches to social prescribing work, for whom, and in what circumstances? A realist review. *Health & Social Care in the Community*, *28*(2), 309–324. https://doi.org/10.1111/hsc.12839

Hüttemann, M., Rösch, C., Schmid, H. & Allenspach, M. (2012). Soziale Arbeit im Krankenhaus. Sozialarbeiterische Kompetenz in einem multiprofessionell und institutionell geprägten Kontext. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (S. 202–215). Bonn: Psychiatrie Verlag.

Hüttemann, M. & Süsstrunk, S. (2019). Klinische Sozialarbeit: Perspektiven aus der Schweiz. *Klinische Sozialarbeit, 15*(2), S. 9–13. https://doi.org/10.26041/fhnw-3824

Kanton Glarus. (2021). *Jahresbericht 2021 der Fachstelle Koordination Gesundheit KOGE*. Glarus: Hauptabteilung Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.gl.ch/public/upload/assets/46246/Jahresbericht%202021%20KOGE.pdf?fp=1

Kantonsrat Zürich. (2025). *3. Förderung der koordinierten ambulanten Versorgung.* Antrag des Regierungsrates vom 28. Februar 2024 und Antrag der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit vom 24. September 2024. KR-Nr. 368b/2021. Verfügbar unter: https://parlzhcdws.cmicloud.ch/parlzh5/cdws/Files/67647afe2b664a178401cda011f76ab8-332/3/pdf

Kanton Zürich. (2024). *Beschluss des Kantonsrates zum Postulat KR-Nr. 368/2021 betreffend Förderung der koordinierten ambulanten Versorgung* (Bericht und Antrag vom 28. Februar 2024). Verfügbar unter: https://parlzhcdws.cmicloud.ch/parlzh5/cdws/Files/b4279b5a86eb4e439896c80934d8ca58-332/1/pdf

Keupp, H. (2018). Individuum/Identität. In H.-U. Otto, H. Thiersch, R. Treptow & H. Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6., überarbeitete Aufl., S. 646–654). München: Ernst Reinhardt.

Klüsche, W. & Schubert, F.-C. (2002). Soziale Arbeit als integriertes Berufsbild in der Gesundheitsversorgung. *Public Health Forum*, *10*(1), 16–17. Verfügbar unter: https://www.degruyterbrill.com/de/document/doi/10.1515%2Fpubhef-2002-1847/pdf?stream=true

KPMG. (2022). *Kanton Glarus. Evaluation der Wirksamkeit der Kantonalen Koordinationsstelle Gesundheit (KOGE)*. Kanton Glarus. Verfügbar unter: https://www.gl.ch/public/upload/assets/46243/Evaluation%20Wirksamkeit%20KoGe.pdf?fp=1673989938796

Kröger, C., Giertz, K. & Pauls, H. (2024). Gesundheits- und Krankheitsmodelle in der Klinischen Sozialarbeit. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 81–91). Weinheim: Beltz Juventa.

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. & Waldhauer, J. (2022). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften* (2. Aufl.). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65219-0

Lenz, G. (2013). Potentiale und Risiken der Professionalitätsentwicklung in der Praxis Sozialer Arbeit. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. durchgesehene Aufl., S. 167–182). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1

Loosen, W. (2016). Das Leitfadeninterview – eine unterschätzte Methode. In S. Averbeck-Lietz & M. Meyen (Hrsg.), *Handbuch nicht standardisierte Methoden in der Kommunikationswissenschaft* (S. 139–155). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01656-2

Mayer, H. O. (2013). *Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6., überarbeitete Aufl.). München: Oldenbourg. https://doi.org/10.1524/9783486717624

Mayring, P. (2023). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (7., überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz.

McGregor, J., Mercer, S. W. & Harris, F. M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health & social care in the community 26*(1), 1–13. https://doi.org/10.1111/hsc.12337

Merten, U. (2015). Professionelle Kooperation: Eine Antwort auf die Zersplitterung und Ausdifferenzierung sozialer Dienstleistungen. In U. Merten & U. Kaegi (Hrsg.), *Kooperation kompakt. Professionelle Kooperation als Strukturmerkmal und Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit* (S. 21–64). Opladen: Barbara Budrich.

Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlagen. In S. Pickel, G. Pickel, H. Lauth & D. Jahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft* (S. 465–479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91826-6_23

Mieg, H. A. (2016). Profession: Begriff, Merkmale, gesellschaftliche Bedeutung. In M. Dick, W. Marotzki & H. Mieg (Hrsg.), *Handbuch Professionsentwicklung* (S. 27–40). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt. https://doi.org/10.36198/9783838586229

Mobile Beratung. (o. J.). *Sozialarbeit in der Grundversorgung. Angebote und Arbeitsweise der mobilen Beratung*. Verfügbar unter: https://mobile-beratung.com/sozialarbeit-in-der-grundversorgung/

Motzke, K. (2014). *Soziale Arbeit als Profession: Zur Karriere «sozialer Hilfstätigkeit» aus professionssoziologischer Perspektive*. Opladen: Barbara Budrich.

Ní Raghallaigh, M., Allen, M., Cunniffe, R. & Quin, S. (2013). Experiences of social workers in primary care in Ireland. *Social work in health care, 52*(10), 930–946. https://doi.org/10.1080/00981389.2013.834030

Obrecht, W. (2013). Die Struktur professionellen Wissens. Ein integrativer Beitrag zur Theorie der Professionalisierung. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit: Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (3. durchgesehene Aufl., S. 49–75). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19881-1

Oevermann, U. (2002). Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In M. Kraul, W. Marotzki & C. Schweppe (Hrsg.), *Biographie und Profession* (S. 19–63). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

Pauls, H. & Mühlum, A. (2024). Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (S. 19–34). Weinheim: Beltz Juventa.

Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch* (4., erweiterte Aufl.). München: Oldenbourg. https://doi.org/10.1524/9783486719550

Reinshagen, R. (2008). Antonovsky – Theorie und Praxis der Salutogenese. *Pflege & Gesellschaft, 13*(2), 142–154. Verfügbar unter: https://dg-pflegewissenschaft.de/wp-content/uploads/2017/06/PG-2-2008-Reinshagen.pdf

Rieker, P., Hartmann Schaelli, G. & Jakob, S. (2020). Zugang ist nicht gleich Zugang – Verläufe, Bedingungen und Ebenen des Feldzugangs in ethnografischen Forschungen. *Forum Qualitative Sozialforschung*, *21*(2), 1–23. https://doi.org/10.17169/FQS-21.2.3353

Roth, S. & Pellegrini, S. (2025). *L'ambulatoire avant le stationnaire. Actualisation 2023 du monitorage de la limitation de la prise en charge stationnaire (selon OPAS, art. 3c et annexe 1a).* Rapport établi sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Obsan Rapport 01/2025. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé. Verfügbar unter: https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2025-02/obsan_01_2025_rapport.pdf

Rüefli, C., Gerber, M. & Suppa, A. (2020). *Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe*. Bern: Büro Vatter. Bundesamt für Gesundheit. Verfügbar unter: https://www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/nAVd4rS9NTz-/studie-m15-buero-vatter-politik-schlussbericht.pdf

Rüegg, R. (2021). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Bern: Berner Fachhochschule. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/dam/jcr:ed60d1b2-f100-4285-be6e-bf3f48927c89/210204_A4_S_Arbeit_Arztpraxis_d.pdf

Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F. & Gehrlach, C. (2022*). Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Forschungsbericht.* Bern: Berner Fachhochschule, Departement für Soziale Arbeit, Institut für Organisation und Sozialmanagement. Verfügbar unter: https://www.bfh.ch/dam/jcr:97db0a95-b57d-4344-87af-910ae4b0f6e3/SA_in_der_Arztpraxis-Einf%C3%BChrung_und_Grundlagen.pdf

Rüegg, R., Vetter, D. & Deppeler, M. (2023). Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Copy & Paste? *Soziale Innovation*, *2023,* 47–57. Fachhochschule Nordwestschweiz. Verfügbar unter: https://www.fhnw.ch/plattformen/soziale-innovation/wp-content/uploads/sites/23/230810_Soziale-Innovation_Soziale_Arbeit_in_der_Arztpraxis.pdf

Ruttert, T. (2021). *Die professionelle Identität in der Sozialen Arbeit: Eine qualitative Studie über professionelle Selbstverständnisse sozialpädagogischer Fachkräfte*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35458-9

Schmerfeld, K. & Schmerfeld, J. (2000). Interprofessionelle Kooperation im Krankenhaus. *Jahrbuch für Kritische Medizin*, *33*, 94–109. Verfügbar unter: https://www.med.ovgu.de/jkmg/wp-content/uploads/2013/03/JKM_Band33_Kapitel08_Schmerfeld_Schmerfeld.pdf

Schmidt, A. (2008). Profession, Professionalität, Professionalisierung. In H. Willems, *Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge (Band 2,* S. 835–864). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90987-5

Schmitz, C., Atzeni, G. & Berchtold, P. (2020). *Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung*. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. https://doi.org/10.5281/zenodo.3355204

Social Prescribing USA. (2025). *Global social prescribing.* Verfügbar unter: https://www.socialprescribingusa.com/global-social-prescribing

Sommerfeld, P. (2013). Die Etablierung der Sozialen Arbeit als Handlungswissenschaft – ein notwendiger und überfälliger Schritt für die Wissenschafts- und Professionsentwicklung. In B. Birgmeier & E. Mührel (Hrsg.), *Handlung in Theorie und Wissenschaft Sozialer Arbeit* (S. 155–172). Wiesbaden: Springer Nature. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19285-7

Steinke, I. (2015). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. v. Kardorff & I. Steinke, *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (11. Aufl., S. 319–331). Reinbek: Rowohlt Taschenbuch.

Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung für Studierende*. München: Oldenbourg. https://doi.org/10.1524/9783486717594

Strübing, J., Hirschauer, S., Ayass, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoss. *Zeitschrift für Soziologie, 47*(2), S. 83–100. https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006

Süsstrunk, S., Lüthi, H., Zumbrunn, A., Solèr, M., Hess, N., Kühr, J. & Csupor, I. (2025). Evaluation «REAS – Regionale Anlaufstellen» 2020–2024: *Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen* (Faktenblatt 119). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Verfügbar unter: https://anops.ch/wp-content/uploads/sites/3/2026/01/Faktenblatt-119_GFCH-2025-06_Evaluation-REAS-Regionale-Anlaufstellen-2020-2024.pdf

Thole, W. (2012). Die Soziale Arbeit – Praxis, Theorie, Forschung und Ausbildung, Versuch einer Standortbestimmung. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (4. Aufl., S. 19–70). Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-531-94311-4

Wälte, D., Borg-Laufs, M. & Brückner, B. (2019). *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (2., erweiterte und überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.

Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen.* Grundlagenbericht (Bericht 10/2022). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz. Verfügbar unter: https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-12/Bericht_010_GFCH_2022-11_-_Gesundheitsfoerderung_fuer_und_mit_aelteren_Menschen.pdf

World Health Organization. (2001). The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope*. Bulletin World Health Organization, 79*(11), 1085. Verfügbar unter: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/2566704/pdf/0042_9686_79_11_1085.pdf

World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Genf: WHO. Verfügbar unter: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content

World Health Organization. (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing.* Regional Office for the Western Pacific. Verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765

Anhang

Anhang A Angebote im Kanton Zürich 90
Anhang B Interviewleitfaden..... 92
Anhang C Kategorienraster 98
Anhang D Kompetenzprofil Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung..... 109
Anhang E Verzeichnis der verwendeten KI-Systeme und digital unterstützenden Werkzeuge 118
Anhang F Persönliche Erklärung Einzelarbeit 120

Anhang A: Angebote im Kanton Zürich

Angebot / Setting / Partner / Quellen	Zielgruppe / Fokus	Kernansatz	Status / Ergebnisse / Finanzierung
Mobile Beratung Winterthur Mobile Beratung GmbH (Region Winterthur/Schaffhausen, https://mobile-beratung.com/sozialarbeit-in-der-grundversorgung/)	multifaktorielle Fälle in der ambulanten Medizin (Allgemeinmedizin, Pädiatrie. Teil der Fachgruppe «Soziale Arbeit in der Grundversorgung» (angeschlossen an SAGES); Förderung von Wissensaustausch	Mobile Beratung Winterthur ist ein mobiles Sozialberatungsangebot, das Soziale Arbeit in der Grundversorgung integriert und Ärzt:innen aus Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Gynäkologie und Psychiatrie unterstützt. Das Angebot definiert sich als Ergänzung zur ärztlichen Behandlung durch niedrigschwellige, unbürokratische Sozialberatung für Patient:innen mit sozialen/psychischen Hintergründen von Beschwerden und bietet ganzheitliche, lösungsorientierte Begleitung in Veränderungsprozessen.	Erprobungsphase seit 2022 in der Region Winterthur und Schaffhausen; Mitfinanziert durch Innosuisse-unterstützt via BFH. AnsatzCHF 155/h
Reas Horgen Hausarztpraxis (https://www.geliko.ch/project/projekt-regionale-anlaufstellen/)	Personen mit komplexen multifaktoriellen Problemlagen (chronisch, psychisch, sozial: Armut, Migration, Erwachsenenschutz). Einschränkungen, Prävention von Eskalationen, Entlastung der Ärzt:innen und Vermeidung stationärer Aufenthalte.	Niedrigschwellige Beratung: Sozialarbeitende sind vor Ort in der Praxis, um frühzeitig psychosoziale Bedarfe zu erkennen und zu bearbeiten. Interprofessionelle Kooperation: Enge Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen, um biopsychosoziale Fälle ganzheitlich zu behandeln; Brücken zu Hilfesystemen (z. B. Sozialhilfe, IV/AHV, Erwachsenenschutz) schlagen.	Pilotprojekt, Reas Horgen seit 2026 in Umsetzung, Reas national seit 2020; Finanzierung: Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen der PGV-Förderung unterstützt
Social Prescribing Zürich Stadtspital-Ambulatorien mit Sozialen Dienste Zürich (Medinside, 2024; FMC; Stadt Zürichhttps://www.stadt-zuerich.ch/de/aktuell/medienmitteilungen/2026/01/erfolgreicher-projektstart-soziale-rezepte.html)	Angebot richtet sich an die Bevölkerung der Stadt Zürich. Derzeit noch mit Fokus Patient:innen der Stadtspitäler Zürich	Medizinische Fachpersonen erkennen psychosoziale Bedürfnisse von Patient:innen und vermitteln sie an «Link Worker» mit sozialarbeiterischer Qualifikation. Diese begleiten im Gespräch, klären gesundheitlich relevante soziale Belastungen und entwickeln gemeinsam mit den Betroffenen einen Plan zur Unterstützung. Weitervermittlung an gemeindenahe, nicht-medizinische Angebote. Ziel ist eine ganzheitliche, nicht-pharmazeutische Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden durch Adressierung sozialer Determinanten	Pilotprojekt, seit Sommer 2025 in Umsetzungsphase, erste Ergebnisse sehr positiv. Finanzierung durch Stadt Zürich (Motion GR Nr. 2020/83) Pionier-Modell in der Schweiz (nach GB-Modell, WHO-Toolkit).
SoReA Winterthur Hausarztpraxis (MCZW, https://careum.ch/aktuell/soziales-	Gesamtes Altersspektrum, Soziale Determinanten (Armut, Einsamkeit, Arbeitslosigkeit)	Patient:innen werden standardisiert auf soziale Problemlagen befragt (Kurzfragebogen in der Sprechstunde) mit dem Ziel, soziale Determinanten (Armut, Einsamkeit, Wohnprobleme, Arbeitslosigkeit)	Pilot seit Jan. 2025; Finanzierung durch Fundraising und Erweiterung des Leistungsvertrages mit

Angebot / Setting / Partner / Quellen	Zielgruppe / Fokus	Kernansatz	Status / Ergebnisse / Finanzierung
rezept-hausarztpraxis)		früh in der Hausarztpraxis zu erkennen und zu adressieren, um ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Bei Bedarf stellt Hausärzt:in ein symbolisches Rezept aus und vermittelt an Netzwerkpartner	dem Kanton Zürich (Gesundheitsdirektion)
Soziale Rezepte Kanton Zürich. Fachliche Unterstützung durch Radix (RADIX Schweizerische Gesundheitsstiftung, https://www.radix.ch/de/gesunde-gemeinden/angebote/soziale-rezepte/).	Patientinnen und Patienten im Alter von über 60 Jahren mit psychosozialen Belastungen	Soziale Rezepte verbinden medizinische Versorgung mit sozialen Angeboten vor Ort und stärken so die Lebensqualität älterer Menschen. Hausarztpraxen erkennen psychosoziale Belastungen bei älteren Menschen und stellen ein Soziales Rezept aus. Eine Koordinationsstelle vermittelt nach Einwilligung passende, nichtmedizinische Angebote vor Ort und fördert damit Teilhabe.	Pilotprojekt geplant 2026/2027 mit den Gemeinden Bubikon Wolfhausen, Rüti, Kloten, Volketswil und Wallisellen. Durch Gesundheitsförderung Schweiz im Rahmen des Projekts «Chancengerechtigkeit im Alter» mitfinanziert
Stiftung Gesundheitskompass Dialog Ethik, Pallivia (Stiftung Gesundheitskompass, https://gesundheitskompass.ch/)	Schwere Erkrankungen (Palliative, ME/CFS); Familien, Fachpersonen	Personenzentriert, familienorientiert, unabhängig. Schliesst Versorgungslücken in Grundversorgung/Palliative Care durch ethische Navigation. Case Management bei schweren Erkrankungen (Palliative Care, ME/CFS, Long Covid); Hausbesuche, Rundtische, Vernetzung zu Versorgungsangeboten, Vorausplanung von Patientenverfügungen. Gesundheitslots:innen, Patientenverfügungen	Etabliert seit 2024; CHF 160/h (ermässigt 20/h)
Triage Zürich Geliko, über 20 Gesundheitsligen, Gesundheitsnetz 360 (https://gn360.ch/)	Angebot richtet sich an die Bevölkerung des Kanton Zürich. Für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen – unabhängig von Alter/Belastung.	Koordinations- und Vermittlungsprojekt für Menschen in komplexen Gesundheits- und Sozialsituationen im gesamten Kanton Zürich. Geplantes Angebot: Niedrigschwellige Informations-, Beratungs-, Vermittlungs- und Koordinationsstelle für die Versorgung im Kanton Zürich.	Skizze 2023/24 wurde infolge fehlender Finanzierungsaussicht durch den Kanton Zürich in das Projekt Reas Horgen integriert
ZIA-Rezepte, Fachstelle Zürich im Alter (https://www.stadt-zuerich.ch/de/lebenslagen/alter/fachstelle-zuerich-im-alter/fachpersonen.html#angebote_fuer_fachpersonen)	Patientinnen und Patienten im Alter von über 60 Jahren sowie deren Angehörige	Tandem-Hausärzte stellen ZIA-Rezepte (ähnlich wie Soziale Rezepte) aus und überweisen Patient:innen an die Beratungsstelle für die Bearbeitung psychosozialer Problemlagen.	Pilotversuch mit ersten positiven Rückmeldungen

Anhang B: Interviewleitfaden

B1: Interviewleitfaden Expert:innen Soziale Arbeit in der ambulanten Grundversorgung

Einführung			
Begrüssung, Willkommen	• Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben. • Wie bereits angekündigt, untersuche ich im Rahmen meiner Masterthesis das Aufgaben- und Kompetenzprofil von Sozialarbeiter:innen in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. • Es freut mich sehr, dass Sie ihr Wissen und Erfahrungen mit mir teilen und ich danke Ihnen für die Zeit, welche Sie sich für das Interview nehmen.		
Interview	• Das Interview wird ungefähr 45 Minuten dauern. • Wenn es für Sie in Ordnung ist, würde ich das Gespräch aufzeichnen und innert 48h löschen. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Auswertung dient ausschliesslich des vereinbarten wissenschaftlichen Zwecks. Sind Sie damit einverstanden? • Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen? • Falls Nein: Dann würde ich nun die Aufzeichnung starten.		
Start Interviewaufnahme			
Thema und was will ich erfahren	Leitfragen	Themen zum Nachfragen - Stichworte, um Gespräch zu fördern	Konkrete Nachfragen (ergänzend zu den Leitfragen)
Einstieg / Kontext	• Können Sie mir zu Beginn etwas über Ihre aktuelle Funktion und Ihren beruflichen Hintergrund erzählen?		
Wahrgenommene Problemlagen im Praxisalltag	• Wenn Sie an Ihren Berufsalltag denken: Bei welchen Patient:innen erleben Sie neben medizinischen auch soziale oder psychische Schwierigkeiten besonders deutlich? • Gibt es Patient:innengruppen, bei denen solche Situationen besonders häufig vorkommen	• Soziodemografische Aspekte (z.B. nach Alter, Lebenssituation, Migrationshintergrund)? • Drehtüreffekte • Lücken	• Können Sie ein oder zwei typische Fälle schildern, die Ihnen in den Sinn kommen?

Aufgaben und Nutzen der Sozialen Arbeit in der Praxis	• Wie würden Sie Ihre Funktion und Ihre Aufgaben in der ambulanten medizinischen Grundversorgung beschreiben? • Welche Aufgaben übernehmen Sie konkret in solchen Fällen in der Praxis?		• Welche Tätigkeiten stehen bei Ihnen im Alltag im Vordergrund (z.B. Klärung von Ansprüchen, Koordination, Beratung, Krisenintervention)? • In welchen Situationen erleben Sie, dass gerade Soziale Arbeit einen besonderen Mehrwert für Patient:innen und das Team bringt? • Gibt es Aufgaben, die aus Ihrer Sicht eher nicht zur Sozialen Arbeit gehören oder bei denen Sie bewusst Grenzen ziehen?
Kompetenzen und Wissen	• Welche Kompetenzen (fachlich, methodisch, Selbst- und Sozialkompetenzen) brauchen Sie, um Ihre Aufgaben gut bewältigen zu können?		• Über welches Wissen zu Unterstützungsangeboten im regionalen Sozial- und Gesundheitsnetzwerk müssen Sie verfügen, um gut triagieren zu können? • Gibt es zusätzliche Qualifikationen (z. B. in Gesundheitsförderung, Psychosomatik, Case Management), die Sie als hilfreich erleben? • Welche persönlichen Eigenschaften (Selbst- und Sozialkompetenzen) sind im Praxisalltag besonders wichtig?
Zusammenarbeit und Abgrenzung	• Wie erleben Sie die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen, Pflege und anderen Berufsgruppen und was bräuchte es an Rahmenbedingungen, damit Ihre Arbeit bestmöglich wirkt?	• Kooperation mit anderen Professionen • klare Zuständigkeitsregelungen (intra-/interprofessionell)	• An welchen Stellen ergänzen sich die Rollen gut, und wo kommt es eher zu Überschneidungen oder Unklarheiten? • Wie würden Sie Ihre Rolle gegenüber medizinischen und pflegerischen Professionen beschreiben, und wie grenzen Sie sich gegenüber anderen Feldern der Sozialen Arbeit ab?

Zugangswege und institutionelle Rahmenbedingungen	• Wie kommen Patient:innen überhaupt zu Ihnen als Sozialarbeiter:in? • Wie läuft typischerweise der Zugang / Überweisung zur Sozialen Arbeit ab? Wer initiiert in der Regel den Kontakt (z. B. Ärzt:innen, Pflege, andere Stellen oder Patient:innen selbst), und gibt es bestimmte Anzeichen, Situationen oder interne Regelungen, nach denen entschieden wird, wer an Sie überwiesen wird?		• Welche institutionellen Rahmenbedingungen (z. B. Ressourcen, Finanzierung, gesetzliche Vorgaben, Zugangshürden) beeinflussen Ihre Arbeit besonders?
Ausblick	• Wenn Sie in die Zukunft schauen: Wie würden Sie sich die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Feld wünschen?	• Rolle der Patient:innen • Wünsche	• Stellen Sie sich vor, Sie hätten ideale Rahmenbedingungen: Wie sähe dann die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialer Arbeit in der ambulanten Grundversorgung aus? • Gibt es internationale oder nationale Beispiele, von denen Sie sich inspiriert fühlen?
Abschluss	• Gibt es Aspekte, die wir nicht angesprochen haben, die Ihnen für die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung besonders wichtig sind? • Gibt es noch offene Fragen?		
Dank	• Die interviewte Person wird informiert, dass die Tonaufnahme jetzt beendet wird. • Dank: Das Interview war für mich sehr wichtig. Danke, dass Sie sich für dieses Gespräch zur Verfügung gestellt haben. Möchten Sie über die Ergebnisse der Masterarbeit informiert werden? • Abschluss • Bedanken und Verabschieden • Kurzfragebogen ausfüllen		

B2: Interviewleitfaden Expert:innen (medizinische Fachpersonen, Zuweisende, Politik etc.) der ambulanten Grundversorgung

Einführung			
Begrüssung, Willkommen	• Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen haben. • Wie bereits angekündigt, untersuche ich im Rahmen meiner Masterthesis das Aufgaben- und Kompetenzprofil von Sozialarbeitenden in der ambulanten medizinischen Grundversorgung. • Es freut mich sehr, dass Sie ihr Wissen und Erfahrungen mit mir teilen und ich danke Ihnen für die Zeit, welche Sie sich für das Interview nehmen.		
Interview	• Das Interview wird ungefähr 45 Minuten dauern. • Wenn es für Sie in Ordnung ist, würde ich das Gespräch aufzeichnen und innert 48h löschen. Alle erhobenen Daten werden anonymisiert und vertraulich behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind. Die Auswertung dient ausschliesslich des vereinbarten wissenschaftlichen Zwecks. Sind Sie damit einverstanden? • Gibt es von Ihrer Seite noch Fragen, bevor wir mit dem Interview beginnen? • Falls Nein: Dann würde ich nun die Aufzeichnung starten.		
Start Interviewaufnahme			
Thema und was will ich erfahren	Leitfragen	Themen zum Nachfragen – Stichworte, um Gespräch zu fördern	Konkrete Nachfragen (ergänzend zu den Leitfragen)
Einstieg / Kontext	Welche Funktion haben Sie in der ambulanten medizinischen Grundversorgung und wo begegnen Ihnen dort soziale Themen von Patient:innen?		
Wahrgenommene Problemlagen im Praxisalltag	Wenn Sie an Ihren Arbeitsalltag denken: Bei welchen Patient:innen erleben Sie neben medizinischen auch psychische oder soziale Probleme, die den Verlauf oder die Behandlung beeinflussen?	• Grenzen • Drehtüreffekte • Lücken • Soziodemografische Einflüsse	• Können Sie ein oder zwei typische Situationen oder Fälle schildern? • Gibt es Patient:innengruppen, bei denen solche Problemlagen besonders häufig auftreten?
Aufgaben und Nutzen der Sozialen Arbeit in der Praxis	Welche Aufgaben sollte Sozialarbeitende aus Ihrer Sicht in der ambulanten medizinischen Grundversorgung übernehmen,	• Potential	• Welche Wirkung erhoffen Sie sich für Patient:innen, für das Behandlungsteam und für die Praxisorganisation, wenn Soziale Arbeit eingebunden ist?

	damit Patient:innen ganzheitlich und gut unterstützt sind?	• Entlastung / Unterstützung	• Welche Aufgaben sind damit verbunden?
Kompetenzen und Wissen	Über welche Kompetenzen (z. B. fachliche, methodische, persönliche Kompetenzen) sollten Sozialarbeitende verfügen, die in der ambulanten Grundversorgung tätig sind?	• Berufserfahrungen (z. B. Kliniksozialdienst, Spitex, Gemeinde-Sozialdienste) • persönliche Eigenschaften (z. B. Belastbarkeit, Flexibilität, klare Kommunikation, Sprache)	• Welche Kenntnisse in Bezug auf das Sozial- und Gesundheitswesen halten Sie für besonders wichtig (z. B. zu Unterstützungsangeboten, Finanzierung, rechtlichen Rahmenbedingungen)? • Gibt es Qualifikationen oder Erfahrungen, die Sie als Voraussetzung sehen würden, damit Soziale Arbeit auf Augenhöhe mit anderen Professionen arbeiten kann?
Zusammenarbeit und Abgrenzung	Wie sollte aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit zwischen der Sozialen Arbeit und anderen Berufsgruppen im ambulanten Setting gestaltet sein?	• Kooperation mit anderen Professionen • klare Zuständigkeitsregelungen	• Welche Formen der Zusammenarbeit (z. B. gemeinsame Fallbesprechungen, Kurzinterventionen, Case Management) stellen Sie sich konkret vor? Konkreter: Welche Formen der Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit würden Ihren Alltag wirklich erleichtern (z. B. fixe Fallbesprechungen, kurze Absprachen «zwischen Tür und Angel», gemeinsame Zielplanung mit Patient:innen)? • Haben Sie Beispiele, in denen die Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialem besonders gut funktioniert hat – oder eben nicht? • Welche Chancen und Risiken sehen Sie in einer engeren interprofessionellen Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit in der Praxis? • Wo sehen Sie Grenzen: was wäre für Sie eher Aufgabe externer Stellen als der Sozialen Arbeit in der Praxis?

Zugangswege und institutionelle Rahmenbedingungen	• Wie kommen Patient:innen überhaupt zu einer sozialarbeiterischen Unterstützung / wie funktioniert das bei Ihnen in der Praxis? • Wenn noch wenig Erfahrung mit SA in Praxis: Wohin haben sie bislang Patient:innen mit komplexen sozialen Problemen überwiesen (z. B. Sozialdienst, Beratungsstellen)? • Wenn SA in Praxis: Welche Erfahrungen haben Sie mit diesen Sozialen Rezepten gemacht (z. B. Zugänglichkeit, Wartezeiten, Passung)?	• Kriterien • Ressourcen: (z. B. Finanzierung, regelhafte Einbindung, Zeitressourcen)	• Welche strukturellen Voraussetzungen wären wichtig, damit Soziale Arbeit in der ambulanten Grundversorgung funktionieren kann oder gibt es institutionelle Hürden, die eine solche Zusammenarbeit erschweren? • Was könnte Patient:innen daran hindern, ein Angebot der Sozialen Arbeit / Social Prescribing anzunehmen (z. B. Scham, Sprachbarrieren, Zeit, Kosten)?
	• Wenn Sie in die Zukunft blicken: Welche Entwicklung würden Sie sich an der Schnittstelle zwischen Sozialem und Medizin wünschen?	Rolle der Patient:innen	• Stellen Sie sich vor, Sie hätten ideale Rahmenbedingungen: Wie sähe dann die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sozialer Arbeit in der ambulanten Grundversorgung aus? • Gibt es internationale oder nationale Beispiele, von denen Sie sich inspiriert fühlen?
Abschluss	• Gibt es Aspekte, die wir nicht angesprochen haben, die Ihnen für die Rolle der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung besonders wichtig sind? • Gibt es noch offene Fragen?	Wünsche	
Dank	• Die interviewte Person wird informiert, dass die Tonaufnahme jetzt beendet wird. • Dank: Das Interview war für mich sehr wichtig. Danke, dass Sie sich für dieses Gespräch zur Verfügung gestellt haben. Möchten Sie über die Ergebnisse der Masterarbeit informiert werden? • Abschluss • Bedanken und Verabschieden • Kurzfragebogen ausfüllen		

Anhang C: Kategorienraster

	Code	Kurzdefinition	Bemerkungen / Abgrenzungen	Ankerbeispiel
X - Kontext (Sample)	Kontextinformationen Expert:innen	Bildungshintergrund, Qualifikation und Weiterbildungen der interviewten Person (z.B. Studienabschluss, CAS, MAS, Berufserfahrung, Politische Tätigkeit, Mitarbeit Kommissionen/ Arbeitsgruppen	Dient der Beschreibung des Samples und wird nicht für die Beantwortung der Forschungsfrage. *Abgrenzung: Wenn Weiterbildung als inhaltliche Kompetenzanforderung erwähnt wird, dann «Professionskompetenzen».*	Ich bin ursprünglich Sozialarbeiterin und habe einen Bachelor in Sozialarbeit abgeschlossen. Anschliessend habe ich einen Master im Bereich Soziale Arbeit mit Schwerpunkt Soziale Innovationen gemacht. Aktuell leite ich das Projekt XY. 2: 10
A - Kontext & Rahmenbedingungen	Strukturelle Einbindung	Organisatorische Verankerung der Sozialarbeit im Setting (z.B. Stellenprozente, Anstellungsverhältnis, Trägerschaft, Hierarchie, Organigramm).	*Abgrenzung: Wenn es Regeln und Vorgaben betrifft, zu «institutionelle Rahmenbedingungen»*	Allenfalls wäre auch eine organisatorische Neuausrichtung denkbar, bei der das Angebot vom Spital gelöst und ebenfalls im Sozialdepartement angesiedelt wird. Das könnte neue Möglichkeiten schaffen, das Angebot flexibler und breiter zugänglich zu machen. 5: 42
	Arbeitskontext / Setting	Beschreibung des Versorgungssettings, in dem die IP tätig ist (z. B. Hausarztpraxis, Ambulantes Spital-Setting, Beratungs-Koordinationsstelle).	*Abgrenzung: Wenn allgemein über ambulante Grundversorgung gesprochen wird, nicht kodieren.*	Auch die Struktur der Arztpraxis spielt eine Rolle. In eher ländlichen Regionen ist der Hausarzt oft gleichzeitig eine Art Familienarzt, der das gesamte System kennt. 2: 44
	Institutionelle Rahmenbedingungen	Vorgaben, Strukturen und organisatorische Regeln, die das professionelle Handeln rahmen.	*Abgrenzung: Wenn es die Einbettung in die Organisation betrifft, zu «Strukturelle Einbindung».*	Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Frage der Finanzierung. Aktuell bewegen wir uns noch in einem Aufbauprozess. 2: 30
	Zugang zu Informationen	Verfügbarkeit arbeitsrelevanter Informationen für Sozialarbeitende (z. B. Fallinformationen, IT-Systeme, Angebotsübersichten).	*Abgrenzung: Wenn Informationsweitergabe im Teamkontext betrifft, dann «inter-/intraprofessionelle Zusammenarbeit – Teamkoordination».*	in diesem Zusammenhang denke ich zum Beispiel an das EPD, auch wenn es inzwischen ja anders heisst, also diese Idee, dass ich als Patientin oder Patient selbst festlegen kann, wer auf welche Informationen Zugriff hat. 1: 37
	Integration ins Versorgungssystem	Einbindung der Sozialarbeit in übergeordnete Versorgungsstrukturen (z. B. Gesundheitsversorgung, Netzwerke, regionale Strukturen).	*Abgrenzung: Wenn individuelle Verankerung in der Praxis betrifft, dann zu «strukturelle Einbindung».*	Die Idee des Social Prescribing soll nun gezielt weiterentwickelt und strukturiert implementiert werden. 3: 34
	Zielgruppe	Beschreibung der adressierten bzw. erreichten Personengruppen des Angebots oder der Sozialarbeit im Setting (z. B. Altersgruppen, Lebensphasen, Patient:innen mit spezifischen Belastungen).	*Abgrenzung: Wenn konkrete Einzelfallprobleme dann bei den jeweiligen Problemlagen kodieren. Wenn es um strukturelle Zugangshürden / Erreichbarkeit geht, zu «Zugang zum Angebot» bzw. passenden Rahmenbedingungen kodieren.*	Die Spannweite ist tatsächlich sehr breit und reicht von der Geburt, etwa bei angeborenen Erkrankungen, bis hin zu Themen rund um das Lebensende. Die soziale Arbeit begleitet somit Anliegen über das gesamte Lebensspektrum hinweg. 2: 15

	Entwicklungs-perspektiven / Zukunftswünsche	Vorstellungen, Wünsche oder Forderungen der IP bezüglich der zukünftigen Rolle der Sozialarbeit im ambulanten Setting (z.B. politische Rahmenbedingungen, Finanzierungsmodelle, Ausbau der Stellen).	Prospektive Äusserung zu Wünsche oder Entwicklungsbedarfe. *Abgrenzung: Wenn Kritik an bestehenden Strukturen im Vordergrund steht, dann zu «institutionelle Rahmenbedingungen»*	Langfristig wäre es wichtig, solche Modelle auszuweiten und besser zu verankern. Wenn man berücksichtigt, welchen Einfluss soziale Faktoren auf Gesundheit und Gesundheitskosten haben, liegt darin ein grosses Potenzial. 2: 48
B - Gestaltung der Zuweisung von Adressat:innen	Zugangsmöglichkeiten	Beschreibung der Wege, über die Patient:innen zur Sozialarbeit gelangen: Zuweisung durch Fachpersonen, direkte Kontaktaufnahme, Zuweisung durch externe Stellen.	Übergeordneter Code für alle Zugangsformen. Wenn ein spezifischer Aspekt zutrifft, ist der passende Subcode zu verwenden.	Was ich am ZIA-Rezept besonders sinnvoll finde, ist die breite Themenpalette, die damit abgedeckt werden kann. Es eröffnet die Möglichkeit, Anliegen gezielt weiterzugeben. 4: 8
	Niederschwelligkeit	Aussagen über die Erreichbarkeit und Zugänglichkeit des Angebots für Patient:innen (z. B. keine Voranmeldung, kurze Wege, informelle Erstgespräche).	*Abgrenzung: Wenn IP beschreibt, wie das Angebot zugänglich gestaltet ist, dann «Niederschwelligkeit». ABER wenn externe Faktoren den Zugang begünstigen, zu «Förderfaktoren».*	Die Beratungen sind bewusst niederschwellig gestaltet. Menschen können sich mit ihren sozialen Anliegen und Fragestellungen unkompliziert an uns wenden, telefonisch, per E-Mail oder persönlich vor Ort. 3: 4 - 4 (0)
	Steuerung von Fallzugängen	Aktive Gestaltung und Einflussnahme IP auf Fallzugänge, z.B. proaktives Ansprechen von Patient:innen, Sensibilisierung des Teams für Zuweisungskriterien.	Das aktive Gestalten des Zugangs steht im Vordergrund, nicht die Beschreibung bestehender Wege.	Durch den standardisierten Fragebogen werden soziale Belastungen systematischer erfasst, als wenn sie nur situativ im ärztlichen Gespräch angesprochen werden.2: 34
	Begrenzung des Zugangs / der Zugangsbarrieren	Hindernisse beim Zugang zur Sozialarbeit (z.B. Scham, Sprachbarrieren, Stigmatisierung, Kosten, Wartezeiten).	*Abgrenzung: Wenn strukturelle Rahmenbedingungen (Finanzierung, Stellenprozente) als Barriere genannt werden, dann zu «institutionelle Rahmenbedingungen»*	Entscheidend ist aber, dass die Schnittstellen wirklich als Schnittstellen funktionieren und nicht zu Abgrenzungen oder Barrieren werden. 4: 35
	Förderfaktoren	Kontextuelle Bedingungen, die den Zugang erleichtern (z.B. Empfehlung durch Ärzt:innen, Vertrauen im Team, Bekanntheit des Angebots).	*Abgrenzung zu «Niederschwelligkeit»: Förderfaktoren sind extern und kontextuell, Niederschwelligkeit ist eine Eigenschaft des Angebots selbst.*	Der Zugang über die ärztliche Verschreibung ist tatsächlich ein sehr wirkungsvoller Weg. Wenn eine Ärztin oder ein Arzt aktiv darauf hinweist oder es quasi wie eine Therapie empfiehlt, wird das ganz anders wahrgenommen. Es bekommt mehr Gewicht und wird eher angenommen. 8: 28
C - Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit	Teaminteraktion und Fallarbeit	Alle Formen des Austauschs und der Zusammenarbeit im interprofessionellen Team, sowohl allgemeiner Informationsfluss als auch inhaltliche gemeinsame Fallbearbeitung sowie Wertschätzung und Rückhalt, den SA durch Teamkolleg:innen erhalten.	*Abgrenzung: Wenn formalisierte Gefässe (Sitzungen, strukturierte Tools) dann Teamkoordination.*	Gerade bei komplexen Fällen auf Stufe drei ist diese enge Kommunikation zentral. Bei einfachen Fällen genügt Information, bei mittleren braucht es punktuell Abstimmung. Doch bei den schwierigen Verläufen funktioniert es nur über kontinuierlichen Dialog. 8: 32

	Entscheidungsprozesse	Beteiligung der SA an Entscheidungen im interprofessionellen Team, inkl. Aussagen über Mitsprache, Hierarchie und Entscheidungshoheit	*Abgrenzung: Wenn grundsätzliche Klärung von Zuständigkeiten, dann «Rollenklärung im Team»*	Generell heisst das, immer ein Stück weit mitzudenken, was für die andere Fachperson wichtig sein könnte, und möglichst früh den Kontakt zu suchen. So weiss man voneinander und es entsteht nicht der Eindruck, dass jemand einfach allein etwas entscheidet. 6: 31
	Rollenklärung im Team	Klärung von Zuständigkeiten, Erwartungen und Verantwortlichkeiten zwischen Berufsgruppen (als interprofessioneller Aushandlungsprozess)	*Abgrenzung: Wenn SA das eigene Rollenverständnis abstrakt beschreibt, dann «professionelle Identität – Rollenverständnis».*	Dieses Spannungsfeld muss aktiv gestaltet werden. Das heisst konkret, es braucht einen Aushandlungsprozess. 2: 22
	Teamkoordination (formalisiert) und Zusammenarbeit	Strukturierte und formalisierte Abstimmungsgefässe im interprofessionellen Team: Fallbesprechungen, Sitzungen, digitale Koordinationstools, Informationsweitergabe über definierte Kanäle aber auch	Hier steht das formalisierte Gefäss im Vordergrund, nicht die Art des Austauschs.	Also nicht einfach im Sinn von, jetzt ist es dort und ich weiss nicht mehr, was weiterläuft, ist nicht mehr mein Thema, ich habe delegiert. 6: 35
D - Bearbeitete Problemlagen (nicht allg. Rahmenbedingungen)	Administrative und finanzielle Problemlagen	Aussagen zu finanziellen Schwierigkeiten, Verschuldung, Armutsrisiko, Probleme mit Versicherungen (KVG, IV, AHV), Sozialhilfebezug		Und dann entsteht ein Konflikt zwischen medizinischer Notwendigkeit und finanzieller Realität. 7: 4
	Psychosoziale Belastungen	Emotionale oder psychische Belastungen, die SA beobachtet und die die soziale Teilhabe oder die Behandlung beeinflussen (z. B. Depression, Angst, Einsamkeit). Wenn SA explizit die soziale Dimension (Isolation, Rückzug, Beziehungsprobleme) im Vordergrund stellt	*Abgrenzung: Wenn körperlich-medizinische Dimension dominiert, dann «gesundheitsbezogene Problemlagen».*	Gerade bei Menschen mit chronischen oder psychischen Belastungen kann Sozialarbeit viel dazu beitragen, die Situation zu stabilisieren. 1: 39
	Gesundheitsbezogene Problemlagen	Der Code erfasst, wie SA gesundheitliche Aspekte in ihre Arbeit integriert. Körperliche Beschwerden, Chronizität oder gesundheitliche Einschränkungen, die SA in ihrer Arbeit rahmt und einbezieht (z. B. chronische Schmerzen, Multimorbidität).	Nicht kodieren, wenn medizinische Diagnosen ohne sozialarbeiterische Einordnung beschrieben werden.	Gerade bei Menschen mit chronischen oder psychischen Belastungen kann Sozialarbeit viel dazu beitragen, die Situation zu stabilisieren.1: 39
	Wohnsituation / Anschluss.-lösungen	Probleme im Zusammenhang mit Wohnsituation, drohender Obdachlosigkeit, Bedarf an betreuten Wohnformen oder Heimeintritt.		Das betrifft zum Beispiel Fragen rund um einen Platz in einem Alters oder Pflegeheim. 5: 15

	Mehrfach-problemla-gen	Explizite Aussagen zur Kombination mehrerer Problembereiche bei einer Person oder Fall-gruppe (z. B. Schulden + psychische Erkran-kung + Wohnproblem).	Wenn nur mehrere Problemlagen nebeneinan-der genannt werden, den jeweilige Einzelcodes zuweisen.	Das betrifft zum Beispiel Wechselwirkungen zwischen finanzieller Situation, Wohnverhältnissen, familiären Beziehungen und gesundheitlichem Zustand. Viele Klientinnen und Klienten kommen mit sehr vielschich-tigen Problemlagen zu uns. 3: 44
	Soziale Iso-lation	Fehlende oder ungenügende soziale Einbin-dung, Vereinsamung, Rückzug aus sozialen Netzwerken.	*Abgrenzung zu «psychosoziale Belastungen»: Soziale Isolation betont das Netzwerk- und Teil-habeproblem. Wenn psychische Folgen (z. B. Depression) im Vordergrund stehen, dann «psy-chosoziale Belastungen».*	Dabei geht es ja nicht primär um medizinische The-men, sondern um soziale Aspekte wie Einsamkeit, fehlende soziale Einbindung. 4: 33
	Familiäre Probleme	Konflikte im Familiensystem, Beziehungspro-bleme, Schwierigkeiten in der Betreuungssitua-tion (z. B. pflegende Angehörige, Erziehungs-probleme).		In der Kinderarztpraxis wiederum ist das Familiensys-tem fast immer automatisch Teil der Betrachtung. Dort gehört es zum Selbstverständnis, nicht nur das Kind, sondern auch das Umfeld mitzudenken. 2: 46
	Schwierig-keiten mit Versicherun-gen / Behörden / Leistungs-ansprüchen	Probleme im Umgang mit Behörden (Kommu-nikation, Unverständnis, Ablehnung), unklare Leistungsansprüche, Schwierigkeiten bei der Geltendmachung von Rechten.	*Abgrenzung: Wenn das finanzielle Resultat (feh-lendes Geld) im Fokus steht, dann «finanzielle Problemlagen».*	Der mit Abstand grösste Anteil, ich würde sagen rund 70 Prozent, betrifft Themen rund um die Sozialversi-cherungen. 2: 12
	Biopsycho-soziale Ver-flechtung	Explizite Verweise der Befragten Fachperson auf die Verknüpfung von körperlichen, psychi-schen und sozialen Aspekten als analytische Rahmung (z. B. «Das ist alles miteinander ver-knüpft», Bezug auf BPS-Modell).	*Abgrenzung: Wenn BPS-Ansatz als theoreti-sches Konzept oder Professionswissen themati-siert wird, dann «professionelles Wissen – Theo-riebezug».*	Häufig hängen psychische Belastungen mit sozialen Schwierigkeiten zusammen oder entstehen daraus, und umgekehrt können auch somatische Aspekte eine Rolle spielen. Gerade im Sinne des biopsycho-sozialen Verständnisses zeigt sich, dass diese Berei-che eng miteinander verknüpft sind. 3: 22
	Migrations-bezogene / kulturelle Problemla-gen	Herausforderungen im Zusammenhang mit Migrationshintergrund, Sprachbarrieren, kultu-rellen Unterschieden, aufenthaltsrechtlichen Fragen, Diskriminierungserfahrungen.	*Abgrenzung zu «Schwierigkeiten mit Behörden»: Wenn aufenthaltsrechtlicher Status Thema ist, hier kodieren*	Ein Migrationshintergrund bringt oft zusätzliche Hür-den mit sich, die bei Personen, die hier aufgewachsen sind und die Sprache gut beherrschen, in dieser Form weniger ausgeprägt sind. 2: 17
	Arbeitsbezo-gene Prob-lemlagen / Mobbing	Soziale, psychische oder rechtliche Belastun-gen im Zusammenhang mit Arbeit, Ausbildung oder Arbeitsplatz, insbesondere Konflikte im Team, Überforderung,	Abgrenzung: Bei sozialversicherungsrechtlichen Fragen zu IV, Arbeitslosenversicherung / Kran-kentaggeld zusätzlich bzw. «Rechtliches Wis-sen» oder passende Problemlagen kodieren.	Früher sind junge Leute ja eher selten zum Arzt ge-gangen, und jetzt sieht man sie häufiger wegen Kon-flikten am Arbeitsplatz, Aggressionen oder Mobbing. Das nehme ich deutlich stärker wahr als früher. 7: 12

		Arbeitsplatzunsicherheit, Aggressionen, Ausgrenzung oder Mobbing.		
	Altersfragen	Problemlagen, Bedürfnisse oder Unterstützungsfragen, die ausdrücklich mit Alter, Lebensphase oder altersbezogenen Übergängen verbunden werden.	*Abgrenzung: Wenn Alter oder Lebensphase explizit erwähnt werden. Konkrete Problemlagen wie Finanzen, Wohnen oder Einsamkeit können zusätzlich mit den entsprechenden thematischen Codes kodiert werden.*	Bei älteren Menschen ist es oft anders. Sie haben meist mehr Erfahrung im sozialen Umgang und dadurch vielleicht weniger solche Konflikte. Dafür stehen andere Themen im Vordergrund, zum Beispiel finanzielle Fragen, etwa im Zusammenhang mit IV oder Rente, oder auch Einsamkeit, Betreuung und das soziale Netzwerk. 7: 12
	Soziale Problemlagen	Problemlagen, die sich nicht in die obigen Codes einordnen lassen. Nur verwenden, wenn kein passender Code existiert.	Restkategorie (sparsam einsetzen). Achtung: Häufige Nutzung wäre Hinweis, dass ein neuer Code ergänzt werden sollte, ggf. Memos zu Restkategorie-Kodierungen erstellen.	Dabei geht es ja nicht primär um medizinische Themen, sondern um soziale Aspekte wie Einsamkeit, fehlende soziale Einbindung, Wohnsituation oder drohenden Wohnungsverlust. Das sind alles Bereiche, die sehr gut von der Sozialarbeit aufgegriffen und weiterbearbeitet werden könnten. 4: 33
E - Professionelle Identität	Aufgabenprofil SA-Perspektive	Identität und Selbstbeschreibung der eigenen Rolle und Aufgaben durch SA-Fachpersonen in abstrakter oder beschreibender Form («ich bin zuständig für…», Bezug auf Stellenbeschrieb).	*Abgrenzung: Wenn konkrete Vorgehensweisen beschrieben werden, dann Professionelles Handeln. Wenn innere, reflektierte Haltung zur Rolle beschrieben wird, dann Rollenbewusstsein.*	Die soziale Arbeit hingegen ist in ihrer Rolle oft breiter angelegt, weniger klar abgegrenzt und stärker auf ganzheitliche Betrachtung ausgerichtet. 2: 22
	Aufgabenprofil Zuweisenden-Perspektive	Rollen- und Aufgabenerwartungen aus der Sicht von zuweisenden Fachpersonen (Medizin, Pflege, Politik etc.) an die Sozialarbeit.	*Abgrenzung: Wenn explizit Grenzen und Zuständigkeitsfragen aus Zuweisenden-Sicht thematisiert werden, dann Abgrenzungserwartung Zuweisende».*	Jede Praxis hat eigene Strukturen, Bedürfnisse und Erwartungen. Mit der Zeit entwickelt sich eine Zusammenarbeit, die stark davon geprägt ist, was die Ärztin oder der Arzt erwartet. 2: 26
	Spezifischer Beitrag / Mehrwert der SA	Aussagen über den besonderen Nutzen der Sozialarbeit für Patient:innen, das Team oder die Praxisorganisation, der sich von anderen Professionen unterscheidet (z.B. Ganzheitlichkeit, Netzwerkkenntnisse, Zeitressource für Gespräche). Es geht um den Mehrwert.	*Abgrenzung: Wenn Wertschätzung, dann «Teaminteraktion».*	Interessant ist, dass in der Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft häufig sehr schnell eine grosse Akzeptanz entsteht. Viele Ärztinnen und Ärzte erleben die soziale Arbeit als deutliche Entlastung. 2: 28
	Abgrenzung zu anderen Professionen	Aussagen über den Unterschied zur Medizin, Pflege, Psychotherapie, Therapie – aus Sicht der SA oder der Expert:innen im Sinne einer Differenzierung.	*Abgrenzung: wenn Selbstbeschreibung, dann zu «Aufgabenprofil»*	Es gibt aber auch Hemmnisse. Konkurrenzdenken, Abgrenzung, das Gefühl, das eigene Feld schützen zu müssen. Das bremst stark. 8: 57

	Abgrenzung zu anderen Feldern der SA	Unterscheidung zur stationären SA (Spitalsozialdienst), Gemeinwesenarbeit, kommunalen Sozialdiensten etc.	Bezieht sich auf intraprofessionelle Grenzziehung innerhalb der Sozialen Arbeit.	Wichtig ist uns dabei, dass wir kein konkurrierendes Angebot innerhalb der Versorgungslandschaft darstellen, sondern ein ergänzendes. 3: 12
	Abgrenzungserwartung (Zuweisende)	Explizite Aussagen zuweisender Fachpersonen (Medizin, Pflege etc.) darüber, wo die Zuständigkeit der SA endet und was eher Aufgabe anderer Stellen (extern, intern) wäre, also die Begrenzung der Zuständigkeit.	*Abgrenzung: Wenn positive Erwartungen im Vordergrund, dann zu «Aufgabenprofil Zuweisenden-Perspektive».*	Also wenn ich jetzt die Beratungen machen würde, würde ich am Anfang die Ärztin oder den Arzt fragen, welche Form von Rückmeldung sie sich wünschen und ob sie überhaupt eine wollen. 6: 35
	Schnittstellenfunktion	Aussagen über die vermittelnde Funktion der SA zwischen verschiedenen Systemen (Medizin, Soziales, Behörden, Familie) auch wenn die Schnittstellenfunktion als Rollenaspekt beschrieben wird.	*Abgrenzung: Wenn das konkrete Vermittlungshandeln im Vordergrund steht, dann zu «professionelles Handeln – Triage/Vermittlung»*	Grundsätzlich verstehe ich die soziale Arbeit in diesem Kontext stark als Bindeglied zwischen Gesundheits- und Sozialwesen. 2: 38
	Rollenbewusstsein	Rollenbewusstsein bezieht sich auf die Rolle als Ganzes. Reflektierte innere Haltung zur eigenen professionellen Rolle, inkl. Umgang mit Macht, Verantwortung, Grenzen der eigenen Zuständigkeit und professionellem Selbstverständnis. Es handelt sich um ein inneres Erleben und Reflexion der Rolle.	*Abgrenzung: Wenn äussere Beschreibung der Aufgaben, dann zu «Aufgabenprofil».*	Sonst verschwimmen die Zuständigkeiten und die Kapazitäten werden nicht optimal genutzt. 7: 42
F - Professionelle Haltung	Sensibilität für Ungleichheit	Bewusstsein für soziale Ungleichheiten, Machtverhältnisse und Diskriminierungsrisiken im professionellen Kontext.		Gleichzeitig stellt sich die wichtigere Frage, was einem Menschen langfristig hilft, wieder ins Leben zu finden, teilzuhaben. 8: 16
	Empowermentorientierte Haltung und Partizipation	Haltung (als Grundprinzip), die auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung der Adressat:innen ausgerichtet ist («so viel wie nötig, so wenig wie möglich»).	*Abgrenzung: Wenn konkrete Massnahmen (Handlung) zur Förderung von Selbstbestimmung, dann zu «Professionelles Handeln – Empowerment»:*	Ziel ist jedoch nicht eine dauerhafte Begleitung, sondern die nachhaltige Stärkung der Selbstständigkeit. Neben dem Empowerment-Ansatz sind partizipative Elemente, Empathie und ausgeprägte Beratungskompetenzen zentral. 3: 20
	Reflexionsfähigkeit	Reflexionsfähigkeit bezieht sich auf konkrete Situationen und Handlungen, also die kritische Auseinandersetzung mit eigenem Handeln, Fehlern und Entscheidungen im Berufsalltag.	*Abgrenzung: wenn Rolle als Ganzes, dann zu «Rollenbewusstsein».*	Es braucht Vorbereitung, Beziehungsgestaltung und ein gutes Verständnis für den jeweiligen Kontext. 2: 24
	Lernbereitschaft	Offenheit für Weiterentwicklung, Weiterbildung und neue Erkenntnisse im professionellen Kontext.		Wenn man diese Ursachen versteht, kann man daraus lernen und Lösungen für zukünftige Fälle entwickeln. 3: 46

	Verantwortungsbewusstsein	Bewusstsein für die professionelle Verantwortung gegenüber Adressat:innen, Team und Institution.		Ja, ich denke wirklich, es geht darum, die eigene Verantwortung zu kennen, aber auch die der anderen Person anzuerkennen. 6: 33
	Ambiguitätstoleranz & Pragmatismus	Fähigkeit, mit unklaren, widersprüchlichen oder komplexen Situationen konstruktiv umzugehen.	Relevant für das ambulante Setting, wo Rollenunklarheiten und Ressourcenknappheit häufig sind.	Also jemand, der nicht nur theoretisch denkt, sondern auch schaut: Was hilft jetzt konkret? Was ist realistisch? Wie kommen wir mit den vorhandenen Möglichkeiten weiter? 1: 45
	Bewusster Umgang Datenschutz	Sorgfältiger Umgang mit sensiblen Informationen und personenbezogenen Daten im professionellen Handeln, insbesondere bedarfsgerechte Informationsweitergabe, Einwilligung, Schweigepflicht und Abwägungen zwischen Kooperation und Schutz der Privatsphäre.	Hier geht es um die professionelle Haltung und konkrete Handlungspraxis.	Und dann kommt natürlich noch der Datenschutz dazu. Man sollte ja wirklich nur so viele Informationen weitergeben, wie nötig sind. 7: 28
	Interkulturelle Sensibilität	Reflektierter und respektvoller Umgang mit kultureller Vielfalt, unterschiedlichen Werthaltungen und sprachlichen Barrieren.	*Abgrenzung zu «migrationsbezogene Problemlagen», wo die Problemlagen der Patient:innen kodiert werden; unter diesem Code hier wird die professionelle Haltung der SA dazu kodiert.*	Kulturelle Auffassungen prägen stark, wie Gesundheit, Krankheit und Unterstützung verstanden werden. Sie beeinflussen, wann Hilfe gesucht wird, wem man vertraut und welche Lösungen überhaupt akzeptiert sind. 8: 26
Professionelles Wissen, Fachkompetenz	Fachwissen SA	Wissen zu sozialen Problemlagen, Interventionsmethoden, Rechtsbereichen (Sozialversicherungen, Sozialhilfe) und zur Geschichte/Theorie der Sozialen Arbeit.		Dieses vernetzte Denken und das breite Wissen über Lebenslagen und Unterstützungssysteme sind zentrale Kompetenzen von Sozialarbeitenden und ermöglichen eine ganzheitliche und wirksame Begleitung. 3: 10
	Med./ Psychologisches Grundwissen	Grundkenntnisse zu Gesundheit, Krankheit, medizinischen Abläufen und Behandlungslogiken, die für die Zusammenarbeit im ambulanten Setting relevant sind.	Nicht kodieren, wenn medizinische Diagnosen sachlich beschrieben werden. Der Code erfasst das professionelle Wissen der SA über Medizin.	Dieses Wissen hilft, die Lebenssituation der Patientinnen und Patienten besser zu verstehen. 2: 42
	Rechtliches Wissen	Kenntnisse zu Sozialversicherungsrecht (KVG, IV, AHV, EL), Aufenthaltsrecht, Datenschutz und weiteren für das Setting relevanten Rechtsbereichen.		Auf der fachlichen Ebene ist ein solides Wissen im Sozialversicherungsrecht enorm wichtig. Ich würde sagen, ein grosser Teil der Fälle bewegt sich in diesem Bereich. Es geht um Krankentaggeld, Invalidenversicherung, Arbeitslosenversicherung, Sozialhilfe, Zuständigkeiten, Ansprüche und Abläufe. 2: 21 insbesondere im Sozialversicherungsbereich. 2: 24

	Systemwissen / Angebotskenntnisse	Wissen über regionale und überregionale Unterstützungsangebote, Versorgungsstrukturen, Anlaufstellen und Netzwerke.		Gleichzeitig braucht es ein fundiertes Verständnis der regionalen Versorgungsstrukturen. Das ist eine Stärke der sozialen Arbeit. 3: 8
	Theoriebezug / Konzepte	Explizite Benennung oder Verweis auf Modelle und Theorien, die die SA-Praxis leiten: BPS-Modell, Salutogenese, Case-Management-Konzepte, Social Prescribing, Empowermentkonzepte etc.	*Abgrenzung: Wenn BPS-Ansatz als Beschreibung einer Problemlagenverflechtung bei Patient:innen, dann zu «biopsychosoziale Verflechtung».* *Wenn als theoretische Rahmung des eigenen Handelns, dann hier.*	Ein Blick auf das biopsychosoziale Modell ist dabei zentral. Gesundheit entsteht im Zusammenspiel von körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren. Wer nur einen Bereich sieht, greift zu kurz. Die Fähigkeit, diese Ebenen zu verbinden, macht den Unterschied. 8: 57
Professionskompetenzen (Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz)	Beratungs- und Gesprächsführungskompetenz	Fähigkeit zur zielgerichteten, strukturierten und klientenzentrierten Kommunikation in Beratungsgesprächen.	*Abgrenzung zu «Sozialkompetenz – Kommunikationsfähigkeit»: Gesprächsführung ist eine fachlich-methodische Kompetenz. Kommunikationsfähigkeit ist eine allgemeine interpersonale Kompetenz.*	Also genau, Beratung ist sicher zentral. Beratungskompetenz ist eigentlich unerlässlich. 1: 47
	Kompetenz zur Situations-analyse / Beurteilung	Fähigkeit zur systematischen Einschätzung von Problemlagen, Ressourcen und Risiken		Ich glaube, jemand, der das gut kann. Wahrnehmung, Beobachten, Erfassen. 1: 47
	Fallführungskompetenz	Fähigkeit zur strukturierten Steuerung von Fällen über Zeit, inkl. Priorisierung, Dokumentation und Evaluation.	*Abgrenzung zu «professionelles Handeln – Case Management»: Kompetenz vs. Tätigkeit.*	Es gibt Praxen, in denen klar gewünscht wird, dass die Sozialarbeit sehr eng am Fall dranbleibt, aktiv nachfasst und beispielsweise auch telefonisch kontinuierlich den Kontakt hält, gerade bei Patientinnen und Patienten mit Depressionen, die sich sonst eher zurückziehen. 2: 26
	Kriseninterventionskompetenz	Fähigkeit zum professionellen Handeln in akuten Krisen (Suizidalität, häusliche Gewalt, psychiatrische Notfallsituationen).		Wenn da viele Themen gleichzeitig kommen, muss man einschätzen können, was jetzt dringend ist. 6: 25
	Planungs- & Evaluationskompetenz	Fähigkeit zur Planung von Massnahmen und zur systematischen Überprüfung ihrer Wirksamkeit.		Wechselwirkungen zu verstehen und gezielt zu prüfen, welche Unterstützung notwendig ist und welche Ansprüche geltend gemacht werden können. 3: 10
	Empathie	Fähigkeit, die Perspektive und das Erleben von Adressat:innen nachzuvollziehen und angemessen darauf einzugehen – in der professionellen Beziehungsgestaltung. Definition	*Abgrenzung zu «wertschätzende Haltung»: Empathie ist eine Kompetenz (kann angewendet*	Gerade im Kontakt mit Angehörigen ist es wichtig, bewusst zuzuhören, Raum zu geben und ihre Perspektive ernst zu nehmen. 3: 20

		präzisiert: Nicht tautologisch, sondern auf professionelle Anwendung bezogen.	*werden). Wertschätzung ist eine Haltung (grundlegende Einstellung).*	
	Kommunikationsfähigkeit	Bezieht sich auf interprofessionelle und interpersonale Kommunikation allgemein, d.h. Fähigkeit zur klaren, adressatengerechten und situationsangemessenen Kommunikation in verschiedenen professionellen Kontexten (Team, Adressat:innen, Behörden).	*Abgrenzung zu «Gesprächsführungskompetenz»: Diese ist methodisch-fachlich und auf Beratungsgespräche fokussiert.*	Was ich auch extrem wichtig finde, ist schreiben können und gut argumentieren. 6: 25
	Beziehungsgestaltung	Fähigkeit zum Aufbau und zur Pflege tragfähiger professioneller Beziehungen zu Adressat:innen, welches Vertrauen, Kontinuität und Kooperation ermöglicht.		Insgesamt kann man sagen, dass die Beratung sehr oft systemisch ist und nicht nur auf die einzelne Person fokussiert, sondern das gesamte Umfeld mit einbezieht. 2: 44
	Teamfähigkeit	Fähigkeit zur konstruktiven und respektvollen Zusammenarbeit in interprofessionellen Teams, inkl. Rollenflexibilität und Kooperationsbereitschaft.		Gerade weil sich diese Rolle an so vielen Schnittstellen bewegt, braucht es aus meiner Sicht eine Person, die offen, kontaktfreudig und verbindend arbeitet. 1: 45
	Konfliktfähigkeit	Fähigkeit, professionelle Konflikte (z. B. Rollenkonflikte, fachliche Meinungsverschiedenheiten) konstruktiv anzugehen und zu bearbeiten.		interprofessionelle Kompetenz, Kommunikations- und Aushandlungsfähigkeit 2: 24
	Selbstreflexion	Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Praxis, den eigenen Grenzen und dem eigenen Einfluss auf den Beratungsprozess.	*Abgrenzung: Wenn Kompetenz als Fähigkeit beschrieben wird («ich kann reflektieren») bei diesem Code zuweisen, wenn Haltung/Grundprinzip beschrieben wird zu «Reflexionsfähigkeit».*	Gleichzeitig muss man auch wissen, wo die eigenen Grenzen sind und wann man zusätzliche Expertise braucht. 2: 21
	Belastbarkeit	Fähigkeit, mit emotionalen, physischen und organisatorischen Belastungen des Praxisalltags umzugehen, ohne die Arbeitsqualität zu gefährden.		Und wahrscheinlich auch jemand, der eine gewisse Ruhe mitbringt, weil diese Rolle schnell komplex und unübersichtlich werden kann. 1: 45
	Selbstorganisation	Fähigkeit zur eigenständigen Strukturierung der Arbeit, inkl. Zeitmanagement, Priorisierung und Dokumentation.		Bewegt man sich im ambulanten Setting in einem noch breiteren und oft weniger klar abgegrenzten Kontext. 2: 19
	Flexibilität	Fähigkeit zur situativen Anpassung des Handelns (auf das Setting bezogen) an wechselnde Anforderungen, Adressat:innengruppen		Das heisst, wir reagieren flexibel und orientieren uns stark an der Dringlichkeit und der konkreten Situation der betroffenen Person. 3: 14

		und Rahmenbedingungen im ambulanten Setting.		
	Netzwerk-pflege (Kompetenz)	Fähigkeit zum Aufbau und zur Pflege von Kooperationsbeziehungen zu externen Stellen, Angeboten und Fachpersonen im regionalen Sozial- und Gesundheitsnetzwerk.	*Abgrenzung zu «Professionelles Handeln – Koordination fallbezogen»: Hier die Kompetenz/Fähigkeit, dort das konkrete fallbezogene Tun.*	Ich denke, es geht nicht nur um das reine Wissen über die vorhandenen Angebote, sondern ganz wesentlich auch um die Beziehungen. Diese sind zentral. Beziehungen zu Fachpersonen, sowohl im Sozialwesen als auch im Gesundheitswesen, sind entscheidend, um überhaupt Brücken schlagen zu können. 3: 8
	System-navigation (Kompetenz)	Fähigkeit zur Orientierung im Versorgungssystem: Wissen, welche Stelle für welches Anliegen zuständig ist und wie Übergänge gestaltet werden.		Gerade in diesen komplexen Übergangssituationen zwischen Krankheit, Arbeitsunfähigkeit und sozialer Absicherung wird deutlich, wie zentral diese Schnittstellenfunktion ist. 2: 12
	Netzwerk-koordination (Kompetenz)	Fähigkeit zur Koordination und Abstimmung zwischen verschiedenen Akteur:innen ausserhalb des eigenen Teams (z.B. Spitex, Sozialdienste, Psychiatrie, Behörden).	*Wenn Fähigkeit zur Abstimmung zwischen Akteur:innen ausserhalb des Teams als Kompetenz beschrieben wird bei diesem Code zuordnen.* *Wenn konkrete Vernetzungshandlung, dann zu «Professionelles Handeln».* *Wenn formalisierte Teamabstimmung, dann zu «Teamkoordination (formalisiert)».*	Koordination ist ein Schlüssel zum Erfolg. Schnittstellen aktiv gestalten, Informationen zusammenführen, Beteiligte vernetzen. 8: 57
Professionelles Handeln	Beratung	Konkrete Durchführung von Beratungsgesprächen mit Adressat:innen, inkl. Zielsetzung, Struktur und Verlauf.	*Abgrenzung zu «Beratungsmethoden»: Dort die Kompetenz, hier die Tätigkeit/Handlung, also: «Ich führe ein Beratungsgespräch».*	Hier können wir helfen, gemeinsam Prioritäten zu setzen, nächste Schritte zu klären und Orientierung im Hilfesystem zu geben. 3: 44
	Begleitung	Längerfristige, prozessbegleitende Unterstützung von Adressat:innen über mehrere Kontakte, inkl. Verlaufsbeobachtung.	*Abgrenzung zu «Case Management»: Begleitung ist weniger strukturiert und formalisiert. Wenn explizit ein Case-Management-Prozess beschrieben wird (Assessment, Zielplanung, Evaluation) zu Case Management.*	Entscheidend ist dabei nicht nur die Weiterweisung an sich, sondern auch, dass der Übergang gut gestaltet ist. Idealerweise werden die Betroffenen dabei begleitet, sodass der Zugang zu den Angeboten tatsächlich gelingt. 2: 38
	Case Management	Strukturierte Fallsteuerung mit expliziter Diagnose-, Planungs-, Steuerungs- und Evaluationsphase gemäss CM-Konzept.	*Nur kodieren, wenn der strukturierte Prozesscharakter erkennbar ist. Sonst zu «Begleitung».*	Wenn Case Management ein Thema ist, braucht es eine klare Definition und Abstimmung. Ich denke aber, dass solche erweiterten Aufgaben durchaus Teil eines professionellen Kompetenzprofils sein können. 2: 40
	Triage/Vermittlung	Weitervermittlung von Adressat:innen an interne oder externe Angebote, inkl. der	Der Code erfasst explizit auch die Entscheidungslogik der Triage (Kriterien, Überlegungen).	Also wirklich eine Art Kurzberatung und Triage: die Situation rasch erfassen, einordnen und dann sagen, gehen Sie doch mal dorthin, dort könnten Sie

		Abwägungen und Kriterien, die die Entscheidung leiten.		Unterstützung erhalten. Und damit ist es dann auch gut die eigentliche weiterführende Unterstützung findet an einem anderen Ort statt. 1: 33
	Triage-Entscheid und -kriterien	Überlegungen, Abwägungen und Kriterien, die SA bei Triage-Entscheiden leiten: Dringlichkeit, Passung des Angebots, Ressourcen der Adressat:innen, Verfügbarkeit externer Stellen, Kooperationsbeziehungen.	*Abgrenzung zu «Triage/Vermittlung»: Wenn das konkrete Verweisen im Vordergrund steht → «Triage». Wenn die Entscheidungslogik (Warum welches Angebot?) thematisiert wird zu diesem Code zuweisen.*	Hier geht es nicht darum, alles selbst abzudecken, sondern vielmehr darum, die richtige Unterstützung zur richtigen Zeit zu organisieren. 2: 26
	Fallbezogene Koordination	Konkretes koordinierendes Handeln im Einzelfall: Telefonate, Absprachen, Verhandlungen mit anderen Stellen für einen spezifischen Klienten.	*Abgrenzung*: - *Wenn «Ich telefoniere mit der Spitex für Frau X», zu diesem Code zuweisen.* - *Wenn Koordinationsfähigkeit allgemein beschrieben wird, zu Netzwerkkoordination».* - *Wenn formalisierte Teamabstimmung, zu «Teamkoordination».*	Man hat einen besseren Überblick, weiss, wer bereits an welchen Themen arbeitet, und kann die eigene Arbeit besser darauf abstimmen. 2: 26
	Empowerment	Konkrete Massnahmen und Interventionen (also das konkrete Handeln), die auf die Förderung von Selbstbestimmung, Eigenverantwortung und Ressourcenaktivierung der Adressat:innen abzielen.	*Abgrenzung: Wenn die Grundhaltung (Haltung) im Fokus steht, dann zu «empowermentorientierte Haltung».*	Nicht nur Unterstützung von aussen, sondern gemeinsam Schritte entwickeln, die Selbstbestimmung stärken und Teilhabe ermöglichen. 8: 18
	Prävention	Vorbeugende Massnahmen zur Vermeidung von Problemeskalation oder Hospitalisierung (risikoorientiert).	*Abgrenzung zu «Gesundheitsförderung»: Prävention ist problem- und risikoorientiert (Verhindern von Verschlechterung). Gesundheitsförderung ist ressourcenorientiert (Stärken von Schutzfaktoren).*	Genau deshalb ist es so wichtig, früh anzusetzen und Vertrauen aufzubauen, bevor es überhaupt so weit kommt. 8: 53
	Gesundheitsförderung	Ressourcenorientierte Massnahmen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen und sozialer Teilhabe (z. B. Vermittlung von Freizeitangeboten, Aufbau sozialer Netzwerke).		Auch Menschen mit rein somatischen Problemen vor allem wenn diese länger dauern oder chronisch sind, bekommen oft nicht die Unterstützung, die sie brauchen, weil sie schlicht nicht wissen, wohin sie sich wenden sollen. 1: 25

Anhang D: Kompetenzprofil Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung

Dieses Kompetenzprofil wurde auf Basis der empirischen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung zur Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung entwickelt. Es konkretisiert die in Kapitel 6.3.4 verdichteten Befunde zu Aufgaben, Kompetenzen und Rollenprofil der Sozialarbeitenden im ambulanten medizinischen Setting. Während Kapitel 6.3 die Forschungsfrage und die Teilfragen in synthetischer Form beantwortet, dient der Anhang dazu, das daraus abgeleitete Kompetenzprofil in einer für Praxis, Ausbildung und weitere Forschung nutzbaren Form zu dokumentieren. Das Kompetenzprofil versteht sich als empirisch fundierte, kontextspezifische Verdichtung. Es beschreibt zentrale Anforderungen im Setting der ambulanten medizinischen Grundversorgung, erhebt jedoch keinen Anspruch auf abschliessende Gültigkeit für alle Felder der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit. Vielmehr bietet es einen Orientierungsrahmen, der in anderen Kontexten geprüft, angepasst und weiterentwickelt werden kann.

Kompetenzprofil

Profil und Zielsetzung: Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung verfügen über ein eigenständiges professionelles Kompetenzprofil zur Bearbeitung biopsychosozialer Problemlagen an der Schnittstelle von Gesundheitswesen und Sozialwesen. Sie leisten einen zentralen Beitrag zur frühzeitigen Erkennung sozial bedingter Gesundheitsrisiken, zur Erschliessung passender Unterstützungsangebote, zur Stabilisierung komplexer Versorgungssituationen, zur Stärkung von Selbstbestimmung und Teilhabe sowie zur Entlastung medizinischer Versorgung durch koordinierte, ressourcenorientierte und patient:innenzentrierte Unterstützung. Damit tragen sie wesentlich zu einer integrierten, soziallagen-sensiblen und qualitativ hochwertigen ambulanten Grundversorgung bei.

Das vorliegende Kompetenzprofil beschreibt die professionelle Rolle von Sozialarbeitenden in der ambulanten medizinischen Grundversorgung und verdichtet die hierfür relevanten Aufgaben, Wissensbestände, Handlungslogiken und Kompetenzanforderungen. Sozialarbeit in diesem Feld ist als eigenständige Profession an der Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen zu verstehen. Ihr spezifischer Beitrag liegt in der systematischen Bearbeitung biopsychosozialer Problemlagen, in der Erschliessung von Unterstützungsressourcen, in der Koordination komplexer Versorgungskonstellationen sowie in der Übersetzung zwischen institutionellen, professionellen und lebensweltlichen Perspektiven.

Professionelles Selbstverständnis:

Das Kompetenzprofil gründet auf einem professionellen Selbstverständnis, das Rolle, Kompetenzen und Werteorientierung als miteinander verbundene Dimensionen begreift. Sozialarbeitende handeln im ambulanten Setting nicht additiv neben der Medizin, sondern bringen eine eigenständige fachliche Perspektive auf soziale Determinanten von Gesundheit, Teilhabe, Lebensführung, Versorgungshürden und soziale Stabilisierung ein. Professionelles Handeln zeigt sich in der Verbindung von Fachwissen, methodischer Kompetenz, reflexiver Urteilsfähigkeit, ethischer Orientierung und interprofessioneller Kooperationsfähigkeit. Die Soziale Arbeit übernimmt dabei keine medizinischen Aufgaben, sondern ergänzt medizinische, pflegerische und therapeutische Perspektiven durch eine lebenswelt-, ressourcen- und teilhabeorientierte Bearbeitung gesundheitlich relevanter sozialer Problemlagen.

Kernauftrag:

Sozialarbeitende in der ambulanten medizinischen Grundversorgung bearbeiten soziale und psychosoziale Problemlagen, die in engem Zusammenhang mit Gesundheit, Krankheit, Behandlungsverläufen und Versorgungschancen stehen. Dazu gehören insbesondere:

- finanzielle Unsicherheit und Existenzsicherung
- Wohnprobleme und instabile Wohnverhältnisse
- belastete Familienkonstellationen und Pflegearrangements
- Erwerbslosigkeit, prekäre Arbeitsverhältnisse und Erwerbsausfall
- soziale Isolation und mangelnde soziale Einbettung
- migrationsbedingte Zugangsbarrieren und sprachlich-kulturelle Hürden
- geringe Gesundheits- und Systemkompetenz sowie erschwerte Zugänge zu Versicherungs-, Unterstützungs- und Versorgungsleistungen.

Der Kernauftrag besteht darin, solche Problemlagen frühzeitig zu erkennen, sozialarbeiterisch einzuordnen, gemeinsam mit den Betroffenen handlungsfähige Perspektiven zu entwickeln und passende Hilfen wirksam zugänglich zu machen. Sozialarbeit übernimmt damit eine strukturierende, vermittelnde, koordinierende und übersetzende Funktion im Versorgungsprozess und trägt dazu bei, die soziale Dimension von Gesundheit systematisch in die ambulante Grundversorgung einzubringen.

Aufgabenprofil:

Die Aufgaben der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung umfassen direkte fallbezogene Arbeit, Koordination im Versorgungssystem und professionsbezogene Vermittlungs- und Entwicklungsleistungen. Sie lassen sich wie folgt verdichten:

- Sozialanamnese und biopsychosoziale Situationsklärung: systematische Erhebung und strukturierte Beschreibung der sozialen, gesundheitlichen und lebensweltlichen Situation unter Einbezug von Ressourcen, Belastungen, Risiken und Kontextfaktoren.
- Sozialdiagnostische Einschätzung komplexer Problemlagen: fachlich begründete Verdichtung der Informationen zu einer Problemanalyse, die Wechselwirkungen mit Gesundheit, Behandlung, Teilhabe und Alltagsbewältigung sichtbar macht und prioritäre Handlungsfelder ableitet.
- Beratung und Unterstützung in Fragen der Existenzsicherung, Sozialversicherungen, Finanzen, Wohnen, Arbeit, Familie, Nachsorge und Zugang zu Leistungen.
- Psychosoziale Beratung und Begleitung bei belastenden Lebens- und Krankheitssituationen, in Übergangsphasen, bei Unsicherheit und in psychosozialen Krisen.
- Krisenintervention in akuten sozialen oder psychosozialen Problemlagen: Dringlichkeiten klären, Prioritäten setzen und gemeinsam mit Betroffenen sowie beteiligten Fachpersonen notwendige Stabilisierungsschritte einleiten.
- Triage und Vermittlung: bedarfsgerechte Weitervermittlung in passende Angebote des regionalen Sozial-, Gesundheits- und Gemeinwesens sowie Erschliessung von Ressourcen so, dass sie tatsächlich zugänglich und nutzbar werden.
- Fallführung und Case Management bei komplexen Mehrfachproblemlagen: Koordination unterstützender Stellen, Strukturierung von Abläufen und Moderation von Unterstützungsprozessen über Institutions- und Berufsgrenzen hinweg.
- Einbezug von Angehörigen und relevanten Bezugssystemen, wenn dies zur Stabilisierung der Situation, zur Entlastung des Umfelds oder zur Sicherung der Versorgungskontinuität beiträgt.
- Mitwirkung an interprofessionellen Abstimmungs- und Entscheidungsprozessen, Klärung von Schnittstellen und Zuständigkeiten sowie Einbringen der sozialarbeiterischen Perspektive in fallbezogene Versorgungsplanungen.
- Wissenstransfer gegenüber medizinischen Teams zu sozialen Determinanten von Gesundheit, Versorgungsbarrieren und sozialarbeiterischen Interventionsmöglichkeiten.

Niedrigschwellige Versorgungsgestaltung und Systemnavigation:

Ein zentraler Aufgabenbereich liegt in der aktiven Mitgestaltung von Versorgungspfaden für Patient:innen mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen. Sozialarbeitende:

- erfassen systematisch soziale Bedarfe,
- klären gemeinsam mit den Betroffenen Ziele und Prioritäten,
- identifizieren passende Unterstützungsangebote

- und gestalten deren Inanspruchnahme so, dass Zugänge möglichst niedrigschwellig und tragfähig sind.

Je nach Modell sind sie direkt in Hausarztpraxen, in Gesundheitszentren oder in zentralen Beratungs- und Koordinationsstellen angesiedelt. Unabhängig von der organisatorischen Verankerung übernehmen sie eine Schlüsselfunktion in der Systemnavigation: Sie verbinden Patient:innen mit geeigneten Angeboten im Sozial-, Gesundheits- und Gemeinwesen, begleiten bei Bedarf Übergänge und Rückmeldungen und tragen dazu bei, Brüche, Doppelstrukturen und Versorgungslücken zu vermeiden. Social-Prescribing-Ansätze, in denen soziale Angebote explizit als Teil der Versorgung verschrieben werden, bilden eine mögliche Ausgestaltung dieser Aufgabe; das zugrunde liegende Kompetenzprofil – strukturiertes Assessment, gemeinsame Zielentwicklung, Auswahl und Anbindung passender Unterstützungsformen sowie Rückkopplung in den interprofessionellen Kontext – ist jedoch für alle Modelle zentral.

Kompetenzdimensionen

1. Fach- und Systemwissen

Sozialarbeitende benötigen ein breites, handlungsrelevantes Fachwissen über soziale Determinanten von Gesundheit, gesundheitliche Ungleichheit, gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sowie die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Lebenslage und Versorgung. Erforderlich ist ein biopsychosoziales Fallverständnis, das medizinische, psychische, soziale und institutionelle Dimensionen verknüpfen kann, ohne die Zuständigkeiten anderer Professionen zu übernehmen.

Zum Fach- und Systemwissen gehören insbesondere:

- vertiefte Kenntnisse zu Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Existenzsicherung, Erwerbsunfähigkeit, Ergänzungsleistungen, Schulden und relevanten Rechtsgrundlagen
- Kenntnis der Strukturen des ambulanten Gesundheitswesens und der Schnittstellen zu Spitälern, Psychiatrie, Rehabilitation, Spitex, Gemeinden und spezialisierten Beratungsangeboten
- Wissen zu Erwachsenenschutz, Datenschutz, Schweigepflicht, Auftragsklärung und berufsethischen Grundlagen
- Überblick über regionale Angebote, Sozialraumressourcen, Selbsthilfe, Quartierstrukturen und gemeinwesenbezogene Unterstützungssysteme
- anschlussfähiges medizinisches und psychologisches Grundwissen zur besseren Einordnung gesundheitlicher Belastungskonstellationen.

2. Methodenkompetenz

Die Tätigkeit basiert auf einer professionellen Prozesslogik aus Assessment, Situationsanalyse, sozialdiagnostischer Einschätzung, Zielklärung, Interventionsplanung, Koordination, Evaluation und Verlaufssteuerung. Zentrale Methodenkompetenzen sind:

- soziale Anamnese und biopsychosoziales Assessment
- psychosoziale Beratung und ressourcenorientierte Gesprächsführung
- Krisenintervention und professionelle Prioritätensetzung in akuten Belastungslagen
- Triage, Vermittlung und Erschliessung von Zugängen zu passenden Angeboten
- Fallführung, Case Management und Moderation multiprofessioneller Abstimmungsprozesse
- Netzwerkkoordination, Dokumentation, Berichterstattung und Mitwirkung an Evaluationen.

Triage ist in diesem Kontext nicht als rein administrative Weiterleitung zu verstehen, sondern als fachlich begründete Entscheidung über Art, Zeitpunkt und Anschlussfähigkeit notwendiger Unterstützung. Gerade bei komplexen oder dynamischen Fallkonstellationen braucht es die Fähigkeit, den Überblick zu behalten, prioritäre Schritte zu identifizieren und Unterstützungsprozesse verbindlich zu steuern.

3. Beziehungs- und Beratungskompetenz

Eine tragfähige Arbeitsbeziehung ist ein zentrales Wirkmedium der Sozialen Arbeit in der ambulanten Grundversorgung. Erforderlich sind Empathie, aktives Zuhören, Verlässlichkeit, Kontinuität, verständliche Kommunikation und die Fähigkeit, auch unter zeitlich oder situativ begrenzten Bedingungen Vertrauen aufzubauen. Von besonderer Bedeutung ist der professionelle Umgang mit Scham, Stigmatisierung, Rückzugstendenzen und Überforderung, etwa im Zusammenhang mit Armut, psychischer Erkrankung, Sucht oder sozialer Ausgrenzung. Dazu gehört eine adressat:innenorientierte Kommunikation, die unterschiedliche Bildungsniveaus, sprachliche Voraussetzungen und Gesundheitskompetenzen berücksichtigt und komplexe Systeme verständlich macht.

4. Koordinations- und Netzwerkkompetenz

Sozialarbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung verlangt ausgeprägte Kompetenzen in Koordination, Systemnavigation und Vernetzung. Fachpersonen müssen Hilfesysteme überblicken, tragfähige Kooperationsbeziehungen aufbauen, Versorgungspfade organisieren und Übergänge zwischen Praxis, Behörden, Versicherungen, sozialen Diensten und gemeindenahen Angeboten aktiv gestalten. Beschrieben wird diese Kompetenz häufig als Fähigkeit, «die Fäden zusammenzuhalten», Orientierung zu geben, Roundtables zu initiieren,

Zuständigkeiten zu bündeln und Prozesse auch dann handlungsfähig zu halten, wenn mehrere Systeme gleichzeitig beteiligt sind. Netzwerkkompetenz umfasst damit nicht nur Wissen über Angebote, sondern auch die aktive Gestaltung wirksamer Zusammenarbeit.

5. Interprofessionelle Kompetenz

Interprofessionelle Kooperation ist konstitutiver Bestandteil professionellen Handelns in diesem Feld. Sie setzt Kommunikationsfähigkeit, Perspektivenübernahme, Rollenbewusstsein, Aushandlungskompetenz und die Fähigkeit voraus, die sozialarbeiterische Perspektive in medizinisch geprägte Entscheidungszusammenhänge einzubringen. Rollen- und Auftragsklärung sind nicht als einmalige Festlegung, sondern als fortlaufender Verständigungsprozess zu verstehen, in dem Zuständigkeiten, Erwartungen, Schnittstellen und Kooperationsformen gemeinsam geklärt, überprüft und weiterentwickelt werden. Hilfreich sind klare Kick-off-Absprachen, Fallbesprechungen, transparente Informationswege und ein gemeinsames Verständnis darüber, wer in welchen Situationen welche Verantwortung übernimmt. Zur interprofessionellen Kompetenz gehört darüber hinaus der Wissenstransfer: Sozialarbeitende sensibilisieren medizinische Teams für soziale Determinanten von Gesundheit, erschwerte Versorgungslagen, Leistungsansprüche und Hilfesysteme und tragen damit zu einer differenzierteren, ganzheitlicheren Versorgungsperspektive bei.

6. Reflexive und personale Kompetenz

Das ambulante medizinische Setting ist durch Unsicherheit, Mehrdeutigkeit, Zeitdruck und widersprüchliche Erwartungen geprägt. Daraus ergeben sich hohe Anforderungen an Selbstreflexion, Ambiguitätstoleranz, Belastbarkeit, Priorisierung, professionelle Abgrenzung und die Fähigkeit, auch unter Druck differenziert zu urteilen und handlungsfähig zu bleiben. Reflexive Professionalität zeigt sich in der bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle zwischen Hilfe, Koordination, Institutionenlogik und professionsethischem Auftrag. Dazu gehören Selbstmanagement, der Umgang mit emotional belastenden Situationen, die Nutzung von Supervision und Intervision sowie die Bereitschaft, neue Versorgungsmodelle, digitale Instrumente und innovative Kooperationsformen kritisch aufzunehmen und mitzugestalten.

7. Ethische und normative Kompetenz

Die professionelle Haltung orientiert sich an Menschenwürde, sozialer Gerechtigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung, Empowerment und einer diskriminierungssensiblen Perspektive. Der Berufskodex von AvenirSocial bildet im ambulanten medizinischen Setting einen zentralen berufsethischen Referenzrahmen für die Begründung sozialarbeiterischen Handelns und für die professionelle Positionierung gegenüber anderen Berufsgruppen. Ethische Kompetenz zeigt sich insbesondere dort, wo Schutzinteressen, Datenschutz, Informationsweitergabe,

institutionelle Anforderungen und Selbstbestimmung in Spannung geraten. Erforderlich ist eine reflektierte Praxis, die handlungsfähig bleibt, ohne berufsethische Standards, Partizipation oder Rechte von Patient:innen zu relativieren.

Professionelle Haltung: Die professionelle Haltung der Sozialen Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung ist geprägt von Respekt, Ressourcenorientierung, Autonomieorientierung, Verantwortungsbewusstsein und Sensibilität für soziale Ungleichheit. Sie richtet den Blick nicht nur auf Symptome oder Einzelfaktoren, sondern auf die Lebensrealität der Betroffenen, ihre sozialen Beziehungen, ihr Umfeld und ihre Handlungsmöglichkeiten. Kennzeichnend ist eine Haltung, die Orientierung schafft, entlastet, Handlungsspielräume eröffnet und Unterstützung gemeinsam mit den Betroffenen entwickelt, statt Lösungen über ihre Köpfe hinweg festzulegen. Damit verbindet sich eine professionelle Bereitschaft, mit Unsicherheit, widersprüchlichen Erwartungen und institutionellen Begrenzungen pragmatisch, aber nicht beliebig umzugehen.

Rolle im interprofessionellen Setting:

Im interprofessionellen Versorgungskontext ist Sozialarbeit weder Assistenzfunktion noch blosse Weiterverweisungsstelle, sondern eigenständige Expertin für die soziale Dimension von Gesundheit, Krankheit und Versorgung. Ihre besondere Leistung liegt darin, Wechselwirkungen zwischen Lebenslage, sozialer Belastung, gesundheitlicher Situation, Behandlungsmöglichkeiten und institutionellen Zugängen sichtbar zu machen und daraus tragfähige Unterstützungsprozesse zu entwickeln.

Das Rollenprofil lässt sich in folgende zentrale Funktionen verdichten:

- diagnostisch: Erkennen und Einschätzen biopsychosozialer Problemlagen
- beratend: Klärung, Orientierung, Befähigung und Begleitung
- koordinierend: Fallführung, Triage, Vernetzung und Prozesssteuerung
- übersetzend: Vermittlung zwischen professionellen Logiken, Institutionen und Lebenswelten
- entwickelnd: Sensibilisierung des Versorgungssystems für soziale Determinanten und Mitgestaltung kooperativer Versorgungspfade.

Abgrenzung zu anderen Professionen:

Die professionelle Abgrenzung der Sozialen Arbeit erfolgt nicht über starre Zuständigkeitsgrenzen, sondern über ihren spezifischen Gegenstandsbezug und ihre fachliche Perspektive. Sozialarbeit fokussiert die soziale Einbettung gesundheitlicher Problemlagen, Fragen der Existenzsicherung, Teilhabe, Alltagsbewältigung, Systemzugänge und soziale Stabilisierung und ergänzt damit medizinische, pflegerische und therapeutische Handlungslogiken. Gerade

im ambulanten Setting muss diese Abgrenzung aktiv kommuniziert und in der Zusammenarbeit fortlaufend geklärt werden. Professionsklarheit und Kooperationsfähigkeit sind dabei keine Gegensätze, sondern Voraussetzungen gelingender interprofessioneller Versorgung.

Übersicht Kompetenzprofil

Dimension	Kurzbeschreibung	Zentrale Inhalte / Beispiele
Fach- und Systemwissen	Wissen über soziale Determinanten von Gesundheit, Sozial- und Gesundheitswesen sowie rechtliche Rahmenbedingungen	Sozialversicherungen, Sozialhilfe, Existenzsicherung, Schulden, relevante Rechtsgrundlagen; Strukturen des ambulanten Gesundheitswesens, Schnittstellen zu Spitälern, Psychiatrie, Spitex, Gemeinden; Erwachsenenschutz, Datenschutz, Schweigepflicht; regionale Angebote, Sozialraumressourcen, Selbsthilfe; medizinisches und psychologisches Grundwissen zur Einordnung von Belastungen
Methodenkompetenz	Strukturierte Prozessgestaltung von der Einschätzung bis zur Evaluation	Soziale Anamnese und biopsychosoziales Assessment; sozialdiagnostische Einschätzung; Zielklärung und Interventionsplanung; psychosoziale Beratung; Krisenintervention und Prioritätensetzung; Triage und Vermittlung; Fallführung und Case Management; Netzwerkkoordination, Dokumentation, Mitwirkung an Evaluationen
Beziehungs- und Beratungskompetenz	Aufbau und Gestaltung tragfähiger Arbeitsbeziehungen und adressat:innenorientierter Beratung	Empathie, aktives Zuhören, Verlässlichkeit; Umgang mit Scham, Stigmatisierung, Rückzug, Überforderung; adressat:innenorientierte Kommunikation (Sprach- und Bildungsniveau, Gesundheitskompetenz); Unterstützung in belastenden Lebens- und Krankheitssituationen, in Übergängen und Krisen
Koordinations- und Netzwerkkompetenz	Planung und Steuerung von Unterstützungsprozessen über Systemgrenzen hinweg	Überblick über Hilfesysteme; Aufbau und Pflege von Kooperationsbeziehungen; Organisation von Versorgungspfaden; Gestaltung von Übergängen zwischen Praxis, Behörden, Versicherungen, sozialen Diensten und gemeindenahen Angeboten; «die Fäden zusammenhalten», Roundtables initiieren, Zuständigkeiten klären
Interprofessionelle Kompetenz	Kooperation in multiprofessionellen Teams und Positionierung der sozialarbeiterischen Perspektive	Kommunikationsfähigkeit, Perspektivenübernahme, Rollenbewusstsein; laufende Rollen- und Auftragsklärung; Mitwirkung an Fallbesprechungen und Entscheidungsprozessen; transparente Informationswege; Wissenstransfer zu sozialen Determinanten von Gesundheit und Hilfesystemen; Sensibilisierung medizinischer Teams für soziale Aspekte

Dimension	Kurzbeschreibung	Zentrale Inhalte / Beispiele
Reflexive und personale Kompetenz	Umgang mit Unsicherheit, Komplexität und widersprüchlichen Anforderungen	Selbstreflexion, Ambiguitätstoleranz, Belastbarkeit; Prioritätensetzung unter Zeitdruck; professionelle Abgrenzung; Umgang mit emotional belastenden Situationen; Nutzung von Supervision/Intervision; Bereitschaft, neue Modelle und digitale Instrumente kritisch mitzugestalten
Ethische und normative Kompetenz	Ausrichtung an berufsethischen Leitlinien und menschenrechtlichen Standards	Orientierung an Menschenwürde, sozialer Gerechtigkeit, Teilhabe, Selbstbestimmung, Empowerment; Bezug auf den Berufskodex von AvenirSocial; Abwägung von Schutzinteressen, Datenschutz, Informationsweitergabe und Selbstbestimmung; Sicherung von Partizipation und Rechten von Patient:innen

Anhang E: Verzeichnis der verwendeten KI-Systeme und digital unterstützenden Werkzeuge

Methodische Transparenzdeklaration

- Im Erarbeitungsprozess dieser Masterarbeit kamen generative KI-Systeme unterstützend zum Einsatz. Sie dienten insbesondere als Übersetzungshilfe, zur thematischen Orientierung im Rahmen erster Recherchen, zur Formulierung kritischer Reflexionsfragen sowie punktuell zur Unterstützung bei Formulierungen, Strukturierungen und Visualisierungen.
- Die Verantwortung für Forschungsdesign, Datenerhebung, Transkription, Auswertung, Interpretation, Argumentation und Schlussfolgerungen lag jederzeit bei der verfassenden Person.
- Für die Transkription der Interviewdaten wurde der ZHAW InIT Transcription-Service genutzt. Die automatisch erstellten Transkripte wurden anschliessend sorgfältig manuell geprüft und überarbeitet.
- Die qualitative Inhaltsanalyse, die Codierung des Materials sowie die Erstellung von Matrizen und Visualisierungen erfolgten mit MAXQDA Analytics Pro 2022.
- Die eingesetzten KI-Systeme und digitalen Werkzeuge unterstützten den Arbeits- und Reflexionsprozess sowie die Aufbereitung einzelner Inhalte und Darstellungen.

Hinweis zu Abbildung 2

Die Abbildung 2 «Modell Soziale Arbeit in der ambulanten medizinischen Grundversorgung wurde inhaltlich durch die verfassende Person konzipiert. Die fachliche Struktur, die Auswahl und Anordnung der Inhalte sowie die inhaltliche Aussage der Darstellung stammen von der verfassenden Person. ChatGPT (OpenAI) wurde ausschliesslich unterstützend für die grafische Visualisierung verwendet

Verzeichnis

Dieses Verzeichnis dokumentiert die bei der Erarbeitung der vorliegenden Masterarbeit verwendeten generativen KI-Systeme sowie weitere digital unterstützende Werkzeuge gemäss den Vorgaben des ZHAW Departements Soziale Arbeit.

Verwendetes System bzw. Werkzeug	Verwendungszweck
OpenAI. 2026. *ChatGPT* (GPT-5.5-Version) [Large language model]. Verfügbar unter https://chatgpt.com/	Unterstützung beim Übersetzen einzelner Begriffe und Textpassagen; kritischer Reflexionsfragen zur Arbeitsbeurteilung; Unterstützung bei Formulierungen und stilistischen Präzisierungen; unterstützende grafische Visualisierung von Abbildung 2 auf Grundlage einer inhaltlich von der verfassenden Person konzipierten Darstellung.
Perplexity AI. 2024. *Perplexity*. Verfügbar unter: https://www.perplexity.ai/	Unterstützung bei den ersten Recherchen, bei der kritischen Reflexion der Arbeitsbeurteilung, um Inkonsistenzen, Stringenz und Redundanzen zu erkennen
DeepL SE. 2024. *DeepL Translator*. Verfügbar unter: https://www.deepl.com-/translator	Unterstützung beim Übersetzen einzelner Textpassagen und Begriffe
Microsoft. 2024. Rechtschreib- und Grammatikprüfung in Microsoft Word, integriert in Microsoft Word.	Rechtschreibeprüfung sowie sprachliche Glättung auf Ebene von Orthografie, Grammatik und Interpunktion
VERBI Software. 2022. *MAXQDA Analytics Pro 2022*. Verfügbar unter: https://www.maxqda.com.	Digital unterstützendes Werkzeug zur Codierung, Strukturierung und Auswertung der Interviewtranskripte sowie zur Erstellung thematischer Matrizen und zur Visualisierung des Kategoriensystems; kein generatives KI-System, sondern ein softwaregestütztes Analysewerkzeug
ZHAW InIT. 2026. *ZHAW InIT Transcription-Service*. ZHAW-interner Transkriptionsdienst.	Automatisierte Ersttranskription der MP3-Dateien der Expert:inneninterviews als Grundlage für die anschliessende manuelle Korrektur, sprachliche Glättung und Anonymisierung; die Interviews wurden anschliessend Satz für Satz mit den Originalaufnahmen abgeglichen.