

Aus dem Krankenbett zum Arbeitsversuch

Bewältigung somatoformer chronischer Krankheit
vor dem Hintergrund des aktivierenden Sozialstaats



Fabian Nievergelt

Eingereicht bei Prof. Dr. Eva Nadai

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Januar 2015 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelor Thesis befasst sich mit dem aktivierenden Sozialstaat und fragt, welche Auswirkungen dieser auf die Krankheitsbewältigung von Menschen mit somatoformen Störungen hat. Dazu werden die Entstehung des Sozialstaats, seine «Krise» und die anschließende Hinwendung zur Aktivierung seiner Bürgerinnen und Bürger aufgezeigt. Weiter wird, mit Schwerpunkt auf dem salutogenetischen Modell, in die Themen Gesundheit/Krankheit eingeführt. Diese werden schliesslich mit Modellen zur Krankheitsbewältigung ergänzt. Der Verfasser beantwortet seine Fragestellung, indem er sozialstaatliche Aktivierungsmassnahmen anhand des transaktionalen Stressmodells von Lazarus analysiert. Dadurch wird deutlich, dass die sozialstaatliche Aktivierung für Betroffene einen Stressor darstellt, den sie bewältigen müssen. Ergänzend werden wichtige individuelle und strukturelle Faktoren vorgestellt, welche die Krankheitsbewältigung der Betroffenen unter den Rahmenbedingungen des aktivierenden Sozialstaats beeinflussen.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	ii
Abkürzungsverzeichnis	iv
1. Einleitung	5
2. Der Sozialstaat in der Moderne	7
2.1. Entstehung und Funktionen des modernen Sozialstaats	7
2.2. Krise des Sozialstaats	10
2.3. Wandel von Welfare zu Workfare	11
3. Soziale Sicherheit in der Schweiz	14
3.1. Historische Entwicklung	14
3.2. Aktuelle Situation	15
3.3. Die Invalidenversicherung (IV)	17
3.4. Aktivierende Elemente im Sozialstaat Schweiz	19
4. Gesundheit und Krankheit	22
4.1. Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit	22
4.2. Gesundheit als Zusammenspiel von Körper, Psyche und sozialen Faktoren	24
4.3. Die Salutogenese als umfassendes Modell von Gesundheit	26
4.3.1. <i>Widerstandsressourcen und -defizite</i>	28
4.3.2. <i>Kohärenzgefühl</i>	29
4.3.3. <i>Bewältigungsstrategien und Lebensbedingungen</i>	30
4.4. Somatoforme Störungen	31
5. Krankheitsbewältigung im aktivierenden Staat	34
5.1. Modelle zur Krankheitsbewältigung	34
5.1.1. <i>Transaktionales Stressmodell nach Lazarus</i>	35
5.1.2. <i>Kohärenzgefühl und Krankheitsbewältigung</i>	36
5.1.3. <i>Bewältigungsaufgaben chronisch kranker Personen</i>	38
5.2. Auswirkungen sozialstaatlicher Aktivierung auf die Krankheitsbewältigung	39
5.3. Einflussfaktoren zur erfolgreichen sozialstaatlichen Aktivierung bei somatoform chronisch kranken Personen	41
5.3.1. <i>Individuelle Faktoren</i>	42
5.3.2. <i>Strukturelle Faktoren</i>	43
6. Resümee und Ausblick	46
7. Literaturverzeichnis	50
Anhang	55

Abkürzungsverzeichnis

AEV	Allgemeine Erwerbsversicherung
AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung
ALV	Arbeitslosenversicherung
ATSG	Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts
AVIG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
BFS	Bundesamt für Statistik
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
BV	Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft
BVG	Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge
EL	Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung
EMRK	Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention)
EOG	Bundesgesetz über den Erwerbssersatz für Dienstleistende und bei Mutterschaft
GRD	<i>general resistance deficits</i> , generalisierte Widerstandsdefizite
GRR	<i>general resistance resources</i> , generalisierte Widerstandsressourcen
HEDE	<i>health-ease/dis-ease</i> , Gesundheit/Ent-Gesundung, Gesundsein/Kranksein
ICD	<i>International Classification of Diseases</i> , Internationale Klassifikation der Krankheiten
IV	Invalidenversicherung
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
NFA	Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung
PÄUSBONOG	pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
SOC	<i>sense of coherence</i> , Kohärenzgefühl
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt
WHO	<i>World Health Organization</i> , Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Das Vorhandensein eines Sozialstaats wird heute in westlichen Staaten als selbstverständliche Tatsache betrachtet. Dabei ist die Errungenschaft, die soziale Risiken unserer industriekapitalistischen Gesellschaften abfedert, verhältnismässig jung. Sozialstaatliche Leistungen ermöglichen es Personen, zu bestimmten Zeiten im Leben oder unter gewissen Umständen ihren Lebensunterhalt zu bestreiten, ohne ihre Arbeitskraft verkaufen zu müssen. Sie haben demnach eine dekommodifizierende Wirkung. Wie die gesellschaftlichen Verhältnisse, hat sich auch der Sozialstaat stets weiterentwickelt. So wurde beispielsweise auf sich verändernde Risiken reagiert und durch die Einführung neuer Leistungen der sozialstaatliche Schutz ausgebaut. Obwohl die grösseren Würfe des Sozialstaats auf den ersten Blick bereits vorbei zu sein scheinen, befindet er sich nach wie vor im Wandel. Unsere Industriegesellschaft und der flexible Kapitalismus sind dabei treibende Kräfte. Die Veränderungen des Sozialstaats werden mitunter als «Neuerfindung des Sozialen» (Lessenich 2013) bezeichnet. Diese Wortwahl lässt erahnen, wie tiefgreifend sich diese Neuerungen auf unsere Gesellschaft auswirken. Konkret findet seit rund 30 Jahren ein international beobachtbarer Rückbau (sozial-)staatlicher Leistungen statt mit gleichzeitiger Appellation an die Eigenverantwortung der Individuen. Die Menschen sollen ihr Schicksal selbst in die Hand nehmen und ihr Leben durch ein hohes Mass an Eigeninitiative und -verantwortung gestalten. Statt «passiv» monetäre Leistungen zu beziehen, sollen sie sich aktiv betätigen und ihren Lebensunterhalt möglichst selbständig erwirtschaften. Dies bedeutet, dass sie «aktiviert», also in geeigneter Form dazu gebracht werden müssen, genau dies zu tun.

Seit den vergangenen 10 Jahren zeichnet sich diese neuere Sozialpolitik auch in der Schweiz ab. Der Ruf nach mehr Eigenverantwortung trifft dabei insbesondere jene Personen, die aus unterschiedlichen Gründen keiner Arbeit nachgehen. Nebst einem Teil der Sozialhilfebeziehenden sind dies hauptsächlich Menschen, die eine Invalidenrente beziehen. Der Fokus dieser Bachelor Thesis liegt auf der letztgenannten Personengruppe und hat zum Ziel, den Einfluss aktivierender Sozialpolitik auf die individuelle Bewältigung von Krankheit zu erhellen. Dabei liegt ihr die Annahme zugrunde, dass die sozialstaatliche Aktivierung von kranken Personen ihren Umgang mit der Krankheit und dadurch ihr Bewältigungshandeln beeinflusst. Nebst rein biomedizinischen Elementen einer Krankheit sind immer auch psychische und soziale Faktoren für den Umgang und die Bewältigung bedeutsam. Wie die Aktivierung durch den Sozialstaat die Krankheitsbewältigung beeinflusst, bleibt vorerst offen und soll in der Arbeit erörtert werden. Es sind mehrere Szenarien denkbar, bei denen die sozialstaatliche Aktivierungspolitik positiv und/oder negativ wirken könnte. Dazu werden die folgenden drei Thesen formuliert:

- Sozialstaatliche Aktivierungsbemühungen stellen für die Betroffenen eine zusätzliche Belastung dar, da sie sich nebst ihrer Krankheit mit weiteren Anforderungen konfrontiert se-

hen. Dadurch erhöht sich das globale Stresslevel, was sich auf eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung negativ auswirkt.

- Indem kranke Personen darin unterstützt werden, sich in einer geeigneten Form wieder ins Erwerbsleben zu integrieren, leistet die sozialstaatliche Aktivierungspolitik einen Beitrag zu einer gelungenen Krankheitsbewältigung der Betroffenen. Der Sozialstaat unterstützt dadurch die soziale Integration des Individuums in die Gesellschaft.
- Obwohl durch die Aktivierung vorübergehend mehr Stress ausgelöst wird, was die Krankheitsbewältigung erschwert, wird durch die soziale Integration der Betroffenen ihre Bewältigung der Krankheit insgesamt gefördert. Die sozialstaatliche Aktivierung kann demzufolge sowohl positiv wie auch negativ wirken.

Für diese Arbeit wird eine Eingrenzung auf Menschen mit somatoformen Störungen vorgenommen. Somatoforme Störungen äussern sich in wiederholten unterschiedlichen körperlichen Symptomen, welche sich nicht oder nicht hinreichend durch organische Befunde erklären lassen. Sie gehen oftmals mit dem Verlust oder zumindest mit Einschränkungen in sozialen und familiären Rollen und Funktionen einher (vgl. Dilling et al. 2014: 224ff.). Gerade die soziale Rolle der Arbeitnehmerin/des Arbeitnehmers wird von solchen Erkrankungen stark beeinträchtigt. Somatoforme (Schmerz-)Störungen gehören, nebst einigen anderen und teilweise sehr ähnlichen Beschwerdebildern, zu jener Gruppe von Krankheiten, welche seit der sechsten Revision des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung faktisch nicht mehr versichert sind. Es handelt sich demzufolge um Personen, die früher oftmals eine Rente erhielten oder aus heutiger Sicht tendenziell gute Chancen darauf gehabt hätten. Diese Personengruppe ist nun im Vergleich zu früher verstärkt von der sozialstaatlichen Aktivierung betroffen, da für solche Beschwerdebilder keine neuen Renten mehr erteilt und bereits gesprochene Renten wieder aufgelöst werden. In der Folge wird von den Betroffenen erwartet, sich erneut in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Aus der obigen Herleitung ergibt sich nun folgende Fragestellung:

Welche Auswirkungen hat eine sozialstaatliche Aktivierungspolitik auf die Krankheitsbewältigung von somatoform chronisch kranken Personen und unter welchen Prämissen kann sie erfolgreich sein?

Die vorliegende Bachelor Thesis ist eine theoretische Auseinandersetzung mit der obigen Fragestellung und gliedert sich grob in drei Teile. Kapitel 2 und 3 befassen sich mit dem Sozialstaat an sich und der Situation in der Schweiz. Anschliessend werden in Kapitel 4 die Entstehung von Gesundheit und verschiedene Auffassungen von Gesundheit und Krankheit erläutert, sowie in das Krankheitsbild der somatoformen Störungen eingeführt. Kapitel 5 befasst sich mit Modellen zur Krankheitsbewältigung und beantwortet die Fragestellung. Abschliessend folgen ein Resümee und ein kurzer Ausblick.

2. Der Sozialstaat in der Moderne

Der Sozialstaat¹ der Moderne ist eine relativ junge Errungenschaft, die theoretische Auseinandersetzung damit hat sich erst im Verlauf der vergangenen rund 30 Jahre entwickelt. Trotz nationalen Eigenheiten in der institutionellen Ausgestaltung lassen sich in Europa Gemeinsamkeiten in den jeweiligen Sozialreformen erkennen (vgl. Kaufmann 1998: 6f.). Der moderne Sozialstaat wird als politisches Arrangement verstanden, welches die Probleme und sozialen Missstände einzudämmen versucht, die durch die Einführung der Industriegesellschaft hervorgebracht wurden. Dadurch kompensiert er materielle Notlagen und soziale Ungleichheiten in der heutigen industriekapitalistischen Gesellschaft (vgl. Lessenich 2012: 47f.). Zum besseren Verständnis des Sozialstaats, seinen Funktionen und der aktuellen Veränderungen, wird seine Entstehungsgeschichte im folgenden Unterkapitel thematisiert.

2.1. Entstehung und Funktionen des modernen Sozialstaats

Die Entstehung des modernen Sozialstaats kann nicht unabhängig von der historischen Entwicklung der Lohnarbeit betrachtet werden. Die Arbeit in der feudalen Gesellschaft des 14. bis 17. Jahrhunderts wurde weitgehend durch die Zünfte reglementiert und organisiert. Arme, die nicht selber für ihren Lebensunterhalt aufkommen konnten, wurden einem Arbeitszwang unterworfen und zur Arbeit erzogen. Die Arbeit wurde also moralisch oder religiös reguliert und musste durch externe Zwangssysteme gerahmt werden. Jene Personen, die arbeitsunfähig waren, wurden von der lokalen Fürsorge unterstützt. Gleichzeitig wurden arbeitsfähige Personen, die nicht oder nur gelegentlich eine Arbeit fanden und deshalb häufig von einem Ort zum anderen zogen (Vagabunden, Landstreicher) von der Fürsorge entkoppelt. Sie wurden an den Rand der Gesellschaft gedrängt und lebten unter prekären Bedingungen (vgl. Castel 2008: 98ff.). Diese an den Randzonen der Gesellschaft lebenden Personen waren keine Einzelfälle, sondern breiteten sich immer mehr aus und die Verelendung betraf auch jene, die zwar arm waren, aber einer Arbeit nachgingen. Castel spricht von einer «massenhafte[n] Verwundbarkeit» (ebd.: 99), welche verhinderte, dass die Armut in die Gesellschaft integriert wurde und deshalb das gesellschaftliche Gleichgewicht bedrohte.

Mit dem Ende des Ancien Régimes kam es im Zuge der Französischen Revolution (1789) und der Industrialisierung zu einer grundlegenden Änderung der Arbeitsverhältnisse. Nun wurde die Arbeit als Tauschwert erkannt, als Ware, die auf einem Markt verkauft werden konnte. Voraussetzung für das Funktionieren dieser Tauschfreiheit war die Befreiung der Arbeit und die Liberalisierung der Lohnarbeit. Die Arbeitsverhältnisse bedingten deshalb einer Übereinkunft zwischen Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden, welche vertraglich geregelt

¹ Der Begriff Sozialstaat wird vorwiegend im deutschen Sprachraum verwendet, während im internationalen Kontext die Bezeichnung Wohlfahrtsstaat (*welfare state*) üblich ist. Lessenich (2012: 25f.) verbindet mit Sozialstaat die institutionelle Ausgestaltung und das entsprechende Instrumentarium, mit Wohlfahrtsstaat insbesondere die gesellschaftliche Bedeutung. In diesem Sinne wird in dieser Arbeit stets von Sozialstaat gesprochen.

wurde. Die bisherige Art und Weise, wie Arbeit organisiert wurde (durch Zünfte geregelt und Zwangsarbeit), musste aufgegeben werden (vgl. ebd.: 153ff.).

Durch die Industrialisierung veränderten sich auch die Lebensbedingungen der Menschen nachhaltig. Neben einem Bevölkerungswachstum, welches hauptsächlich auf grössere Lebensmittelproduktion, medizinische Fortschritte und verbesserte Hygiene zurückzuführen ist, begannen Prozesse der Urbanisierung. Die Arbeiter zogen mit ihren Familien in die Städte, um dort Arbeit in den zahlreichen Manufakturen zu finden. Die bisherigen familiären Arbeitsstrukturen wandelten sich abrupt hin zu ausserhäuslicher Beschäftigung, welche alle Familienmitglieder gleichermaßen betraf. Die Arbeitsbedingungen waren äusserst schlecht und ausbeuterisch, insbesondere Kinder wurden anfänglich kaum geschützt. Aufgrund der geringen Löhne und der mangelnden gesellschaftlichen Einbindung verschlechterte sich die Lage der arbeitenden Klasse, des Proletariats, zunehmend und es kam zur Entstehung des Pauperismus². Die eben dargestellten gesellschaftlichen Umstände lassen in den 1830er-Jahren die «soziale Frage» aufkommen, die nach Castel (2008: 17, 203) den Pauperismus als Kristallisationskern hat und nach den Bedingungen der Lohnarbeit fragt. Er definiert die «soziale Frage» als «eine fundamentale Aporie, an der eine Gesellschaft das Rätsel ihrer Kohäsion erfährt und das Risiko ihrer Fraktur abzuwenden sucht» (ebd.: 17). Dieses Risiko einer Fraktur, also eines gesellschaftlichen Bruchs, wurde mit der Einführung des Sozialeigentums abgewendet. Dieses bezweckte die Verringerung von Ungleichheiten, indem Sozialleistungen für alle Personen geschaffen wurden. Die Einführung des Sozial- oder Kollektiveigentums war nicht zuletzt auch der zunehmenden sozialen Differenzierung der damaligen Industriegesellschaft geschuldet, in der die Lohnarbeit eine strukturelle Position einnahm. Umgesetzt wurde dieses neue soziale Vermögen durch die Schaffung eines Transferkapitals, welches den Erwerbsausfall kompensierte (vgl. ebd.: 271ff.). Dank des Transferkapitals, das nach der Versicherungslogik funktioniert, konnten sowohl das individuelle Eigentumsrecht wie auch die kollektive Schutzfunktion miteinander vereint werden. Indem die Sozialleistungen eng mit Erwerbsarbeit verknüpft wurden, war es zudem möglich, das bürgerliche Leistungsprinzip des Individuums aufrecht zu erhalten (vgl. Geisen 2001b: 24f.).

Der bereits nach dem Ersten Weltkrieg aufgekommene Fordismus dominierte die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg. Sie war geprägt durch die Rationalisierung und Standardisierung von Arbeitsprozessen, welche die Massenproduktion von Konsumgütern ermöglichte. Das Wirtschaftswachstum und die Quasi-Vollbeschäftigung wurden ergänzt durch die immer umfassenderen Leistungen der Sozialversicherungen, was einen «sozialen Kapitalismus» ermöglichte. Dadurch trat die soziale Frage deutlich in den Hintergrund, sie «schien sich im Glauben an einen unbegrenzten Fortschritt aufzulösen» (Castel 2008: 335).

² lat. *pauper* = arm. Pauperismus bezeichnet die Massenarmut zu Beginn des 19. Jahrhunderts, welche weder individuelle noch ausserordentliche Umstände zum Grund hat, sondern «mit der Entwicklung der Industrialisierung und des Reichtums unvermeidbar gekoppelt ist» (Merrien 2014: o. S.).

Rückblickend lässt sich erkennen, dass die Einführung des Sozialstaats eine Voraussetzung für das Fortbestehen einer kapitalistischen, an Lohnarbeit orientierten Gesellschaft war. Lessenich (2012: 66) bezeichnet den Sozialstaat deshalb als «Reaktion (...) des politischen Systems auf veränderte wirtschaftliche Gegebenheiten bzw. auf soziale Probleme und Verwerfungen, die sich im Zuge des historischen Übergangs von der Agrar- zur Industriegesellschaft einstellen». Da die Industrialisierung neue soziale Bedürfnisse wie auch Notlagen hervorbrachte, musste der Staat darauf mit der öffentlichen Kompensation dieser privaten Nöte reagieren. Gleichzeitig entstanden durch das Wirtschaftswachstum nicht nur der Bedarf an sozialstaatlichen Leistungen, sondern überhaupt erst die materiellen Ressourcen dazu. Nicht zuletzt werden auch Prozesse der Säkularisierung und Demokratisierung angeführt, welche zumindest ansatzweise die sozialstaatliche Entwicklung beeinflusst haben (vgl. ebd.: 66ff.). Kaufmann (1998: 11f.) sieht den Erfolg der sozialen Sicherungssysteme in der Kombination seiner ökonomischen, politischen, kulturellen und sozialen Wirkungsfaktoren begründet. Die ökonomische Wirkung liegt in der Verbesserung der Humankapitalbildung und der Arbeitsbereitschaft, was eine höhere Arbeitsproduktivität zur Folge hat. Auf politischer Ebene wirkt der Sozialstaat friedensstiftend, indem er insbesondere die Klassengegensätze vermindert. Die Legitimität des Staats und die Herstellung eines Gerechtigkeitsempfindens werden durch die kulturelle Wirkung erreicht. Schliesslich sichert die Sozialpolitik den Bereich des privaten Lebens, wo das Humankapital reproduziert und regeneriert wird. Diese Faktoren verstärken und stabilisieren sich wechselseitig, ihre synergetischen Effekte kommen in mehreren gesellschaftlichen Funktionsbereichen gleichzeitig zum Tragen.

Nebst der obigen, sehr allgemein gehaltenen, Definition des Sozialstaats zeigt Lessenich eine differenziertere Bestimmung seiner Funktionen und seines Wesens auf. Dazu merkt er an, dass der Sozialstaat ein ambivalentes staatliches Arrangement ist, welches zwar oft Gutes tut, genauso oft jedoch auch Individuen begrenzt, bevormundet oder vernachlässigt. Sozialstaatliches Handeln besteht nicht nur aus dem Hilfsgedanken, sondern der Sozialstaat ist gleichermaßen «*auch* eine Instanz politischer Herrschaft in hochdifferenzierten Gesellschaften, ein Instrument sozialer Steuerung, Kontrolle und Disziplinierung» (Lessenich 2012: 28; Hervorhebung im Original). Lessenich beschreibt die folgenden sieben Strukturprinzipien des Sozialstaats (vgl. ebd.: 29ff.):

- **Modernisierung:** Für die funktionale Differenzierung der Gesellschaft kann der Sozialstaat als Voraussetzung gesehen werden, denn er ermöglichte es der Wirtschaft nach rein ökonomischen Prinzipien zu funktionieren. Weiter wurde das System der Lohnarbeit gesellschaftlich verankert, was wiederum Individualisierungsprozessen Vorschub leistete.
- **Normalisierung:** Diese zunehmende Individualisierung wird allerdings eingeschränkt durch neue Abhängigkeiten, insbesondere von Markt und Staat (statt wie zuvor durch Haushalt und Familie). Durch sozialpolitische Regelungen werden soziale Beziehung und damit auch gesamtgesellschaftliche Verhältnisse normalisiert und standardisiert.

- *Umverteilung*: Eine der zentralsten sozialstaatlichen Aufgaben besteht in der systematischen Umverteilung von Reichtum mit dem Ziel, die Lebenschancen für alle Personen ungeachtet ihrer sozialen Position anzugleichen. Dadurch wird der Einfluss des Marktes begrenzt und Sicherheit für jene geschaffen, die nicht daran teilnehmen können.
- *Sicherung*: Wie der Name bereits impliziert, funktionieren Sozialversicherungen nach der Versicherungslogik, die Folgen von bestimmten Risiken absichert. Kollektive Risiken bedingen eine gesamtgesellschaftliche Kompensation, welche für individuelle Schäden aufkommt – und dabei die Schuldfrage ausser Acht lässt.
- *Integration*: Die Einführung der Sozialversicherungen liess den Klassenkonflikt zwischen Proletariat und Bourgeoisie in den Hintergrund treten, förderte den Solidaritätsgedanken und den sozialen Zusammenhalt der Individuen, wohl immer auch im Wissen, selbst einmal von sozialstaatlichen Leistungen Gebrauch machen zu können (oder zu müssen).
- *Relationierung*: Durch seine institutionelle und programmatische Ausgestaltung wird der Sozialstaat selbst zu einer Macht, welche die Gesellschaft gestaltet und ordnet. Als Instanz gesellschaftlicher Relationierung beeinflusst er die Rollen und Positionen der verschiedenen Akteure massgeblich.
- *Stabilisierung*: Der Staat ist untrennbar mit der Ökonomie verbunden, er muss nebst Aufgaben der Kapitalakkumulation auch jene politischer Legitimation übernehmen, um zum Sozialstaat zu werden. Deshalb ist er selbst sehr krisenbehaftet und ständig um die Stabilisierung und Institutionalisierung dieser Krisen bemüht.

Abschliessend sei an dieser Stelle erwähnt, dass es nebst den verbreitetsten, in diesem Unterkapitel nachgezeichneten, funktionalistischen Erklärungsansätzen zur Entstehung des Sozialstaats auch weitere Ansätze gibt, die ihre Schwerpunkte anders setzen. So betrachten interessen- bzw. konflikttheoretische Ansätze die Rolle der Demokratisierung, institutionalistische Ansätze jene der Institutionen und ihren Handelns, gender-soziologische Ansätze beschäftigen sich mit den Geschlechterverhältnissen und ideenpolitische Ansätze insbesondere mit der Frage, wie das Verhältnis von individueller Freiheit und kollektiver sozialer Sicherheit geregelt werden soll (vgl. dazu ebd.: 73ff.).

2.2. Krise des Sozialstaats

Der Sozialstaat hat sich in modernen Gesellschaften als ein institutionalisiertes Hilfssystem durchgesetzt, das der Bevölkerung im Bedarfsfall Leistungen garantiert. Er schafft dadurch «einen Sicherheitshorizont des täglichen Lebens auf unbegrenzte Zeit in den sachlichen Grenzen der Organisationsprogramme» (Luhmann 1973 zit. in Dahme et al. 2003: 9). Im Europa nach dem Zweiten Weltkrieg führte der weitreichende Ausbau des Sozialstaats zum sozialen Schutz für die Mehrheit der Bevölkerung, zu einer gleichmässigeren Einkommensverteilung sowie zu politischer und wirtschaftlicher Stabilität (vgl. Kaufmann 1998: 6). In diesem Zusammenhang bezeichnet Castel (2009: 24) die Nachkriegsgesellschaften als «Versiche-

rungsgesellschaften». Seit den 1970er-Jahren gilt das bisherige sozialstaatliche Arrangement als veraltet, nicht mehr in der Lage, die aktuellen wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen aufzufangen. Die institutionelle Gestalt des Sozialstaats erscheint nicht mehr zeitgemäss. Kaufmann (1998: 13ff.) sieht insbesondere drei Gründe: Erstens der strukturelle Wandel von industrieller Produktion (Sekundärsektor) hin zu Dienstleistungsberufen (Tertiärsektor), der vermehrt Menschen aus dem Arbeitsprozess verdrängt, weil tendenziell höhere berufliche Qualifikationen erwartet werden. Zweitens sind «atypische» Formen des privaten Lebens, etwa die ausserhäusliche Erwerbstätigkeit von Frauen oder Ein-Eltern-Familien hinsichtlich sozialstaatlicher Leistungen nur ungenügend abgesichert. Und drittens lassen sich die globale Kapitalmobilität und deren Folgen für die einzelnen Nationalstaaten immer schwerer steuern. Die im zweiten Punkt angetönte Erosion traditioneller Formen von Erwerbsarbeit bedeutet eine Abkehr von der männlichen «Normalerwerbsbiografie», also der geregelten und gradlinigen Abfolge von Ausbildung, Erwerbsarbeit und Ruhestand. Dieses männliche Ernährermodell (*male breadwinner model*) entspricht nicht mehr der aktuellen Realität, es hat sich vielmehr zu einem Modell gewandelt, bei dem alle erwachsenen Personen, Frauen und Männer, zu Erwerbstätigen und ErnährerInnen werden (*everyone's a breadwinner, adult worker*) (vgl. Geisen 2001a: 10; Esping-Andersen 1999: 33; Klammer 2001: 281). Aufgrund der veränderten privaten Lebensformen, die unter anderem eine rückläufige Geburtenquote mit sich bringen, gerät der «Generationenvertrag» in Gefahr (vgl. Geisen 2001a: 10). Die demografische Entwicklung führt deshalb zu einem Finanzierungsproblem, da immer weniger Arbeitstätige für immer mehr pensionierte Personen aufkommen müssen. Nebst der sozialen und finanziellen ist der Sozialstaat auch von einer politischen und legitimatorischen Krise betroffen. Von diesen Seiten wird dem Sozialstaat vorgeworfen, die BürgerInnen zu entmündigen, eine passive Anspruchshaltung zu fördern, falsche Anreize zu setzen und die Eigeninitiative zu lähmen (vgl. Nadai 2007: 11; Gilbert 2004: 39). Dahme et al. (2003: 9) merken an, dass bei der Suche nach der Neugestaltung des Sozialstaats oft Fragen zur Finanzierung «mit einer normativ-ideologischen Neuprogrammierung des Hilfesystems gemischt» werden.

2.3. Wandel von *Welfare* zu *Workfare*

Diese politische Neuprogrammierung der sozialstaatlichen Institutionen ist seit den 1980er-Jahre in den USA und rund zehn Jahre später auch in Europa zu beobachten. Sie wird mit verschiedenen Begrifflichkeiten (u. a. *welfare to work*, *enabling state*, Aktivierung, aktivierender Staat, Fördern und Fordern, *Workfare*³) beschrieben und verfolgt das Ziel, erwerbslose Personen unter Zuhilfenahme von verpflichtenden Massnahmen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren und dadurch der Lohnarbeit zurückzuführen (vgl. Wyss 2013: 9). Als Entstehungsvoraussetzung für den Wandel vom klassischen zu einem an *Workfare* orientierten So-

³ *Workfare* setzt sich aus den englischen Wörtern *work* (Arbeit) und *welfare* (Wohlfahrt) zusammen.

zialstaat kann der Übergang von einem institutionell gebundenen zum globalisierten und von institutionellen Bindungen unabhängigen Kapitalismus gesehen werden. Durch den Zusammenbruch der Sowjetunion nach 1989 schien es nicht mehr notwendig, hohe sozialstaatliche Leistungen auszurichten, denn es drohte kein Umsturz zum Sozialismus oder Kommunismus mehr (vgl. ebd.: 17f.).

Wyss (2013: 39ff.) beschreibt die Argumentationslinien dreier Schlüsseltexte unterschiedlicher politischer Strömungen, welche die Einführung von Workfare fordern sowie die damit verbundenen wichtigsten Merkmale in der praktischen Umsetzung:

- *Neokonservatismus*: Gemäss neokonservativer Argumentation werden armutsbetroffene Personen durch Sozialleistungen in eine Abhängigkeit des Staats geführt, was ihre Leistungsmoral und Disziplin negativ beeinflusst. Dadurch werden sie in der sogenannten «Armutsfalle» gefangen und können nicht mehr durch eigene Leistung herausfinden. Zur Lösung dieses Problems wird vorgeschlagen, sämtliche Sozialleistungen für alle Personen im Erwerbsalter vollständig einzustellen, zeitlich einzuschränken oder zumindest soweit zu kürzen, dass sie als unattraktiv erscheinen. Betroffene werden als faul, arbeitsscheu, amoralisch, verantwortungslos, scheininvalid etc. diffamiert (vgl. ebd.: 40ff., 77ff.).
- *Neoliberalismus*: Die neoliberale Sichtweise sieht vor, dass Sozialleistungen nur noch im Zusammenhang mit Gegenleistungen ausgerichtet werden, hauptsächlich mit der Verpflichtung zur Arbeit. Dieses autoritäre Vorgehen stellt sich in den Dienst der Wirtschaft und soll es den Betroffenen einfacher machen, wieder arbeitstätig zu werden. Sozialhilfe beziehende Personen werden insofern als schuldig angesehen, da sie nicht alleine für ihren Lebensunterhalt aufkommen können. Der Staat muss das richtige Verhalten seiner BürgerInnen erzwingen – und deshalb die Pflicht zur Arbeit einführen (vgl. ebd.: 50ff., 97ff.).
- *New Labour*: Der von *New Labour* eingebrachte Standpunkt stellt die Globalisierung und ihre Effekte in den Vordergrund. Demzufolge müssen sich die Individuen diesen Umständen anpassen, frei vergebene Sozialleistungen wirken dazu eher kontraproduktiv. Vielmehr sollen die einzelnen Individuen befähigt werden, mit den durch die Globalisierung aufkommenden Risiken umzugehen – gleichzeitig aber auch die sich bietenden Chancen wahrzunehmen. Dazu werden verpflichtende Programme der gestützten Beschäftigung und die Bewerbungspflicht eingeführt (vgl. ebd.: 62ff., 116ff.).

Zur «Lösung» der – je nach Standpunkt mehr oder weniger objektivierbaren – Krise des klassischen Sozialstaats wird ein deutlicher Umbau in den sozialstaatlichen Systemen vorgenommen. Trotz politisch unterschiedlichen Argumentationsweisen und verschiedenen Massnahmen wird stets das gleiche Ziel verfolgt, nämlich die Rückführung erwerbsloser Personen in den Arbeitsmarkt. Das sozialstaatliche Arrangement unterwirft sich der ökonomischen Logik und wird «primär in den Dienst von Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik gestellt, um die nationale Konkurrenzfähigkeit im globalen Standortwettbewerb zu fördern» (Nadai 2007: 11). Der Fokus liegt dabei nicht mehr auf dem individuellen, sondern dem gesamtgesellschaftli-

chen Wohlergehen. Anstelle von gesellschaftlicher Solidarität mit einzelnen Individuen, sollen sich die Menschen für die Allgemeinheit als nützlich erweisen: «‹Sozial› ist der bzw. die Einzelne, wenn, soweit und solange er/sie Eigenverantwortlichkeit, Selbstsorge und pro-aktives Verhalten zeigt (...).» (Lessenich 2013: 17) Als Folge findet eine Abkehr von frei vergebenen, bedarfsgerechten Sozialleistungen statt, die durch tendenziell betragsmässig tiefere und zeitlich kürzere sowie an Pflichten geknüpfte Leistungen ersetzt werden (vgl. Nadai 2007: 11f.; Dahme/Wohlfahrt 2003: 77ff.; Gilbert 2004: 43ff.).

Mit dem neuen sozialstaatlichen Ziel, die Wettbewerbsfähigkeit von Personen auf dem Arbeitsmarkt sicherzustellen, investiert der Staat in die Produktivität seiner BürgerInnen. Indirekt bei der Produktion von Humankapital (Bildung, Erziehung, Familie), direkt bei unterstützungsbedürftigen Personen. Bei letzteren wird hauptsächlich in deren Beschäftigungsfähigkeit investiert, um danach eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt anzustreben. Dazu muss eine Segmentierung der LeistungsbezügerInnen vorgenommen werden, um die gewünschte Zielgruppe direkt ansprechen zu können (sogenanntes *Targeting*, Gilbert 2004: 43ff., 135ff.). Das *Targeting* ermöglicht es dem Staat jene Personen zu selektieren, die für Investitionen lohnenswert erscheinen. Beim Rest werden Unterstützungsleistungen vermehrt abgebaut. Beziehen Personen ‹passiv› Leistungen, bspw. im Rahmen der Invalidenversicherung oder der Sozialhilfe, müssen sie gemäss des neuen sozialpolitischen Verständnisses ‹aktiviert› werden, damit sie wieder selbständig werden und für den eigenen Lebensunterhalt aufkommen können. Es wird ihnen implizit also fehlende Eigeninitiative, mangelnde Selbstverantwortung und Faulheit unterstellt. Stattdessen sollen sie, entsprechend der Vorstellung des homo oeconomicus', ihren eigenen ökonomischen Nutzen maximieren (vgl. Maaser 2003: 18ff.; Nadai 2007: 12). Die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit oder die Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen soll durch finanzielle Anreizsysteme erreicht werden. Personen, die sich verweigern, werden mit finanziellen Sanktionen diszipliniert.

Gegen einen seine BürgerInnen für ein eigenständiges Leben befähigenden Staat kann wohl nicht viel Kritik eingewendet werden. Allerdings verschleiert diese vordergründige Aktivierungspolitik den Umstand, dass gleichzeitig die soziale Sicherheit abgebaut wird (vgl. Opielka 2003: 543ff.). Wyss (2013: 12f., 39) spricht in Bezug auf *Workfare* stets von einer Ideologie und begründet dies damit, dass es nicht um die tatsächliche Integration von Personen in den Arbeitsmarkt geht, sondern diese vorgetäuscht wird, um dadurch den sozialen Ausschluss betroffener (nicht aktivierbarer) Personen zu forcieren. Dank der von der *Workfare*-Politik bereitgestellten Instrumente (z. B. Integrationsmassnahmen) kann das Scheitern dem Individuum zugeschrieben werden, den strukturellen Rahmenbedingungen, bedingt durch das kapitalistische System, werden hingegen wenig bis keine Beachtung geschenkt. Dies birgt die Gefahr, dass wie zu Beginn der Armenfürsorge in der vorindustriellen Zeit wieder moralische Fragen nach persönlicher Schuld gestellt und dadurch verschiedene Kategorien von armen resp. erwerbslosen Personen geschaffen werden (vgl. Schmid 2014).

3. Soziale Sicherheit in der Schweiz

Die Grundlage des Sozialstaats ist in der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) verankert. Die einleitende Präambel hält fest, dass sich die Stärke des Volkes am Wohl der Schwachen messen soll. Artikel 12 BV, welcher im Kapitel zu den Grundrechten enthalten ist, beschreibt das Recht auf Hilfe in Notlagen: «Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind.» Artikel 41 BV befasst sich mit allgemeinen Sozialzielen des Staats, u. a. mit angemessenen Arbeitsbedingungen und Teilhabe an der sozialen Sicherheit, welche allerdings in dieser Form nicht einklagbar sind (vgl. Pärli 2009: 215ff.). In den folgenden Unterkapiteln wird der Beginn sozialstaatlichen Handelns und die damit verbundene Einführung von Sozialversicherungen in der Schweiz grob skizziert, anschliessend die aktuellen sozialen Sicherungssysteme dargelegt und die zunehmende Hinwendung zur Aktivierung von Personen aufgezeigt.

3.1. Historische Entwicklung

Zur Zeit der Bundesstaatsgründung 1848 wurde die Schweiz stark von der Industrialisierung und der damit verbundenen Landflucht sowie durch ein allgemeines Bevölkerungswachstum geprägt. Nebst dem Aufbau von Fabriken und Infrastruktur begann sich ein Dienstleistungssektor (Tertiärsektor) zu entwickeln. Trotz des Wirtschaftswachstums waren grosse Teile der Bevölkerung von Armut betroffen, welche sich aufgrund der vermehrten Mobilität und veränderten Erwerbsformen gravierender auswirkte als noch zuvor. Obwohl in der damaligen Bundesverfassung die «Beförderung der gemeinsamen Wohlfahrt» (Wicki 2001: 253) als Ziel verankert wurde, überliess der Staat die Armenfürsorge mehrheitlich privaten und kirchlichen Institutionen. Diese Umstände sorgten für das zunehmende Aufkommen der sozialen Frage in der Schweiz. Erste Versuche zur deren Lösung können im Fabrikgesetz und den Hilfskassen gesehen werden. 1877 setzte der Bundesrat das Fabrikgesetz in Kraft, um den misslichen, teilweise lebensbedrohlichen Arbeitsbedingungen Einhalt zu gebieten und die Kinderarbeit einzuschränken. Es war das erste Mal in der Geschichte des Bundesstaates, dass der Staat die Vertragsfreiheit begrenzte und Vorschriften zugunsten der Angestellten erliess. Vier Jahre später folgte zudem das Haftpflichtgesetz für Unternehmer. Aufgrund mangelnder staatlicher Interventionen boten Ende des 19. Jahrhunderts zahlreiche Hilfskassen eine Absicherung gegen Krankheits- und Unfallrisiken an, einige schlossen das Risiko Alter mit ein. Sie gelten als Vorläufer der heutigen Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) und Invalidenversicherung (IV), welche erst Jahrzehnte später eingeführt werden sollten. In den Städten kam es in den 1890er-Jahren zur Gründung erster Arbeitslosenkassen. Ein wichtiger Umstand für die weitere Entwicklung der Sozialversicherungen war die Einführung einer obligatorischen Krankenversicherung wie auch einer Alters- und Invalidenversicherung im Deutschen Reich der 1880er-Jahre. Dies war insofern international bedeutend, als es den

Übergang markierte von «einer auf Fürsorge und punktuelle Schadensbehebung bedachten Sozialpolitik zu einer ausbaufähigen Daseinsvorsorge durch eine Sozialversicherung, die die Risiken des Erwerbslebens abdeckte und auf einem individuellen Rechtsanspruch beruhte» (BSV 2014a: o. S.). Die Schweiz folgte nach längerer Vorlaufzeit und einer erstmaligen Ablehnung durch das Stimmvolk mit einer obligatorischen Unfallversicherung, die 1912 angenommen wurde. Sechs Jahre später nahm die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) ihre Tätigkeit auf. Die Krankenversicherung blieb weiterhin freiwillig. Sozialpolitische Vorstösse hatten trotz breiter öffentlicher Diskussion bei den Stimmberechtigten stets einen schweren Stand, was dazu führte, dass sich die sozialen Sicherungssysteme erst nach und nach entwickelten und das ganze System sehr heterogen war. Der Erste Weltkrieg verschärfte die soziale Not der Schweizer Bevölkerung und bildete dadurch eine Grundlage für verstärkte Forderungen nach staatlichen Sozialleistungen. Bis zu deren Realisierung sollte es jedoch noch einige Zeit dauern und gewissen Nachdruck (bspw. Generalstreik 1918) wie auch äussere Umstände (bspw. die Wirtschaftskrise der 1970er-Jahre) erfordern. Erste Verfassungsartikel zur Erarbeitung der AHV und der IV wurden von den Stimmberechtigten zwar 1925 gutgeheissen, die AHV wurde allerdings erst 1948, die IV 1960 eingeführt. Es folgten die Gesetzesänderung zur obligatorischen Arbeitslosenversicherung (ALV, 1951) sowie die Einführung der Ergänzungsleistungen (EL, 1965) und der beruflichen Vorsorge (BVG, 1985). Das Obligatorium in der Krankenversicherung (KVG) trat 1994 in Kraft, die Mutterschaftsversicherung (im Rahmen des Erwerbserersatzgesetzes EOG) gar erst 2004 (vgl. ebd.; Wicki 2001: 253).

Wie aus den obigen Ausführungen hervorgeht, haben sich die sozialen Sicherungssysteme der Schweiz relativ spät, grösstenteils erst nach dem dem Zweiten Weltkrieg, herausgebildet. Wicki (2001: 250) sieht die verspätete Realisierung des Schweizer Sozialstaats insbesondere im starken Föderalismus, dem politischen Pluralismus und der Referendumsdemokratie begründet.

3.2. Aktuelle Situation

Zu den heutigen versicherten Risiken, welche die Sozialversicherungen in der Schweiz abdecken, zählen Alter, Tod, Invalidität, Krankheit und Berufskrankheit, Mutterschaft, Unfall und Berufsunfall sowie Arbeitslosigkeit. Sämtliche Sozialversicherungen decken also die finanziellen Folgen eines Erwerbsausfalls. Daraus wird erneut ersichtlich, dass ihnen das System der Erwerbsarbeit zugrunde liegt. Die Finanzierung der Leistungen der jeweiligen Sozialversicherungszweige findet durch einkommensabhängige Beiträge der versicherten Personen und ihrer Arbeitgeber statt. Bei der Krankenversicherung bezahlen die Versicherten eine einkommensunabhängige Prämie. Bund und Kantone subventionieren einzelne Versicherungen (insbesondere die AHV und IV) oder finanzieren sie ganz (EL) und gewähren Personen mit geringem Erwerbseinkommen Prämienverbilligungen bei der Krankenversicherung (vgl. Pärli

2009: 230ff.). Die Sozialversicherungen funktionieren nach dem Kausalprinzip, d. h. sie richten Leistungen aus, sobald eines der oben genannten und gesetzlich definierten Risiken eintritt – unabhängig vom tatsächlichen Bedarf des Individuums (vgl. Schleicher 2009: 258). Die in den 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts aufgekommenen Forderungen von politisch linker Seite zum Ausbau der AHV unterlagen dem bürgerlichen Vorschlag eines Drei-Säulen-Systems. Dieses hat sich in der Folge durchgesetzt und sichert nun durch die erste Säule (AHV/IV) die Existenzgrundlage, durch die zweite (BVG) und dritte Säule (freiwillige steuerbegünstigte Vorsorge) die Fortführung des bisherigen Lebensstandards (vgl. Wicki 2001: 262). Das im Jahr 2000 von der Legislative erlassene Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) definiert grundlegende Begriffe und Verfahren über alle Sozialversicherungen hinweg.

Die Sozialhilfe, früher hauptsächlich als öffentliche Fürsorge bezeichnet, ist im Gegensatz zu den bisher thematisierten Leistungen keine Sozialversicherung, sondern dient als «letztes Netz». Sie funktioniert nach dem Finalprinzip, d. h. sie fragt nicht nach den Ursachen der Bedürftigkeit eines Menschen, sondern zielt darauf ab, diese zu beheben. «Denn Sozialhilfe hat Auffangfunktion zu übernehmen in einem Gesamtsystem sozialer Sicherung, das insgesamt den Anspruch erhebt, niemanden von den überlebensnotwendigen Gütern auszuschliessen, das zugleich aber dem Subsidiaritätsgedanken folgt (...).» (Schleicher 2009: 258) Die Sozialhilfe leistet bedarfsabhängige materielle Hilfe, welche aus Mitteln der öffentlichen Hand finanziert werden. Sozialhilfeleistungen bedingen eine individuelle Anspruchsüberprüfung und eine Festlegung des persönlichen Bedarfs (was sich – im Gegensatz zu Bedürfnissen – objektivieren lässt). Das Subsidiaritätsprinzip besagt, dass Leistungen erst dann ausgerichtet werden, wenn sich die betroffene Person weder selber helfen noch von anderer Seite Leistungen beziehen kann (vgl. ebd.: 263; Wicki 2001: 249). Empfehlungen zur Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe werden von der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS)⁴ herausgegeben. Die SKOS-Empfehlungen zum Grundbedarf werden als unteres soziales Existenzminimum bezeichnet, während die Berechnungsgrundlage für die Ergänzungsleistungen das obere, etwas höhere soziale Existenzminimum darstellt. Zum Kreis der Sozialhilfebeziehenden gehören längst nicht nur arbeitslose, ausgesteuerte oder arbeitsunfähige Personen, sondern auch viele «*Working Poors*», da die Schweiz keine gesetzlichen Mindestlöhne kennt⁵.

⁴ Die SKOS ist ein Fachverband, der den Kantonen und Gemeinden durch die sogenannten SKOS-Richtlinien Empfehlungen zur Berechnung von Sozialhilfe darlegt. Rechtlich bindend sind hingegen nur die jeweiligen kantonalen und kommunalen Bestimmungen. So kürzen gewisse Kantone (z. B. der Kanton Aargau) die von der SKOS vorgeschlagenen Ansätze zum Grundbedarf in ihren Sozialhilfegesetzen, einzelne Gemeinden distanzieren sich ganz von den Richtlinien. Zur Aktualität der Sozialhilfe sei hier angemerkt, dass diese zunehmend unter politischen Druck und medialen Beschuss gerät. Ihr wird, oft beispielhaft anhand von publik gewordenen Einzelfällen, vorgeworfen, zu hohe Beiträge auszubezahlen und die Sozialarbeitenden zu Profiteuren zu machen (vgl. AvenirSocial 2014).

⁵ Die Volksinitiative «Für den Schutz fairer Löhne (Mindestlohn-Initiative)», die einen gesetzlichen Mindestlohn von 22 Franken pro Stunde forderte, wurde am 18. Mai 2014 abgelehnt.

Im Zuge des Ausbaus der Sozialversicherungen nach dem Zweiten Weltkrieg stiegen auch die finanziellen Aufwendungen entsprechend an. Laut Bundesamt für Statistik BFS (2014: 1ff.) betragen die Ausgaben für die soziale Sicherheit im Jahr 2011 156 Mrd. Franken, jene für Sozialleistungen 142 Mrd. Franken. Über 80% der Sozialleistungen sind an die Risiken Alter, Krankheit und Invalidität geknüpft. Für «sozial ausgegrenzte Personen» (ebd.: 2), also hauptsächlich von der Sozialhilfe unterstützte Personen, werden nur gerade 2,9% der Leistungen aufgewendet. Die schweizerische Sozialleistungsquote (Sozialleistungen im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt) lag 2011 leicht unter dem europäischen Durchschnitt.

3.3. Die Invalidenversicherung (IV)

Auf die Situation der IV wird an dieser Stelle etwas genauer eingegangen, da sie für (chronisch) kranke Personen und damit auch für diese Abhandlung von hoher Relevanz ist. Der Bund regelt die Bestimmungen zur IV im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG). Sie bezweckt die (Wieder-)Eingliederung von invaliden oder von Invalidität bedrohten Personen in den Arbeitsmarkt. Ist dies nicht oder nur teilweise möglich, sichert die IV durch Geldleistungen die ökonomischen Folgen des Erwerbsausfalls (vgl. Art. 1a IVG). Alle Personen, die obligatorisch oder freiwillig bei der AHV versichert sind, gehören auch zum Kreis der Versicherten bei der IV (vgl. Art. 1b IVG). Finanziert wird die IV durch Lohnbeiträge (hälftig zwischen Versicherten und Arbeitgeber aufgeteilt) und Subventionen des Bundes, von 2011 bis 2017 wird zudem die Mehrwertsteuer befristet erhöht.

Für die Definition wichtiger Begriffe greift das IVG auf das ATSG zurück. Drei für die IV zentrale Artikel sollen hier im Wortlaut zitiert werden:

Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt. (Art. 6 ATSG)

(1) **Erwerbsunfähigkeit** ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt. (2) Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. (Art. 7 ATSG)

(1) **Invalidität** ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. (...) (Art. 8 ATSG)

Im alltäglichen Sprachgebrauch werden die Begriffe Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit häufig synonym verwendet, im Rahmen der Sozialversicherungen jedoch spielt ihre Differenzierung eine wesentliche Rolle. Demzufolge kommt es bei Arbeitsunfähigkeit erst nach erfolgloser Behandlung der gesundheitlichen Beeinträchtigung und Eingliederung in den Arbeitsmarkt zu einer Erwerbsunfähigkeit, die den mindestens teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten

mit den entsprechenden ökonomischen Folgen mit sich bringt. Dauert dieser Zustand über längere Zeit hinweg an oder bleibt er dauerhaft, wird von Invalidität gesprochen. Sie setzt demnach einen Gesundheitsschaden voraus. Im Sozialversicherungsrecht der Schweiz wird von einem juristischen Gesundheitsbegriff ausgegangen, dem das biopsychische Modell von Gesundheit zugrunde liegt. In der Medizin wird inzwischen allerdings ein umfassenderes biopsychosoziales Gesundheitsmodell⁶ verwendet (vgl. Kradoffer/Müller 2012: 9). Soziale Faktoren können aus medizinischer Sicht sehr wohl eine Invalidität im obigen Sinne (mit-)begründen, während sie für die rechtliche Prüfung eines rentenbegründenden Gesundheitsschadens hingegen nicht relevant sind⁷.

Die IV verfolgt das primäre Ziel, eine bestehende oder drohende Invalidität mit geeigneten Eingliederungsmassnahmen zu verhindern, zu vermindern oder zu beheben (vgl. Widmer 2011: 60f.). Dazu stehen ihr die Instrumente der Früherfassung, Frühintervention, medizinischen Eingliederungsmassnahmen, Integrationsmassnahmen und beruflichen Eingliederungsmassnahmen zur Verfügung (siehe Kapitel 3.4.). Es gilt stets der Grundsatz «Integration vor Rente», es kommt also erst dann zu einer Prüfung des Rentenanspruchs, wenn die Integration in den Arbeitsmarkt nicht (oder nur teilweise) möglich ist. Voraussetzung eines allfälligen Rentenanspruchs sind eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit in der Höhe von mindestens 40% während eines Jahres und danach eine Invalidität von ebenfalls mindestens 40%. Bei der Rentenprüfung wird der Gesundheitsschaden in Form eines Invaliditätsgrades angegeben. Dieser ergibt sich durch einen Einkommensvergleich: Das Einkommen der versicherten Person ohne Gesundheitsschaden (Valideneinkommen) wird mit jenem Einkommen verglichen, das sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens erzielen könnte (Invalideneinkommen).⁸ Die prozentual ausgedrückte Erwerbseinbusse entspricht dem Invaliditätsgrad, welcher wiederum bestimmt, ob und in welcher Abstufung eine Rente ausgerichtet wird. Von 0% bis 40% besteht kein Rentenanspruch, von 40% bis 49% Anspruch auf eine Viertelsrente, von 50% bis 59% auf eine halbe Rente, von 60% bis 69% auf eine Dreiviertelsrente und ab 70% auf eine ganze Rente (vgl. ebd.: 82). Die Höhe einer vollen IV-Rente liegt im Jahr 2014 zwischen 1'170 und 2'340 Fr. pro Monat, jene der Kinderrente (Zusatzrente für Eltern mit Kindern bis 18 resp. in Ausbildung bis 25 Jahre) zwischen 468 und 936 Franken (vgl. BSV 2014b: o. S.). Die konkreten Beträge sind von der Beitragsdauer und dem durchschnittlichen Erwerbseinkommen der versicherten Person abhängig.

⁶ Zur detaillierten Vorstellung dieses Modells siehe Kapitel 4.2.

⁷ So hält die sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts fest, dass Diagnosen mit Z-Kodierung (gemäss internationaler Klassifikation von Krankheiten ICD-10), worunter bspw. *Burnout* oder Probleme in Bezug auf die Lebensführung fallen, keine invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen darstellen (u. a. Urteile 9C_537/2011 E.3.1 vom 28.06.12 oder 9C_13/2012 E.2 vom 20.08.12).

⁸ Diese allgemeine Methode kommt bei Erwerbstätigen zum Einsatz. Bei Nichterwerbstätigen wird zur Berechnung des Invaliditätsgrades die spezifische Methode angewendet, die einen Tätigkeitsvergleich vorsieht. Bei Teilzeitbeschäftigten kommt die Mischform dieser beiden Methoden zum Einsatz.

Die finanzielle Situation der IV war ab Mitte der 1970er-Jahre leicht defizitär, was im Verlauf der folgenden Jahre wieder ausgeglichen werden konnte. Ab den 1990er-Jahren wurden die Defizite jedoch zunehmend grösser, was auf höhere Ausgaben und nicht in diesem Masse steigende Versichertenbeiträge zurückzuführen ist. Mit der Einführung des neuen Finanzausgleichs (NFA⁹) und der fünften Revision des IVG 2008 konnten Einsparungen vorgenommen werden, seit 2011 läuft die bis 2017 befristete Zusatzfinanzierung mit 0,4 Mehrwertsteuerprozenten. Dadurch resultiert ein positiver Saldo und die IV ist in der Lage, ihre Schulden bei der AHV abzubauen (vgl. BSV 2014c: 4ff.). Im Jahr 2013 richtete die IV Leistungen (Eingliederungsmassnahmen, Renten, Hilflosenentschädigungen) an 440'000 Personen aus. 230'000 Personen erhielten eine Rente, während 192'000 Personen eine Eingliederungsmassnahme finanziert wurde (vgl. ebd.: 7ff.). Der Anteil der IV an den gesamten Ausgaben aller Sozialversicherungen im Jahr 2012 (142 Mrd. Franken) betrug 6,5% (vgl. BSV 2014b: o. S.).

3.4. Aktivierende Elemente im Sozialstaat Schweiz

Auch in der Schweiz hat in den Sozialversicherungen und der Sozialhilfe ein sozialpolitischer Paradigmenwechsel stattgefunden. Der im Kapitel 2.3. thematisierte Wandel vom klassischen Sozialstaat zu einem, der seine BürgerInnen aktiviert und sozialstaatliche Leistungen vermehrt an das Gegenleistungsprinzip knüpft, wird in der Schweiz ebenfalls sichtbar. Hauptsächlich davon betroffen sind die Arbeitslosen- und Invalidenversicherung und die Sozialhilfe (vgl. Wyss 2013: 15; Nadai 2007: 12), deren wichtigste Veränderungen an dieser Stelle vorgestellt werden sollen – wiederum mit Schwerpunkt auf der IV.

Die Arbeitslosenversicherung gewährt bei Arbeitslosigkeit ein Ersatzehinkommen zwischen 70% und 80% des bisherigen versicherten Verdienstes. Die vierte Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes (AVIG) im Jahr 2011 war notwendig, da die Finanzierung auf der Annahme einer zu tiefen durchschnittlichen Arbeitslosigkeit beruhte und dadurch ein strukturelles Defizit entstand. Um die finanzielle Situation zu verbessern und die entstandenen Schulden abzubauen, wurden nebst der Erhöhung der Beiträge und der Einführung eines Solidaritätsprozentes auf hohen Löhnen deutliche Leistungskürzungen vorgenommen. Je nach Beitragsdauer wurde der zeitliche Anspruch auf Taggelder gekürzt, Jugendliche und junge Erwachsene erhalten unabhängig von der Beitragszeit weniger Taggelder und die Wartetage wurden tendenziell erhöht (vgl. SECO 2012: 1ff.). Dies blieb nicht ohne Folgen für die Sozialhilfe – 2012 waren je nach Region zwischen 5% und 15% der Neuanmeldungen auf die AVIG-Revision zurückzuführen (vgl. Salzgeber 2012: 62ff.).

In der Sozialhilfepraxis wurden Elemente von *Workfare* insbesondere durch die Revision der SKOS-Richtlinien im Jahr 2005 eingeführt. Es wird von einer Integrationsfunktion der Sozial-

⁹ Der NFA regelt den Lasten- und Ressourcenausgleich zwischen den Kantonen und die Aufgabenteilung mit dem Bund. Durch die Neugestaltung wurden bezüglich der IV die finanziellen Zuständigkeiten für Bund und Kantone neu definiert (vgl. BSV 2014c: 6).

hilfe ausgegangen, die hauptsächlich mit Erwerbsarbeit oder der Teilnahme an Beschäftigungsprogrammen verstanden wird (vgl. Nadai 2007: 13). Bei Nichtteilnahme an diesen Programmen oder bei fehlender Initiative zur beruflichen Eingliederung können Leistungen des Grundbedarfs gekürzt werden. Um keine falschen Anreize gegenüber Erwerbstätigen mit kleinem Einkommen zu setzen, wurde das Existenzminimum neu an den ärmsten 10 Prozent der Bevölkerung festgesetzt, statt wie bisher an den ärmsten 20 Prozent. Für Personen, die als erwerbsfähig eingestuft werden, soll die Sozialhilfe mittelfristig nicht existenzsichernd sein (vgl. Wyss 2013: 86), was dem eigentlichen Grundgedanken der Sozialhilfe deutlich widerspricht. Diese neuen Praktiken sind sehr kritisch zu betrachten, denn sie können zu willkürlich ausgerichteten Leistungen, Sozialdisziplinierung, der Infragestellung des Finalprinzips und zu vermehrten prekären Arbeitsverhältnissen¹⁰ führen (vgl. Nadai 2007: 16ff.; Wyss 2006: 6ff.; Schmid 2009: 1ff.).

Die per 1. Januar 2008 in Kraft getretene fünfte Revision des IVG legt den Fokus auf eine verstärkte Integration von Menschen in den Arbeitsmarkt. Als Gründe für die Revision werden die steigende Zahl von neuen Renten (hauptsächlich aufgrund psychischer Erkrankungen) und die damit verbundene erhöhte finanzielle Belastung angeführt. Die Revision zielt darauf ab, den Grundsatz «Integration vor Rente» zu stärken und systembedingte Probleme (insbesondere zu späte Anmeldungen, lange Verfahrensdauer, keine spezifischen Eingliederungsinstrumente für psychisch Kranke) zu bekämpfen. Dazu führt sie folgende Neuerungen ein (vgl. BSV 2007: 283ff.; Widmer 2011: 62ff.):

- *Früherfassung und Frühintervention*: Um der nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit in der Regel erst relativ spät erfolgenden Anmeldung bei der IV entgegenzuwirken, wird die Früherfassung eingeführt. Sie bezweckt die frühzeitige Erfassung arbeitsunfähiger Personen, um eine Chronifizierung des Leidens bzw. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Eine Meldung ist bereits nach einer Arbeitsunfähigkeit von 30 Tagen Dauer oder mehreren kürzeren Absenzen während eines Jahres möglich¹¹. In der Folge klärt die IV die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person ab und setzt sich im Rahmen der Frühintervention in erster Linie für den Erhalt des Arbeitsplatzes ein.
- *Integrationsmassnahmen* sprechen vor allem psychisch kranke Personen an und unterteilen sich in Massnahmen zur sozialberuflichen Rehabilitation und Beschäftigungsmassnahmen. Erstere zielen auf eine Mindestpräsenz von 4 Stunden pro Tag während mindestens 4 Tagen pro Woche ohne produktive Leistungsfähigkeit («Belastbarkeitstraining») bzw. auf eine Herstellung der Arbeitsfähigkeit von 50% eines vollen Pensums («Aufbautraining», sie-

¹⁰ Als prekäre Arbeit gelten Arbeitsverhältnisse, die instabil/unsicher, schlecht entlohnt und zeitlich begrenzt sind. Sie können zu Armut und Exklusion führen (vgl. Mäder/Schmassmann 2013: 239f.).

¹¹ Im Gegensatz zu einer regulären IV-Anmeldung, welche nur die versicherte Person einreichen kann, sind bei der Früherfassung auch Drittpersonen meldeberechtigt. Namentlich sind dies im gleichen Haushalt lebende Familienangehörige, Arbeitgebende, ÄrztInnen, Taggeld-, Unfall-, Arbeitslosen- und Militärversicherung, Einrichtungen der beruflichen Vorsorge und die Sozialhilfe. Die betroffene Person muss über die Meldung informiert werden, ihr jedoch nicht zustimmen (vgl. Widmer 2011: 62).

he Anhang). Letztere dienen dem Erhalt einer Tagesstruktur bis zum Beginn der weiteren beruflichen Eingliederung oder zum Stellenantritt. Die Integrationsmassnahmen stellen eine Vorstufe (*first train, then place*) zu den bereits bestehenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen mit den Instrumenten der Berufsberatung, Ermöglichung einer beruflichen Ausbildung, Umschulung, Wiedereinschulung und Arbeitsvermittlung dar.

- *Erschwerter Zugang zur Rente*: Durch die verstärkte Mitwirkungspflicht, die Erhöhung der Wartefrist auf eine Rente und die Anhebung der Beitragspflicht von einem auf drei Jahre, wurde der Zugang zu einer Invalidenrente erschwert.

Spätestens seit der sechsten Revision des IVG scheint sich der Grundsatz «Integration vor Rente» in Richtung «Integration statt Rente» verschoben zu haben. Das erste Massnahmenpaket (6a), das per 1. Januar 2012 in Kraft trat, weitet die in der fünften IVG-Revision eingeführten Instrumente zur Eingliederung auf jene Personen aus, die bereits eine Invalidenrente beziehen. Umgesetzt wird dies mit folgenden Neuerungen¹² (vgl. BSV 2011; Widmer 2011: 94):

- *Eingliederungsorientierte Rentenrevision*: Bestehende Invalidenrenten werden systematisch neu überprüft, wenn immer möglich soll die Rente zugunsten einer Eingliederung herabgesetzt oder aufgehoben werden. Neu wird zudem die gesetzliche Grundlage geschaffen für die rückwirkende Neubeurteilung aller aufgrund von «pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage» (PÄUSBONOG) gesprochenen Renten¹³. Sie werden bereits seit 2004 als «durch den Willen überwindbar» bezeichnet und führen nur noch in seltenen – und schwer nachweisbaren – Fällen zur Ausrichtung einer Rente¹⁴. Den Betroffenen wird stattdessen während längstens zwei Jahren der Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung gewährt. Die IV möchte dadurch innerhalb von sechs Jahren 12'500 gewichtete Renten aufheben.
- Der *Assistenzbeitrag* ermöglicht Menschen mit einer Behinderung, selber eine Person anstellen zu können, welche sie individuell unterstützt, was wiederum ihre Eigenständigkeit und -verantwortung fördern soll. Die anfallenden Kosten werden mit Beträgen zwischen 32.80 und 49.15 Franken pro Stunde vergütet.

Das zweite Massnahmenpaket (6b), welches im Jahr 2015 in Kraft treten sollte, sah u. a. die Einführung eines stufenlosen Rentensystems, bei dem die Rentenhöhe direkt aus dem IV-Grad abgeleitet würde (gemäss des Grundsatzes «Arbeit muss sich lohnen») und die Neuregelung der Zusatzrenten für Kinder vor. Es wurde allerdings durch den Nationalrat abgelehnt.

¹² Nebst den beiden erwähnten Punkten werden auch ein neuer Finanzierungsmechanismus und Preissenkungen bei den Hilfsmitteln eingeführt, was hier nicht weiter ausgeführt wird.

¹³ Nicht überprüft werden Renten von über 55-Jährigen und jenen Personen, die zum Zeitpunkt der Überprüfung seit mehr als 15 Jahren eine Rente beziehen. Zu PÄUSBONOG zählen somatoforme Schmerzstörung, Fibromyalgie, Chronic Fatigue Syndrom, dissoziative Sensibilitäts-, Empfindungs- und Bewegungsstörung, HWS-Schleudertrauma und nicht-organische Hypersomnie (vgl. Henningsen 2014: 14).

¹⁴ Die «Foerster-Kriterien» beschreiben Umstände, welche die Ausrichtung einer Rente rechtfertigen können. Nebst einer psychiatrischen Komorbidität sind dies u. a. Faktoren wie körperliche Begleiterkrankungen, therapeutisch nicht beeinflussbarer Verlauf oder sozialer Rückzug (vgl. Koordination Schweiz o. J.: 11ff.).

4. Gesundheit und Krankheit

Während in den Kapiteln zwei und drei die aktuellen sozialstaatlichen Rahmenbedingungen beleuchtet wurden, widmet sich dieses Kapitel den Themen Gesundheit und Krankheit. Es soll Aufschluss darüber geben, was unter diesen Begriffen verstanden wird. Dabei liegt der Fokus auf der salutogenetischen Perspektive, also der Entstehung von Gesundheit, da diese im Vergleich zur Pathogenese aus sozialarbeiterischer Sicht Handlungsmöglichkeiten eröffnet. Die Soziale Arbeit kann im Gegensatz zur Medizin keine Krankheiten behandeln, sie kann jedoch einen Beitrag zur Förderung individueller Gesundheit leisten.

4.1. Definitionen und Modelle von Gesundheit und Krankheit

Wie Gesundheit und Krankheit definiert und dadurch voneinander abgegrenzt werden können, scheint auf den ersten Blick einfacher zu sein, als es tatsächlich ist. Bei genauerer Betrachtung stellt sich heraus, dass es keine eindeutigen und umfassenden Definitionen der beiden Pole gibt (vgl. Blättner/Waller 2011: 52; Franzkowiak et al. 2011: 25; Franke 2012: 24; Kulbe 2009: 18). Erschwerend kommen weitere Umstände hinzu, bspw. muss ein objektiver Befund nicht zwingend mit dem subjektiven Befinden des Individuums übereinstimmen, begründen Abweichungen von statistischen Normwerten nicht in jedem Fall die Notwendigkeit einer Behandlung, und es können Befunde je nach Kulturkreis anders beurteilt werden (Beispiel Homosexualität) (vgl. Franke 2012: 24ff.). Während Krankheiten hauptsächlich durch das Vorliegen von körperlichen, geistigen oder seelischen Störungen beschrieben werden, kann Gesundheit nicht einfach mit dem Fehlen dieser Befunde definiert werden, wie die bekannte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) exemplarisch zeigt:

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheiten und Gebrechen. (WHO 1946 zit. in ebd.: 37)

Andere Definitionen zeigen noch deutlicher, dass das ‹normale› körperliche, geistige und seelische Funktionieren des Menschen nur einen Teil seiner Gesundheit ausmacht. Als weitere wichtige Faktoren bei der Bestimmung von Gesundheit werden ihr zugrundeliegendes gesellschaftliches Verständnis, der soziokulturelle Kontext und die Fähigkeit individueller Rollenausübung gesehen:

Gesundheit kann definiert werden als der Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert worden ist. (Talcott Parsons, Soziologe, 1967 zit. in ebd.)

Gesundheit ist überhaupt nicht nur ein medizinischer, sondern überwiegend ein gesellschaftlicher Begriff, Gesundheit wiederherstellen heisst in Wahrheit: Den Kranken zu jener Art von Gesundheit bringen, die in der jeweiligen Gesellschaft die jeweils anerkannte ist, ja in der Gesellschaft selbst erst gebildet wurde. (Ernst Bloch, Philosoph, 1955 zit. in ebd.)

Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äusseren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein

Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt. (Klaus Hurrelmann, Sozialwissenschaftler, 2006 zit. in ebd.: 37f.)

Gesundheit ist demnach kontextabhängig und gesellschaftlich konstruiert, dies zeigt sich u. a. darin, dass mit dem Zustand des Gesund- oder Krankseins Rechte und Pflichten einher gehen (vgl. Blättner/Waller 2011: 52). Mit Blick zurück auf das Kapitel 3.3. erklärt dies auch, dass die IV die Invalidität grundsätzlich nicht nach medizinischen, sondern sozialen Kriterien bemisst, nämlich der Unfähigkeit eines Individuums, sich genügend in die gesellschaftlich organisierte Form der Erwerbstätigkeit einzufügen. Je nach wissenschaftlicher Disziplin berücksichtigen Definitionen zu Gesundheit unterschiedliche Aspekte. Sie ermöglichen eine Einteilung in drei Kategorien, namentlich Gesundheit als Wertaussage, als Abgrenzungskonzept und als Funktionsaussage (vgl. Göckenjan 1991 zit. in ebd.: 53). Die oben zitierten Begriffsbestimmungen von Parsons, Bloch und Hurrelmann lassen sich allesamt der letztgenannten Kategorie zuordnen, da sie die Gesundheit in funktioneller Hinsicht beschreiben.

Den wissenschaftlichen Definitionsversuchen und Modellen gegenüber stehen die subjektiven Gesundheits- und Krankheitskonzepte (auch als Laien- oder Alltagskonzepte bezeichnet). Sie geben Auskunft über das subjektive Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie die Überzeugungen hinsichtlich ihrer Entstehung (vgl. ebd.: 65). Bei den subjektiven Krankheitskonzepten führte Herzlich (1973 zit. in ebd.: 66f.) eine Typisierung ein, die drei unterschiedliche Auffassungen von Krankheit aufzeigt:

- *Destruktion*: Die Krankheit ist verbunden mit dem Verlust gesellschaftlicher und privater Rollen (Beruf, Familie etc.) und aufgrund der daraus folgenden fehlenden Bindung zwischen Individuum und Gesellschaft wird die Krankheit desozialisierend wahrgenommen. Es kommt zu Gefühlen der Nutz- und Wertlosigkeit und der Vorstellung, für andere Personen eine Belastung zu sein. Durch den subjektiv erlebten Kontrollverlust entsteht gegenüber den behandelnden Fachpersonen die Erwartung zur Wiederherstellung der Gesundheit, während sich die Betroffenen selber tendenziell eher inaktiv und passiv verhalten.
- *Befreiung*: Durch die Krankheit wird die betroffene Person von Pflichten, Belastungen und Verantwortung entlastet. Die Krankheit kann Privilegien und Macht über andere Personen beinhalten¹⁵, währenddem sich die kranke Person erholt.
- *Aufgabe*: Nach diesem Verständnis wird die Krankheit akzeptiert und im Sinne einer Herausforderung aktiv bewältigt. Es kommt weder zu subjektiv erlebtem Kontrollverlust, noch zu sozialer Isolation. Die Beziehung zu den behandelnden Fachpersonen ist kooperativ.

Bei den subjektiven Gesundheitskonzepten unterscheidet Faltenmaier (1994, 1998 zit. in ebd.: 67f.) vier verschiedene Vorstellungen von Gesundheit:

- *Abwesenheit von Krankheit*: Gesundheit wird hier als Zustand ohne organische Erkrankung verstanden. Aufgrund des fehlenden positiven Erlebens eines gesunden Zustandes handelt

¹⁵ Unter diesen Umständen erlangte Macht über andere Personen wird als sekundärer Krankheitsgewinn, die Entlastung von eigenen Pflichten als primärer Krankheitsgewinn bezeichnet (vgl. Kulbe 2009: 27).

es sich um eine dichotome Negativdefinition. Kommt es zu einer Erkrankung, ist Gesundheit nicht mehr vorhanden.

- *Reservoir an Energie*: Gesundheit entspricht der in genügendem Ausmass vorhandenen körperlichen und psychischen Energie, die es ermöglicht, äusseren Einflüssen zu widerstehen. Dieser «Energievorrat» ist Voraussetzung für die Umsetzung persönlicher Wünsche und Ziele im Leben, und kann in dessen Verlauf unterschiedlich hoch sein.
- *Gleichgewicht oder Wohlbefinden*: Dieses Verständnis von Gesundheit geht von einem körperlichen und psychischen Wohlbefinden aus, was das Gefühl vermittelt, im Gleichgewicht zu sein. Dieser ideale Typus von Gesundheit kommt allerdings selten vor.
- *funktionale Leistungsfähigkeit*: Gesundheit wird als Fähigkeit verstanden, bestimmte vorgegebene Aufgaben und Rollen (insbesondere im beruflichen und familiären Kontext) sowie an sich selbst gestellte Erwartungen erfüllen zu können.

Modelle zur Behandlung von Krankheiten haben sich im Verlauf der Zeit stark gewandelt. Krankheiten wurden in primitiven Kulturen als Strafe für begangene Sünden, aber auch als göttliche Prüfungen gesehen (metaphysische Modelle). Aufgrund mangelnden wissenschaftlichen Wissens wurden Krankheiten über lange Zeit durch philosophisches Denken definiert (philosophisch-spekulative Modelle). Seit Mitte des 19. Jahrhunderts ist die naturwissenschaftliche Betrachtungsweise von Krankheit vorherrschend (naturalistische Modelle), darin insbesondere das biomedizinische Verständnis, das pathogene Veränderungen in menschlichen Zellen erforscht. Zu den neueren, im 20. Jahrhundert aufgekommenen Krankheitsmodellen gehören die psychosomatischen, anthropologischen und soziokulturellen Modelle, welche die somatischen Befunde mit psychischen und sozialen Faktoren ergänzen (siehe folgendes Kapitel) (vgl. Franke 2012: 129ff.). Auf der anderen Seite sind Gesundheitsmodelle, die sich mit der Entstehung von Gesundheit befassen, erst in den 1970er-Jahren aufgekommen. Dazu gehören hauptsächlich das Modell der Salutogenese (siehe Kapitel 4.3.), das Konzept der Resilienz und jenes der WHO, welches primär Handlungsmöglichkeiten für die staatliche Gesundheitsförderung aufzeigt und deshalb nicht als wissenschaftliches Modell verstanden wird (vgl. ebd.: 169f.).

4.2. Gesundheit als Zusammenspiel von Körper, Psyche und sozialen Faktoren

Bereits aus den obigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass Gesundheit nicht bloss auf den Körper reduziert werden kann. Das biomedizinische Modell mit seiner dualistischen Auffassung von Körper und Geist ist aus heutiger Sicht nicht mehr zeitgemäss, denn es missachtet die komplexen Wechselwirkungen des Körpers mit dem seelischen Zustand einer Person sowie ihrer äusseren Umwelt (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 487). Bereits vor 38 Jahren warb Engel (1977) für die Abkehr vom biomedizinischen Modell zugunsten eines biopsychosozialen Modells, das nebst der jeweiligen biologischen Erkrankung auch psychische und soziale Aspekte bei Entstehung und Verlauf von Krankheiten berücksichtigt. Das biopsycho-

soziale Modell konsequent umzusetzen heisst auch, bei der Behandlung von Krankheiten einen interdisziplinären Ansatz zu verfolgen, was heute gerade in stationären Gesundheitseinrichtungen zur Regel gehört. Es werden demnach nicht mehr nur die pathogenen somatischen Befunde behandelt, welche akute Krankheitssymptome lindern sollen, sondern auch die krankheitsbedingte psychische Belastung aufgegriffen und versucht, soziale Belastungsfaktoren zu reduzieren.

Auf allen drei Ebenen des biopsychosozialen Modells wird der Mensch im Verlauf seines Lebens mit schwierigen Situationen konfrontiert, was alltagssprachlich unter dem Begriff Stress zusammengefasst wird. Stress im wissenschaftlichen Sinn wird definiert als «Reaktionsmuster eines Organismus auf Stimulusereignisse, die dessen Gleichgewicht stören und dessen Fähigkeit, die Einflüsse zu bewältigen, stark beansprucht oder übersteigt» (Gerrig/Zimbardo 2008: 468). Stress wird häufig negativ konnotiert, was allerdings nicht zwingend der Fall sein muss. Er ist zunächst ein neutrales Reaktionsmuster, erst durch die individuelle Bewertung wird er zu Disstress, negativem Stress, oder zu Eustress, positivem Stress. Bei einem Stimulusereignis, auch Stressor oder Belastungsfaktor genannt, handelt es sich um ein konkretes Ereignis, das von der betroffenen Person eine Anpassungsreaktion erfordert. Die Reaktion auf einen Stressor kann in physiologischer, behavioraler, emotionaler oder kognitiver Form erfolgen (vgl. ebd.). Stressoren können, unabhängig davon, ob sie die biologische, die psychische oder die soziale Ebene betreffen, nach ihrer Art wie folgt unterschieden werden:

- *katastrophale Stressoren und traumatische Ereignisse*: Ein unkontrollierbares, unvorhersehbares, tiefgreifendes und möglicherweise langanhaltendes negatives Ereignis, das einzelne Individuen wie auch die ganze Bevölkerung betreffen kann, bspw. schwerer Unfall, Vergewaltigung, Naturkatastrophen, Krieg (vgl. ebd.: 475f.).
- *kritische Lebensereignisse (life events)*: Belastende Ereignisse, die zu bestimmten Zeitpunkten im Verlauf des Lebens viele Menschen betreffen, bspw. Geburt eines Kindes, Todesfall von Angehörigen, schwere Erkrankung, Trennung oder Scheidung, Arbeitsplatzverlust (vgl. ebd.: 472f.; Blättner/Waller 2011: 38).
- *chronische Belastungen und Alltagsprobleme (daily hassles)*: Belastungen, die durch ihre lange Dauer und/oder erhöhte Häufigkeit anhaltende Spannung erzeugen, bspw. chronische Krankheit, (Doppel-)Belastung durch Haushalt und Arbeit, eheliche und familiäre Konflikte, ökonomische Not (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 476ff.; Blättner/Waller 2011: 38).
- *schwierige Übergänge*: Durch Übergänge im Lebensverlauf ausgelöste Belastungen, bspw. bei der Einschulung, beim Übergang von der Schule ins Erwerbsleben und später ins Rentenalter (vgl. Blättner/Waller 2011: 38).

Stressoren lösen beim Individuum stets eine physiologische, also körperliche, Reaktion aus. Bei akuten Stressfaktoren äussert sich dies in Erregungszuständen mit eindeutigem Anfangs- und Endzeitpunkt. Diese Erregungszustände bewirken vielfältige körperliche Veränderungen, so schlägt u. a. das Herz schneller, Blutdruck und Blutzucker steigen, es wird ver-

mehrt Adrenalin ausgeschüttet und die Schweißbildung verstärkt sich. Solche Reaktionsmuster erhöhen die Aufmerksamkeit und sind mit der evolutionsbedingten Kampf-oder-Flucht-Reaktion (*fight or flight*) zu erklären. Der stressauslösende Umstand soll entweder bekämpft oder durch die Flucht aufgelöst werden. Hans Selye hat ab den 1930er-Jahren die körperlichen Folgen von Stress untersucht und die Reaktion auf Stressoren als «allgemeines Adaptationssyndrom» bezeichnet. Er geht davon aus, dass der Organismus beim Einwirken eines Stressors eine Adaptionsleistung vollbringen muss, um seine Unversehrtheit sowie sein Wohlbefinden wiederherzustellen. Selyes physiologisches Stresskonzept ist in drei Stufen resp. Reaktionsschritte unterteilt: Die Alarmreaktion entspricht der oben beschriebenen körperlichen Erregung und zielt darauf ab, die Handlungsbereitschaft für Kampf oder Flucht herzustellen. Im Widerstandsstadium resp. bei der Abwehrreaktion bleibt die physiologische Erregung relativ hoch, der andauernde Stressor wird abgewehrt. Allerdings geht dies mit einer erhöhten Stressempfindlichkeit einher. Dauert der Stressor über längere Zeit hinweg an, gerät der Organismus in das Erschöpfungsstadium, dabei können ursprüngliche und neue Stressoren nicht mehr bewältigt werden. Für den modernen Menschen stellt sich die physiologische Stressreaktion als eher hinderlich dar, was sich besonders bei chronischem Stress zeigt. Dabei handelt es sich um langandauernde Stressoren mit entsprechend anhaltendem Erregungszustand. Vorhandene interne und externe Ressourcen reichen für eine erfolgreiche Bewältigung nicht aus. Die Kampf-oder-Flucht-Reaktion ist unter diesen Umständen nicht mehr zielführend und der Organismus gerät ins Erschöpfungsstadium, das zur Entstehung von Krankheiten führt. Dazu gehören u. a. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und psychische Störungen (vgl. Gerrig/Zimbardo 2008: 469ff.; Blättner/Waller 2011: 37f.).

Wie weiter oben bereits erwähnt, ist für die psychische Reaktion auf einen Stressor und die damit verbundene Bewältigung zunächst die kognitive Bewertung durch die betroffene Person notwendig. Dadurch entscheidet sich, ob der Stressor überhaupt als bedrohlich wahrgenommen wird und eine Anpassungsreaktion erfordert. Dieser Prozess wird im Kapitel 5.1.1. detailliert beschrieben.

4.3. Die Salutogenese als umfassendes Modell von Gesundheit

Gesundheitsmodelle sind wie einleitend beschrieben erst in jüngerer Zeit aufgekommen. Als weitverbreitetes Modell gilt jenes der Salutogenese. Die Salutogenese (lat. *salus*: gesund; griech. *genese*: Entstehung) befasst sich mit der Entstehung von Gesundheit und der Frage, wie Menschen gesund bleiben, statt wie die Pathogenese nach den Ursachen und der Entstehung von Krankheiten zu fragen. Der Begründer der Salutogenese, Aaron Antonovsky (geboren 1923 in den USA, gestorben 1994 in Israel), war Medizinsoziologe und Stressforscher. Er entwickelte dieses Modell ab den 1970er-Jahren.

Das Modell der Salutogenese grenzt sich insbesondere durch zwei Grundannahmen deutlich von pathogenetischen Modellen ab: der Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit

als Pole eines Kontinuums und der Allgegenwärtigkeit von Stressoren im menschlichen Leben. Antonovsky (1997) geht davon aus, dass eine Person nicht einfach gesund oder krank ist, sondern sich auf einem bipolaren Kontinuum bewegt. Gesundheit resp. Krankheit sind nicht zwei fixe Werte, vielmehr können sich Personen im Verlauf ihres Lebens zwischen den beiden Polen hin und her bewegen. Die Abkehr von einer dichotomen Betrachtungsweise macht zudem deutlich, dass jede Person zu jedem Zeitpunkt ihres Lebens sowohl gesunde als auch kranke Anteile in sich trägt. So gesehen kommt der Gesundheit eine eigenständige Qualität zu, sie wird weder als Gegenteil oder Abwesenheit noch als Vorstufe von Krankheit bezeichnet. «Solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, [sind wir] in einem gewissen Ausmass gesund.» (ebd.: 23) Mit dieser Sichtweise kann die im Kapitel 4.1. zitierte WHO-Definition von Gesundheit insofern kritisiert werden, dass sie Gesundheit nur dann also solche betrachtet, wenn vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden vorliegt – was selten in Reinform der Fall sein dürfte. Die Endpunkte des Kontinuums werden von Antonovsky nicht als Gesundheit und Krankheit (*health* und *disease*) bezeichnet, sondern als *health-ease* und *dis-ease*, was je nach Übersetzung mit Gesundsein und Kranksein oder Gesundheit und Ent-Gesundung beschrieben wird¹⁶ (vgl. Blättner/Waller 2011: 15f.; Franke 2012: 172). Einfachheitshalber wird hier die Abkürzung HEDE (*health-ease, dis-ease*) verwendet. Wo eine Person auf ihrem HEDE-Kontinuum steht, wird von verschiedenen objektiven und subjektiven Umständen beeinflusst. Während die objektiven Faktoren hauptsächlich aus medizinischen Befunden und entsprechenden Prognosen bestehen, handelt es sich bei den subjektiven unter anderem um das Wohlbefinden oder das Erleben von Schmerzen und der persönlichen Funktionsfähigkeit (vgl. Franke 2012: 172). Abbildung 1 zeigt eine mögliche Visualisierung des HEDE-Kontinuums, welches das erste Element der Salutogenese bildet.

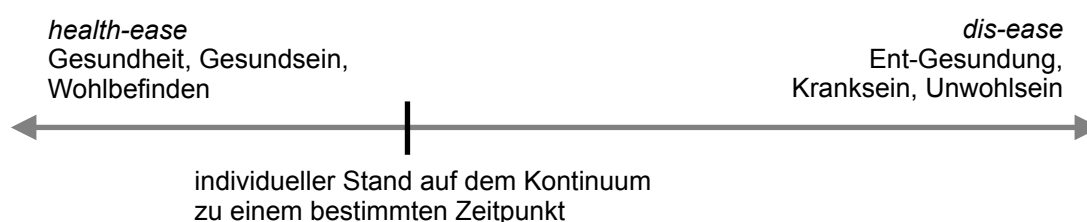


Abb. 1: HEDE-Kontinuum (in Anlehnung an: Blättner/Waller 2011: 16)

Die zweite Grundannahme handelt von den omnipräsenten Stressoren im menschlichen Leben (vgl. Antonovsky 1997: 16). Anders als pathogenetische Modelle geht das salutogenetische davon aus, dass eine Person nicht bloss hin und wieder, sondern ständig mit Stressoren von unterschiedlicher Art und Intensität betroffen ist. Deshalb stellt Gesundheit resp. Wohlbefinden keineswegs der Normalzustand dar. Die Salutogenese basiert auf dem Modell

¹⁶ Paradoxerweise wird in der deutschen Herausgabe von Antonovskys Werk undifferenziert von Gesundheits-Krankheits-Kontinuum gesprochen (Antonovsky 1997: 23).

der Heterostase, welches besagt, dass die von Stressoren betroffene Person aktiv versuchen muss, diesen zu begegnen und sie zu überwinden. Sie muss also fortlaufend Anpassungsleistungen vollbringen (vgl. Franke 2012: 47, 171; Blättner/Waller 2011: 14). Dadurch integriert die Salutogenese Erkenntnisse aus der Stressforschung. Diese zweite Grundannahme kann auch zur Erklärung beitragen, weshalb beim Kontinuum statt *disease* der Begriff *dis-ease* verwendet wird. Die grosse Vielfalt von Stressoren kann sich negativ auf das Wohlbefinden einer Person auswirken, ohne dass sie sich sogleich als krank bezeichnen würde oder ein pathogener Befund vorliegt. Weiter zeigt sich dadurch auch die breite Sichtweise des Modells. Es geht explizit davon aus, dass psychosoziale Faktoren genauso eine krankmachende Wirkung haben können wie pathogene biologische Prozesse. Und, wie sich im folgenden Kapitel noch zeigen wird, umgekehrt positive psychosoziale Faktoren der Gesundheit förderlich sind.

4.3.1. Widerstandsressourcen und -defizite

Aufgrund der omnipräsenten Stressoren befindet sich eine Person stets in einem heterostatischen Ungleichgewichtszustand, wobei die Adaptionsleistung der Person über ihren gegenwärtigen Stand auf dem HEDE-Kontinuum entscheidet. Welche Arten von Stressoren es gibt und wie die Stressreaktion eines Organismus abläuft, wurde bereits im Kapitel 4.2. betrachtet. Ebenfalls wurde dort angemerkt, dass Stress nicht zwingend negativ sein muss. Antonovsky teilt diese Anschauung und lässt zunächst offen, ob Stressoren eine pathogenetische, neutrale oder salutogenetische Wirkung haben. Stattdessen geht er davon aus, dass Stressoren einen Spannungszustand auslösen, welcher die Person auf ein unerfülltes Bedürfnis oder eine notwendige zielgerichtete Handlung hinweist (vgl. Antonovsky 1997: 124f.). Natürlich gibt es gewisse Ausnahmen, also Stressoren, die per se destruktiv sind. Antonovsky macht dazu das Beispiel von einer Axt, die einer Person auf den Kopf fällt (vgl. ebd.: 26). In welche Richtung die Stressoren wirken, wird durch das zweite Element des salutogenetischen Modells erklärt, den Widerstandsressourcen und -defiziten.

Antonovsky verbindet mit generalisierten Widerstandsressourcen (*general resistance resources*, GRR) Lebenserfahrungen, «die durch Konsistenz, Partizipation an der Gestaltung des Outcomes und eine Balance zwischen Überbelastung und Unterforderung charakterisiert sind» (ebd.: 43). Auf der anderen Seite – hier kann erneut von einem Kontinuum ausgegangen werden – stehen die generalisierten Widerstandsdefizite (*general resistance deficits*, GRD). Dabei handelt es sich um Lebenserfahrungen, die nicht durch die obigen Qualitäten geprägt sind. Stattdessen sind Inkonsistenz, Unter- oder Überforderung sowie fehlende Partizipation an Entscheidungsprozessen vorherrschend (vgl. ebd.: 44). Wo eine Person auf dem GRR/GRD-Kontinuum steht, resultiert aus dem interaktiven Prozess zwischen belastenden Faktoren (Widerstandsdefizite) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen). Zu den belastenden Faktoren zählen alle potenziellen psychosozialen, physischen und bio-

chemischen Stressoren, zu den schützenden Faktoren physische, psychische, soziale, materielle, kulturelle und makrostrukturelle Gegebenheiten (vgl. Blättner/Waller 2011: 17).

4.3.2. Kohärenzgefühl

Wie wichtig es ist, genügend Lebenserfahrungen machen zu können, die durch die Eigenschaften der Widerstandsressourcen charakterisiert sind, zeigt sich im Kohärenzgefühl (*sense of coherence*, SOC), dem dritten Element des salutogenetischen Modells. Erfährt eine Person im Verlauf ihres Lebens, dass sie den sich ihr stellenden Stressoren nicht hilflos ausgeliefert ist, umso mehr wird sie das Gefühl entwickeln, die Anforderungen des Lebens zu verstehen und ein Vertrauen entwickeln, diese bewältigen zu können. Diese Überzeugung nennt Antonovsky (1997: 36) Kohärenzgefühl und definiert sie wie folgt:

Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen.

Das Kohärenzgefühl besteht wiederum aus drei Komponenten (vgl. ebd.: 34ff.):

- Die *Verstehbarkeit* beschreibt das Ausmass, in welchem eine Person alltägliche Reize und Situationen (Stimuli) als kognitiv sinnhaft, also als klare, strukturierte und konsistente Informationen wahrnimmt. Ein hohes Ausmass an Verstehbarkeit impliziert, dass künftige Stimuli vorhersagbar sind oder sich zumindest einordnen und erklären lassen.
- Die *Handhabbarkeit* bezeichnet die zur Verfügung stehenden geeigneten internen und externen Ressourcen um Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können. Ein hohes Ausmass an Handhabbarkeit verhindert, sich in der Opferrolle zu sehen oder ungerecht behandelt zu fühlen.
- Die *Bedeutsamkeit* ist ein motivationales Element, das jenes Ausmass kennzeichnet, inwieweit das Leben emotional als sinnvoll empfunden wird und die Bewältigung der Anforderungen lohnenswert erscheint.

Wie eingangs bereits angetönt, wird das Kohärenzgefühl massgeblich durch das Vorhandensein von Widerstandsressourcen einer Person beeinflusst. Macht eine Person wiederholt die Erfahrung, dass sie herausfordernde Situationen gelingend bewältigen kann, ihr also genügend Widerstandsressourcen zur Verfügung stehen, so erhöht dies das Kohärenzgefühl. Das GRR/GRD-Kontinuum wirkt dementsprechend über das Konstrukt des Kohärenzgefühls auf das HEDE-Kontinuum ein.

4.3.3. Bewältigungsstrategien und Lebensbedingungen

Obwohl aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, dass sich ein hohes Kohärenzgefühl positiv auf das HEDE-Kontinuum auswirkt, fehlt noch ein viertes Element, welches erklärt, wie dies genau geschieht. Es handelt sich dabei um die sogenannten Bewältigungsstrategien (*Coping*; von engl. *to cope with*: zurechtkommen, bewältigen). Antonovsky stellt klar, dass das Kohärenzgefühl an sich weder eine Bewältigungsstrategie noch ein bestimmter Bewältigungsstil ist (vgl. ebd.: 130). Stattdessen schafft es die Grundlage für einen flexiblen Umgang mit verschiedenen Anforderungen, aktiviert vorhandene Widerstandsressourcen und stellt somit ein breites Spektrum möglicher Bewältigungsfertigkeiten zur Verfügung. Letztlich sind es also die individuellen Bewältigungsstrategien, die bestimmen, welche Auswirkungen ein Stressor resp. ein Spannungszustand hat. Je nach Bewältigung ist die Wirkung pathogenetisch (krank machend), neutral oder salutogenetisch (der Gesundheit/dem Wohlbefinden förderlich). Blättner und Waller (2011: 20) merken an, dass sich die Bewältigungsstrategien nicht bloss auf eine Erkrankung beziehen, sondern generell auf alle Anforderungen des Lebens. Gleichwohl kann eine Erkrankung und ihre Folgen natürlich einen neuen Spannungszustand auslösen, und dadurch als eigenständiger Stressor wirken. Bei seinem Konzept zu den Bewältigungsstrategien knüpft Antonovsky an das transaktionale Stressmodell nach Lazarus an. Beide Modelle werden im Kapitel 5.1. vorgestellt. Ergänzend zu den Bewältigungsstrategien legt Antonovsky seinem salutogenetischen Modell die Lebensbedingungen einer Person zugrunde. Sie sind äusserst wichtig, denn sie entscheiden über die Widerstandsressourcen und -defizite und dadurch auch über mögliche Lebenserfahrungen, die zu einem hohen Kohärenzgefühl führen. Weiter bestimmen soziokulturelle Begebenheiten darüber, welche Bewältigungsstrategien legitim sind und welche nicht (vgl. ebd.: 21). Abbildung 2 zeigt die vier Elemente der Salutogenese in einer Übersicht.

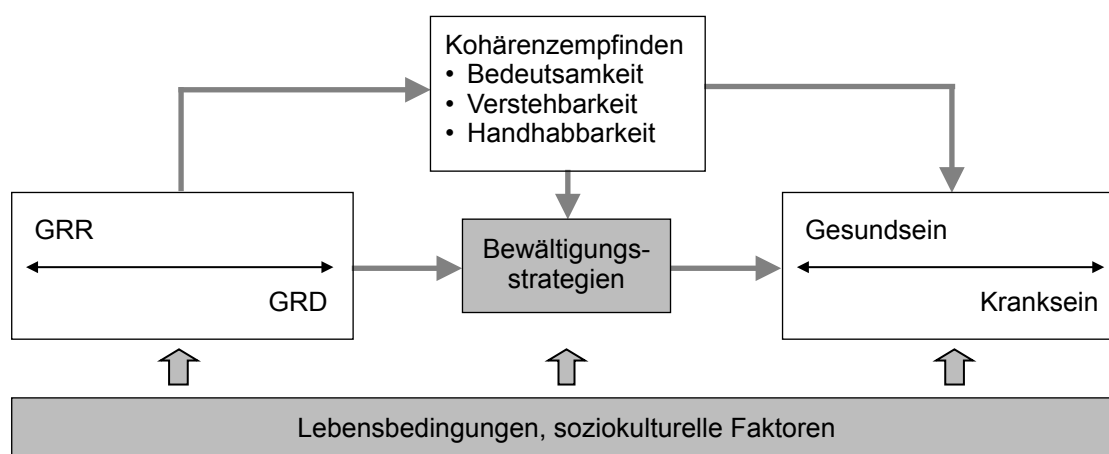


Abb. 2: Bewältigungsstrategien als vermittelndes Element, Lebensbedingungen als Basis des gesamten Modells (in: Blättner/Waller 2011: 21)

Die Salutogenese kann als umfassendes und theorienintegrierendes Modell von Gesundheit betrachtet werden. Obschon das Kohärenzgefühl häufig kritisiert wird, gilt das salutogenetische Modell insgesamt als empirisch überprüft. An dieser Stelle wird nicht näher auf die Kritikpunkte und den Forschungsstand eingegangen, da dies den Rahmen der Arbeit sprengen würde und letztlich wenig relevant für die Fragestellung ist (vgl. dazu u. a. ebd.: 24ff., 42ff.; Geyer 2010).

4.4. Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen werden gemäss internationaler Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO, welche aktuell in zehnter Ausgabe vorliegt, als Störungen charakterisiert, bei denen die Betroffenen wiederholt über körperliche Symptome klagen, die sich nicht oder nicht hinreichend durch einen organischen Befund erklären lassen. Auch nach mehrmaliger Aufklärung durch medizinische Fachpersonen wird auf weitere Untersuchungen bestanden. Psychische Ursachen werden häufig abgewehrt, zumindest im Anfangsstadium der Erkrankung (vgl. Dilling et al. 2014: 224). Zu den somatoformen Störungen gehören mehrere Krankheitsbilder, unter anderem diese beiden häufig diagnostizierten Störungen:

- *Somatisierungsstörung*: «Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die meist bereits seit einigen Jahren bestanden haben, bevor der Patient zum Psychiater überwiesen wird.» (ebd.: 225)
- *anhaltende somatoforme Schmerzstörung*:¹⁷ «Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten.» (ebd.: 233)

Die Schmerzlokalisierung kann überall am Körper sein, häufig sind multilokuläre, also an mehreren Stellen auftauchende, Schmerzen. In der Regel beginnen die Schmerzen vor dem 40. Lebensjahr, Frauen sind dabei im Vergleich zu Männern vier bis fünf Mal häufiger betroffen. Als Entstehungsgründe für Somatisierungsstörungen und somatoforme Schmerzstörungen werden überfordernde Lebenssituationen gesehen, die mit unreifen Konfliktbewältigungsstrategien bewältigt werden. Dass bei diesen Personen keine reifen und damit erfolgreichen Bewältigungsstrategien vorhanden sind, ist häufig durch Stresserfahrungen in der Kindheit zu erklären. Dazu gehören bspw. Gewalterfahrungen, chronische familiäre Disharmonie, sexueller Missbrauch, frühe Übernahme von Verantwortung für andere Familienmitglieder und das Mithelfen im Familienbetrieb. Psychische Traumatisierungen können nachweislich das spätere Schmerzempfinden gleichermassen verstärken wie biologische Stresseinwirkungen (vgl. Egle/Zentgraf 2014: 41ff.; Engel 2011: 11ff.). Die salutogenetische Betrachtungsweise lässt

¹⁷ Es gibt nach ICD-10 auch eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Formen», die allerdings nicht trennscharf von der obigen Störung zu unterscheiden ist (vgl. Dilling et al. 2014: 224).

den Schluss zu, dass sich solche Personen vermutlich wenig Widerstandsressourcen aufbauen konnten und auch über ein eher gering ausgeprägtes Kohärenzgefühl verfügen – was sich in fehlenden oder unreifen Bewältigungsstrategien äussert.

Für die Behandlung von chronischen Schmerzzuständen wird, gemäss biopsychosozialem Modell, oft ein sogenanntes multimodales Behandlungskonzept angewendet, das verschiedene Disziplinen und Verfahren beinhaltet. Dazu gehören etwa die medikamentöse Behandlung mittels Schmerzmedikation und Psychopharmaka, psychotherapeutische Einzelgespräche (Akzeptanz und Bewältigung von Schmerzen, Psychoedukation), Physiotherapie, Entspannungsverfahren, kunst-, musik- und ergotherapeutische Angebote sowie sozialarbeiterische Betreuung. Ziele sind die Akzeptanz und ein besserer Umgang mit Schmerzen, nicht jedoch die Schmerzfreiheit (vgl. von Wachter 2014: 37f.).

Für das Verständnis von somatoformen Störungen ist es natürlich wichtig zu wissen, was denn Schmerz genau ist. Schmerz wird sowohl als unangenehme Sinneswahrnehmung wie auch als Gefühlserlebnis definiert. Dieses ist mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigung verknüpft. Während bei einer körperlichen Verletzung eine aktuelle Gewebeschädigung vorliegt, können Schmerzen auch ohne solche Schädigungen auftreten, z. B. bei einem antizipierten schmerzvollen Ereignis oder einer psychischen Verletzung. Schmerzen haben demzufolge eine emotionale Komponente und sind subjektiv (vgl. von Wachter 2014: 4). Es wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden: Akuter Schmerz kann einer äusseren oder inneren körperlichen Verletzung zugeschrieben und dadurch örtlich begrenzt werden. Er entspricht einem biologischen Alarmsignal, das den Menschen auf eine Verletzung hinweist. Von chronischen Schmerzen wird gesprochen, wenn Schmerzen länger als drei bis sechs Monate anhalten. Sie erfüllen keine Schutzfunktion mehr, sondern sind vielmehr als biopsychosoziales Alarmsignal zu verstehen. Chronifizieren sich Schmerzen, liegt also meist nicht mehr eine aktuelle Gewebeschädigung vor. Ihnen kann aber sehr wohl ein somatisches Auslöseereignis, z. B. ein Unfall, zugrunde liegen (vgl. ebd.: 5ff.). Der Übergang vom akuten zum chronischen Schmerz ist ein äusserst komplexer Prozess, bei dem – stark vereinfacht dargestellt – Nervenendigungen zur Übertragung von Gewebeschädigungen sensibilisiert werden und vermehrt Impulse aussenden. Durch eine Übererregbarkeit entsteht im Rückenmark ein sogenanntes Schmerzgedächtnis, das den inzwischen verschwundenen ursprünglichen Schmerzreiz nach wie vor dem Bewusstsein weiterleitet (vgl. Bader/Gallacchi 2001: 62ff.). Sprott und Maurer (2012: 44f.) beschreiben die wichtigsten psychosozialen Faktoren, die gemäss empirischen Studien zur Chronifizierung von akuten Schmerzen führen können. Diese lassen sich in die vier folgenden übergeordneten Kategorien einteilen (vgl. ebd.):

- *Krankheitsüberzeugungen und Verhalten*: Vermeidungsverhalten, Katastrophisieren, geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Schonung und Rückzug bei Alltagsaktivitäten

- *Emotionen und psychische Belastung*: depressive Verstimmung, gesundheitsbezogene Ängste, Somatisierungstendenz, Störungen der Emotionsregulation
- *Arbeitsplatzfaktoren*: geringe Arbeitsplatzzufriedenheit und Mitbestimmungsmöglichkeiten, wenig kollegiale Unterstützung am Arbeitsplatz
- *Soziales Umfeld*: familiäre/eheliche Konflikte, Einsamkeit und soziale Isolation, Unterstützung des Schonverhaltens, häufige Arztwechsel, rein passive Behandlungsmethoden

Die Schmerzchronifizierung und die häufig damit verbundenen psychiatrischen Komorbiditäten können als Erschöpfungsstadium eines Individuums aufgrund einer misslungenen Kampf-oder-Flucht-Reaktion gesehen werden. Die «Echtheit» der Schmerzen wird in der Medizin nicht angezweifelt. Im Gegensatz zu einer rein somatischen Erkrankung, die durch entsprechende Untersuchungen und bildgebende Verfahren (Röntgen, Ultraschall, Magnetresonanztomographie etc.) mittlerweile sehr genau objektiviert und lokalisiert werden kann, ist jedoch ein solcher Nachweis bei somatoformen Störungen nicht möglich. Stattdessen müssen alle möglichen pathogenen Aspekte, insbesondere die psychosozialen Belastungsfaktoren und biografischen Gegebenheiten, eruiert und bei der Erklärung berücksichtigt werden. Dies geschieht hauptsächlich in psychiatrischen Gesprächen. Die «fehlende Objektivität», resp. die Unmöglichkeit, Schmerzzustände durch bildgebende Methoden der Medizin darzustellen, benachteiligt die Betroffenen bei der Abklärung einer IV-Rente, denn ihr Krankheitsbild fällt unter die Kategorie der PÄUSBONOG. Wie im Kapitel 3.4. bereits erläutert, stellen diese Beschwerden bei der IV in aller Regel keinen Anspruch mehr auf eine Rente dar.

An dieser Stelle ein kurzer Exkurs zur medizinischen und rechtlichen Beurteilung dieser Umstände: Gutachten aus verschiedenen Disziplinen kritisieren die IVG-Revision und die bundesgerichtliche Praxis deutlich. Henningsen (2014) begründet dies in seinem psychosomatisch-psychiatrischen Gutachten u. a. damit, dass die willentliche Überwindbarkeit empirisch nicht haltbar und die Abstufung nach Schweregrad anhand der Foerster-Kriterien weder empirisch korrekt noch logisch sei. Vielmehr stünden die Prognosen bei somatoformen Störungen insgesamt schlecht, unabhängig von bestimmten Komorbiditäten. Bezüglich der Objektivier- und Beweisbarkeit von somatoformen Störungen hält er fest, dass sie «im naturwissenschaftlichen Sinn einer technischen Messbarkeit grundsätzlich nicht gegeben sein kann» (ebd.: 26), dies jedoch bei anderen psychischen Störungen wie bspw. der Schizophrenie auch nicht der Fall ist. Kradolfer und Müller (2012) kommen in ihrem Rechtsgutachten zum Schluss, dass die Gruppierung von bestimmten Störungen zu PÄUSBONOG und ihre Sonderbehandlung zwar mit der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vereinbar sind, die daraus abgeleiteten Rechtsfolgen allerdings «das Recht auf ein faires Verfahren in Verbindung mit dem Diskriminierungsverbot» (ebd.: 102) verletzen. Sie gehen davon aus, dass die Vermutung der willentlichen Überwindbarkeit und die Anwendung der Foerster-Kriterien ein normatives Anforderungsprofil definieren, «das nicht auf sachlichen Gründen im Sinn der Strassburger Rechtsprechung basiert» (ebd.).

5. Krankheitsbewältigung im aktivierenden Staat

Nach der Kontextualisierung des modernen Sozialstaats, der Darstellung der sozialen Sicherheit in der Schweiz und der anschliessenden Beschäftigung mit den Themen Gesundheit und Krankheit, können diese Ausführungen nun im Hinblick auf die Fragestellung zusammengeführt werden.

5.1. Modelle zur Krankheitsbewältigung

Wie eine Person ihre Krankheit emotional erlebt, sich mit ihr auseinandersetzt und sich über ihre seelischen und körperlichen Grenzen bewusst wird, wird subjektives Krankheitserleben genannt (vgl. Kulbe 2009: 40). Dieses ist abhängig von Dauer, Art und Schwere der Erkrankung, der betroffenen Körperregionen sowie den Beeinträchtigungen und Folgen im alltäglichen Leben. Ergänzend sind auch die gesellschaftliche Bewertung der Krankheit und die allfällig damit einhergehende Stigmatisierung oder Diskriminierung bedeutend. Gerade bei psychischen und somatoformen Erkrankungen werden die Betroffenen von Aussenstehenden häufig nicht als krank wahrgenommen, ihre Leiden werden teilweise sogar in Frage gestellt. Für betroffene Personen können Schamgefühle und sozialer Rückzug die Folge sein (vgl. ebd.; Lamprecht/Schmid-Ott 2004: 168). Das subjektive Krankheitserleben beschreibt also primär, wie die kranke Person ihre Situation wahrnimmt. Es sagt jedoch noch nichts über die Bemühungen jener Person aus, mit der Krankheit umzugehen. Im vierten Kapitel wurden die Grundlagen der Stressreaktion dargelegt. Nun können diese durch den Prozess der kognitiven Bewertung und dem damit verbundenen Bewältigungshandeln ergänzt werden.

Zu Krankheitsbewältigung existieren in der wissenschaftlichen Literatur viele Definitionen. Sie kann grundsätzlich als Verarbeitungsprozess von Belastungen einer Krankheit gesehen werden (vgl. Bengel/Muthny 2009: 359). Lazarus und Launier (1978 zit. in Blomert et al. 1990: 19) definieren Bewältigungsverhalten als «das Gesamt der sowohl aktionsorientierten wie intrapsychischen Anstrengungen, die ein Individuum unternimmt, um externale und interne Anforderungen, die seine Ressourcen beanspruchen oder übersteigen, zu bewältigen (d. h. zu meistern, tolerieren, reduzieren, minimieren)». Der Bewältigung von Stressoren, und damit auch von Krankheit, geht ein kognitiver Prozess voraus, der sich zwangsläufig auf die Gefühls- und Handlungsebene auswirkt. Krankheitsbewältigung zielt darauf ab, die Belastungen einer Erkrankung in einer Art und Weise zu bewältigen, dass sie für das Individuum tragbar sind. Das kann konkret heissen, den Spannungszustand zu reduzieren, Autonomie zu bewahren, ein stabiler sozialer, psychischer und physischer Zustand sowie ein positives Selbstbild aufrechtzuerhalten (vgl. Fitzgerald Miller 2003: 36). Im Folgenden werden das transaktionale Stressmodell nach Lazarus und darauf aufbauend Antonovskys Bewältigungsmodell dargestellt. Kapitel 5.1.3. fokussiert die spezifischen Aspekte bei chronischer Krankheit.

5.1.1. Transaktionales Stressmodell nach Lazarus

Das transaktionale Stressmodell wurde ab den 1960er-Jahren vom Stressforscher Richard S. Lazarus entwickelt und ist bis heute sehr weit verbreitet. Lazarus stellt die kognitive Bewertung eines Stressors durch das Individuum in den Mittelpunkt seiner Theorie, da er bei Stresssituationen von einem Wechselwirkungsprozess zwischen den Situationsanforderungen und dem betroffenen Individuum ausgeht. Ein kognitiver Bewertungsprozess (*appraisal*) entscheidet darüber, wie ein Stressor vom Individuum wahrgenommen wird und welche Bewältigungsstrategie (*coping*) eingesetzt wird (vgl. Blättner/Waller 2011: 38f.). Lazarus unterscheidet drei Bewertungsprozesse, welche nicht zwingend nacheinander ablaufen müssen und daher nur theoretisch getrennt voneinander betrachtet werden können. Hinzu kommt, dass das Individuum durch seine Handlungen wiederum verändernd auf die Situation einwirkt (vgl. ebd.; Blomert et al. 1990: 18ff.; Lazarus 1999: 92ff.; Hoppe/Kauffeld 2011: 229f.).

- *primäre Bewertung (primary appraisal)*: Eine bestimmte Situation, die gegeben oder antizipiert sein kann, wird erstmals eingeschätzt. Sie kann als irrelevant, günstig/positiv oder stressbezogen bewertet werden. Stressbezogene Bewertungen können noch weiter unterschieden werden nach Bedrohung (*threat*), Schaden/Verlust (*harm/loss*) und Herausforderung (*challenge*). Die primäre Bewertung zielt darauf ab, die Anforderungen einer Situation einzuschätzen.
- Die *sekundäre Bewertung (secondary appraisal)* überprüft vorhandene interne und externe Ressourcen des Individuums und führt zur Auswahl von bestimmten, als geeignet eingeschätzten Bewältigungsstrategien. Als Alternative zu den Begriffen der primären und sekundären Bewertung, welche eben doch auf eine bestimmte zeitliche Abfolge schliessen lassen, werden die Termini *appraisal of well-being* und *appraisal of coping resources* vorgeschlagen (vgl. Blomert et al. 1990: 20).
- *Neubewertung (reappraisal)*: Befindet sich das Individuum im Bewältigungsprozess, wird der Prozess und die Situation erneut eingeschätzt. Dabei fließen eigene und fremde Reaktionen aus dem Bewältigungsprozess an sich sowie neue Gedanken und situative Gegebenheiten ein.

Hinsichtlich der Form der Bewältigung (teilweise auch Bewältigungsstil genannt) wird die Unterscheidung zwischen problem- und emotionsorientierter Bewältigung vorgenommen (vgl. Fitzgerald Miller 2003: 37). Beim problemorientierten Bewältigungsstil stellt sich das Individuum dem Problem und versucht dieses zu lösen. Dies geschieht durch aktive Handlungen oder die Suche nach alternativen Handlungs-/Lösungsmöglichkeiten. Dadurch soll die Ursache des Stressors beseitigt oder zumindest verringert und dadurch die Situation verändert werden. Dieser Bewältigungsstil kann nur dann erfolgreich sein, wenn die stressbezogene Situation, in der primären Bewertung meist als Bedrohung oder Herausforderung eingeschätzt, als beeinflussbar bewertet wird resp. überhaupt bewältigt werden kann. Ist dies nicht der Fall, kann Flucht auch eine Form der Bewältigung sein, die als problemorientiert gilt. Der

emotionsorientierte Bewältigungsstil kommt dann zum Einsatz, wenn der Stressor als nicht kontrollierbar oder nicht veränderbar bewertet wird. Da die stressbezogene Situation nicht verändert werden kann, muss das Individuum sich selbst bzw. seine mit dieser Situation verknüpften Gedanken und Gefühle verändern. Es handelt sich demnach um eine Emotionsregulation. Beispiele dazu sind körperliche und kognitive Aktivitäten, die Ablenkung verschaffen (Sport, Vermeidung, Distanzierung, das eigene Selbstbild reflektieren, Entspannungstechniken, Medikamenten-, Alkohol- oder Drogeneinnahme etc.), die Reflexion unbewusster psychischer Prozesse und vorhandenen Gefühlen Ausdruck verleihen.

Inwieweit das Bewältigungshandeln erfolgreich ist, muss immer im jeweiligen individuellen Kontext betrachtet werden. Gerade bei den emotionsorientierten Formen der Bewältigung kann bspw. die Vermeidung oder Distanzierung eine sinnvolle Strategie sein, um weitere (psychische) Belastungen zu reduzieren. Gleichzeitig können solche Strategien aber auch dysfunktional sein, indem sie das Individuum bewusst oder unbewusst von der tatsächlichen – problemorientierten – Auseinandersetzung mit der Situation abhalten und dadurch eine erfolgreiche Bewältigung verhindern. Effektives Bewältigungshandeln wird von Fitzgerald Miller (2003: 37) beschrieben durch die Beseitigung unangenehmer Gefühle, das Fortbestehen individueller Integrität und des positiven Selbstkonzepts sowie den Umstand, in sozialen Beziehungen und Rollen funktionsfähig zu sein.

5.1.2. Kohärenzgefühl und Krankheitsbewältigung

Wie bereits erwähnt, baut Antonovskys Modell zur Stressbewältigung auf den Arbeiten von Lazarus auf und verwendet ebenfalls die Elemente der primären, sekundären und tertiären Bewertung. Dabei differenziert er die primäre Bewertung ausdrücklich in drei Teile aus; der Bewertung einer Situation als Stressor/Nicht-Stressor, die daraus antizipierten Folgen und die damit verknüpften Emotionen. Letztere tragen massgeblich zum Umgang mit der Situation bei, indem sie entweder eine motivationale Handlungsbasis schaffen oder aber paralysieren (vgl. Antonovsky 1997: 129). Die sekundäre Bewertung prüft die vorhandenen Ressourcen und leitet zur Auswahl einer geeigneten Bewältigungsstrategie über. Diese stellen im salutogenetischen Modell ein vermittelndes Element zwischen dem GRR/GRD-Kontinuum und dem HEDE-Kontinuum dar. Sie werden aus Antonovskys Sicht massgeblich durch das Kohärenzgefühl beeinflusst. Obwohl dieses keine eigenständige Bewältigungsstrategie ist, kann es als «globale Stressbewältigungsressource» (Franke 2012: 178) gesehen werden. Je nach Ausbildung des Kohärenzgefühls wird eine Person anders auf einen Stressor reagieren und es stehen ihr unterschiedlich viele geeignete Bewältigungsstrategien zur Verfügung. Eine Person mit starkem Kohärenzgefühl wählt also «aus dem Repertoire generalisierter und spezifischer Widerstandsressourcen, die ihr zur Verfügung stehen, die Kombination aus, die am angemessensten zu sein scheint» (Antonovsky 1997: 130). Die Bedeutsamkeit als Teilkomponente des Kohärenzgefühls spielt eine wichtige Rolle bei der Reaktion auf einen Stressor.

Gemäss Antonovsky (vgl. ebd.: 131) wird die Person mit starkem Kohärenzgefühl dem Stressor eine grössere Bereitschaft und ein dementsprechend hohes Engagement zur Auseinandersetzung entgegenbringen. Bereits während des Bewältigungsprozesses wird die Person mit Feedback über den eingeschlagenen Weg konfrontiert und sie kann, sofern sie ein starkes Kohärenzgefühl hat, ihre Handlungen anpassen (tertiäre Bewertung). In der Abbildung 3 wird der Prozess des Bewältigungshandelns grafisch dargestellt und verdeutlicht Antonovskys Hypothese, wonach Personen mit einem starken Kohärenzgefühl Reize eher als Nicht-Stressoren wahrnehmen (vgl. ebd.: 126).

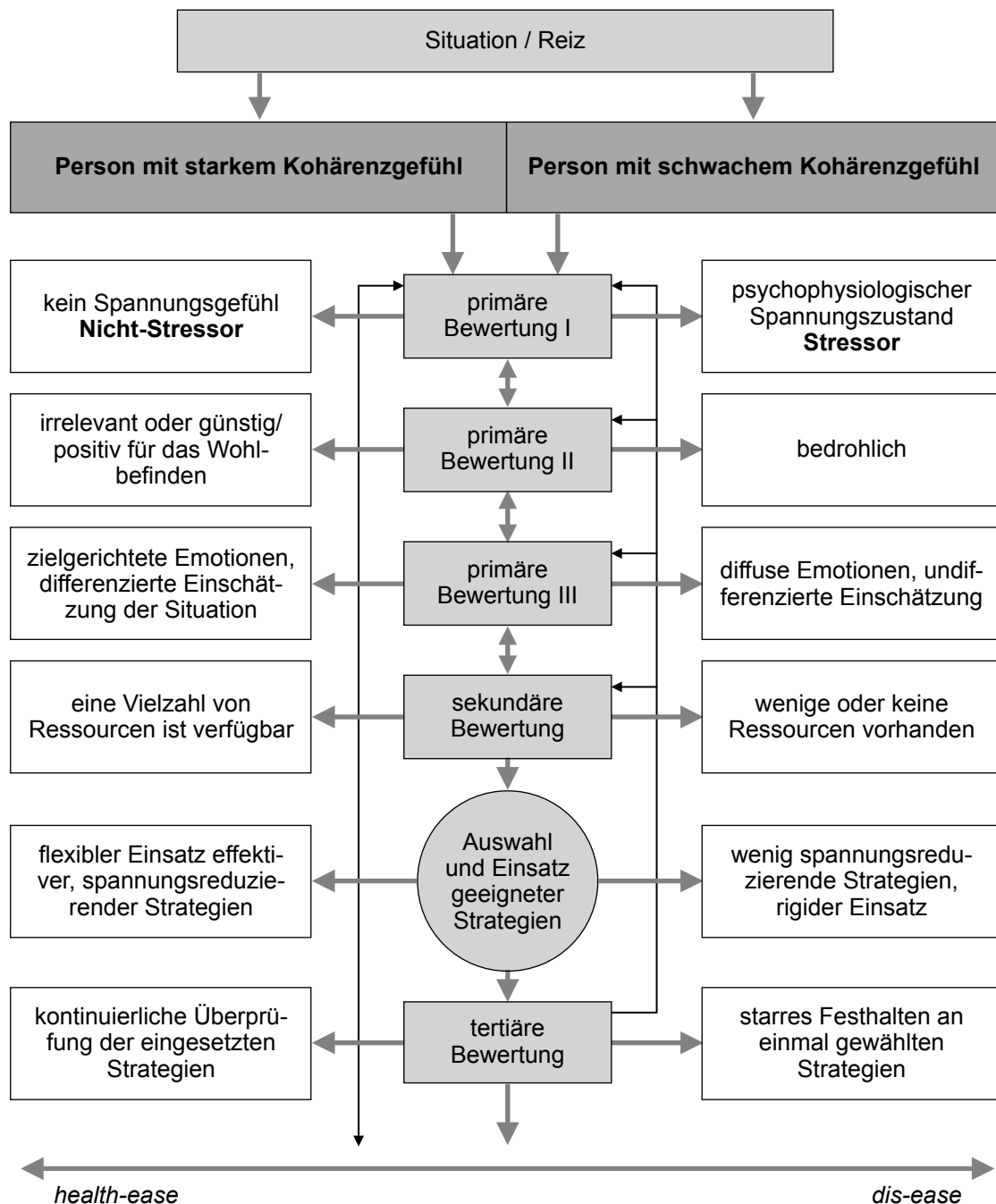


Abb. 3: Zusammenhang von Kohärenzgefühl und Stressverarbeitung nach dem salutogenetischen Modell von Antonovsky (in Anlehnung an: Franke 2012: 179)

5.1.3. Bewältigungsaufgaben chronisch kranker Personen

Ähnlich der Entwicklungsaufgaben, die zu bestimmten Zeitpunkten im Lebensverlauf anstehen (u. a. nach Havighurst, vgl. Montada/Oerter 2008), können für die Lebenslage chronischer Krankheit sogenannte Bewältigungsaufgaben definiert werden. Diese Bewältigungsaufgaben sind konkrete, alltägliche Herausforderungen, bei deren erfolgreicher Erfüllung nach Fitzgerald Miller (2003: 41f.) von effektivem Bewältigungshandeln gesprochen werden kann. Dazu kategorisiert sie folgende 13 übergeordneten Arten von Bewältigungsaufgaben:

- Bewahrung der Normalität
- Modifikation der Alltagsroutinen, Anpassung des Lebensstils
- Aneignung von Kenntnissen und Fähigkeiten für die weitere Selbstpflege
- Bewahrung eines positiven Selbstkonzepts
- Anpassung an veränderte soziale Beziehungen
- Trauer über die von der Krankheit verursachten Verluste
- Auseinandersetzung mit Rollenänderungen
- Umgang mit den körperlichen Beschwerden
- Einhaltung des Behandlungsregimes
- Auseinandersetzung mit der unausweichlichkeit des eigenen Todes
- Umgang mit dem sozialen Stigma von Krankheit oder Behinderung
- Bewahrung des Kontrollgefühls
- Bewahrung der Hoffnung trotz des ungewissen oder abwärts gerichteten Krankheitsverlaufs

Aus dieser Vielzahl von Bewältigungsaufgaben sollen hier nur einige davon genauer betrachtet werden, nämlich jene, die für die Krankheitsbewältigung im Zusammenhang mit sozialstaatlicher Aktivierung relevant erscheinen. So hat Normalität zu bewahren damit zu tun, die Krankheitssymptome nicht nach Aussen zu zeigen. Der angepasste Lebensalltag mit der Krankheit wird kognitiv als neue Normalität definiert. Es geht dabei nicht um eine Verleugnung der Krankheit, sondern darum, das Sozialleben nicht durch die Beschwerden zu sehr einschränken zu lassen (vgl. ebd.: 43). Soziale Beziehungen verändern sich durch eine Erkrankung insofern, dass es der betroffenen Person meist nicht mehr möglich ist, mit anderen Personen mitzuhalten oder sie deren Ablehnung antizipiert und sich deshalb von sich aus zurückzieht. Die Bewältigungsaufgabe besteht darin, mit dem Umstand, weniger soziale Kontakte zu haben, zurechtzukommen und gleichzeitig noch vorhandene Beziehungen gut zu pflegen (vgl. ebd.: 44). Durch die Krankheit erlittene Verluste, z. B. von Körperfunktionen, Kraft oder Selbstwertgefühl, bedingen Trauerarbeit, um sie bewältigen und die persönliche Integrität aufrecht erhalten zu können (vgl. ebd.). Oftmals gehen mit der Krankheit Rollenveränderungen einher. Soziale Rollen können verloren gehen, bspw. im familiären und beruflichen Kontext. Dabei ist es wichtig, diese mit entsprechender Trauerarbeit aufgeben und sich auf neue einlassen zu können. Chronisch Kranke sind abhängig vom Gesundheitssystem und ihrem sozialen Umfeld. Sich dabei auf eine positive Form der Abhängigkeit einzulassen, setzt die Akzeptanz der eigenen Beschwerden voraus (vgl. ebd.: 45).

5.2. Auswirkungen sozialstaatlicher Aktivierung auf die Krankheitsbewältigung

Erkrankt eine Person und wird in der Folge invalid oder von Invalidität bedroht, kann sie auf sozialstaatliche Unterstützung zählen. Im fordistisch geprägten Sozialstaat wurde diese Hilfe hauptsächlich in Form der monetären Kompensation des Erwerbsausfalls geleistet. Im aktivierenden Sozialstaat hingegen werden monetäre Leistungen häufig kontraktualisiert, d. h. an Gegenleistungen geknüpft. Es werden Bemühungen unternommen, die invalide Person in einer geeigneten Form zu aktivieren, um sie soweit wie möglich der Erwerbsarbeit zurückzuführen. Dieses neue (Sozial-)Staatsverständnis wirkt sich auf die individuelle Krankheitsbewältigung der betroffenen Person aus, da die Bewältigung von Stress und Krankheit nicht im luftleeren Raum, sondern immer in einem bestimmten sozialen Kontext stattfindet (vgl. Folkman 2011: 5). Neben bestimmten Vorstellungen, die die Person revidieren muss (Ich bin krank, also müssen die Sozialversicherungen für mich aufkommen.), wird sie mit Anforderungen konfrontiert. Sie muss aktiv eine Eigenleistung erbringen, um (teilweise monetäre) Versicherungsleistungen beanspruchen zu können.

Gerade im Hinblick auf somatoforme Krankheit scheint es wichtig, zwei verschiedene Aktivierungszeitpunkte zu unterscheiden, die in der Praxis stattfinden. Einerseits die zeitnahe Aktivierung bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und andererseits die Aktivierung aus der Rente heraus (wenn diese aufgrund der sechsten IVG-Revision aufgehoben wird). Jene Aktivierung, die kurz nach beginnender Arbeitsunfähigkeit stattfindet, ist eigentlich nicht wirklich neu, zumal die IV schon immer vor der Rentenprüfung die Integration in den Arbeitsmarkt als primäres Ziel verfolgt. Hinzu kommt, dass betroffene Personen zu diesem Zeitpunkt in der Regel noch nicht über lange Zeit arbeitsunfähig sind. Dementsprechend ist die Nähe zur Arbeitswelt und die Motivation, wieder daran teilzunehmen, häufig gegeben. Arbeit nimmt in unserer heutigen Gesellschaft einen äusserst hohen Stellenwert ein. Sie bietet eine Einkommensquelle und ermöglicht es, sich selbst zu verwirklichen, seine eigenen Fähigkeiten und die Leistungsfähigkeit zu beweisen. Dadurch trägt sie massgeblich zum psychischen Wohlbefinden bei (vorausgesetzt, die Arbeitsbedingungen lassen dies zu). Nicht zu vergessen sind die identitätsbildende Komponente und der durch Arbeit erreichte soziale Status (vgl. Kosciulek 2007: 81; Siegrist/Theorell 2008: 99f.). Die Aktivierung einer somatoform kranken Person kann als Situation gesehen werden, die sich mit dem transaktionalen Stressmodell analysieren lässt. Bei der primären Bewertung wird sie die Aktivierungsmaßnahmen vermutlich als günstig/positiv oder stressbezogen bewerten. Ist letzteres der Fall, kann weiter nach Bedrohung und Herausforderung unterschieden werden. Im Rahmen der Ressourcenprüfung während der sekundären Bewertung stellt die sozialstaatliche Aktivierung eine externe Ressource dar; sie ist eine Hilfestellung zur Arbeitsmarktintegration. Vorhandene interne Ressourcen und die emotionale Konnotation der Situation (Bedrohung resp. Herausforderung) entscheiden über die Wahl von Bewältigungsstrategien und dadurch den Umgang mit der Situation. Kommt die Person zum Schluss, über genügend interne Ressour-

cen zu verfügen und kann sie ihre Emotionen zielgerichtet einsetzen (sich der Herausforderung gewachsen zu fühlen), wird sie den <Reiz> sozialstaatliche Aktivierung problemorientiert bewältigen, d. h. an solchen Programmen teilnehmen. In dieser Konstellation besteht eine reale Chance auf Erfolg. Wovon dies im Detail abhängen könnte, wird im folgenden Kapitel noch erläutert. Gelingt die Aktivierung, bleibt die Person gesellschaftlich integriert. Dies ist ein wichtiger psychosozialer Faktor, der sich günstig auf die Krankheitsbewältigung auswirkt. Es können soziale Rollen neu hergestellt oder wieder aufgebaut und dadurch auch ein Stück Normalität erreicht werden. Sieht sich die Person hingegen durch die aktivierenden Massnahmen mit Umständen und Erwartungen konfrontiert, die ihr als nicht bewältigbar erscheinen (Bedrohung), wird sie den emotionsorientierten Bewältigungsstil einsetzen. Sie flüchtet sich in ihre Krankheitssymptome, vermeidet Anforderungen aus der Umwelt und sucht medizinische Hilfe. Dadurch werden Aktivierungsmassnahmen eher scheitern und sich negativ auf eine gelingende Krankheitsbewältigung auswirken.

Bezieht eine somatoform kranke Person während mehreren Jahren eine Rente, die dann aufgrund der jüngsten IVG-Revision aufgehoben wird, muss in Bezug auf aktivierende Massnahmen im Gegensatz zur oben thematisierten Konstellation von anderen Voraussetzungen ausgegangen werden. RentenbezügerInnen sind seit längerer Zeit nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert, sie erhalten dafür ein alternatives Einkommen durch Sozialversicherungsleistungen. Sie mussten sich in dieser Situation neu einrichten und versuchen, ihrem Leben einen von Erwerbstätigkeit unabhängigen Sinn zu verleihen. Normalität zu bewahren und sich mit veränderten sozialen Beziehungen und Rollen auseinanderzusetzen sind dabei äusserst wichtige Bewältigungsaufgaben. Wird nun die Invalidenrente einer Person aufgehoben, wird sie dies primär vermutlich stressbezogen als Bedrohung resp. Schaden/Verlust bewerten. Sie fürchtet einerseits um ihre finanzielle Existenz und hadert andererseits damit, dass sie von der IV plötzlich als <gesund> betrachtet wird, obwohl es ihr subjektiv nicht besser geht. Bei der sekundären Bewertung stellt zwar die sozialstaatliche Aktivierung erneut eine externe Ressource dar, hingegen werden in Bezug auf die internen Ressourcen wohl eher Zweifel aufkommen, ob die Person diesen Anforderungen noch gewachsen ist und sich später auf dem Arbeitsmarkt wird behaupten können. Ob unter diesen Umständen ein problemorientierter Bewältigungsstil möglich ist, ist ungewiss. Dass in solchen Situationen der emotionsorientierte Bewältigungsstil gehäuft vorzufinden ist, wäre eine Hypothese, deren Bestätigung eine empirische Untersuchung bedürfte. Die Folgen einer emotionsorientierten Bewältigung können Somatisierung und eine weitere Chronifizierung der Erkrankung sein.

Der erste Teil der Fragestellung (wie sich eine sozialstaatliche Aktivierungspolitik auf die Krankheitsbewältigung von somatoform chronisch kranken Personen auswirkt) kann nun also wie folgt beantwortet werden: Sozialstaatliche Aktivierung stellt zunächst einen Stressor für die zu aktivierende Person dar. Ob sich Aktivierungsmassnahmen für die Krankheitsbewältigung als förderlich oder hinderlich herausstellen, hängt gemäss des transaktionalen

Stressmodells von Lazarus hauptsächlich vom kognitiven Bewertungsprozess einer Person und dem damit verbundenen Umgang mit der Situation (problem-/emotionsorientiert) ab. Wie schon erwähnt, können sozialstaatliche Aktivierungsmassnahmen im Sinne einer Hilfestellung zur Arbeitsmarktintegration als externe Ressourcen gesehen werden. An dieser Stelle ist anzumerken, dass der kognitive Bewertungsprozess des Individuums zwar über vieles entscheidet, die strukturellen Rahmenbedingungen, also die Frage nach der konkreten Ausgestaltung von Aktivierungsprogrammen und der Arbeitsmarktsituation, jedoch nicht ausser Acht gelassen werden dürfen. Dies wird im folgenden Kapitel vertieft. Weiter scheint eine Differenzierung von unterschiedlichen Aktivierungszeitpunkten (vor der Rentenprüfung/bei Aufhebung der Rente) wichtig, da sich die jeweilige Ausgangslage bezüglich des individuellen Bewertungsprozesses massgeblich unterscheiden kann. Die eingangs dieser Arbeit aufgestellten Thesen, dass Aktivierung sowohl positiv wie auch negativ auf die individuelle Krankheitsbewältigung wirken kann, können – aus rein theoretischer Sicht – bestätigt werden.

5.3. Einflussfaktoren zur erfolgreichen sozialstaatlichen Aktivierung bei somatoform chronisch kranken Personen

Während die bisherigen Ausführungen hauptsächlich individuumszentriert waren, soll dieses Kapitel noch einer etwas umfassenderen Betrachtung der Krankheitsbewältigung im aktivierenden Sozialstaat nachgehen, indem es die gesellschaftlichen Strukturen mitberücksichtigt. Tabelle 1 zeigt eine Auswahl möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf die Effektivität sozialstaatlicher Aktivierung, welche aus der Literatur abgeleitet werden können. Die individuellen Faktoren wurden in dieser Arbeit bereits weitgehend thematisiert und werden daher nur noch zusammenfassend dargelegt. Unter erfolgreicher Aktivierung wird hier die berufliche Reintegration verstanden, welche sich auf die Krankheitsbewältigung förderlich auswirkt.

	eher geringe Erfolgsaussichten	eher hohe Erfolgsaussichten
individuelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • subjektives Krankheitskonzept «Krankheit als Destruktion/Befreiung» • primärer und/oder sekundärer Krankheitsgewinn • dysfunktionale Kognitionen 	<ul style="list-style-type: none"> • subjektives Krankheitskonzept «Krankheit als Aufgabe» • ein starkes Kohärenzgefühl (SOC) • primäre Bewertung günstig/positiv, wenn stressbezogen als Herausforderung; problemorientierter Bewältigungsstil • psychologische und sozialarbeiterische Bearbeitung psychosozialer Probleme soweit möglich
strukturelle Faktoren	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung im Sinne von <i>Workfare</i> • kurze Programmlaufzeiten • Arbeitsplätze im Bereich der prekären Beschäftigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung im Sinne von <i>Empowerment</i> • zeitnahe Aktivierung nach Einsetzen der Arbeitsunfähigkeit • ausgeglichener Arbeitsmarkt, genügend Stellen mit geringem Anforderungsprofil

Tab. 1: Mögliche Einflussfaktoren der Wirksamkeit sozialstaatlicher Aktivierungsmassnahmen bezogen auf somatoform chronisch Kranke (eigene Darstellung)

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente der obigen Tabelle ausgeführt und auf diese Weise den zweiten Teil der Fragestellung (unter welchen Prämissen die sozialstaatliche Aktivierungspolitik erfolgreich sein kann) beantwortet.

5.3.1. Individuelle Faktoren

Individuelle Faktoren, die auf eher geringe Erfolgsaussichten hindeuten

Die Betrachtung der eigenen Erkrankung als Destruktion ist mit dem Gefühl des Kontrollverlusts verbunden. Die kranke Person wird mit dem Verlust ihrer sozialen Rollen konfrontiert und sieht sich nicht in der Lage, von sich aus diesen Prozess beeinflussen zu können. Dies führt zu einer passiven, abwartenden Haltung, in dem sich die Person möglicherweise als Opfer sieht. Beim Krankheitskonzept der Befreiung profitiert die Person von ihrer neuen Krankenrolle, was deren Veränderung oder Auflösung erschweren kann (vgl. Kapitel 4.1.).

Die Einteilung in primären und sekundären Krankheitsgewinn (vgl. Kapitel 4.1.) wurde von Sigmund Freud, Begründer der Psychoanalyse, eingeführt. Aktivierungsmassnahmen können tendenziell erschwert werden, wenn die kranke Person dadurch direkte oder indirekte in der Krankheit begründete Vorteile (bspw. Entlastung, Zuwendung etc.) verliert. Existieren (bewusst oder unbewusst) primäre oder sekundäre Krankheitsgewinne, muss die betroffene Person dies zuerst reflektieren können um überhaupt in der Lage zu sein, sich zu entscheiden, ob sie diese «Gewinne» aufgeben möchte.

Dysfunktionale Kognitionen sind bestimmte individuelle Überzeugungen, die für die betroffene Person nicht zielführend sind und bei somatoformen Störungen zu Schmerzchronifizierung und -verstärkung führen. Beispiele dazu sind Kontrollüberzeugungen, dass nur ärztliche Behandlung und Medikamente helfen können, Vermeidungsverhalten, Katastrophisierungstendenzen, nicht vorhandene Selbstwirksamkeit, sich in der Opferrolle sehen oder die Abwehr psychischer Aspekte der Krankheit (vgl. von Känel 2012: 37).

Individuelle Faktoren, die auf eher hohe Erfolgsaussichten hindeuten

Nimmt die betroffene Person ihre Krankheit als Aufgabe wahr, sieht sie diese als Herausforderung, die es aktiv zu bewältigen gilt (vgl. Kapitel 4.1.). Dadurch kann angenommen werden, dass ein problemorientierter Bewältigungsstil vorherrscht und die Person ein hohes Engagement zeigen wird. Antonovsky (1997: 35) sieht in der Bedeutsamkeit, einer Teilkomponente des Kohärenzgefühls, das motivationale Element, welches dazu führt, dass sich eine Person stark für ihr wichtig erscheinende Dinge einsetzt.

Ein starkes Kohärenzgefühl (vgl. Kapitel 4.3.2.) verspricht insofern höhere Erfolgsaussichten bei aktivierenden Massnahmen, als es die individuelle Grundlage für einen flexiblen Umgang mit Anforderungen schafft und einen breiten Einsatz von Bewältigungsstrategien zulässt. Zu aktivierende Personen können dadurch vielfältiger auf neue Situationen reagieren, Stresso-

ren werden dabei nicht so schnell als bedrohlich eingestuft. Zu beachten ist dabei, dass das Kohärenzgefühl keine exakt messbare Grösse ist. Es kann stattdessen hauptsächlich aus der Biografie und dem bisherigen Bewältigungsverhalten abgeleitet werden.

Die im Kapitel 5.1.1. beschriebene primäre Bewertung stellt nach dem transaktionalen Stressmodell eine erste Einschätzung der Situation dar. Kommt die Person zum Schluss, dass die geplante Aktivierungsmassnahme für sie entweder günstig/positiv oder stressbezogen im Sinne einer Herausforderung ist, wird es ihr eher möglich sein, einen problemorientierten Bewältigungsstil einzusetzen. Dieser schafft die Voraussetzungen für aktive Handlungen und den Willen, sich dem Problem resp. der Situation zu stellen. Dadurch stellt er bei sozialstaatlicher Aktivierung eine positive Ausgangslage dar.

Die psychologische und sozialarbeiterische Bearbeitung psychosozialer Probleme sollte parallel zur sozialstaatlichen Aktivierung erfolgen. Bei somatoformen Störungen können psychosoziale Probleme als Umstände gesehen werden, die wesentlich zur Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen. Solche Probleme lassen sich in der Regel nicht einfach lösen, es kann allerdings Unterstützung geboten werden, dass Betroffene besser damit umgehen können. Weiter können durch Aktivierungsmassnahmen aufgetretene Probleme besprochen und angegangen werden. Es geht weitgehend darum, Akzeptanz für die jetzige Situation zu schaffen und werteorientiertes Handeln zu fördern (bspw. durch *Acceptance and Commitment Therapy*, vgl. Goodin et al. 2011: 420ff.).

5.3.2. Strukturelle Faktoren

Strukturelle Faktoren, die auf eher geringe Erfolgsaussichten hindeuten

Gestaltet sich die sozialstaatliche Aktivierung nach dem Verständnis von *Workfare* (Wyss 2013), d. h. als rein repressive Massnahme, um Personen um jeden Preis wieder zurück in den Arbeitsmarkt zu führen, wird sie den zu aktivierenden Personen häufig nicht gerecht. In dieser Ausprägung stehen wenig Hilfestellungen zur Verfügung, stattdessen wird das Ziel hauptsächlich über gekürzte und eingestellte Sozialleistungen sowie eine allgemeine Bewerbungs- und Arbeitspflicht zu erreichen versucht (vgl. Kapitel 2.3.). Dies hat zur Folge, dass jene Personen, die den Anschluss an den Arbeitsmarkt nicht schaffen, noch mehr unter Druck und in eine zunehmend prekären Lebenssituation geraten.

Sind die Laufzeiten sozialstaatlicher Aktivierungsprogramme (zu) kurz bemessen, können sie die Bedürfnisse der Betroffenen nicht angemessen berücksichtigen. Bei somatoformen Störungen spielen der biografische Aspekt und das soziale Lebensumfeld eine wichtige Rolle. Anzunehmen, dass diese Umstände innerhalb weniger Wochen bis Monate bearbeitet und verändert werden können, wäre vermessen. Deshalb wäre es wichtig, über längere Zeit hinweg daran arbeiten zu können, ohne vorschnell die Leistung steigern zu wollen. Positiv zu bewerten ist die Niederschwelligkeit der Integrationsmassnahmen der IV, bspw. des Belast-

barkeitstraining. Es wird dem Umstand Rechnung getragen, dass bereits längerfristig arbeitsunfähige Personen eine gewisse Zeit brauchen, um sich wieder in einem Arbeitsumfeld einzufinden. Auf der anderen Seite erweckt es jedoch den Eindruck, dass die kognitive und körperliche Belastbarkeit fast problemlos gesteigert werden kann, wenn die richtige Motivation vorhanden ist. Denn durch die Zielsetzung «Aufbau der Arbeitsmotivation» (vgl. Anhang) unterstellt es den Betroffenen, sie seien bisher nicht gewillt gewesen zu arbeiten. Auch das Zwischenziel «Bereitschaft, trotz Beschwerden, Schmerzen usw. mitzumachen» (vgl. Anhang) macht deutlich, dass explizit von der willentlichen Überwindbarkeit von Schmerzen und anderen gesundheitlichen Beschwerden gemäss der bundesgerichtlichen Praxis ausgegangen wird.

Durchläuft eine Person die Integrations- und beruflichen Massnahmen der IV erfolgreich, wird sie im Anschluss einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachgehen müssen, um ihre (Rest-)Erwerbsfähigkeit auszuschöpfen. Dabei findet tendenziell ein grosser Wechsel statt: Von einem «geschützten» Umfeld, in dem mehr Fehler und mehr Abwesenheiten toleriert werden, zu einer regulären Arbeitsstelle, die von der Person die volle Leistung fordert. Gerade Personen mit eher niedriger Ausbildung (was bei Personen mit somatoformen Störungen ebenfalls häufig zutrifft) sind dann gezwungen, eine Arbeitsstelle auch dann anzunehmen, wenn sie als prekär gilt. Dies schafft neue Belastungen für Personen, für die den Umgang mit Stressoren erschwert ist und gefährdet die dauerhafte Arbeitsmarktintegration.

Strukturelle Faktoren, die auf eher hohe Erfolgsaussichten hindeuten

Im Gegensatz zur sozialstaatlichen Aktivierung im Sinne von *Workfare*, gestaltet sich jene nach dem Verständnis von *Empowerment* grundsätzlich anders. Statt keinen oder nur einheitlichen Massnahmen werden bei der Aktivierung als *Empowerment* die Massnahmen je nach betroffener Person differenziert. Wichtig sind qualifizierende Elemente, welche es den Betroffenen ermöglichen, eine Berufsausbildung nachzuholen oder sich weiterzubilden. Dies mit dem Ziel, dass betroffene Personen überhaupt erst befähigt werden, sich (wieder) um eine Arbeitsstelle zu bemühen. Allerdings lässt sich dies nicht mit dem konservativen Grundsatz der sozialen Sicherung in der Schweiz vereinbaren, wonach keine Höherqualifizierung oder ein beruflicher Richtungswechsel angestrebt werden soll («Abstandsgebot», vgl. Nadai et al. 2013: 10). Damit sich Personen auf diesen längerfristigen Prozess einlassen können, müsste weiter eine ausreichende finanzielle Absicherung gewährleistet werden (anstelle einer Politik der Knappheit mit dem ideologischen Ziel, dass sich die Betroffenen dadurch umso mehr anstrengen).

Eine zeitnahe Aktivierung bei beginnender Arbeitsunfähigkeit erhöht die Chance, einer Chronifizierung der Erkrankung entgegenzuwirken. Zudem sind erkrankte Personen zu diesem Zeitpunkt noch sehr nahe am Erwerbsleben. Idealerweise wird versucht, die bestehende Arbeitsstelle zu erhalten sowie durch Anpassungen am Arbeitsplatz und personeller Unterstüt-

zung die Person so gut wie möglich wieder in das bisherige Umfeld zu integrieren. Mögliche Hilfestellungen wären dabei ein Case Management (firmenintern oder durch die Krankentaggeldversicherung) und Frühinterventionsmassnahmen der IV (vgl. dazu Eingliederungsmanagement, Geisen 2012). Dass eine frühzeitige Aktivierung höhere Erfolgsaussichten verspricht als späte, lässt sich durch den Umstand untermauern, wonach bei Sozialhilfe beziehenden Personen in Integrationsprogrammen ein sogenannter *«Lock-in»*-Effekt stattfindet. Dies bedeutet, dass Bemühungen zur Suche einer Arbeitsstelle während der Programmteilnahme reduziert werden und es dadurch zu einem Verharren in der Sozialhilfe kommt (vgl. Aeppli/Ragni 2009 zit. in Schallberger/Wyer 2010: 27).

Der ausgeglichene Arbeitsmarkt ist ein theoretischer Begriff, der von einem Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage von Arbeitskräften und -stellen ausgeht. Dies bedeutet, dass genügend freie Arbeitsplätze vorhanden sind, was zu einer insgesamt geringen Arbeitslosigkeit führt. Der Begriff ist vergleichbar mit der *«Quasi-Vollbeschäftigung»* zur Zeit des Fordismus. Unter diesen Umständen gelang es der grossen Mehrheit der Bevölkerung relativ problemlos eine Stelle zu finden. Heute hat sich die Arbeitsmarktsituation deutlich verändert, insbesondere ältere und niedrigqualifizierte Personen sind vermehrt von Arbeitslosigkeit bedroht (vgl. Weder/Wyss 2010: 6). Für eine längerfristige Arbeitsmarktintegration von gesundheitlich beeinträchtigten Personen sind demzufolge genügend Arbeitsstellen notwendig (auch für Niedrigqualifizierte), welche deren individuellen Umstände berücksichtigen. Die Arbeitgeber müssten bereit sein, Personen einzustellen, die nach mehrjährigem Rentenbezug wieder eine Stelle suchen. Es muss also nicht nur an den betroffenen Personen, sondern auch an den Rahmenbedingungen angesetzt werden. Es wäre demnach «das Soziale in den verschiedenen sozialen Räumen (Privatsphäre, öffentliche Räume, Arbeitsplatz usw.) derart zu gestalten, dass Menschen mit Behinderung so, wie sie sind, das heisst, ohne sich *«normalisieren»* zu müssen, darin mittun können» (Wyss 2013: 137).

6. Resümee und Ausblick

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Entstehungsgeschichte des Sozialstaats nachgezeichnet. Diese begann im 19. Jahrhundert im Zusammenhang mit der Industrialisierung. Seinen Zenit erreichte der Sozialstaat in den fordistisch geprägten Gesellschaften nach dem Zweiten Weltkrieg. Bereits rund 20 Jahre später, in den 1970er-Jahren, geriet er in eine bis heute andauernde Krise. Als Gründe für die soziale, finanzielle und politisch/legitimatorische Krise des Sozialstaats und des darauf folgenden Umbaus sind u. a. der demografische Wandel, veränderte soziale Lebensformen und der flexible Kapitalismus zu nennen. Der Sozialstaat hat sich von einem Vor- und Versorgerstaat, der individuelle Risiken der Erwerbsarbeit versicherte, zu einem sozialinvestiven Staat entwickelt. Er investiert in Humankapital und erhofft sich dadurch eine grosse Anzahl produktiver Arbeitskräfte. Infolgedessen wird die Sozialpolitik zum Instrument nationaler Wettbewerbsfähigkeit. Um sein Ziel zu erreichen, aktiviert der Sozialstaat seine BürgerInnen und kontraktualisiert Leistungen. Auch in den sozialen Sicherungssystem der Schweiz hat dieser Paradigmenwechsel stattgefunden, sichtbar wird dies in den jüngsten Reformen der Arbeitslosen- und Invalidenversicherung sowie der Sozialhilfe.

Die Frage, wie Gesundheit definiert wird, ist nur bedingt medizinisch, sondern vielmehr durch ihre gesellschaftliche Bedeutung und ihre funktionelle Zuschreibung zu erklären. Als allgemein anerkannt gilt, dass sie sich aus biologischen, psychischen und sozialen Faktoren zusammensetzt. Die Salutogenese ist ein umfassendes und theorienintegrierendes Gesundheitsmodell, so baut es u. a. auf dem transaktionalen Stressmodell auf.

Die Fragestellung konnte insofern beantwortet werden, dass sozialstaatliche Aktivierung für die zu aktivierende Person einen Stressor darstellt und über die positive und/oder negative Wirkung gemäss des transaktionalen Stressmodells ihre kognitive Bewertung entscheidet. Da die Person jedoch immer in einen bestimmten sozialen Kontext eingebunden ist, sind die äusseren Rahmenbedingungen ebenfalls von Bedeutung. Als mögliche positive Einflussfaktoren für eine erfolgreiche (die Krankheitsbewältigung fördernde) Aktivierung in Bezug auf die Gruppe somatoform Kranker haben sich aus der wissenschaftlichen Literatur auf individueller Ebene u. a. die Betrachtung der Krankheit als Herausforderung, ein starkes Kohärenzgefühl und ein problemorientierter Bewältigungsstil; auf struktureller Ebene die Aktivierung als Empowerment und günstige arbeitsmarktliche Bedingungen herauskristallisiert. Es ist berechtigt zu fragen, ob Personen mit somatoformen Störungen überhaupt ein starkes Kohärenzgefühl ausbilden können oder ob sie in diesem Fall gar nicht somatoform krank würden. Dazu ist anzumerken, dass die oben genannten Voraussetzungen sicherlich idealtypisch sind. Das Kohärenzgefühl wiederum ist jedoch kein absoluter Wert; was als starke Ausprägung gilt, kann unterschiedlich bewertet werden. Weiter können Betroffene durch professionelle Hilfe in der Lage sein, ihre Situation zu reflektieren und aktiv an der Verbesserung ihrer Gesundheit mitzuarbeiten. Interessant wäre für eine weiterführende und vertiefere Untersuchung der Fragestellung die Erhebung empirischer Daten.

Bei der Betrachtung des aktivierenden Sozialstaats hat sich gezeigt, dass dieser verschiedene Facetten aufweisen kann und aus dem Begriff noch nicht auf die konkrete Ausgestaltung geschlossen werden darf. Es wäre demnach zu fragen, wie sich der Sozialstaat zwischen den beiden Polen Repression (*Workfare*) und *Empowerment* positioniert, welches dieser Ziele er primär verfolgt. Gerade im Zusammenhang mit Krankheitsbewältigung scheint es dem Verfasser verkürzt, die sozialstaatliche Aktivierung bloss auf ihre Repressionsfunktion (Wyss 2013) zu reduzieren. Für Menschen, die von sich aus nicht mehr vollständig am Erwerbsleben teilnehmen können, bietet das Aktivierungsparadigma eine Chance auf gesellschaftliche Integration, die heute nach wie vor hauptsächlich über die Integration in den Arbeitsmarkt gemessen wird. Erwerbsarbeit mit ihrer identitäts- und sinnstiftenden Funktion kann insofern eine wichtige Rolle spielen, dass sich gesundheitlich beeinträchtigte Personen gebraucht fühlen und trotz ihrer Erkrankung ein gewisses Mass an Normalität leben können. Schmid (2014: 152) schreibt denn auch zurecht: «Es steht ausser Zweifel, dass der aktivierende Sozialstaat Potenziale erschlossen hat, die bis dahin nicht ausgeschöpft wurden.» In diesem Sinne könnte der aktivierende Sozialstaat einen gesundheitspolitischen Beitrag leisten (vgl. Franzkowiak et al. 2011: 49ff.). Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang nun stellt, ist jene nach der Wirksamkeit von Aktivierungsmassnahmen und den strukturellen Rahmenbedingungen. Nur wenn Personen nach Durchlaufen von sozialstaatlichen Aktivierungsprogrammen auch tatsächlich eine Arbeitsstelle auf dem ersten Arbeitsmarkt finden, die mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen vereinbar ist und die *nicht* als prekäre Arbeit gilt, kann aus Sicht des Verfassers von einer erfolgreichen sozialpolitischen Aktivierung gesprochen werden. Die bereits zitierte Untersuchung von Schallberger und Wyer (2010: 23ff.) kommt zum Schluss, dass nur wenige Personen nach erfolgter Aktivierung eine Arbeit finden. Ist für die Mehrheit der Betroffenen das ursprüngliche Ziel der beruflichen Eingliederung nicht möglich, können sozialstaatliche Programme trotzdem positive Effekte erzielen, bspw. «Dinge wie die Einbindung in soziale Netze, eine Tagesstruktur, soziale Anerkennung, gestärktes Selbstwertgefühl (...)» (Nadai 2013: 334). In diesem Fall müsste allerdings der Zwangskontext (trotz vordergründig vermuteter Freiwilligkeit) solcher Massnahmen diskutiert werden. Hinsichtlich der Krankheitsbewältigung muss davon ausgegangen werden, dass sozialstaatliche Aktivierung kaum förderlich sein dürfte, wenn im Anschluss die realen Handlungsmöglichkeiten nicht oder nur unter prekären Bedingungen gegeben sind (der Zusammenhang zwischen Einkommensarmut und Krankheit beispielsweise ist hinreichend bekannt, vgl. dazu u. a. Gerull 2011: 99). Zudem verstärkt Aktivierung im Zwangskontext resp. unter Androhung von Sanktionen Exklusionstendenzen (vgl. Homfeldt/Steigleder 2007: 162f.).

Während demnach Aktivierung für bestimmte Personen eine Chance für die berufliche Eingliederung bieten kann, wird es nie allen Menschen möglich sein, zu arbeiten. Die Gründe dazu sind vielfältig: eine gesundheitliche Beeinträchtigung, der Wegfall von unqualifizierten Tätigkeiten, fehlende Bildung, mangelnde Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder immer höhere Ansprüche an die Funktionsfähigkeit von Angestellten (vgl. Schmid 2014: 153). An

diesem Punkt kommt der aktivierende Sozialstaat an seine Grenzen und zeigt seine negative bis repressive Seite. Dies kann insbesondere anhand von drei Punkten dargelegt werden. Erstens: Personen, deren Lebenssituation durch obige Umstände charakterisiert ist, können nicht oder nur ungenügend auf den aktivierenden Sozialstaat reagieren, monetäre Anreize und Sanktionen verfehlen ihre Wirkung weitgehend (vgl. ebd.). Obwohl sie ihren Möglichkeiten entsprechend willens sind, eine Arbeit zu suchen, gelingt es ihnen nicht. Zweitens: Während es im fordistischen geprägten Sozialstaat durchaus als legitim galt, Sozialversicherungsleistungen zu beziehen und nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen zu können, ist dies im aktivierenden Sozialstaat immer weniger gegeben. Da sozialstaatliche Programme Hilfestellung bieten, wird davon ausgegangen, dass jede Person in der Lage sein sollte, ihre (Teil-)Erwerbsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt zu verwerten. Gelingt ihr dies nicht, wird es als ihr persönliches Scheitern betrachtet (vgl. Wyss 2013: 13). Das heisst, «Erfolg und Misserfolg werden ausschliesslich an den Leistungen des Einzelnen festgemacht, nicht an den gesellschaftlichen Verhältnissen» (Schmid 2014: 154). Drittens: Jene Personen, denen die Arbeitsmarktintegration nicht gelingt, werden doppelt bestraft. Einerseits durch den «moralisierenden» Sozialstaat, der ihnen die alleinige Schuld für ihr Versagen zuspricht und die gesellschaftliche Missbilligung. Andererseits durch die repressiven Elemente des Sozialstaats – Appellation an die Eigenverantwortung, Leistungskürzungen in der Sozialhilfe und Zwang zu prekärer Arbeit. Castel (2008: 348ff.; 2009: 21ff.) bezeichnet diese Personengruppe als «Überzählige» des Kapitalismus. Sie leiden unter zunehmend prekären Lebensbedingungen. Die Prekarisierung¹⁸ wird nach Castel zum Kern der sozialen Frage im 21. Jahrhundert (vgl. ebd.). Somatoform Kranke sowie alle anderen Personen, deren Leiden zur Gruppe der PÄUSBONOG gehört, sind dabei besonders vulnerabel, in die Prekarität abzurutschen. Was mit diesen von der kapitalistischen Arbeitsgesellschaft entkoppelten Menschen geschehen soll, ob sie weiterhin auf die gesellschaftliche Solidarität zählen dürfen und wie es ihnen gelingen könnte, einen alternativen Platz in der Gesellschaft oder zumindest eine lebenswerte Zukunftsperspektive zu finden, bleiben für den Moment wohl offene Fragen.

Einen interessanten Vorschlag für die Analyse der aktuellen Sozialpolitik stellt Bonvin (2009) durch den Beizug des Capability-Ansatzes vor. Er stellt fest, dass das Bereitstellen von Geld- oder Sachleistungen alleine die Wahl- und Handlungsfreiheiten von Personen nicht automatisch erweitert. Stattdessen müssen dazu individuelle Fähigkeiten vorhanden sein oder zuerst aufgebaut werden. Erst dann besteht für alle Personen die gleiche Ausgangslage. Unter diesen Gesichtspunkten kann der schweizerische aktivierende Sozialstaat nicht als ein solcher gelten, der seine AdressatInnen genügend befähigt. Dies liegt daran, dass mehrheitlich versucht wird, die Arbeitsfähigkeit zu trainieren. Qualifizierende Elemente (bspw. eine Umschulung durch die IV) sind verhältnismässig selten und stehen durch hohe Eintrittskriterien nur einem beschränkten Personenkreis offen. «Das hat den paradoxen Effekt, das gerade

¹⁸ vgl. auch Fussnote 10 zur prekären Beschäftigung. Durch die Prekarität verursachte fehlende Planungssicherheit verunmöglicht den Betroffenen jegliche Form von (Lebens-)Planung.

Erwerbslose mit geringen Ressourcen und hohem ‹Investitionsbedarf› keine adäquate Förderung erhalten.» (Canonica et al. 2013: 2) Was sind mögliche Alternativen? Dazu bestehen verschiedene Ansätze, auf einige soll hier verwiesen werden, ohne jedoch näher darauf einzugehen. Im Bereich der finanziellen sozialen Sicherung schlagen Gurny und Ringger (2009) mit der Allgemeinen Erwerbsversicherung (AEV) eine Vereinheitlichung des sozialen Sicherungsnetzes vor. Die AEV würde sämtliche Risiken im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit zeitlich unbegrenzt abdecken und die Sozialhilfe integrieren. Weiter steht der Vorschlag eines bedingungslosen Grundeinkommens im Raum, das allen in der Schweiz lebenden Menschen ein monatliches Einkommen (vorgeschlagen werden 2'500 Franken für Erwachsene, 625 Franken für Kinder) auszahlen würde, welches – wie der Name impliziert – nicht an Bedingungen geknüpft ist. Dazu wurde eine Volksinitiative lanciert (vgl. Müller/Schmidt/Straub o. J.). Auf der von Bonvin beschriebenen Ebene der persönlichen Fähigkeiten wären die Fundamental- resp. Schlüsselfähigkeiten (vgl. Sedmak 2011: 42ff.) zu nennen, welche es Personen überhaupt erst ermöglichen, in der Lage zu sein, sich in geeigneter Form um Arbeit zu bemühen. Ein weiterer Ansatz besteht in der Schaffung eines ‹Bildungsexistenzminimums›, ‹welches für alle Personen im erwerbsfähigen Alter die notwendigen Qualifikationen umfasst, um am Arbeitsmarkt erfolgreich Fuss fassen zu können und niedrig entlohnte oder instabile [d. h. prekäre] Beschäftigung soweit möglich nur in Übergangssituationen in Kauf nehmen zu müssen› (Eichhorst/Konle-Seidl 2008: 66).

Abschliessend sei hier auf die ambivalente Rolle der Sozialen Arbeit hingewiesen. Die Soziale Arbeit als Profession kann sich der jüngsten sozialstaatlichen Umstrukturierungen nicht entziehen und ist in ihrer praktischen Arbeit von deren Auswirkungen betroffen. So wird sie ‹als ausführendes Organ des aktivierenden Staates in Beschlag genommen› (Dahme/Wohlfahrt 2003: 90). Da sie, gerade im sozialpädagogischen Bereich, ‹eine hohe Affinität zu Aktivierungsformen gegenüber dem einzelnen oder der Gruppe hat› (Dahme et al. 2003: 12), bewegt sie sich ständig auf einem schmalen Grat zwischen Befähigung und Repression. Homfeldt und Steigleder (2007: 159) sehen Einsatzfelder für Sozialarbeitende im aktivierenden Staat insbesondere im Gesundheitswesen, wo ihre Arbeit durch ihre salutogenetische Haltung und biopsychosoziale Sichtweise charakterisiert ist sowie in der Prävention und Gesundheitsförderung spezifischer Bevölkerungsgruppen, bspw. von sozial Benachteiligten. Sie erkennen jedoch auch an, dass die Soziale Arbeit durch die neuen sozialstaatlichen Aufträge in Konflikt mit ihren eigenen Werten kommen kann und deshalb eine anwaltschaftliche Funktion übernehmen muss (vgl. ebd.: 162f.). Der Verfasser erachtet es als überaus wichtig, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit ihrer ambivalenten Rolle bewusst sind und sie fortlaufend reflektieren. Der Blick in die Geschichte der Sozialen Arbeit in der Schweiz zeigt wie gefährlich es sein kann, eine ‹Normalisierungsfunktion› zu übernehmen. Die Soziale Arbeit als Profession ist gefordert, sich zu positionieren und zu artikulieren.

7. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie dgvt.
- AvenirSocial (2014). Zur medialen Kampagne gegen die «Sozialindustrie». Medienmitteilung. URL: http://www.avenirsocial.ch/de/cm_data/MM_und_Stellungnahme.pdf [Zugriffsdatum: 22. September 2014].
- Bader, René/Gallacchi, Guido (Hg.) (2001). Schmerzkompodium. Schmerzen verstehen und behandeln. Stuttgart: Thieme.
- Bengel, Jürgen/Muthny, Fritz A. (2009). Krankheitsverarbeitung. In: Bengel, Jürgen/Jerusalem, Matthias (Hg.). Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 357-367.
- BFS Bundesamt für Statistik (2014). Panorama Soziale Sicherheit. URL: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/00/pan.Document.118144.pdf> [Zugriffsdatum: 23. September 2014].
- Blättner, Beate/Waller, Heiko (2011). Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen, Theorie und Anwendung. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Blomert, Albert Franz/Förster, Wolfgang/Rüger, Ulrich (1990). Coping. Theoretische Konzepte, Forschungsansätze, Messinstrumente zur Krankheitsbewältigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bonvin, Jean-Michel (2009). Der Capability Ansatz und sein Beitrag für die Analyse gegenwärtiger Sozialpolitik. In: Soziale Passagen. 1. Jg. (1). S. 8-22.
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). Soziale Sicherheit CHSS 6/2007. URL: http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/03189/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDeX95fGym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [Zugriffsdatum: 29. September 2014].
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2011). Faktenblatt «Die IV-Revision 6a». URL: http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/03189/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdH13gmym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [Zugriffsdatum 29. September 2014].
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2014a). Geschichte der sozialen Sicherheit in der Schweiz. URL: <http://www.geschichtedersozialensicherheit.ch> [Zugriffsdatum: 20. September 2014].
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2014b). Sozialversicherungen in der Schweiz. Taschenstatistik. URL: http://www.bsv.admin.ch/shop/00006/00025/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdXt2fmym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [Zugriffsdatum: 24. September 2014].
- BSV Bundesamt für Sozialversicherungen (2014c). IV-Statistik 2013. URL: http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEdX54g2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A-- [Zugriffsdatum: 24. September 2014].
- Canonica, Alan/Hauss, Gisela/Monte, Loredana/Nadai, Eva (2013). Lohnende Investitionen? Zum Gleichstellungspotenzial von Sozialinvestitionen und Aktivierung. Zusammenfassung der Projektergebnisse. URL: http://www.nfp60.ch/SiteCollectionDocuments/Projekte/nfp60_projekte_nadai_zusammenfassung_projektergebnisse_lang.pdf [Zugriffsdatum: 7. November 2014].
- Castel, Robert (2008). Die Metamorphosen der sozialen Frage. Eine Chronik der Lohnarbeit. 2. Aufl. Konstanz: UVK.

- Castel, Robert (2009). Die Wiederkehr der sozialen Unsicherheit. In: Castel, Robert/Dörre, Klaus (Hg.). Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts. Frankfurt/New York: Campus. S. 21-34.
- Dahme, Heinz-Jürgen/Otto, Hans-Uwe/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.) (2003). Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen: Leske + Budrich.
- Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (2003). Aktivierungspolitik und der Umbau des Sozialstaates. Gesellschaftspolitische Modernisierung durch angebotsorientierte Sozialpolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Otto, Hans-Uwe/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.) Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen: Leske + Budrich. S. 75-100.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M. H. (Hg.) (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Egle, Ulrich T./Zentgraf, Burkhard (2014). Psychosomatische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eichhorst, Werner/Konle-Seidl, Regina (2008). Erwerbslosigkeit, Aktivierung und soziale Ausgrenzung. Deutschland im internationalen Vergleich. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Bonn: WISO-Diskurs.
- Engel, George L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: Science. 196 Jg. (4286). S. 129-136.
- Engel, George L. (2011). Schmerz umfassend verstehen. Der biopsychosoziale Ansatz zeigt den Weg. Bern: Verlag Hans Huber.
- Esping-Andersen, Gøsta (1999). Social Foundations of Postindustrial Economies. New York: Oxford University Press.
- Fitzgerald Miller, Judith (2003). Coping fördern – Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins. Bern: Verlag Hans Huber.
- Folkman, Susan (2011). The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping. New York: Oxford University Press.
- Franke, Alexa (2012). Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Günther/Mühlum, Albert (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Geisen, Thomas (2001a). Einleitung. In: Geisen, Thomas/Kraus, Katrin (Hg.). Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 9-20.
- Geisen, Thomas (2001b). Sozialstaat in der Moderne. Zur Entstehung sozialer Sicherungssysteme in Europa. In: Geisen, Thomas/Kraus, Katrin (Hg.). Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 21-42.
- Geisen, Thomas (2012). Unausgeschöpfte Potenziale. Eingliederungsmanagement als neues Konzept in der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. 44. Jg. (2). S. 34-36.
- Gerrig, Richard J./Zimbardo, Philip G. (2008). Psychologie. 18. Aufl. München: Pearson Studium.
- Gerull, Susanne (2011). Armut und Ausgrenzung im Kontext Sozialer Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Geyer, Siegfried (2010). Antonovsky's sense of coherence – ein gut überprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Abel, Thomas/Kolip, Petra/Wydler, Hans (Hg.). Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen, Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim/München: Juventa. S. 71-83.
- Gilbert, Neil (2004). Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility. New York: Oxford University Press.

- Goodin, Burel R./Kerns, Robert D./Sellinger, John (2011). Psychological Treatment of Chronic Pain. In: Annual Review of Clinical Psychology. 7. Jg. (1). S. 411-434.
- Gurny, Ruth/Ringger, Beat (2009). Die grosse Reform. Die Schaffung einer Allgemeinen Erwerbsversicherung AEV. Zürich: edition 8.
- Henningsen, Peter (2014). Gutachterliche Expertise aus psychosomatisch-psychiatrischer Sicht. URL: <http://indemnis.ch/20140620101408.pdf> [Zugriffsdatum: 18. November 2014].
- Homfeld, Hans Günther/Steigleder, Sandra (2007). Gesundheitspotenziale fördern – Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In: Kolip, Petra/Schmidt, Bettina (Hg.). Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit. Weinheim/München: Juventa. S. 155-165.
- Hoppe, Diana/Kauffeld, Simone (2011). Arbeit und Gesundheit. In: Kauffeld, Simone. Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie. Heidelberg: Springer. S. 223-244.
- Kaufmann, Franz-Xaver (1998). Wohlfahrt, Arbeit und Staat unter den Bedingungen von Individualisierung und Globalisierung. In: Geiser, Thomas/Schmid, Hans/Walter-Busch, Emil (Hg.). Arbeit in der Schweiz des 20. Jahrhunderts. Wirtschaftliche, rechtliche und soziale Perspektiven. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt. S. 1-26.
- Klammer, Ute (2001). Vom «Ernährermodell» zum «Erwerbstätigenmodell». Zum gesellschaftlichen und sozialpolitischen Umgang mit Fürsorgearbeit in Europa. In: Geisen, Thomas/Kraus, Katrin (Hg.). Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 273-284.
- Koordination Schweiz (o. J.). Erwerbsunfähigkeit. URL: <http://www.koordination.ch/fileadmin/files/ausbildung/erwerbsunfaehigkeit/erwerbsunfaehigkeit.pdf> [Zugriffsdatum: 29. September 2014].
- Kosciulek, John F. (2007). The Social Context of Coping. In: Livneh, Hanoch/Martz, Erin (Hg.). Coping with Chronic Illness and Disability. Theoretical, Empirical, an Clinical Aspects. New York: Springer. S. 73-88.
- Kradolfer, Matthias/Müller, Jörg Paul (2012). Rechtsgutachten zur Rechtslage betreffend Zusage von IV-Renten in Fällen andauernder somatoformer Schmerzstörungen und ähnlicher Krankheiten unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts bis Herbst 2012 und der Bundesgesetzgebung im Rahmen der 5. und 6. IV-Revision. URL: http://www.schleudertraumaverband.ch/pdf/Gutachten_JP_Mueller_2012.pdf [Zugriffsdatum: 24. September 2014].
- Kulbe, Annette (2009). Grundwissen Psychologie, Soziologie und Pädagogik. Lehrbuch für Pflegeberufe. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamprecht, Friedhelm/Schmid-Ott, Gerhard (2004). Psychotherapie in der Psychosomatik. In: Machleidt, Wielant/Bauer, Manfred/Lamprecht, Friedhelm/Rose, Hans K./Rohde-Dachser, Christa (Hg.). Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 7. Aufl. Stuttgart: Thieme. S. 165-171.
- Lazarus, Richard S. (1999). Stress and Emotion. A New Synthesis. New York: Springer.
- Lessenich, Stephan (2012). Theorien des Sozialstaats zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Lessenich, Stephan (2013). Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld: transcript.
- Maaser, Wolfgang (2003). Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen/Otto, Hans-Uwe/Trube, Achim/Wohlfahrt, Norbert (Hg.) Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen: Leske + Budrich. S. 17-36.
- Mäder, Ueli/Schmassmann, Hector (2013). Zur Dynamik der Erwerbsarbeit. In: Gurny, Ruth/Tecklenburg, Ueli (Hg.). Arbeit ohne Knechtschaft. Bestandesaufnahmen und Forderungen rund ums Thema Arbeit. Zürich: edition 8. S. 236-248.

- Merrien, François-Xavier (2014). Pauperismus. Wörterbuch der Sozialpolitik. URL: <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=450> [Zugriffsdatum: 21. September 2014].
- Montada, Leo/Oerter, Rolf (Hg.) (2008). Entwicklungspsychologie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Müller, Christian/Schmidt, Enno/Straub, Daniel (o. J.). Bedingungsloses Grundeinkommen. URL: <http://www.bedingungslos.ch> [Zugriffsdatum: 23. November 2014].
- Nadai, Eva (2007). Die Vertreibung aus der Hängematte: Sozialhilfe im aktivierenden Staat. In: Baumann, Hans/Ringger, Beat/Schatz, Holger/Schöni, Walter/Walpen, Bernhard (Hg.). Zur politischen Ökonomie der Schweiz. Eine Annäherung. Denknetz Jahrbuch 2007. Zürich: edition 8. S. 10-19.
- Nadai, Eva (2013). Aktivierung. In: Aebi Zindel, Doris/Benz Bartoletta, Petra/Meier Kressig, Marcel/Riedi, Anna Maria/Zwilling, Michael (Hg.). Handbuch Sozialwesen Schweiz. Bern: Haupt. S. 332-335.
- Nadai, Eva/Canonica, Alan/Hauss, Gisela (Hg.) (2013). Investieren, aktivieren, profitieren. Berufliche Eingliederung als Frauenförderung? Olten: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
- Opielka, Michael (2003). Was spricht gegen die Idee eines aktivierenden Sozialstaats? Zur Neubestimmung von Sozialpädagogik und Sozialpolitik. URL: <http://www.info-sozial.de/data/Opielka04.pdf> [Zugriffsdatum: 30. September 2014].
- Pärli, Kurt (2009). Die Person und ihr staatlicher Schutz. In: Marti, Adrienne/Mösch Payot, Peter/Pärli, Kurt/Schleicher, Johannes/Schwander, Marianne (Hg.). Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte. 2. Aufl. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt. S. 215-320.
- Salzgeber, Renate (2012). Auswirkungen der 4. AVIG-Revision auf die Sozialhilfe. URL: http://skos.ch/fileadmin/user_upload/public/pdf/grundlagen_und_positionen/themendossiers/arbeit/2012_AVIGRevisionSalzgeber_ArtikelVolkswirtschaft.pdf [Zugriffsdatum: 30. September 2014].
- Schallberger, Peter/Wyer, Bettina (2010). Praxis der Aktivierung. Eine Untersuchung von Programmen zur vorübergehenden Beschäftigung. Konstanz: UVK.
- Schleicher, Johannes (2009). Sozialhilferecht. In: Marti, Adrienne/Mösch Payot, Peter/Pärli, Kurt/Schleicher, Johannes/Schwander, Marianne (Hg.). Recht für die Soziale Arbeit. Grundlagen und ausgewählte Aspekte. 2. Aufl. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt. S. 256-283.
- Schmid, Walter (2009). Aktivierende Sozialhilfe – Potentiale und Grenzen am Beispiel der Schweiz. URL: http://www.hslu.ch/s-aktivierende_sozialhilfe.pdf [Zugriffsdatum: 30. September 2014].
- Schmid, Walter (2014). Vom aktivierenden zum moralisierenden Sozialstaat. In: Bangerter, Annika/Speiser, Béatrice (Hg.). Das Crescenda-Modell. Migrantinnen als Unternehmerinnen. Zürich: Rüffer & Rub. S. 150-155.
- SECO Staatssekretariat für Wirtschaft (2012). Faktenblatt: Grund und die wichtigsten Änderungen der Revision des Arbeitslosenversicherungsgesetzes. URL: http://www.seco.admin.ch/themen/00385/04770/04779/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCFfXt5hGym162epYbg2c_JjKbNoKS-n6A-- [Zugriffsdatum: 30. September 2014].
- Sedmak, Clemens (2011). Fähigkeiten und Fundamentalfähigkeiten. In: Babic, Bernhard/Bauer, Reinhold/Posch, Christian/Sedmak, Clemens (Hg.). Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 29-52.

- Siegrist, Johannes/Theorell, Töres (2008). Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Die Rolle von Arbeit und Beschäftigung. In: Marmot, Michael/Siegrist, Johannes (Hg.). Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Forderungen. Bern: Verlag Hans Huber. S. 99-130.
- Sprott, Haiko/Maurer, Konrad (2012). Chronische Schmerzen in der Praxis – Fragen und Antworten. Bremen: UNI-MED.
- von Känel, Roland (2012). Der Patient mit chronischen Schmerzen: Warum psychologisch mitbehandeln? URL: http://www.chronischkrank.ch/files/Roland-von-Kaenel_Chronischer_Schmerz_.pdf [Zugriffsdatum: 31. Oktober 2014].
- von Wachter, Martin (2014). Chronische Schmerzen. Selbsthilfe und Therapiebegleitung, Orientierung für Angehörige und konkrete Tipps und Fallbeispiele. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Weder, Rolf/Wyss, Simone (2010). Arbeitslosigkeit unter niedrig Qualifizierten: Die Rolle der Globalisierung. Eine empirische Analyse für die Schweiz. Bern: Seco.
- Wicki, Martin (2001). Soziale Sicherheit in der Schweiz: Ein europäischer Sonderfall? In: Geisen, Thomas/Kraus, Katrin (Hg.). Sozialstaat in Europa. Geschichte, Entwicklung, Perspektiven. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 249-272.
- Widmer, Dieter (2011). Die Sozialversicherung in der Schweiz. 8. Aufl. Zürich/Basel/Genf: Schulthess Juristische Medien.
- Wyss, Kurt (2006). Workfare in der Sozialhilfereform. Die Revision der SKOS-Richtlinien in der Schweiz. URL: http://www.wyss-sozialforschung.ch/publikationen/pdf_publi/Widerspruch_workfare_wyss.pdf [Zugriffsdatum: 30. September 2014].
- Wyss, Kurt (2013). Workfare. Sozialstaatliche Repression im Dienst des globalisierten Kapitalismus. 4. Aufl. Zürich: edition 8.

Gesetzestexte und rechtliche Bestimmungen

- Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen (KSIM). Gültig ab 1. Januar 2012.
- Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000. Stand am 1. Januar 2012.
- Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959. Stand am 1. Januar 2014.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999. Stand am 18. Mai 2014.

Karikatur auf der Titelseite

- AOK Gesundheitskasse (o. J.). Krank zur Arbeit. URL: http://www.aok-gesundheitspartner.-de/imperia/md/gpp/rh/vigo/cartoon/krank_zur_arbeit_cartoon.jpg [Zugriffsdatum: 10. Dezember 2014].

Anhang

Integrationsmassnahmen der IV

Die im Kontext dieser Arbeit relevanten Integrationsmassnahmen (IM) der IV sind jene zur sozialberuflichen Rehabilitation, die als Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung dienen. Als konkrete Instrumente stehen dazu das Belastbarkeits- und das Aufbautraining zur Verfügung. Die Tabellen 2 und 3 geben die im Kreisschreiben über die Integrationsmassnahmen (KSIM) des BSV ausgeführten Inhalte und Ziele dieser Massnahmen wieder.

	Belastbarkeitstraining
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none">• Steigerung der Belastbarkeit (körperlich, psychisch, kognitiv)• Steigerung der Sozial- und Selbstkompetenz• Gewöhnung an den Arbeitsprozess• Aufbau der Arbeitsmotivation• Aufbau/Erhalt Tagesstruktur• evtl. Kopplung mit betreuten Wohnangeboten• Mindestpräsenzzeit von 4 Stunden pro Tag
Grobinhalt	<ul style="list-style-type: none">• Anfangsmessung (Ist-Zustand)• Instruktion, Übungen (Konzentrationsübungen, Körperübungen, Verhaltensübungen, kognitives Training, erlebnisorientierte Massnahmen)• Zwischen- und Schlussmessung <p><i>Rahmenbedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• primär in Institutionen• therapeutisch/agogischer Rahmen• integrierte Begleitung durch Therapeuten• schulische und motivationale Aspekte• evtl. Kopplung mit anderen IM• Messungen müssen standardisiert, objektiv, reliabel und valide sein
Zwischenziele	<p><i>Beginn:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• versicherte Person ist in der Lage, mehrheitlich zu erscheinen an 4 Tagen pro Woche (sonst ist eine ambulante Massnahme nicht möglich)• motiviert für Training• Bereitschaft, trotz Beschwerden, Schmerzen usw. mitzumachen• Arzt- und andere Termine ausserhalb der vereinbarten Zeit <p><i>Quantitative Zwischenziele gem. individuellem Eingliederungsplan im Verlauf:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• regelmässiges und pünktliches Erscheinen• minimale Fehlzeiten (im Voraus vereinbaren)• 2 Stunden täglich stabil erreicht• 3 Stunden täglich stabil erreicht• Bereitschaft/Fähigkeit auf 4 Stunden täglich zu steigern• nur begrenzte Fehlzeiten <p><i>Quantitatives Ziel:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 4 Stunden täglich stabil erreicht• nur begründete Fehlzeiten

	Belastbarkeitstraining
Kriterien zur Beendigung der IM	<p><i>Generell und jederzeit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das angestrebte Ziel wurde erreicht • Übertritt in eine andere Massnahme (Integrations-, berufliche Massnahme), wenn diese als geeigneter betrachtet wird • Wenn die Weiterführung aus gesundheitlichen Gründen zu belastend wäre (Rente prüfen) • Wenn es keinerlei Hinweise gibt, dass eine Weiterführung zu weiteren Verbesserungen führt <p><i>Abbruchkriterien entsprechend individuellem Eingliederungsplan im Verlauf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • störendes Verhalten im Training • medizinische Betreuung deutlich im Vordergrund • häufige unbegründete Absenzen • regelmässiges und pünktliches Erscheinen ist nicht verbesserbar • vereinbarte Präsenz täglich nicht erreicht • keine Steigerung möglich
Anforderungen an die Durchführung	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestpräsenzzeit von 2 Stunden täglich, an mindestens 4 Tagen/Woche • Potential zur Steigerung der Präsenzzeit ist vorhanden • Eingliederungsplan ist vorhanden • Orientierung an der oberen Leistungsgrenze des Versicherten • Anfangsmessung mittels objektiven, reliablen und validen Testverfahren • Ziele sind mit Versicherten vereinbart (Einverständnis, Motivation) • interne Standortbestimmung 1x pro Woche (Versicherte/Institution) • Standortbestimmung zusammen mit Eingliederungsverantwortlichem gemäss Eingliederungsplan/Zielvereinbarungen und Bedarf • Zwischen- und Schlussmessungen mittels objektiven, reliablen und validen Testverfahren

Tab. 2: Rahmenbedingungen des Belastbarkeitstrainings (in Anlehnung an: KSIM 2012: 13f.)

	Aufbautraining
Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerung der Methodenkompetenz, Selbstkompetenz, Sozialkompetenz • Gewöhnung an Arbeitsalltag und Arbeitsprozess • Selbstreflexion Arbeit – Gesellschaft – Selbstwert – Wohlbefinden • Aufbau der Arbeitsmotivation • evtl. Kopplung mit betreuten Wohnangeboten • Arbeitsfähigkeit von 50% (eines vollen Pensums)
Grobinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Anfangsmessung (Ist-Zustand) • Instruktion und Übungen in den angenommenen Aspekten anhand arbeitsrelevanter Tätigkeiten • Zwischen- und Schlussmessung <p><i>Rahmenbedingungen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • primär in Institutionen • Betreuung primäre durch psychologisch/agogisch geschultes Personal • integrierte Begleitung durch Therapeuten • Einbezug des Arbeitgebers • evtl. Kopplung mit Abklärung • schulische und motivationale Komponente • Messungen müssen standardisiert, objektiv, reliabel und valid sein.

	Aufbautraining
Zwischenziele	<p><i>Beginn:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • versicherte Person kann regelmässig 4 Stunden pro Tag, 4 Tage pro Woche erscheinen • Teilnahme an vereinbarten Aufgaben • Bereitschaft, auf 6–8 Stunden Präsenzzeit zu steigern • Bereitschaft auf 50% AF zu steigern <p><i>Quantitative Zwischenziele gem. individuellem Eingliederungsplan im Verlauf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • regelmässige Teilnahme 4 Stunden täglich und stabile Mitarbeit an vereinbarten Aufgaben • Steigerung auf 5 Stunden täglich (evtl. mit vereinbarten vermehrten kurzen Pausen) • regelmässige und stabile Teilnahme 5 Stunden täglich • vermehrte Pausen langsam abbauen • Steigerung auf 6 Stunden täglich • Steigerung der Leistung auf 50% <p><i>Quantitative Zwischenziele gemäss individuellem Eingliederungsplan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft, bezüglich Sozialverhalten die Anforderungen der freien Wirtschaft wieder zu üben (Absenzen, Team- beziehungsweise Sozialverhalten): erste Anforderungen der freien Wirtschaft (etwas Druck) üben <p><i>Quantitative und qualitatives Schlussziel:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • evtl. Steigerung auf 7–8 Stunden Präsenz bei 50% Arbeitsfähigkeit (eines vollen Pensums) • Sozialverhalten: Erste Anforderungen der freien Wirtschaft (etwas Druck) tolerieren
Kriterien zur Beendigung der IM	<p><i>Generell und jederzeit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Das angestrebte Ziel wurde erreicht • Übertritt in eine andere Massnahme (Integrations-, berufliche Massnahme), wenn diese als geeigneter betrachtet wird • Wenn die Weiterführung aus gesundheitlichen Gründen zu belastend wäre (Rente prüfen) • Wenn es keinerlei Hinweise gibt, dass eine Weiterführung zu weiteren Verbesserungen führt <p><i>Abbruchkriterien entsprechend individuellem Eingliederungsplan im Verlauf:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • keine regelmässige Teilnahme von 4 Stunden/Tag möglich • häufige unbegründete und/oder unentschuldigte Absenzen (vereinbaren) • keine Steigerung Präsenz und/oder Leistung möglich (Wechsel in arbeitstherapeutisches Programm) • mangelnde Motivation • Mühe, die Vereinbarungen einzuhalten

Anforderungen an die Durchführung	Aufbautraining
	<ul style="list-style-type: none"> • Mindestpräsenzzeit von 4 Stunden täglich, an mindestens 4 Tagen/Woche • Potential zur Entwicklung der Präsenzzeit zu Arbeitsfähigkeit bzw. Steigerung der Arbeitsfähigkeit ist vorhanden • Eingliederungsplan ist vorhanden • Anfangsmessung mittels objektiven, reliablen und validen Testverfahren • Orientierung an der oberen Leistungsgrenze des Versicherten • Ziele sind mit Versicherten vereinbart (Einverständnis, Motivation) • nach 1/3 der vereinbarten Zeit individuelle Steigerung, je nach Krankheitsart, Schwere und Eingliederungsziel • interne Standortbestimmung 1x pro Woche (Versicherte/Institution) • Standortbestimmung zusammen mit Eingliederungsverantwortlichem gemäss Eingliederungsplan/Zielvereinbarungen und Bedarf • Zwischen und Schlussmessungen mittels objektiven, reliablen und validen Testverfahren

Tab. 3: Rahmenbedingungen des Aufbautrainings (in Anlehnung an: KSIM 2012: 14f.)

Ehrenwörtliche Erklärung

Vorname und Name:

Fabian Nievergelt

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

**Aus dem Krankenbett zum Arbeitsversuch
Bewältigung somatoformer chronischer Krankheit vor dem Hintergrund des
aktivierenden Sozialstaats**

Begleitung Bachelor Thesis:

Prof. Dr. Eva Nadai

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Aarau, 18. Dezember 2014

Fabian Nievergelt