Zwischen Krankheit und Überschuldung

Eine literarische Untersuchung aus sozialarbeiterischer Perspektive entlang des Lebenslagenmodells nach Stefan Hradil zur Wechselwirkung zwischen Krankheit und Überschuldung in der Schweiz.

Ella Mihatsch

Bachelor-Thesis, Juni 2026
Eingereicht bei Daniel Oberholzer

Hochschule für Soziale Arbeit FHNW,
Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit, Muttenz

Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis befasst sich auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche mit der Frage, inwiefern sich Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit und finanzielle Überschuldung gegenseitig beeinflussen, und welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben.

Die Lebenslage von betroffenen Personen wird anhand des Lebenslagenmodells nach Stefan Hradil analysiert, das soziale Ungleichheit entlang der ökonomischen, wohlfahrtstaatlichen und sozialen Dimension beschreibt. Ergänzt wird diese theoretische Einbettung durch praxisbasierte Fallbeispiele aus der Sozialberatung des Universitätsspitals Basel sowie durch eine Betrachtung konkreter Handlungsmöglichkeiten und ihrer Grenzen in der Sozialen Arbeit.

Es kann festgestellt werden, dass Krankheit und Überschuldung in einem wechselseitigen Verstärkungsverhältnis stehen: krankheitsbedingte Einkommensausfälle und Mehrkosten erhöhen das Risiko einer Überschuldung, während Überschuldung durch anhaltenden Stress, sozialen Rückzug und den Verzicht auf einen gesunden Lebensstil den Gesundheitszustand verschlechtert.

Strukturelle Lücken im Schweizer Sozialversicherungssystem tragen massgeblich dazu bei, dass Betroffene trotz vorhandener Sicherungssysteme in eine Überschuldungssituation geraten. Für die Soziale Arbeit ergeben sich daraus Aufträge auf verschiedenen Ebenen: der individuellen, institutionellen, strukturellen und politischen.

Inhaltsverzeichnis

ABSTRACT **2**

INHALTSVERZEICHNIS **3**

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS **5**

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS **5**

1. EINLEITUNG **5**

1.1 AUSGANGSLAGE UND PROBLEMSTELLUNG 5
1.2 PERSÖNLICHE MOTIVATION UND BEZUG ZUR THEMATIK 6
1.3 RELEVANZ FÜR DIE SOZIALE ARBEIT 7
1.4 ZIELSETZUNG / ERKENNTNISINTERESSE 8
1.5 HERLEITUNG UND PRÄZISIERUNG DER FRAGESTELLUNG 9

2 BEGRIFFLICHE UND THEORETISCHE GRUNDLAGEN **10**

2.1 ARMUT, VERSCHULDUNG UND ÜBERSCHULDUNG 10
2.2 KRANKHEITEN MIT FOLGEN FÜR DIE ARBEITSFÄHIGKEIT 11
2.3 DIMENSIONEN SOZIALER UNGLEICHHEIT NACH STEFAN HRADIL 12

3 HAUPTTEIL: LEBENSLAGE KRANKHEIT & ÜBERSCHULDUNG **15**

3.1 ÖKONOMISCHE DIMENSION 16
3.1.1 Einkommensveränderung durch Krankheit und krankheitsbedingte Mehrkosten 17
3.1.2 Risikofaktoren für Überschuldung während einer Krankheit und umgekehrt 19
3.2 WOHLFAHRTSSTAATLICHE DIMENSION 20
3.2.1 Soziale Absicherung bei Krankheit 20
3.2.2 Krankenkasse 21
3.2.3 Invalidenversicherung (IV) 23
3.2.4 Sozialhilfe 23
3.2.5 Auswirkungen von Überschuldung auf die physische Gesundheit 24
3.2.6 Bedeutung der Dimension für den Überschuldungsprozess während Krankheit 25
3.3 SOZIALE DIMENSION 27
3.3.1 Integration 28
3.3.2 Unterschiede aufgrund des Geschlechts 29
3.3.3 Gender Pay Gap und Gender Health Gap 30

4 BEDEUTUNG FÜR DIE SOZIALE ARBEIT **31**

4.1 FALLBEISPIELE 31
4.1.1 Gekürztes Pensum 31

4.1.2 Anforderungen der IV 32
4.1.3 Selbstständig ohne Krankentaggeldversicherung 33
4.1.4 Care-Arbeit 34
4.1.5 Stundenlohn 35
4.1.6 Verzögerte IV-Anmeldung 37
4.2 Krankheit und Überschuldung als Schnittstellenproblematik 38
4.3 Spannungsfeld zwischen individueller Unterstützung und struktureller Verantwortung 39
5 KONKRETE HANDLUNGSMÖGLICHKEITEN IN DER SOZIALEN ARBEIT 40
5.1 Grenzen sozialarbeiterischen Handelns 43
5.1.1 Rechtliche Grenzen 43
5.1.2 Lücken im Sozialversicherungssystem 44
5.1.3 Institutionelle Grenzen 45
5.1.4 Scham als soziale Barriere zur Unterstützung 45
6 SCHLUSS 46
6.1 Zusammenführung der zentralen Erkenntnisse 46
6.2 Beantwortung der Fragestellung 48
6.3 Reflexion des eigenen Vorgehens 49
6.4 Ausblick 50
7 LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS 53
7.1 Hilfsmittelverzeichnis 59

Abkürzungsverzeichnis

AHV	= Alters- und Hinterlassenenversicherung
FLINTA*	= Frauen, Lesben, inter, nicht-binäre, trans und agender Personen
IV	= Invalidenversicherung
KVG	= Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OR	= Obligationenrecht
SKOS	= Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Hradil, Stefan (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske und Budrich. S. 147.

1. Einleitung

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Plötzlich auftretende schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen stellen für Betroffene einen tiefen Einschnitt in ihre Lebensführung dar. Insbesondere wenn Krankheiten länger andauern und mit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit verbunden sind, betreffen ihre Auswirkungen nicht nur die körperliche oder psychische Gesundheit, sondern reichen weit in andere Lebensbereiche hinein. Eine Veränderung der finanziellen Situation ist dabei nicht selten die Konsequenz. Einkommenseinbussen infolge von Arbeitsunfähigkeit sowie zusätzliche krankheitsbedingte Ausgaben können dazu führen, dass bisher stabile Lebensverhältnisse ins Wanken geraten.

In der Schweiz lebt ein beachtlicher Teil der Bevölkerung in einem Haushalt, der mit Schulden konfrontiert ist, wobei insbesondere Zahlungsrückstände – etwa bei Krankenkassenprämien oder Steuern – die häufigste Art von Schulden ausmachen. Diese entstehen oft nicht isoliert, sondern im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen. Krankheit stellt in diesem Kontext einen wesentlichen Risikofaktor dar, da sie sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben gleichzeitig belasten kann (vgl. SKOS 2025b: o.S.).

Überschuldung im Kontext einer Krankheit als Ausgangslage entwickelt sich oft schrittweise und wird durch strukturelle Rahmenbedingungen sowie durch individuelle Ressourcen und Problemlagen mitgeprägt. Finanzielle Schwierigkeiten und eine Überschuldungssituation können sich wiederum auf die Gesundheit der Betroffenen auswirken. Denn finanzielle Sorgen, Unsicherheiten hinsichtlich der Existenzsicherung sowie Einschränkungen im Alltag können zu erheblichen psychosozialen Belastungen führen. Diese können den Krankheitsverlauf

wiederum negativ beeinflussen, etwa durch langanhaltenden Stress, eingeschränkte Erholungsmöglichkeiten oder den Verzicht auf notwendige medizinische Leistungen. Es entsteht ein Teufelskreis, in dem die Krankheit zunächst zu finanziellen Problemen führt, die ihrerseits die gesundheitliche Situation weiter verschärfen. Die Problematik liegt dabei nicht allein in dieser Abfolge, sondern in der daraus entstehenden wechselseitigen Verstärkung.
In der vorliegenden Arbeit bildet Krankheit den Ausgangspunkt, von welchem ausgehend sich ein Prozess entwickeln kann, in dem gesundheitliche und finanzielle Belastungen zunehmend ineinandergreifen und sich gegenseitig verstärken.
Diese Entwicklung ist nicht ausschliesslich auf individuelle Faktoren zurückzuführen, sondern massgeblich in strukturelle Rahmenbedingungen eingebettet.

1.2 Persönliche Motivation und Bezug zur Thematik

Meine persönliche Motivation für die Thematik der vorliegenden Arbeit entwickelte ich im Rahmen meiner beiden Praxismodule, die ich bei der Sozialberatung des Universitätsspitals Basel absolvierte. Während dieser Zeit war ich wiederholt mit Patient:innen konfrontiert, die neben ihrer gesundheitlichen Situation auch von erheblichen finanziellen Schwierigkeiten bis hin zur Überschuldung betroffen waren. Diese Kombination zeigte sich nicht nur in Ausnahmefällen, sondern trat in vielen Situationen mit ganz unterschiedlichen Ausgangslagen immer wieder auf. Dabei wurde mir sichtbar, wie eng gesundheitliche Belastungen und finanzielle Problemlagen miteinander verknüpft sein können.
In meiner dortigen Tätigkeit erlebte ich, dass Krankheit häufig nicht nur eine medizinische Herausforderung darstellt, sondern für die Betroffenen weitreichende Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche hat: Verlust der Arbeitsfähigkeit, Einschränkungen der sozialen Teilhabe und Unsicherheiten hinsichtlich der persönlichen Zukunft sowie kommender zusätzlicher Kosten, führten in mehreren Fällen zu prekären Situationen.
Weiter konnte ich beobachten, dass Patient:innen, welche ich im Rahmen meines Praktikums beraten habe, aufgrund ihrer finanziellen Sorgen und Notlagen eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes aufwiesen. Dies galt sowohl für ihre psychische als auch für ihre physische Gesundheit.
Im Verlauf meines Praktikums begann ich mich zunehmend zu fragen, ob es sich dabei um zufällige Einzelfälle handelte oder ob hinter dieser Beobachtung strukturelle Zusammenhänge stehen. So auch, ob diese Erfahrungen spezifisch im Kontext des Universitätsspitals Basel vorkommen oder ob es sich um ein Phänomen handelt, das sich auch in anderen Institutionen des Gesundheitswesens beobachten lässt. Dabei beschäftigte mich insbesondere die Frage, inwiefern die betroffenen Personen der Situation von Überschuldung und Krankheit als wechselseitiger Prozess hätten entgegenwirken oder gar verhindern können, oder ob die

Rahmenbedingungen innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems für die Entstehung oder die Verstärkung dieser Problemlage verantwortlich sind.
Darüber hinaus führte die Auseinandersetzung mit diesen Fällen bei mir auch zu einer Irritation: Ich war mit der Erwartung in die Praxis gegangen, dass soziale Problemlagen durch gezielte sozialarbeiterische Interventionen zumindest teilweise lösbar sind. Es zeigte sich jedoch, dass die Rahmenbedingungen, in welchen ich mich als Sozialarbeiterin bewegte, z. B. sozialrechtliche Vorgaben, institutionelle Abläufe inner- und ausserhalb des Spitals oder finanzielle Zuständigkeiten, den Handlungsspielraum erheblich begrenzen. Individuelle Problemlagen lassen sich also meist nicht losgelöst von gesellschaftlichen und strukturellen Bedingungen betrachten.
Diese wiederkehrenden Beobachtungen sowie die daraus entstandenen Fragestellungen führten schliesslich dazu, dass ich mich vertieft mit dem Zusammenhang von Krankheit und Überschuldung auseinandersetzen wollte. Die vorliegende Arbeit ist somit aus der Verbindung von praktischen Erfahrungen, persönlichen Irritationen und einem daraus entstandenen Erkenntnisinteresse hervorgegangen.

1.3 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Relevanz der Thematik für die Soziale Arbeit ergibt sich aus ihrem grundlegenden Auftrag, Menschen in prekären Lebenslagen zu unterstützen und deren Selbstverwirklichung sowie ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern. Soziale Arbeit richtet sich insbesondere an Personen, deren Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen eingeschränkt ist, und hat zum Ziel, soziale Problemlagen zu verhindern, zu lindern und zu bearbeiten (vgl. AvenirSocial 2010: 7). Die Schnittstelle zwischen Krankheit und Überschuldung stellt ein wichtiges Handlungsfeld für die Soziale Arbeit dar, da beide Problemlagen mit erheblichen Einschränkungen der Lebensführung und Teilhabe einhergehen können. Insbesondere wenn sie in Kombination auftreten.
Für die Praxis bedeutet dies, dass Soziale Arbeit mit einer komplexen und mehrdimensionalen Problemlage konfrontiert ist. Menschen, die von einer Krankheit betroffen sind, der sie daran hindert, ihre Erwerbstätigkeit fortzusetzen, sehen sich nicht selten mit finanziellen Belastungen oder Einkommensausfällen konfrontiert, während umgekehrt Überschuldung auch gesundheitliche Auswirkungen haben kann. Sozialarbeitende sind gefordert, diese Wechselwirkung zu erkennen und in ihre Unterstützung einzubeziehen. Dies erfordert eine ganzheitliche Perspektive, die sowohl die individuelle Situation der betroffenen Person als auch deren soziale und strukturelle Einbettung berücksichtigt.
Darüber hinaus zeigt sich die Relevanz der Thematik in der Funktion der Sozialen Arbeit als verbindendes Element zwischen verschiedenen Hilfesystemen. Sie ist häufig an Schnittstellen tätig, an denen unterschiedliche Zuständigkeiten aufeinandertreffen, beispielsweise zwischen

Spitälern und der Sozialhilfe. In diesem Zusammenhang übernimmt sie eine koordinierende und vermittelnde Rolle, indem sie unterschiedliche Perspektiven zusammenführt und darauf hinwirkt, dass Unterstützungsleistungen möglichst bedarfsgerecht ineinandergreifen. Die Auseinandersetzung mit der Verbindung von Krankheit und Überschuldung macht eine professionelle Haltung der Sozialen Arbeit sichtbar. Diese zeichnet sich durch die Erhaltung von Menschenwürde, dem Streben nach sozialer Gerechtigkeit und der Förderung von Teilhabe aus (vgl. AvenirSocial 2010: 9). Inwiefern die soziale Problemlage von Krankheit und Überschuldung durch gesellschaftliche Bedingungen mitgeprägt ist, und welche Rolle die Soziale Arbeit dabei einnimmt, um diese zu bearbeiten und auf bestehende Ungleichheiten bzw. Ungerechtigkeiten hinzuweisen, versuche ich mit der vorliegenden Arbeit aufzuzeigen.

1.4 Zielsetzung / Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit liegt darin, die Wechselwirkung zwischen Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Person und Überschuldung differenziert zu verstehen. Ausgangspunkt bildet dabei die Annahme, dass Überschuldung im Krankheitskontext nicht als individuelles Phänomen entsteht, sondern als Ergebnis eines Prozesses, in dem gesundheitliche, ökonomische und strukturelle Faktoren ineinandergreifen.
Im Zentrum steht die Frage, wie sich diese Dynamik entwickelt und wodurch sie geprägt wird. Dabei geht es nicht nur darum, individuelle Ursachen oder Verläufe nachzuzeichnen, sondern insbesondere darum, die Rolle gesellschaftlicher und institutioneller Rahmenbedingungen in diesem Prozess sichtbar zu machen. Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit, welche an meine Beobachtungen aus der Praxis anknüpft, dass finanzielle Problemlagen im Zusammenhang mit Krankheit häufig dort entstehen oder sich verschärfen, wo soziale Sicherungssysteme eigentlich stabilisierend wirken sollten.
Zur Analyse dieser Zusammenhänge wird der Lebenslagenansatz nach Stefan Hradil herangezogen. Dieser ermöglicht es, die gleichzeitige Wirkung verschiedener Dimensionen sozialer Ungleichheit zu erfassen und ihre gegenseitige Beeinflussung sichtbar zu machen. Das von Hradil weiterentwickelte Konzept zielt jedoch nicht primär auf die Erklärung von Ursachen ab, sondern beschreibt vor allem bestehende Ungleichheiten in den Lebens- und Handlungschancen von Menschen (vgl. Hradil 1987: 139).
In der vorliegenden Arbeit werde ich diesen Lebenslagenansatz nicht nur beschreibend verwenden, sondern analytisch weiterdenken. Ziel ist es, die Lebenslage von Krankheit und Überschuldung nicht allein entlang bestehender Ungleichheiten darzustellen, sondern auch deren Entstehung, Dynamik und wechselseitige Verstärkung in den Blick zu nehmen.
Die Arbeit verfolgt damit das Ziel, ein vertieftes Verständnis für die Entstehung und Entwicklung von Überschuldung im Krankheitskontext zu entwickeln und aufzuzeigen, inwiefern diese durch strukturelle Bedingungen geprägt wird. Darauf aufbauend sollen Konsequenzen für die

Praxis der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden, insbesondere im Hinblick auf ihre Rolle an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Schuldenberatung.

1.5 Herleitung und Präzisierung der Fragestellung

Aus dem vorrangig erklärten Erkenntnisinteresse, der Zielsetzung und der persönlichen Motivation lässt sich folgende Fragestellung ableiten:

Inwiefern beeinflussen sich Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Überschuldung gegenseitig? Welche individuellen und strukturellen Faktoren lassen sich anhand des Lebenslagenmodells nach Hradil erkennen und welche Konsequenzen haben diese für die Soziale Arbeit?

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

- Welche individuellen Faktoren tragen dazu bei, dass Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit zu finanziellen Belastungen und Überschuldung führen können?
- Welche strukturellen Rahmenbedingungen des schweizerischen Gesundheits- und Sozialversicherungssystems beeinflussen die Entstehung und Verstärkung von Überschuldung im Krankheitskontext?
- Inwiefern wirkt sich finanzielle Überschuldung auf die Gesundheit, das Wohlbefinden und die soziale Teilhabe Betroffener aus?
- Inwiefern lässt sich die Lebenslage Krankheit & Überschuldung durch die Brille des Lebenslagenmodells nach Hradil betrachten?
- Welche Herausforderungen, Möglichkeiten, Grenzen und Folgen ergeben sich aus dieser Betrachtung anhand des Lebenslagenmodells für die Soziale Arbeit an den Schnittstellen von Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Schuldenberatung?
- Wie kann Soziale Arbeit mit dem Spannungsfeld zwischen individueller Unterstützung und struktureller Verantwortung in Bezug auf Krankheit und Überschuldung umgehen, ohne eine Ebene zu vernachlässigen?
- Gibt es Lösungsansätze? Wenn ja, welche?

2 Begriffliche und theoretische Grundlagen

2.1 Armut, Verschuldung und Überschuldung

Die Begriffe Armut, Verschuldung und Überschuldung werden im Zusammenhang mit finanziellen Problemlagen häufig nebeneinander verwendet und doch beziehen sie sich auf unterschiedliche Aspekte sozialer Ungleichheit. Während Verschuldung und Überschuldung primär finanzielle Situationen beschreiben, steht Armut für eine umfassendere Lebenslage, die stark von gesellschaftlichen Bewertungen geprägt ist. Was Armut ist bzw. wer als „arm“ gilt, ist nicht eindeutig festgelegt, sondern abhängig vom jeweiligen sozialen und historischen Kontext. Entsprechend existieren unterschiedliche Auffassungen darüber, wann von Armut gesprochen wird (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen 2025: 12). Der Begriff Verschuldung bezeichnet zunächst nichts Aussergewöhnliches: Verschuldung entsteht, wenn finanzielle Verpflichtungen eingegangen werden, etwa durch Kredite, Rechnungen oder andere vertragliche Zahlungsverpflichtungen. In diesem Sinne ist Verschuldung Teil alltäglicher wirtschaftlicher Prozesse und nicht per se problematisch. Kritisch wird sie jedoch dann, wenn die bestehenden Verpflichtungen nicht mehr erfüllt werden können oder sich keine ausreichenden finanziellen Mittel zur Deckung der Ausgaben finden. In solchen Situationen kann die sich finanzielle Lage zunehmend verschlechtern und auch auf andere Lebensbereiche übergehen (vgl. Mattes et al. 2018: 3; SKOS 2025a: 2f.).

Die Entstehung von Verschuldung in einem problematischen Ausmass, lässt sich nicht auf eine einzige Ursache zurückführen. Vielmehr handelt es sich um ein Zusammenspiel verschiedener Faktoren, wie etwa einschneidende Lebensereignisse, individuelle Handlungsmöglichkeiten sowie strukturelle Rahmenbedingungen. Armut kann in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, da sie den finanziellen Handlungsspielraum einschränkt und das Risiko erhöht, sich zu verschulden. Dennoch kann Armut nicht automatisch mit Verschuldung gleichgesetzt oder in Verbindung gebracht werden: Es gibt sowohl Haushalte, die trotz knapper finanzieller Mittel keine Schulden aufweisen, als auch solche, die verschuldet sind, ohne als arm zu gelten (vgl. Mattes et al. 2018: V, 5).

Von Überschuldung wird in der Regel dann gesprochen, wenn die finanzielle Situation dauerhaft nicht mehr tragfähig ist. Entscheidend ist dabei insbesondere das Verhältnis zwischen verfügbaren Einnahmen und den bestehenden Verpflichtungen. Wenn nach Abzug der grundlegenden Lebenshaltungskosten nicht genügend Mittel vorhanden sind, um Schulden in absehbarer Zeit zu begleichen, kann von einer Überschuldungssituation gesprochen werden. Diese ist häufig mit einer längerfristigen finanziellen Überforderung verbunden und geht über eine vorübergehende Verschuldung hinaus (vgl. ebd.: 3; SKOS 2025a: 2f.). Die genaue Abgrenzung zwischen Verschuldung und Überschuldung ist jedoch nicht eindeutig geregelt. Unterschiedliche Definitionen setzen unterschiedliche Schwerpunkte, etwa auf die Höhe der

Schulden, die Dauer der Zahlungsunfähigkeit oder die individuelle finanzielle Situation. Teilweise wird auch von existenzieller Verschuldung gesprochen, wenn finanzielle Verpflichtungen mit weiteren Belastungen zusammentreffen und die Existenzsicherung gefährdet ist. Eine einheitliche Definition ist deshalb schwierig, weil die jeweilige Situation stark von den individuellen Lebensbedingungen abhängt (vgl. Mattes et al. 2018: 3).
Für die vorliegende Arbeit werde ich den Begriff „Überschuldung" verwenden. Im Fokus stehen nicht alltägliche oder kurzfristige Schulden, sondern Situationen, in denen finanzielle Belastungen zu einer nachhaltigen Destabilisierung der Lebenslage führen. Der Begriff der Überschuldung ermöglicht es daher, jene Problemlagen genauer zu erfassen, in denen finanzielle, soziale und gesundheitliche Aspekte zusammenwirken.

2.2 Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit

In dieser Arbeit werden unter Krankheiten funktionale Einschränkungen verstanden, die zu einer zeitweiligen oder längerfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit führen und damit die Rückkehr in bisherige Erwerbsarbeit, deren Umfang oder Aufgabenprofil beeinträchtigen (z. B. längere oder wiederholte Arbeitsunfähigkeit, reduzierte Arbeitszeit, Tätigkeitswechsel oder Ausstieg aus der Erwerbsarbeit). Gesundheitliche Beeinträchtigungen durch auftretende Krankheit(en), stellen einen zentralen Ausgangspunkt für Einschränkungen der temporären oder längerfristigen Arbeitsfähigkeit dar und können temporärer oder längerfristiger Natur sein. In Ländern wie der Schweiz zählen dazu insbesondere Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, Krebserkrankungen und häufige psychische Erkrankungen (vgl. Gragnano et al. 2017: 1). Gleichzeitig ermöglichen medizinische Fortschritte, dass immer mehr Personen die akute Krankheitsphase überstehen und in den ersten Arbeitsmarkt zurückkehren. Damit geht jedoch einher, dass vermehrt Menschen mit fortbestehenden gesundheitlichen Einschränkungen erwerbstätig bleiben, auch wenn die Arbeitsanforderungen ihre individuellen Belastungsgrenzen teilweise überschreiten (vgl. ebd.: 1f.). Die (verminderte) Arbeitsfähigkeit ist dabei häufig nicht allein auf die primär ausschlaggebende Krankheit zurückzuführen, sondern ergibt sich aus einem Zusammenspiel verschiedener Einflussfaktoren. Auf körperlicher Ebene, zählen dazu häufig Symptome wie funktionelle Einschränkungen, verminderte körperliche Belastbarkeit oder anhaltende Erschöpfung. Jedoch bestimmen auch psychosoziale Faktoren, individuelle Ressourcen wie das soziale und/oder familiäre Umfeld, die Resilienz des:der Betroffenen sowie arbeitsbezogene Rahmenbedingungen den Verlauf der beruflichen Reintegration (vgl. ebd.: 2; Ottiger et al. 2024: 6-8).
Erkrankungen stellen also häufig den Ausgangspunkt für längerfristige arbeitsbezogene Problemlagen dar. Trotz unterschiedlicher Krankheitsbilder lassen sich vergleichbare Muster hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und der beruflichen Reintegration erkennen (vgl. Cancelliere et al. 2016: 3-5). Unfälle bleiben in dieser Arbeit bewusst ausgeklammert, da sie in der Schweiz

anderen versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen unterliegen und ihre Berücksichtigung den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte.

Im folgenden Kapitel werde ich die Dimensionen sozialer Ungleichheit nach Stefan Hradil vorstellen, um anschliessend die Lebenslage Krankheit in Kombination mit Überschuldung entlang des Lebenslagenmodells analysieren zu können.

2.3 Dimensionen sozialer Ungleichheit nach Stefan Hradil

Stefan Hradil ist ein 1946 geborener deutscher Soziologe. Er hat sich in seiner Forschung vor allem mit sozialer Ungleichheit, sozialen Milieus und der Struktur moderner Gesellschaften beschäftigt. Ein zentraler Gedanke Hradils besteht darin, dass soziale Ungleichheit nicht nur über Einkommen oder Beruf, sondern unter Berücksichtigung verschiedener Lebensbereiche gleichzeitig erklärt werden kann. Damit hat er massgeblich dazu beigetragen, soziale Lebenslagen differenzierter zu verstehen und sichtbar zu machen. Neben seiner Tätigkeit in der Forschung war Hradil in beratenden Funktionen aktiv und brachte seine Erkenntnisse in sozialpolitische Diskussionen ein. Seine Arbeiten sind bis heute eine wichtige Grundlage für die Analyse sozialer Ungleichheit (vgl. Schader Stiftung 2015: o.S.; Roman Herzog Institut o.J.: o.S.).
Schon vor Hradil gab es Überlegungen zu sozialen Ungleichheiten innerhalb von Gesellschaften. Diese werden als gesellschaftlich hervorgebrachte Unterschiede in Bezug auf Lebensbedingungen verstanden, die für die Verwirklichung eines als „gut“ angesehenen Lebens von Bedeutung sind (vgl. Hradil 1990: 125).
Soziale Ungleichheit impliziert somit eine durch das menschliche Zusammenleben strukturierte und geregelte Verteilung von Lebenschancen und Lebensrisiken. In der ursprünglichen Schichtungssoziologie[1] zählten dazu lediglich ökonomische Bedürfnisse und Ziele. Diese sind auf unterschiedlichen sozialen Positionen – etwa Berufsgruppen oder Geschlechter – ungleich verteilt (vgl. ebd.). Da soziale Ungleichheit in vielfältigen und schwer messbaren Erscheinungsformen auftritt, bedarf ihre Analyse einer systematischen Gliederung. Diese wurden zur besseren Mess- und Analysierbarkeit in „Dimensionen“ unterteilt, welche dazu dienen, zusammengehörige Phänomene zu bündeln und zentrale von weniger zentralen Erscheinungen zu

[1] Unter dem Begriff „Schichtungssoziologie“ versteht man einen Ansatz, der Gesellschaften danach untersucht, wie soziale Ungleichheit in Form von sog. Schichten organisiert ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass Gesellschaften nicht strikt in Klassen getrennt sind, sondern aus unterschiedlich abgestuften Gruppen bestehen, zwischen denen meist fliessende Übergänge bestehen. Diese Schichten unterscheiden sich vor allem durch ungleiche Verteilung von Ressourcen wie Einkommen, Bildung oder beruflichem Status. Im Zentrum der Schichtungssoziologie steht insbesondere die berufliche Stellung, da sie als zentrales Kriterium für die Einordnung in eine soziale Schicht gilt. Menschen mit ähnlichen Lebensbedingungen, etwa durch vergleichbare Berufe oder Qualifikationen, werden dabei zu Statusgruppen zusammengefasst. Schichten können relativ stabil sein, etwa wenn soziale Vor- und Nachteile von einer Generation an die nächste weitergegeben werden. Dennoch wird die Schichtgesellschaft grundsätzlich als „offen“ verstanden, da soziale Positionen theoretisch durch Leistung und Bildung veränderbar sind (vgl. Hradil 2016: 253-255).

unterscheiden (vgl. ebd.). „Unter Dimensionen sozialer Ungleichheit versteht man üblicherweise Ressourcen und Lebensbedingungen, die es den Einzelnen erlauben, gesellschaftlich geteilte Ziele eines guten Lebens eher zu erreichen als andere Menschen“ (Gutenberg 2023: 2). Dimensionen stellen also analytische Kategorien dar, welche es zudem ermöglichen, unterschiedliche Bereiche sozialer Ungleichheit miteinander zu vergleichen, ihre jeweiligen Strukturen zu untersuchen und Zusammenhänge sowie Unterschiede analytisch herauszuarbeiten. In den 1950er und 60er Jahren standen zunächst vier zentrale Dimensionen im Vordergrund: Geld, Macht, Prestige und formale Bildung (vgl. ebd.). Diese galten lange als die wesentlichen individuell erfahrbaren Lebensbedingungen, welche das Dasein vorteilhaft oder nachteilig gestalten können (vgl. Hradil 1987: 29). Hradil kritisiert jedoch, dass sich soziale Ungleichheit nicht in diesen vier Bereichen erschöpft. Gesellschaftliche Entwicklungen – insbesondere im Zuge der Industrialisierung und der wachsenden Bedeutung wohlfahrtstaatlicher Strukturen – führten dazu, dass weitere Lebensbedingungen (siehe Abb. 1) als eigenständige Dimensionen erkannt wurden (vgl. ebd.: 33). Trotz des Ausbaus des sozialen Netzes für die Bevölkerung durch den Staat zeigte sich, dass Schutzmechanismen nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermassen absichern und verbleibende Risiken ungleich verteilt bleiben. So variieren gesundheitliche Risiken und Versorgungsniveaus zwischen sozialen Gruppen erheblich: Finanziell schwächere Bevölkerungsgruppen sind häufiger von bestimmten Erkrankungen betroffen, tragen höhere Risiken im Arbeitskontext und weisen dadurch eine geringere Lebenserwartung auf (vgl. ebd.: 34). In den 1980er Jahren leitete Hradil vor dem Hintergrund von Auswertungen von Umfragen und Abstimmungsergebnissen die Bedürfnisse der Menschen innerhalb einer Gesellschaft ab. In der folgenden Grafik wird dargestellt, wie Hradil diese Bedürfnisse in drei Dimensionskategorien kumuliert, wobei die erste aus der Schichtungstheorie übernommen wurde. Innerhalb dieser drei Dimensionen legte er wiederum verschiedene Unterdimensionen fest – die „Dimensionen ungleicher Lebensbedingungen“, welche es ermöglichen, die eingangs genannten Bedürfnisse und deren Befriedigung zu verhindern oder zu befriedigen (vgl. Hradil 1990: 137).

Bedürfnisse		Dimensionen ungleicher Lebensbedingungen
Wohlstand Erfolg Macht	„ökonomische“	Geld Formale Bildung Berufsprestige Formale Machtstellung
Sicherheit Entlastung Gesundheit Partizipation	„wohlfahrts-staatliche“	Arbeitslosigkeits- und Armutsrisiken Soziale Absicherung Arbeitsbedingungen Freizeitbedingungen Wohn(umwelt)bedingungen Demokratische Institutionen
Integration Selbstverwirklichung Emanzipation	„soziale“	Soziale Beziehungen Soziale Rollen Diskriminierungen/Privilegien

Abb. 1

Für das Verständnis sozialer Ungleichheit ist gemäss Hradil entscheidend, dass unterschiedliche Lebens- und Handlungsbedingungen nicht isoliert voneinander wirken. Vielmehr treten sie gleichzeitig auf und beeinflussen gemeinsam die Möglichkeiten, gesellschaftlich anerkannte Ziele zu verwirklichen. Die Betrachtung einzelner Dimensionen reicht deshalb nicht aus, um die tatsächliche Bedeutung sozialer Ungleichheit zu erfassen: Erforderlich ist vielmehr eine Analyse ihres Zusammenspiels. Zugleich lässt sich bei Mitgliedern moderner Gesellschaften häufig keine durchgängige Bevorteilung oder Benachteiligung in Bezug auf die verschiedenen Dimensionen beobachten. Dieselbe Person kann in bestimmten Bereichen über vorteilhafte Ressourcen verfügen, während sie in anderen mit erheblichen Risiken oder Einschränkungen konfrontiert ist: Sie kann gut gebildet *und* gleichzeitig schwer krank sein. Diese Gleichzeitigkeit von Vor- und Nachteilen – sogenannte Statusinkonsistenz – ist charakteristisch für Gesellschaften in unseren Breiten und prägt die individuellen Lebens- und Handlungschancen (vgl. Hradil 1987: 148).

Für die Analyse sozialer Ungleichheit bedeutet dies, dass nicht alle Dimensionen für jedes Individuum gleich viel Gewicht haben. In bestimmten Konstellationen, in welchen bestimmte Lebensbedingungen in extremen Ausprägungen auftreten, können diese so sehr dominieren, dass sie andere ersetzen und die Handlungschancen einer Person bestimmen. Beispielsweise kann bei einer Person mit geringer sozialer Sicherheit, aber einem sehr starken sozialen Netz, dieses Netzwerk die fehlende staatliche Absicherung teilweise ausgleichen. Hradil nennt dies ‚funktionales Äquivalent‘ – die zweite Ressource im Beispiel des sozialen Netzes übernimmt funktional die Rolle der ersten, d. h. der staatlichen Absicherung (vgl. ebd.: 150-152). Erst durch die Analyse des Zusammenspiels mehrerer Dimensionen lässt sich erfassen, wie sich Ressourcen, Risiken und Belastungen gegenseitig verstärken, abschwächen oder kompensieren.

Die Dimensionen sozialer Ungleichheit bilden damit die theoretische Grundlage für eine mehrdimensionale Betrachtung sozialer Lebenslagen in postindustriellen Gesellschaften. Denn erst so können Menschen völlig unterschiedliche Lebenslagen haben, obwohl sie über ähnliche Einkommen verfügen. Die konkrete Kombination, Gewichtung, Wechselwirkung und Austauschbarkeit mehrerer Dimensionen im Leben eines Menschen bilden dessen konkrete Lebenslage.

Unter „Lebenslage“ versteht Hradil die spezifische Kombination aus günstigen und ungünstigen Lebensbedingungen, in der sich eine Person befindet. Im Unterschied zu klassischen Schichtungsmodellen ermöglicht dieses Konzept eine breitere Betrachtung sozialer Ungleichheit, da auch Personen ohne Erwerbstätigkeit – etwa Studierende, Rentner:innen, Arbeitslose oder Personen, die unbezahlte Care-Arbeit verrichten – systematisch erfasst werden können (vgl. Hradil 1990: 167). Welche konkrete Lebenslage eine Person einnimmt, hängt davon ab, welche Faktoren ihre Lebensbedingungen hauptsächlich prägen. Dies kann beispielsweise die berufliche Position sein, aber ebenso andere soziale Determinanten wie der Bezug von staatlichen Transferleistungen. Gerade in Gesellschaften mit einem stark ausgebauten Sozialstaat zeigt sich, dass sich soziale Ungleichheit zunehmend differenziert ausgestaltet. Verlängerte Ausbildungsphasen sowie ein wachsender Anteil von Personen, die nicht primär über Erwerbsarbeit, sondern über sozialstaatliche Leistungen abgesichert sind, führen dazu, dass sich Lebenslagen immer weniger über die berufliche Stellung definieren lassen (vgl. ebd. 268). Das von Hradil entwickelte Konzept zielt jedoch nicht darauf ab, die Ursachen für die Lebenslage bestimmter Personengruppen zu erklären, sondern darauf, bestehende Ungleichheiten in ihren Lebensbedingungen sichtbar zu machen (vgl. Hradil 1987: 139). Im Zentrum steht dabei die Beschreibung von Lebens- und Handlungschancen. Es handelt sich somit um ein objektives Konzept, das darauf fokussiert, welche dieser Lebens- und Handlungschancen vorhanden sind, ohne zu berücksichtigen, wie diese von den Individuen subjektiv wahrgenommen, erlebt oder genutzt werden (vgl. ebd.: 145).

3 Hauptteil: Lebenslage Krankheit & Überschuldung

Im folgenden Kapitel wird die Lebenslage von Menschen genau betrachtet, die gleichzeitig von einer Krankheit, die sie daran hindern, erwerbstätig zu sein, und von einer Überschuldungssituation betroffen sind. Dabei handelt es sich nicht um eine klar abgegrenzte oder in der Literatur einheitlich definierte Lebenslage, sondern vielmehr um eine analytische Zusammenführung zweier Problemlagen, die in der Praxis Sozialer Arbeit häufig gemeinsam auftreten, bisher jedoch selten in dieser Verschränkung betrachtet wurden. Die Einführung dieser Lebenslage erfolgt somit aus einer praxisbezogenen Perspektive, mit dem Ziel, eine spezifische Konstellation sichtbar zu machen, die bislang in bestehenden Konzeptualisierungen sozialer Ungleichheit und Problemlagen nur unzureichend erfasst wurde.

Die Verbindung von Krankheit und Überschuldung zeigt, wie in den vorherigen Kapiteln bereits beschrieben, eine kombinierte Lebenslage, in der sich gesundheitliche und finanzielle Belastungen gegenseitig beeinflussen und verstärken können. Beide Problembereiche bringen eigene Herausforderungen mit sich, die sich in ihrer Kombination nicht lediglich addieren, sondern Wechselwirkungen hervorrufen, die neue Dynamiken entstehen lassen. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, diese Kombination als eigenständige Lebenslage zu betrachten, um die damit verbundenen spezifischen Belastungen sowie Handlungsspielräume differenziert analysieren zu können.

Zur Analyse dieser Lebenslage wird das im vorherigen Kapitel vorgestellte Lebenslagenkonzept nach Stefan Hradil (1987) herangezogen. Dies ermöglicht es, die Lebenslage durch die Erfassung sozialer Ungleichheit durch unterschiedliche Dimensionen mehrperspektivisch und so ganzheitlicher zu betrachten. Im Zentrum stehen dabei insbesondere jene Dimensionen, in denen sich die Auswirkungen von Krankheit und Überschuldung in besonderer Weise überschneiden oder gegenseitig verstärken. Ziel ist es, die Lebenslage nicht isoliert entlang einzelner Faktoren zu beschreiben, sondern ihre Komplexität und Vielschichtigkeit sichtbar zu machen. Indem Krankheit und Überschuldung gemeinsam als eigene Lebenslage „Krankheit & Überschuldung“ in den Blick genommen werden, soll ein vertieftes Verständnis dafür entwickelt werden, wie sich diese Faktoren im Alltag der Betroffenen konkret auswirken und welche Herausforderungen und Aufgaben sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben.

3.1 Ökonomische Dimension

Im Kontext von Krankheit & Überschuldung spielt die ökonomische Dimension eine der wichtigsten Rollen, da sie den Kern der Problemlage bildet. Gemäss Hradil wird sie mit den Bedürfnissen Wohlstand, Macht und formale Bildung in Verbindung gebracht. Soziale Ungleichheiten ergeben sich demnach insbesondere aus Unterschieden in Ressourcen wie Einkommen, beruflichem Status und gesellschaftlicher Machtposition (vgl. Hradil 1990: 138): „Erwerbsarbeit kommt Gesellschaften eine besondere Bedeutung nicht nur deshalb zu, weil sie direkt und indirekt die zentrale Einkommensquelle darstellt, sondern weil sie zudem die Menschen einbindet in die wechselseitige, wenn auch durch ungleiche Machtverhältnisse charakterisierte Abhängigkeit von der gesellschaftlichen Arbeitsteilung. Französische Soziologen sprechen in diesem Zusammenhang von gesellschaftlicher Zugehörigkeit durch ‚Interdependenz‘. Das Gefühl der Nutzlosigkeit, von dem Langzeitarbeitslose immer wieder sprechen, hat im Anschluss von dieser Zugehörigkeit seinen Ursprung“ (Kronauer 2021: 64).

3.1.1 Einkommensveränderung durch Krankheit und krankheitsbedingte Mehrkosten

Krankheit kann sich in vielfacher Hinsicht auf die Einkommenssituation von Betroffenen auswirken und stellt damit einen zentralen Aspekt innerhalb der ökonomischen Dimension dar. Insbesondere bei länger andauernden oder chronischen Erkrankungen ist es häufig nicht möglich, die bisherige Erwerbstätigkeit im gleichen Umfang weiterzuführen. Arbeitsunfähigkeit, reduzierte Leistungsfähigkeit oder wiederkehrende krankheitsbedingte Ausfälle führen in vielen Fällen dazu, dass das Einkommen sinkt oder vollständig wegfällt. Dadurch verringern sich die finanziellen Handlungsspielräume der betroffenen Person und die ihres familiären Umfelds erheblich.

Eine solche Veränderung der Einkommenssituation ist insofern bedeutsam, als dass finanzielle Ressourcen auch in der Schweiz massgeblich darüber entscheiden, wie Menschen mit gesundheitlichen Belastungen umgehen können und welche Möglichkeiten zur Bewältigung und Genesung ihnen zur Verfügung stehen. Werden diese Ressourcen eingeschränkt, reduziert sich nicht nur die Fähigkeit, laufende Kosten zu decken, sondern auch die Möglichkeit, auf unvorhergesehene Ausgaben flexibel zu reagieren und sich voll und ganz auf die eigene Gesundheit zu fokussieren. Diese Gemengelage kann zu einer zusätzlichen Belastung führen. Zwar bestehen in der Schweiz verschiedene sozialversicherungsrechtliche Mechanismen, die Einkommensausfälle teilweise kompensieren sollen, dennoch reichen diese nicht in allen Fällen aus, um den bisherigen Lebensstandard aufrechtzuerhalten. Zudem sind solche Leistungen an bestimmte Bedingungen geknüpft und greifen nicht unmittelbar. In Phasen, in denen finanzielle Leistungen noch nicht eingegangen sind oder der Anspruch darauf noch nicht geklärt ist, können finanzielle Engpässe entstehen. Betroffene sind in solchen Situationen häufig gezwungen, auf Ersparnisse zurückzugreifen oder Zahlungen aufzuschieben.

Einkommenseinbussen und vor allem deren Folgen für die einzelnen Personen müssen stets im Zusammenhang mit Faktoren ökonomischer Ungleichheit betrachtet werden. Nach Hradil (1987: 147) entstehen diese durch Unterschiede in der formalen Bildung, im beruflichen Status, in der gesellschaftlichen Machtposition, sowie naheliegenderweise im Einkommen.

Bei Personen, welche schon vor einer Krankheit über wenig finanzielle Mittel und eingeschränkte Erwerbsmöglichkeiten – etwa durch geringe Bildung – verfügten, haben krankheitsbedingte Einkommensausfälle einen besonders grossen Einfluss auf deren Lebenssituation. Bei längerfristigen Einkommensausfällen werden finanzielle Rücklagen aufgebraucht und die wirtschaftliche Stabilität zunehmend gefährdet. Wenn laufende Kosten nicht mehr gedeckt werden können, kann sich eine Überschuldungssituation entwickeln.

Neben den beschriebenen Einkommenseinbussen entstehen im Zusammenhang mit Krankheit häufig krankheitsbedingte zusätzliche Kosten, die die finanzielle Situation weiter belasten. Diese Mehrkosten entstehen meist direkt durch die medizinische Versorgung, etwa durch

Spitalaufenthalte, Medikamente, Pflegeleistungen und Therapien, können aber auch indirekt durch veränderte Lebensumstände, wie Unterstützung im Haushalt, der Kinderbetreuung, für Hilfsmittel und Anpassungen der Lebensführung zurückzuführen sein. Auch wenn ein grosser Teil der Kosten durch die Krankenkassen gedeckt wird, verbleiben den Betroffenen Selbstbehalt und Eigenanteile. Gerade bei komplizierten und längerfristigen Erkrankungen und bei den erwähnten indirekten Kosten, können sich diese schnell summieren.
Die Kombination aus reduzierten Einnahmen und erhöhten Ausgaben führt dazu, dass sich finanzielle Situationen rasch verschlechtern können.
Im Folgenden wird darauf eingegangen, wie begrenzte finanzielle Mittel den Handlungsspielraum von krankheitsbetroffenen Menschen beeinflussen und welche Bedeutung dabei das Existenzminimum sowie rechtliche Regelungen haben können.

Existenzminimum

Das Existenzminimum bezeichnet in der Schweiz den ökonomischen Mindeststandard, der einer Person ein menschenwürdiges Dasein sichern soll. Verfassungsrechtlich ist dieser Anspruch in Artikel 12 und Artikel 41 der Bundesverfassung verankert. Sie verpflichten den Staat, allen in der Schweiz lebenden Personen die für ein Leben in Würde notwendigen Mittel bereitzustellen (vgl. Kehrli 2020: o.S.). Ob und in welchem Ausmass daraus ein Anspruch auf ein über das physische Überleben hinausgehendes soziales Existenzminimum abgeleitet werden kann, wird diskutiert.
Das soziale Existenzminimum ergibt sich weniger aus einem einzelnen Verfassungsartikel als vielmehr aus der Gesamtheit der Sozialziele, Grundrechte sowie kantonaler Regelungen und völkerrechtlicher Bestimmungen (vgl. ebd.).
Vor diesem Hintergrund ist die Definition des Existenzminimums eng mit der Frage verbunden, was ein Mensch in der Schweiz zum Leben benötigt und welchen Lebensstandard der Staat gewährleisten soll (vgl. SKOS 2020: 2). Es wird zwischen einem absoluten und einem sozialen Existenzminimum unterschieden. Während das absolute Existenzminimum jene Mittel beschreibt, die für das physische Überleben notwendig sind – insbesondere Nahrung, Kleidung, Obdach sowie Zugang zu Gesundheitsversorgung – umfasst das soziale Existenzminimum zusätzlich die Möglichkeit zur Teilhabe am gesellschaftlichen und sozialen Leben und orientiert sich damit an den in einer Gesellschaft geltenden Lebensstandards (vgl. ebd.: 3, 7). Die konkrete Ausgestaltung des Existenzminimums liegt in der Schweiz in der Kompetenz der Kantone. Die Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) formulieren hierzu Empfehlungen, die in den meisten Kantonen in die Gesetzgebung übernommen wurden (vgl. ebd.: 2).

3.1.2 Risikofaktoren für Überschuldung während einer Krankheit und umgekehrt

Statistische Auswertungen der Schuldenberatung Schweiz zeigen, dass gesundheitliche Probleme und Unfälle mit einem Anteil von 34% die häufigsten Hauptursachen für Überschuldung darstellen (vgl. Schuldenberatung Schweiz 2025: 8). Auch internationale Statistiken bestätigen diesen Zusammenhang: Rund ein Viertel der Personen, die eine Schuldenberatung in Anspruch nehmen, nennt gesundheitliche Probleme als einen der Gründe für ihre Überschuldung. Langzeiterkrankungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen treten überdurchschnittlich häufig als Prognosefaktoren für Überschuldung auf (vgl. Henchoz et al. 2024: 25).
Daten des Bundesamts für Statistik zeigen, dass Personen mit Zahlungsrückständen deutlich häufiger auf Gesundheitsleistungen verzichten als der Rest der Bevölkerung und sogar häufiger als Personen, die von Armut betroffen sind (vgl. ebd.: 13). Dieser Verzicht kann unterschiedliche Formen annehmen: Neben dem vollständigen Verzicht auf medizinische Leistungen, lassen sich auch Zwischenformen beobachten, etwa der Aufschub von Behandlungen, Bewältigungsstrategien wie Selbstmedikation oder eine Priorisierung von Ausgaben, das heisst bestimmte medizinische Leistungen werden zugunsten anderer finanzieller Verpflichtungen zurückgestellt (vgl. ebd.).
Gleichzeitig kann Überschuldung selbst negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben. Forschungsergebnisse zeigen, dass soziale Schwierigkeiten und materielle Entbehrungen, die mit der Überschuldung einhergehen, die physische und psychische Gesundheit beeinträchtigen können. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang zwischen „direkten“ und „indirekten“ Folgen von Überschuldung unterschieden. Während direkte Folgen beispielsweise in Form von erhöhtem persönlichem Stress bestehen können, entstehen indirekte Folgen durch die sozialen und wirtschaftlichen Konsequenzen einer Überschuldungssituation, etwa durch Einkommensausfälle, Pfändungen oder Betreibungen. Solche Situationen können dazu führen, dass Betroffene gesundheitsschädliche finanzielle Entscheide treffen müssen, etwa wenn Gläubiger:innen priorisiert werden und deshalb auf Arzt:innenbesuche und/oder notwendige Medikamente verzichtet wird (vgl. Henchoz et al. 2024: 24).

Der Verlauf einer Krankheit ist eng mit der Funktionsweise des Schweizer Sozialversicherungssystems verbunden. Einkommenseinbussen und Wartezeiten wirken sich direkt auf die finanzielle Stabilität Betroffener aus. Die im folgenden Kapitel beschriebene wohlfahrtstaatliche Dimension wird dadurch zu einer zentralen analytischen Ebene im Überschuldungsprozess während einer Krankheit, da sie entscheidend bestimmt, in welchem Masse Schutzmechanismen greifen oder finanzielle Lücken entstehen.

3.2 Wohlfahrtsstaatliche Dimension

Nach Stefan Hradil umfasst die wohlfahrtsstaatliche Dimension jene Bereiche von Lebensbedingungen, die durch politisch-administrative Leistungen des Staates geprägt sind und über die Verwirklichung allgemein anerkannter Lebensziele entscheiden (vgl. Hradil 1987: 7, 10). In der modernen Wohlfahrtsgesellschaft ist die finanzielle Lage vieler Menschen nicht mehr allein durch Erwerbseinkommen bestimmt, sondern mischt sich untrennbar mit staatlichen Transferzahlungen. Der Staat greift also massiv in die Gestaltung der Lebensbedingungen ein (vgl. ebd.: 47). In seinem Modell teilt Hradil Bedürfnisse der wohlfahrtstaatlichen Dimension zu. Er entwickelt einige „Unterdimensionen", deren Inhalt wichtig zur Erfüllung der wohlfahrtstaatlichen Bedürfnisse einer Person sind.

Bedürfnisse:

- Sicherheit
- Entlastung
- Gesundheit
- Partizipation

Unterdimensionen:

- Arbeitslosigkeit und Armutsrisiken
- Soziale Absicherung
- Arbeitsbedingungen
- Freizeitbedingungen
- Wohn(umwelt)bedingungen
- Demokratische Institutionen

(ebd.: 147).

3.2.1 Soziale Absicherung bei Krankheit

Die Lebenslage Überschuldung und Krankheit lässt sich nicht unabhängig von den institutionellen Rahmenbedingungen betrachten. In der Schweiz übernimmt das Sozialversicherungssystem eine zentrale Rolle in der Absicherung von Lebensrisiken wie Krankheit, Erwerbsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit. Die entsprechenden Versicherungen sollen gewährleisten, dass Personen trotz gesundheitlicher Einschränkungen oder Einkommensausfällen ihren Lebensunterhalt sichern können. Gleichzeitig zeigen Studien, dass auch innerhalb dieser Systeme finanzielle Risiken bestehen können (vgl. Caritas Schweiz o.J.: o.S.).

Im Falle einer länger andauernden krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit, greifen in der Schweiz verschiedene sozialstaatliche Sicherungssysteme, die jedoch nicht als einheitliches System organisiert sind, sondern zeitlich und institutionell aufeinander folgen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich dabei auf ein reguläres Angestelltenverhältnis.

Zu Beginn eines krankheitsbedingten Arbeitsausfalls besteht eine gesetzliche Pflicht der:des Arbeitgeberin:s zur Lohnfortzahlung, deren Dauer sich nach den Dienstjahren richtet (vgl. Art. 324a OR). Nach einer bestimmten, mit dem Betrieb vereinbarten, Wartefrist ersetzt die Krankentaggeldversicherung – falls vorhanden – die Auszahlung. Während einer begrenzten Zeit übernimmt sie den Ersatz für den Lohnausfall und zahlt während einer Dauer von bis zu höchstens zwei Jahren 80 % des bisherigen Lohns aus. Die konkrete Ausgestaltung ist jeweils arbeitsvertraglich geregelt. Bei länger andauernder Arbeitsunfähigkeit wird eine Anmeldung bei der Invalidenversicherung (IV) relevant, deren Abklärungsprozess bis zu zwei Jahren dauern kann. Erweisen sich diese Leistungen als unzureichend oder entstehen zeitliche Lücken zwischen den einzelnen Unterstützungen, kann die Sozialhilfe als Auffangnetz greifen. Die Sozialhilfe kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn weder Versicherungsleistungen noch eigenes Einkommen zur Existenzsicherung ausreichen.
Diese Abfolge gilt jedoch nicht für alle Erwerbstätigen in gleicher Weise. Insbesondere bei selbständiger Erwerbstätigkeit oder bei Arbeitsverhältnissen im Stundenlohn ohne entsprechende Absicherung, bestehen häufig weniger umfassende Sicherungsmechanismen. So ist der Abschluss einer Krankentaggeldversicherung freiwillig und nicht flächendeckend gewährleistet. Fehlt diese, kommt es bereits zu Beginn einer Krankheit zu einem unmittelbaren Einkommensausfall, was die finanzielle Situation rasanter verschärfen kann (vgl. Mösch Payot 2024: o.S.).

3.2.2 Krankenkasse

Das schweizerische Gesundheitssystem basiert auf einer obligatorischen Krankenversicherung. Alle Personen mit Wohnsitz in der Schweiz sind verpflichtet, eine -Grundversicherung gegen Krankheit abzuschliessen. Diese Pflicht ist im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) verankert und soll sicherstellen, dass die gesamte Bevölkerung Zugang zu medizinischer Versorgung hat (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG o.J.: o.S.). Der Abschluss einer *Zusatz*versicherung ist jedoch freiwillig. Die obligatorische Krankengrundversicherung wird von verschiedenen privaten Krankenkassen angeboten, deren Leistungen gesetzlich festgelegt sind. Versicherte können ihre Anbieterin frei wählen (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2026: o.S.). Versicherte Personen bezahlen ihre Versicherung über Versicherungsprämien. Die Prämie ist eine sogenannte Kopfprämie (im Gegensatz zu einer einkommensabhängigen), d.h. je nach Höhe der gewählten Franchise, entsteht die individuelle Prämie. Sie variiert ausserdem je nach Wohnkanton und Alter (vgl. Henchoz et al. 2024: 19). Die Franchise bezeichnet einen jährlich festgelegten Betrag, den Versicherte bei einer medizinischen Behandlung zunächst selbst bezahlen müssen, bevor die Versicherung Leistungen übernimmt. Nach Überschreitung des in der Franchise festgelegten Betrags, muss die versicherte Person weiterhin 10% der Kosten der weiteren Behandlungen übernehmen – den sogenannten

Selbstbehalt – bis zu einem Höchstbetrag von 700.- pro Jahr (vgl. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt 2020: 6).

Personen, die in bescheidenen finanziellen Verhältnissen leben, können eine einer Prämienverbilligung beantragen. Mittels Beiträgen des jeweiligen Wohnkantons kann die monatliche Prämie unter Berücksichtigung von finanziellen Voraussetzungen verbilligt werden (vgl. Bundesamt für Gesundheit BAG o.J.a: o.S.). Bei einem Spitalaufenthalt fällt zusätzlich ein Spitalkostenbeitrag von täglich CHF 15.- (2026) an (vgl. Henchoz et al. 2024: 19). Eine hohe Franchise kann also in finanziell schwächeren Haushalten, bei unvorhergesehen hohen Gesundheitskosten, zu grossen finanziellen Belastungen führen (vgl. Helsana o.J.: o.S.). Zwar existiert mit der individuellen, kantonal geregelten Prämienverbilligung ein Instrument zur Entlastung von Haushalten mit geringem Einkommen, dennoch stellen Krankenkassenprämien für viele Haushalte eine erhebliche finanzielle Belastung dar. Ausserdem steigen die Prämien aufgrund verschiedener Entwicklungen im Gesundheitswesen jedes Jahr.

In der Schweiz leben rund 4,4% der Bevölkerung in Haushalten mit Zahlungsrückständen bei Krankenkassenprämien. Diese gehören somit zu den häufigsten Gründen für Schulden (vgl. Henchoz et al. 2024: 21). Zahnbehandlungskosten sind ausserdem von der obligatorischen Krankenversicherung ausgeschlossen und können ebenfalls eine grosse finanzielle Belastung darstellen.

Darüber hinaus existieren in sieben Kantonen (AG, LU, SG, SH, TG, TI und ZG) sogenannte „schwarze Listen“ für Personen, die ihre Krankenkassenprämien trotz Mahnungen und Betreibung nicht bezahlen können. Personen auf dieser Liste erhalten nur noch medizinische Notfallbehandlungen. Es ist jedoch nicht festgelegt, welche als solche kategorisiert werden. Diese Praxis wird von verschiedenen Institutionen stark kritisiert, da sie in den häufigsten Fällen sozial und gesundheitlich benachteiligte Personen trifft und in einigen Fällen, wegen unzureichender medizinischer Behandlung zum Tod geführt hat (vgl. Abele/Odermatt 2021: 169f.). Das Ziel dieser Listen besteht eigentlich darin, Personen mit ausstehenden Krankenkassenprämien dazu zu bewegen, ihre Schulden zu begleichen. Es zeigt sich jedoch, dass diese Massnahme höchstens begrenzte bis keine Wirkung entfaltet. Während durch die Umsetzung der Listen durchaus Kosten (vor allem für die Betroffenen) entstehen, kann ein Nutzen für die Krankenkassen bislang nicht nachgewiesen werden (vgl. ebd.: 168f.). Es wäre also wünschenswert, „die aktuell in sieben Kantonen geführten Listen für säumige Prämienzahlende abzuschaffen. Die Listen generieren nur weitere Probleme und es ist nicht hinzunehmen, dass das Recht auf Zugang zur medizinischen Grundversorgung eingeschränkt wird“ (ebd.: 159).

3.2.3 Invalidenversicherung (IV)

Die Invalidenversicherung (IV) gehört gemeinsam mit der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV) zur ersten Säule des schweizerischen Sozialversicherungssystems. Ihr Ziel besteht darin, die Existenzgrundlage von Personen zu sichern, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen dauerhaft oder über einen längeren Zeitraum nicht mehr oder nur teilweise arbeitsfähig sind (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV o.J.: o.S.). Bei der Abklärung des Invaliditätsgrades verfolgt die IV grundsätzlich das Prinzip „Wiedereingliederung vor Rente“: Zunächst wird versucht, die Erwerbsfähigkeit der betroffenen Person durch gezielte Massnahmen wiederherzustellen oder zu erhalten, bevor eine Rentenleistung zugesprochen wird (vgl. ebd.). Ein Rentenanspruch entsteht dabei erst, wenn eine Person während mindestens eines Jahres ohne wesentliche Unterbrechung zu mindestens 40% arbeitsunfähig war, zuzüglich einer sechsmonatigen Sperrfrist nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Noori 2021: 162). Die Abklärungsphase selbst kann komplex und zeitintensiv sein und erfahrungsgemäss bis zu drei Jahren dauern. Während dieser Zeit sind Betroffene häufig auf andere Unterstützungssysteme angewiesen, da kein ausreichendes Einkommen erzielt werden kann. Diese Übergangsphasen können zu finanziellen Belastungen führen und bestehende Schuldenprobleme verstärken (vgl. Wüthrich 2025: o.S.). In solchen Situationen müssen Einkommensausfälle aus eigenen Mitteln, durch familiäre Unterstützung oder mittels Sozialhilfe überbrückt werden (vgl. Noori 2021: 164). Es kommt zudem vor, dass Betroffene nach langen Abklärungsphasen zwar als (teil-)arbeitsfähig eingestuft werden, dies jedoch unter Voraussetzungen, die in der Realität des aktuellen Arbeitsmarktes kaum erfüllbar sind. Etwa die Erwartung, sich auf Stellen zu bewerben, die es in dieser Form schlicht nicht (mehr) gibt. Obwohl diese Lücke in der Praxis wiederholt beobachtbar ist, fehlen belastbare statistische Daten zu ihrer tatsächlichen Grössenordnung (vgl. ebd.). Sie verweist dennoch auf eine strukturelle Schwachstelle des wohlfahrtstaatlichen Sicherungssystems, die gerade im Kontext von Krankheit und Überschuldung besonders sichtbar wird.

3.2.4 Sozialhilfe

Die Sozialhilfe bildet in der Schweiz das letzte finanzielle Auffangnetz der sozialen Existenzsicherung. Sie greift dann, wenn Personen ihren Lebensunterhalt weder durch eigenes Einkommen noch durch Sozialversicherungsleistungen sichern können (vgl. Charta Sozialhilfe Schweiz 2025: 4). Im Gegensatz zu den bisher genannten Sozialversicherungen existiert kein einheitliches Bundesgesetz für die Sozialhilfe. Die Verantwortung liegt bei den Kantonen. Die meisten Kantone richten sich jedoch nach den Richtlinien der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) (vgl. SKOS 2026: o.S.). Leistungen der Sozialhilfe umfassen sowohl materielle Unterstützung als auch persönliche Beratung und Begleitung. Zu den materiellen Leistungen gehören insbesondere die Deckung des finanziellen Grundbedarfs, der Wohnkosten

sowie die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung (vgl. Charta Sozialhilfe Schweiz 2025: 9). Eine 2022 veröffentlichte Studie von Christoph Mattes et al. zu verschuldeten Menschen, die an die Sozialhilfe angebunden waren, zeigte, dass 60,5% der Haushalte, welche Sozialhilfe beantragten, vorher bereits verschuldet waren. Dies sind, gemäss der Studie fünfmal mehr als der Rest der Bevölkerung (vgl. Mattes et al. 2022: 8). Gerade im Zusammenhang mit langwierigen Krankheiten spielt die Sozialhilfe häufig eine Rolle: Einerseits, weil die Sozialhilfe während eines laufenden IV-Prozesses für die IV in finanzielle Vorleistung gehen kann, und andererseits, weil ein grosser Teil der Sozialhilfebezüger:innen an einer chronischen Krankheit leidet, die sie daran hindert auf dem ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten. Viele Betroffene befinden sich in einer Situation, in der sie zwar gesundheitlich eingeschränkt sind, jedoch nur einen ungenügenden Anspruch auf Leistungen der IV haben (vgl. Wildrich-Sanchez 2023: o.S.).

Leistungen der Sozialhilfe müssen bei einer Verbesserung und Stabilisierung der finanziellen Situation grundsätzlich zurückerstattet werden. Die SKOS empfiehlt den kantonalen Sozialdiensten zwar, dass mit dieser Regel grosszügig umgegangen werden soll, die Umsetzung liegt jedoch bei den Kantonen selbst (vgl. SKOS o.J.: o.S.). Nur neun Kantone folgen diesbezüglich den Empfehlungen der SKOS und verzichten auf Rückerstattungen aus Erwerbseinkommen (vgl. humanrights.ch 2022: o.S.). Dazu kommt, dass ihr Vermögen bis zu einem bestimmten Freibetrag aufbrauchen müssen, bevor sie Sozialhilfe beziehen können. Immobilien und Fahrzeuge bilden Teil des Vermögens. Ist eine Person noch „zu vermögend“, muss sie zuerst von ihrem Ersparten leben. Einige Personen, die von Sozialhilfe abhängig sind, brauchen beispielsweise aufgrund ihrer Krankheit, ein eigenes Auto, was folglich unter Umständen zu Konflikten beim Bezug von Sozialhilfe führen kann (vgl. Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt des Kantons Basel-Stadt Sozialhilfe 2024: 6f.).

3.2.5 Auswirkungen von Überschuldung auf die physische Gesundheit

Überschuldung kann erhebliche gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Verschiedene Studien zeigen, dass verschuldete Personen insgesamt häufiger über gesundheitliche Probleme berichten als Personen ohne Schulden, unabhängig von Alter, Geschlecht, Gender oder sozioökonomischem Status (vgl. Henchoz et al. 2023: 23). Dabei sind die Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit häufig indirekt und weniger eindeutig nachweisbar als jene auf die psychische Gesundheit, dennoch lassen sich klare Zusammenhänge beobachten (vgl. ebd.: 33). Ein zentraler Mechanismus bei Überschuldung, der die körperliche, psychische und seelische Gesundheit beeinflusst, ist anhaltender Stress: Belastende soziale und wirtschaftliche Lebensumstände (wie Überschuldung) können langfristig zu dauerhaften Stressreaktionen führen. Sorgen um die finanzielle Situation, Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft oder ein Gefühl sozialer Isolation stellen Belastungen dar, die sich im Laufe der Zeit kumulieren können. Sie beeinflussen physiologische Prozesse im Köper: In Stresssituationen wird das

Nervensystem aktiviert, die Herzfrequenz steigt und Energiereserven werden mobilisiert, die eigentlich dazu dienen, kurzfristig auf Bedrohung reagieren zu können. Wird dieser Zustand jedoch über längere Zeit aufrechterhalten, kann dies das Herz-Kreislauf- sowie das Immunsystem schwächen und die Anfälligkeit für Krankheiten erhöhen. Menschen die dauerhaft unter Stress stehen, weisen daher ein erhöhtes Risiko für gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck, andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes oder Infektionen auf (vgl. Wilkinson/Marmot 2004: 13f.). Die Studie von Caroline Henchoz et al. zeigt zudem, dass verschuldete Personen häufiger unter konkreten körperlichen Beschwerden wie Schlafproblemen, Kopf-, Rücken- und Bauchschmerzen leiden (vgl. 2024: 33f.). Darüber hinaus bestehen Zusammenhänge zwischen Verschuldung und gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, etwa erhöhtem Alkohol-, Tabak- und Beruhigungsmittelkonsum, die häufig als Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress eingesetzt werden. Zudem müssen die meisten überschuldeten Menschen auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung verzichten, um Kosten zu sparen (vgl. SKOS 2025b: o.S.; Hergenröder/Kokott 2012: 77f.). Neben diesen direkten Auswirkungen können Schulden auch indirekt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Überschuldungs-Situationen zwingen Betroffene oftmals dazu, Ausgaben zu priorisieren und notwendige Leistungen aufzuschieben oder ganz darauf zu verzichten. Dazu gehören auch medizinische Behandlungen oder Medikamente. Die Studie von Henchoz et al. zeigt, dass Schulden einen höchst signifikanten Einfluss auf den Verzicht von Gesundheitsleistungen haben (vgl. 2024: 24).

Insgesamt sehen wir, dass Überschuldung mit einer Vielzahl gesundheitlicher Risiken und Belastungen verbunden sein kann. Während ein Teil dieser Auswirkungen direkt auf Stress und psychosoziale Belastungen zurückzuführen ist, entstehen andere durch Veränderungen im Lebensstil oder durch einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen.

3.2.6 Bedeutung der Dimension für den Überschuldungsprozess während Krankheit

Die wohlfahrtsstaatliche Dimension wirkt im Kontext von Krankheit und Überschuldung in wesentlichen Teilen mit. Durch die in den vorhergegangenen Kapiteln beschriebenen einzelnen staatlichen sozialen Absicherungssysteme und ihre Leistungen, kristallisierte sich heraus, dass diese nicht nur finanziellen Schutz bieten, sondern den Verlauf von Ver- und Überschuldung mitprägen.

Die in dieser Arbeit mehrfach aufgezeigte Gleichzeitigkeit von Einkommensverlusten, krankheitsbedingten Mehrkosten und psychosozialen Belastungen führt dazu, dass staatliche Leistungen nicht nur eine Absicherung für Menschen sind, sondern zu einem strukturierenden Element im gesamten Prozess der Krankheits- und Überschuldungsentwicklung werden können (vgl. Henchoz et al. 2024: 24; Mattes et al. 2018: 3).

Die wohlfahrtsstaatliche Dimension spielt im Überschuldungsprozess insofern eine grosse Rolle, als dass Überschuldung im Krankheitskontext häufig nicht primär aus einem einmaligen Ereignis entsteht, sondern aus einer Abfolge von Übergängen und zeitlichen Verzögerungen innerhalb des Sozialversicherungssystems. Die beschriebenen Phasen zwischen Krankentaggeld, Sozialhilfe und IV-Abklärung führen zu Situationen, in denen Betroffene temporär unzureichend finanziell abgesichert sind. Gerade diese Übergangsphasen können zu grossen finanziellen Löchern führen (vgl. Wüthrich 2025: o.S.).

Damit verschiebt sich die Perspektive: Die wohlfahrtsstaatliche Dimension wirkt nicht nur als Auffangnetz, sondern hält auch ein System inne, das durch seine institutionellen Abläufe spezifische Risiken produziert. Dies zeigt sich deutlich in den in Kapitel 4.1 besprochenen Fallbeispielen, in denen verzögerte Leistungszusprachen, unklare Zuständigkeiten oder nicht passgenaue Anforderungen zu einer weiteren Destabilisierung der finanziellen Situation führten. Die Überschuldung entwickelt sich dabei schrittweise entlang institutioneller Prozesse und nicht ausschliesslich aufgrund individueller Entscheidungen oder fehlender Ressourcen (vgl. Mattes et al. 2022: 8; Henchoz et al. 2024: 25).

Ausserdem sind Leistungen von staatlichen Unterstützungssystemen an Voraussetzungen geknüpft, die nicht immer mit den tatsächlichen Lebenslagen der Betroffenen vereinbar sind. So werden Menschen mit gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen mitunter als teilweise arbeitsfähig eingestuft, obwohl sie den Anforderungen des ersten Arbeitsmarkts faktisch nicht mehr entsprechen können. Diese Diskrepanz zwischen normativer Leistungslogik und gelebter Realität führt nicht selten dazu, dass Betroffene in eine Situation geraten, in der sie weder ausreichend finanziell abgesichert sind noch ihre finanzielle Lage eigenständig stabilisieren können. Insbesondere im Kontext der IV zeigt sich eine starke Orientierung am Prinzip der Wiedereingliederung „Eingliederung vor Rente“ (vgl. Informationsstelle AHV/IV 2026: o.S.). Dieses zielt zwar auf Aktivierung ab, kann jedoch in Situationen schwerer Erkrankungen zu zusätzlichen Belastungen führen. Überschuldung entsteht hier als Folge eines Passungsproblems zwischen System und Lebenslage (vgl. Hradil 1987: 150-152; Henchoz et al. 2024: 24; Bundesamt für Sozialversicherungen o.J.: o.S.).

Wenn Betroffene Anforderungen für finanzielle Unterstützung nicht erfüllen können, entsteht nicht nur weitere finanzielle Unsicherheit, sondern auch psychischer Druck, der – wie im Kapitel zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Überschuldung aufgezeigt – wiederum negative Folgen für die Gesundheit haben kann (vgl. Wilkinson/Marmot 2004: 13f.).

Ein weiterer Zusammenhang betrifft die Rolle des Existenzminimums im Überschuldungsprozess während einer Erkrankung: Dieses definiert zwar eine untere Grenze der Existenzsicherung, wirkt jedoch – nebst der kantonalen Unterschiede dieser Grenze – auch als strukturelle Begrenzung finanzieller Handlungsspielräume. Da es sich am absoluten Minimum orientiert, lässt es kaum Raum für unvorhersehbare Ausgaben. Genauso wenig ermöglicht es die

Aussicht auf eine längerfristige Stabilisierung (vgl. SKOS 2020: 2f.). Staatliche soziale Absicherung bewegt sich somit auf der Linie einer strukturellen Differenz zwischen gesichertem Minimum und tatsächlichen Lebensanforderungen. Besonders im Kontext von Krankheit, in dem zusätzliche und teilweise schwer kalkulierbare Kosten entstehen, wird diese Differenz deutlich sichtbar (vgl. Henchoz et al. 2024: 19).

3.3 Soziale Dimension

Gemeinsam mit der sozialen Dimension wird deutlich, dass wohlfahrtstaatliche Regelungen auch indirekt Einfluss auf soziale Prozesse nehmen. Sind Leistungen an bestimmte Voraussetzungen gebunden oder verbinden Betroffene sie mit Vorurteilen und Stigmatisierung, kann dies dazu führen, dass betroffene Unterstützungen erst verzögert oder gar nicht in Anspruch nehmen (vgl. Henchoz et al. 2024: 46-49).

Die soziale Dimension beschreibt jene Aspekte innerhalb einer Lebenslage, die sich auf soziale Beziehungen, gesellschaftliche Teilhabe sowie soziale Positionierungen beziehen. Stefan Hradil folgend, umfasst sie insbesondere die Bedürfnisse nach Integration, Selbstverwirklichung und Emanzipation. Diese Bedürfnisse werden durch soziale Beziehungen, die Übernahme sozialer Rollen sowie durch Erfahrungen von Privilegien oder Diskriminierung erfüllt oder eingeschränkt (vgl. Hradil 1990: 138). Dabei zeigt Hradil auf, dass soziale Ungleichheit nicht nur entlang klassischer Kriterien wie Beruf und Einkommen verläuft, sondern auch durch sogenannte „horizontale Ungleichheiten“ geprägt ist. Dazu zählen beispielsweise Ungleichheiten zwischen FLINTA* Personen und Männern oder zwischen Menschen mit und ohne Migrationsgeschichte. Diese Ungleichheiten verlaufen teilweise quer zu beruflichen Positionen und führen dazu, dass Personen auch unabhängig von ihrer ökonomischen Lage benachteiligt oder privilegiert sein können (vgl. ebd.: 266). „Soziale Unterstützung und gute zwischenmenschliche Beziehungen sind wichtig für die Gesundheit. Soziale Unterstützung gibt den Menschen den emotionalen und praktischen Rückhalt, den sie brauchen. Wenn man in ein soziales Netz aus Verständnis und gegenseitiger Verpflichtung eingebunden ist, hat man das Gefühl, umsorgt, geliebt, geachtet und geschätzt zu werden. Das ist ein starker Schutzfaktor für die Gesundheit. Unterstützende Beziehungen können auch zu gesünderen Verhaltensweisen ermutigen. Unterstützung läuft über die individuelle wie über die gesellschaftliche Schiene. Soziale Vereinsamung und Ausgrenzung führen dazu, dass die Menschen eher sterben und z.B. nach einem Herzanfall geringere Überlebenschancen haben […]. Wenn man von der Gemeinschaft emotional nicht genügend getragen wird, wird man sich wahrscheinlich weniger wohl fühlen, häufiger unter Depressionen leiden und chronische Krankheiten als stärker behindernd empfinden. Frauen laufen zudem stärker Gefahr, Schwangerschaftskomplikationen zu erleben. Enge zwischenmenschliche Beziehungen, die nicht funktionieren, können die

Gesundheit der Menschen psychisch und körperlich beeinträchtigen“ (Wilkinson/Marmot 2004: 27).

Überschuldungssituationen führen nicht nur zu einer Verringerung der sozialen Teilhabemöglichkeiten und von Beziehungen, sondern auch häufig zu Isolation aufgrund von Rückzug, Ausgrenzung und Scham. Der Rückgang sozialer Beziehungen und Kontakte führt wiederum zu einer Abnahme von Unterstützungsmöglichkeiten. Überschuldung führt also zu einer Verringerung der sozialen Ressourcen und wirkt sich dementsprechend schlecht auf die Gesundheit aus (vgl. Henchoz et al. 2024: 13).

3.3.1 Integration

Die soziale Integration von überschuldeten Menschen, die gleichzeitig an einer Krankheit leiden, ist in verschiedener Hinsicht eingeschränkt und steht in engem Zusammenhang sowohl mit ihrer finanziellen als auch gesundheitlichen Situation. Die Studie von Henchoz et al. 2024 zeigt deutlich, dass Überschuldung die Möglichkeit zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und die Einbindung in soziale Netzwerke beeinflusst. Viele überschuldete Personen berichten, dass sie aufgrund ihrer finanziellen Situation auf kostenpflichtige Freizeitaktivitäten, wie beispielsweise Restaurantbesuche oder der Besuch von Konzerten und Theaterstücken verzichten müssen (vgl. Henchoz et al. 2024: 46). Dieser Verzicht führt dazu, dass soziale Kontakte seltener gepflegt werden und gemeinsame Aktivitäten wegfallen, dies nicht selten auch aus Scham der betroffenen Personen. Im Zusammenhang mit sozialen Beziehungen spielt Gegenseitigkeit eine wichtige Rolle: Soziale Kontakte beruhen häufig darauf, dass Leistungen erwidert werden können. Überschuldete Personen sind jedoch kaum in der Lage, sich an solchen Austauschprozessen zu beteiligen (vgl. ebd.: 49). Sie schränken deshalb ihre sozialen Kontakte teilweise bewusst ein, um ihre finanzielle Situation nicht offenlegen zu müssen. Die Angst vor Stigmatisierung sowie das Bedürfnis, die Normalität aufrechtzuerhalten, überwiegen in diesen Situationen. Dies führt in einigen Fällen zu einer sozialen Isolation, die sich auf die psychische und physische Gesundheit auswirken kann (vgl. Kronauer 2021: 62f.). Die Abnahme sozialer Kontakte im Freund:innen- und Bekanntenkreis führt auch dazu, dass sich die verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten reduzieren. In der Folge müssen viele Betroffene ihre Situation allein bewältigen, was sowohl die gesundheitliche als auch die finanzielle Situation verschärfen kann, da das soziale Umfeld im Falle vorhandener Unterstützung oft grosse emotionale wie praktische Unterstützung, etwa in Form finanzieller Unterstützung, leisten kann. Dies ist besonders hinsichtlich des Zugangs zu gesundheitlichen Leistungen erwähnenswert, beispielsweise in Kantonen, in denen die bereits erwähnte „schwarze Liste“ der Krankenkassen noch geführt wird (vgl. Henchoz et al. 2024: 49). Bei Abwesenheit eines stabilen sozialen Umfelds, kann sich eine Dynamik entwickeln, in der sich soziale Isolation und gesundheitliche Belastungen gegenseitig verstärken. So kann eine eingeschränkte soziale Integration bestehende gesundheitliche Probleme verschärfen, während diese ihrerseits die

soziale Teilhabe zusätzlich erschweren (vgl. Gaisbauer 2021: 95). Selten „werden die mit materieller Armut einhergehenden Dynamiken der ‚immateriellen Verschuldung' hinterfragt. Wenn überhaupt, dann werden sie zumeist verkürzt unter den Stichwörtern ‚Rückzug' und ‚Selbstisolation' thematisiert und somit als Zeichen negativer und falsch eingesetzter Verfügungsgewalt der Betroffenen über ihr Leben interpretiert. Damit wird den Betroffenen ein weiteres Mal die alleinige und vollständige Verantwortung für ihre Misere zugeschoben und Armut unzulässig individualisiert. Darüber hinaus wird die mit solchen Situationen einhergehende emotionale und psychische Belastung ausgeblendet und negiert" (ebd.: 96).

3.3.2 Unterschiede aufgrund des Geschlechts

Im Kontext von Überschuldung zeigen sich deutliche geschlechterspezifische (bezogen auf binäres Geschlechterverständnis) Unterschiede, die hauptsächlich auf strukturelle Ungleichheiten zurückzuführen sind. Frauen sind insgesamt häufiger von prekären ökonomischen Lebenslagen betroffen und systematisch schlechter sozial abgesichert als Männer, was ihr Risiko für Überschuldung erhöht. Unterschiede im Bildungsniveau, in Bezug auf Erwerbsmöglichkeiten oder Einkommensverhältnisse wirken sich dabei direkt auf die finanzielle Stabilität aus und beeinflussen somit auch die Wahrscheinlichkeit, im Falle einer schweren Krankheit in eine Überschuldungssituation zu geraten (vgl. Fredrich 2022: 44-48).

Eine Studie im Auftrag des Vereins Geschlechtergerechter 2022 zeigt, dass insbesondere Frauen mit Kindern häufiger Schwierigkeiten haben, ihren Lebensunterhalt eigenständig zu sichern. So geben drei von fünf Müttern an, ihr eigenes Einkommen reiche nicht aus, um ihren aktuellen Lebensstandard abzudecken, während dies bei Männern nur in einem von fünf Fällen genannt wird. Besonders vulnerabel für Überschuldung sind Frauen, die allein für Kinderbetreuung verantwortlich sind, da ihre beruflichen Perspektiven oftmals eingeschränkt sind und berufliche Aufstiegs- und Weiterbildungsmöglichkeiten begrenzt bleiben (vgl. Pfister/Senn 2023: 89). Diese strukturellen Ungleichheiten zeigen sich auch in der Verteilung von Verschuldungsursachen: Frauen sind überdurchschnittlich häufig „Working Poor" und von Altersarmut oder unverhältnismässigem Kaufverhalten betroffen, obwohl sie regelmässig erwerbstätig sind. Dem gegenüber dominieren bei Männern eher Faktoren wie Arbeitslosigkeit, riskante Finanzplanung oder Überforderung bei administrativen Aufgaben. Ausserdem sind Frauen häufiger in Niedriglohnbranchen tätig und werden dadurch stärker von steigenden Fixkosten, etwa Krankenkassenprämien, tangiert (vgl. ebd.: 90).

Neben diesen strukturellen Bedingungen übernimmt ein grosser Teil der Frauen in überschuldeten Haushalten die zentrale Verantwortung für die Finanzverwaltung. In Haushalten mit niedrigem Einkommen sind sie häufig alleine für administrative und finanzielle Aufgaben zuständig. In Haushalten mit viel finanziellem Spielraum ist es genau umgekehrt (vgl. Henchoz et al. 2024: 42). Diese sogenannte ‚Schuldenarbeit' umfasst sowohl sichtbare Tätigkeiten wie Budgetplanung oder Zahlungsorganisation als auch weniger sichtbare Aufgaben, etwa das

Einholen von Unterstützung im sozialen Umfeld, die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen oder die stressige Bewältigung des Alltags. Damit geht eine erhebliche körperliche, emotionale und relationale Belastung einher (vgl. SKOS 2025b: o.S.). Diese Verantwortungsübernahme ist zurückzuführen auf geschlechtsspezifische Rollenerwartungen und ist eine Fortführung von Care-Arbeit, die zum grossen Teil von Frauen ausgeführt wird, die so versuchen, ihre Kinder und (männlichen) Partner vor den negativen Folgen der Überschuldung zu schützen und deshalb die gesamte Last alleine tragen (vgl. Henchoz et al. 2024: 14).

Die Studie von Henchoz et al. 2024 zeigt jedoch auch, dass die erhöhte Belastung durch die Übernahme der Finanzverantwortung nicht automatisch zu einer stärkeren gesundheitlichen Verschlechterung infolge der Überschuldung führt. Überschuldete Frauen berichten zwar insgesamt von einem schlechteren Gesundheitszustand als Männer in vergleichbaren Situationen, dieser Unterschied lässt sich jedoch laut Henchoz et al. nicht primär durch das Auftreten von Schulden erklären. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich hier bereits bestehende Ungleichheiten im Lebenslauf widerspiegeln. Der Gesundheitszustand von Frauen ist somit stärker durch kumulative Belastungen geprägt, die sich über die Lebensspanne aufgebaut haben, und wird durch die Überschuldungssituation nicht grundlegend verändert (vgl. Henchoz et al. 2024: 39). Die Übernahme der Finanzverantwortung kann dabei ambivalente Effekte haben: Einerseits ist sie mit einer erheblichen Belastung verbunden, andererseits kann sie auch ein Gefühl von Handlungsmacht und Kontrolle vermitteln, was diese Belastung teilweise kompensiert (vgl. ebd.). Gleichzeitig nimmt die Möglichkeit zu persönlicher Handlungsmacht und Kontrolle bei Frauen mit gesundheitlichen Einschränkungen drastisch ab. Diese erfahren in Zusammenhang mit Überschuldung eine Verschlechterung ihrer körperlichen, geistigen und seelischen Verfassung (vgl. ebd. 39-41).

3.3.3 Gender Pay Gap und Gender Health Gap

Strukturelle Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern zeigen sich nicht nur auf dem Arbeitsmarkt, sondern wirken sich auch auf die Gesundheit aus – und damit unmittelbar auf die Lebenslage von Krankheit & Überschuldung. Beide Phänomene, der Gender Pay Gap und der Gender Health Gap, stehen in einem engen Wechselverhältnis und verstärken sich gegenseitig. Frauen sind auf dem Schweizer Arbeitsmarkt strukturell benachteiligt: Sie erhalten fast doppelt so häufig wie Männer befristete Arbeitsverträge, gehen häufiger mehreren Jobs gleichzeitig nach und sind überdurchschnittlich stark in Tieflohnbranchen vertreten. So waren im Jahr 2018 rund 61 Prozent der Arbeitnehmenden mit einem Vollzeitlohn unter 4‘000 Franken Frauen. Das Lohnniveau in Berufen mit hohem Frauenanteil liegt dabei generell deutlich tiefer als in männerdominierten Berufsfeldern (vgl. Fredrich 2022: 44f.). Hinzu kommt, dass ein erheblicher Teil der von Frauen geleisteten Arbeit unbezahlte Care-Arbeit ist, die nicht zur sozialen Absicherung beiträgt. Überschuldung bei Frauen und Frauenarmut sind somit sowohl auf Ungerechtigkeiten am Arbeitsmarkt und im sozialen Sicherungssystem zurückzuführen als

auch auf die überproportionale Übernahme von Care-Arbeit (vgl. ebd. 48): „Nicht einmal die Hälfte der Frauen in der Deutschschweiz können ihre Existenz allein sichern." (Fredrich 2022: 46).

Im Kontext von Krankheit & Überschuldung hat der Gender Pay Gap konkrete Konsequenzen: Da Krankentaggeldleistungen auf dem versicherten Lohn basieren, erhalten Frauen aufgrund tieferer Pensen und geringerer Löhne im Krankheitsfall entsprechend niedrigere Leistungen. Wenn die Anstellung auf Stundenlohnbasis erfolgt, besteht gar kein Anspruch auf Krankentaggeld. Die bereits bestehende strukturelle Einkommensschwäche wird so im Krankheitsfall weiter verschärft und das Risiko einer Überschuldung erhöht sich deutlich (vgl. ebd.: 45). Ausserdem bedingen geringere ökonomische Ressourcen einen eingeschränkteren Zugang zu hochwertiger Gesundheitsversorgung, gesunder Ernährung und angemessener Wohnqualität (vgl. Overweg/Weiland 2025: o.S.). Frauen verbringen durchschnittlich neun Jahre ihres Lebens in schlechter Gesundheit – das entspricht etwa 25 Prozent mehr als bei Männern. Durch verzögerte Diagnosen und weniger wirksame Behandlungen, entstehen für Frauen oft höhere Gesundheitskosten (vgl. van Gils/Bernhardt o.J.: 11).

Im Kontext der Lebenslage Krankheit & Überschuldung bedeutet dies, dass Frauen einem doppelten strukturellen Risiko ausgesetzt sind: Sie sind sowohl häufiger von Einkommensarmut betroffen als auch stärker gesundheitlich belastet, wobei sich beide Aspekte gegenseitig verstärken.

4 Bedeutung für die Soziale Arbeit

4.1 Fallbeispiele

Im Folgenden werden einige exemplarische Fallbeispiele dargestellt. Alle Fallbeispiele stammen aus meinem Praxissemester bei der Sozialberatung des Universitätsspital Basel. Alle Daten zu den Personen wurden abgeändert.

4.1.1 Gekürztes Pensum

Frau M., 52-jährig, war über viele Jahre hinweg als administrative Fachkraft in einem mittelgrossen Betrieb tätig. Vor vier Jahren wurde bei ihr ein Morbus Parkinson diagnostiziert. Aufgrund immer stärker werdender Beschwerden und schwindender körperlicher Belastbarkeit, hat Frau M. vor einem Jahr ihr Pensum von 80% auf 60% reduziert. Dies ermöglichte ihr weiterhin in ihrem Betrieb tätig zu sein, ohne dass die körperliche Belastung zu gross wurde. Trotz dieser Massnahme blieb die gesundheitliche Situation instabil und verschlechterte sich zunehmend. Aufgrund eines Krankheitsschubs vor einem halben Jahr, wurde Frau M. 100% krankgeschrieben und ist seither nicht mehr in der Lage zurück an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren. Infolge dieser Krankschreibung erhält sie Krankentaggeld. Wegen der zuvor erfolgten

Pensumsreduktion wurden diese Leistungen jedoch auf Basis des reduzierten Einkommens berechnet. Frau M. erhält somit 80% ihres bereits reduzierten 60%-Pensums. Die monatlichen Einnahmen reichen nicht mehr aus, um die laufenden Lebenshaltungskosten und die kontinuierlich entstehenden Krankheitskosten zu decken. Frau M. kann einige Rechnungen nicht mehr bezahlen und beginnt auf Güter wie eine gesunde Ernährung zu verzichten. Mahnungen und Betreibungsandrohungen führen zu zusätzlichem Druck. Die finanzielle Belastung wirkt sich wiederum negativ auf ihren Gesundheitszustand aus. Frau M. berichtet über Schlafstörungen und Ängste. Die Perspektivlosigkeit hinsichtlich der Kombination aus finanzieller Unsicherheit und gesundheitlicher Belastung, verstärken das Gefühl von Kontrollverlust und Überforderung und führen zu einer weiteren Chronifizierung der Problemlage.

Analytische Einordnung

Der Fall von Frau M. veranschaulicht das Zusammenspiel der ökonomischen und der wohlfahrtstaatlichen Dimension nach Hradil. Die krankheitsbedingte Pensumsreduktion führt zu einer Schwächung der ökonomischen Ressourcen, die sich direkt auf die Berechnung der Krankentaggeldleistungen auswirkt – ein Mechanismus, der innerhalb der wohlfahrtstaatlichen Dimension sichtbar macht, wie institutionelle Abläufe bestehende Ungleichheiten nicht abfedern, sondern verstärken können. Der Verzicht auf gesunde Ernährung und die zunehmenden psychischen Belastungen verdeutlichen zudem, wie eingeschränkte ökonomische Ressourcen die Gesundheit direkt beeinflussen. Es zeigt sich exemplarisch jener Teufelskreis, in dem Krankheit zu finanziellen Einbussen führt, die ihrerseits den Gesundheitszustand weiter verschlechtern.

4.1.2 Anforderungen der IV

Herr T., 60-jährig, arbeitete seit über dreissig Jahren als Lagerist in einem Logistikunternehmen. Die Tätigkeit war körperlich anspruchsvoll, beinhaltete regelmässiges Heben schwerer Lasten sowie Schichtarbeit. Es entwickelte sich ein chronisches Schmerzsyndrom mit degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Die jahrelange schwere körperliche Belastung, insbesondere das regelmässige Heben schwerer Lasten sowie die Schichtarbeit, führten zu einem schleichenden Verschleiss, der sich zunächst in wiederkehrenden Rückenbeschwerden äusserte. Zunächst folgte eine längere Phase der medizinischen Behandlung und Rehabilitation. Trotz intensiver Therapie blieben chronische Schmerzen bestehen, die seine körperliche Belastbarkeit deutlich einschränkten.

Mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Einschätzung, dass eine vollständige Rückkehr in den bisherigen Beruf nicht mehr möglich sein wird, wurde ein Verfahren bei der IV eingeleitet.

Im Rahmen der IV-Abklärung wurde festgestellt, dass Herr T. für seine bisherige Tätigkeit als Lagerist nicht mehr geeignet ist, ihm jedoch eine angepasste Tätigkeit in einem leichteren

Arbeitsbereich zugemutet werden könne. Die IV formulierte daraufhin Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung von Herr T. in den ersten Arbeitsmarkt. Konkret wurde von ihm erwartet, an einem Integrationsprogramm teilzunehmen und sich auf Stellen zu bewerben, die zu seinen neuen Rahmenbedingungen passen. Für Herrn T. waren diese Anforderungen kaum erfüllbar, da sie eine regelmässige Anwesenheit, eine steigende Leistungsfähigkeit sowie eine gewisse psychische Stabilität voraussetzten. In der Praxis führten seine chronischen Schmerzen jedoch zu häufigen Absenzen und Leistungseinbrüchen. Gleichzeitig wurde von ihm erwartet, sich aktiv um eine neue Stelle zu bemühen, obwohl er sich weder körperlich noch psychisch dazu in der Lage fühlte. Es kam erschwerend hinzu, dass die Wahrscheinlichkeit in seinem Alter eine Stelle zu finden, immer geringer wurde. Die Massnahmen der IV fokussierten sich stark auf seine „Restarbeitsfähigkeit“ und die Pflicht zur Mitwirkung, während seine subjektiv erlebte Belastung und die Wechselwirkung zwischen seiner steigenden finanziellen Notlage und gesundheitlicher Verschlechterung aus seiner Sicht zu wenig berücksichtigt wurden. Die Situation spitzte sich zu, als Herr T. sein Integrationsprogramm vorzeitig abbrechen musste, da er die geforderte Präsenz nicht aufrechterhalten konnte. Die Unsicherheit bezüglich einer möglichen Rentenzusprache verstärkte den psychischen Druck auf Herrn T. und so verschlechterte sich sein Gesundheitszustand weiter. Es entstand ein Teufelskreis aus sich verschlimmernder Krankheit, steigender finanzieller Belastung und institutionellen Anforderungen.

Analytische Einordnung

Das Fallbeispiel von Herrn T. macht die Grenzen der wohlfahrtstaatlichen Dimension deutlich: Die Logik des IV-Systems – „Eingliederung vor Rente“ – orientiert sich an einer normativen Vorstellung von Arbeitsfähigkeit, die mit der gelebten Realität von Herrn T. nur begrenzt übereinstimmt. Hradil beschreibt dieses Phänomen als Passungsproblem zwischen institutionellen Anforderungen und tatsächlicher Lebenslage (vgl. Hradil 1987: 150f.). Der drohende Einkommensausfall bei gleichzeitiger Erwartung aktiver Stellensuche, erzeugt einen Druck, der den Gesundheitszustand weiter destabilisiert. In Bezug auf die soziale Dimension wirkt das Alter von Herrn T. bei der Stellensuche als zusätzlichen Benachteiligungsfaktor. Dies ist im Sinne Hradils ein Beispiel für eine horizontale Ungleichheit, die quer zu anderen Dimensionen verläuft und Handlungschancen der betroffenen Person weiter einschränkt (vgl. Hradil 1990: 266).

4.1.3 Selbstständig ohne Krankentaggeldversicherung

Herr K., 45-jährig, ist seit mehreren Jahren selbständig als Maler tätig. Er arbeitet auf eigene Rechnung und ist für die Akquise von Aufträgen, die Ausführung der Arbeiten sowie die gesamte Buchhaltung und Administration selbst verantwortlich. Sein Einkommen ist unregelmässig, bewegt sich jedoch insgesamt auf einem Niveau, das die laufenden Lebenshaltungskosten deckt, darüber hinaus bleibt jedoch wenig übrig. Aufgrund der schwankenden Einnahmen

verzichtete Herr K. bislang auf den Abschluss einer Krankentaggeldversicherung, da die Prämien im Verhältnis zu seinem Einkommen als zu hoch erschienen. Herr K. war bis zum Zeitpunkt seiner Krebserkrankung voll arbeitsfähig und arbeitete in einem hohen Pensum. Im Alltag bestanden bis anhin keine gesundheitlichen Einschränkungen. Die Krebsdiagnose führte unmittelbar zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, da die körperlich Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden konnte und eine intensive medizinische Behandlung begonnen wurde.
Mit Beginn der Arbeitsunfähigkeit fiel auch das Einkommen von einem Tag auf den anderen vollständig aus. Aufgrund der fehlenden Krankentaggeldversicherung bestand kein Anspruch auf eine Lohnersatzleistung. Gleichzeitig fielen Fixkosten wie Miete und Versicherungsbeiträge unverändert weiter an. Herr K. begann zunächst, die laufenden Ausgaben über vorhandene Ersparnisse zu decken. Diese waren jedoch begrenzt und nach wenigen Monaten aufgebraucht. In der Folge konnten Rechnungen nicht mehr fristgerecht bezahlt werden. Es kam zu Mahnungen und schliesslich zu ersten Betreibungsverfahren.
Durch seine sich weiter zuspitzende finanzielle Lage, nahm die psychische Not zusätzlich zur Belastung aufgrund der Krebsbehandlung zu. Herr K. berichtete über grosse Sorgen bezüglich seiner Existenzsicherung sowie über Schlafstörungen und anhaltende innere Unruhe. Die Auseinandersetzung mit Fragen hinsichtlich sozialversicherungsrechtlicher Ansprüche wie einer Anmeldung bei der IV, fiel im zunehmend schwer.
Die finanzielle Notlage wirkte sich wiederum negativ auf seinen Krankheitsverlauf aus. Termine konnten nicht immer zuverlässig wahrgenommen werden und die Konzentration auf die medizinische Behandlung und seine Genesung litt unter seinen existenziellen Sorgen. Die Kombination aus schwerer körperlicher Erkrankung, fehlender finanzieller Absicherung und wachsender Verschuldung führte zu einer wechselseitigen Verstärkung der Problemlage.

Analytische Einordnung

Am Beispiel von Herrn K. wird eine essenzielle Lücke in der wohlfahrtstaatlichen Absicherung deutlich: Selbständigerwerbende sind vom „automatischen“ Schutz durch eine Krankentaggeldversicherung, wie sie in den meisten Angestelltenverhältnissen üblich sind, ausgeschlossen und tragen bei einem Verzicht auf eine Versicherung das finanzielle Risiko einer Erkrankung vollständig selbst. Dies zeigt, dass Selbständigerwerbende unter einem bestimmten Einkommensminimum strukturell schlechter abgesichert sind.

4.1.4 Care-Arbeit

Herr A., 39-jährig, lebt mit seiner Partnerin und den beiden gemeinsamen Kindern in einer Mietwohnung. Die Partnerin arbeitet im 80%-Pensum und sichert den Grossteil des Familieneinkommens, während Herr A. überwiegend die Care-Arbeit zuhause übernimmt. Ergänzend ist Herr A. in einem kleinen Pensum erwerbstätig, wodurch jedoch keine finanzielle Absicherung besteht. Das Paar ist nicht verheiratet. Herr A. entwickelte im Laufe der letzten Monate

gesundheitliche Beschwerden, die sich schliesslich als Multiple Sklerose herausstellten. Die Erkrankung erfolgt in Schüben und führte zu einer deutlich geringeren Belastbarkeit sowie phasenweisen neurologischen Ausfällen. In der Folge war Herr A. zunehmend nicht mehr in der Lage die bisherige Care-Arbeit im gewohnten Umfang zu übernehmen. Die Betreuung der Kinder sowie die Organisation des Haushalts konnten nicht mehr sichergestellt werden. Seine Partnerin sah sich dazu gezwungen, kurzfristig vermehrt von ihrer Arbeit fernzubleiben, um die Versorgung der Kinder zu gewährleisten. Für eine Betreuung in einer Kita reicht das Geld nicht. Diese Ausfälle führten zu Spannungen mit der Arbeitgeberin, da die Abwesenheiten weder planbar noch längerfristig kompensierbar waren.
Parallel dazu verschärfte sich die finanzielle Situation der Familie. Herrn A.‘s Einkommen fiel aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen weg. Gleichzeitig entstanden aufgrund von medizinischen Untersuchungen und Behandlungen höhere Ausgaben als zuvor. Herr A. hat sich bei der IV angemeldet, die Abklärungen sind jedoch noch nicht abgeschlossen und er erhält dementsprechend noch keine finanziellen Leistungen der IV. Aufgrund der zunehmenden Fehlzeiten am Arbeitsplatz wurde der Partnerin von Herrn A. mit einer Kündigung gedroht. Die Familie geriet in eine zunehmend prekäre Lage. Die laufenden Fixkosten konnten nur noch knapp gedeckt werden. Die zusätzlichen Kosten aufgrund von Herrn A.’s medizinischer Behandlung kann sich die Familie nicht mehr leisten.

Analytische Einordnung

Dieser Fall veranschaulicht, wie sich Krankheit und Überschuldung nicht nur auf die erkrankte Person, sondern auf das gesamte familiäre System auswirken. In der sozialen Dimension wird beschrieben, dass unbezahlte Care-Arbeit zwar gesellschaftlich notwendig ist, jedoch keinerlei sozialversicherungsrechtlichen Schutz geniesst. Fällt die Person aus, die diese Arbeit übernimmt, entstehen unmittelbare Folgen für alle Familienmitglieder. Es liegt also eine Statusinkonsistenz vor: Herr A. leistet gesellschaftlich wertvolle Arbeit, verfügt jedoch über kaum ökonomische Ressourcen und wohlfahrtstaatlichen Schutz (vgl. Hradil 1987: 148). Da das Paar nicht verheiratet ist, verstärkt sich diese Vulnerabilität zusätzlich, da damit auch gegenseitige rechtliche Absicherungsansprüche wegfallen.

4.1.5 Stundenlohn

Frau S., 27-jährig, arbeitete seit mehreren Jahren im Stundenlohn in einem Gastronomiebetrieb. Ihre Einsätze waren unregelmässig und stark von der Auftragslage abhängig. In guten Monaten kam sie auf ein Pensum von 70%, in schwächeren Zeiten auf deutlich weniger. Frau S. nahm diese Unsicherheit in Kauf, da sie daneben eine Ausbildung machte und sich langfristig eine stabilere Situation erhoffte.
Frau S. erkrankte akut an einer entzündlichen Gelenkserkrankung, die sich innerhalb kurzer Zeit so weit verschlimmerte, dass sie ihre Arbeit im Gastronomiebetrieb nicht mehr ausüben

konnte. Die körperlich anspruchsvolle Tätigkeit war ihr aufgrund starker Schmerzen und eingeschränkter Beweglichkeit nicht mehr möglich, und eine längere Arbeitsunfähigkeit war rasch absehbar. Bei der Prüfung ihrer Versicherungslage wurde deutlich, dass ihre Absicherung lückenhaft war. Aufgrund ihres schwankenden Arbeitspensums und der Tatsache, dass sie in einzelnen Monaten unter der relevanten Arbeitszeitgrenze lag, war die Zuständigkeit der Deckung des Arbeitsausfalls nicht eindeutig, beziehungsweise deckte keine Versicherung die Kosten vollständig ab. In der Folge erhielt sie kein Krankentaggeld und lediglich reduzierte Leistungen, die sich an einem durchschnittlichen, relativ tiefen Einkommen orientierten. Da ihr tatsächliches monatliches Einkommen stark variierte und sie sich in Zeiten hoher Auslastung an ein höheres Einkommen gewöhnt hatte, entstand rasch eine finanzielle Lücke. Fixkosten wie Miete, Krankenkassenprämien und laufende Rechnungen blieben unverändert bestehen. Bereits nach wenigen Wochen begann sie, auf Erspartes zurückzugreifen, das jedoch schnell aufgebraucht war.

Der Gastronomiebetrieb konnte ihr aufgrund ihrer ungewissen Rückkehr keine Einsätze mehr zusichern und kündigte ihr. Aufgrund ihrer Anstellung im Stundenlohn, gab es keine vertraglich festgelegte Kündigungsfrist. Diese Form der Anstellung hatte dazu geführt, dass sie weder über eine klare arbeitsrechtliche Absicherung noch über stabile Versicherungsleistungen verfügte.

Mit zunehmender Dauer der Arbeitsunfähigkeit geriet Frau S. in Zahlungsschwierigkeiten. Mahnungen für ausstehende Krankenkassenprämien und Mietzahlungen häuften sich. Um die dringendsten Ausgaben zu decken, nahm sie kurzfristige Darlehen im privaten Umfeld auf und nutze Kreditmöglichkeiten, die ihr zur Verfügung standen. Die Überschuldung entwickelte sich schleichend, wurde jedoch zunehmend unübersichtlich und belastend.

Da sie sie sich nicht leisten konnte, verzichtete Frau S. auf eine Physiotherapie, deren Kosten sie selber hätte übernehmen müssen, da sie zugunsten einer tieferen Krankenkassenprämie eine hohe Krankenkassenfranchise zu bezahlen hatte.

Schliesslich wirkte sich die Sorge um ihre Existenz, die unklare berufliche Perspektive und das Gefühl im System nicht zureichend abgesichert zu sein, schlecht auf ihre Psyche aus und Frau S. fiel in eine Depression.

Analytische Einordnung

Das Fallbeispiel zeigt, wie Beschäftigungsverhältnisse, welche nicht dem „typischen“ Angestelltenverhältnis entsprechen, die finanzielle Vulnerabilität im Krankheitsfall schnell erhöhen können. Anstellungen im Stundenlohn bieten kaum arbeitsrechtlichen Schutz und führen zu lückenhafter Versicherungsdeckung – ein Risiko, das in der wohlfahrtstaatlichen Dimension sichtbar wird. Auch zeigt sich in diesem Fallbeispiel die Rückkopplung von ökonomischer Lage auf die Gesundheit: Der Verzicht auf Physiotherapie aus finanziellen Gründen, gefährdet die

körperliche Genesung, während die psychische Belastung durch Existenzsorgen in eine depressive Episode mündet. Im Fall von Frau S. kumulieren sich mehrere benachteiligende Faktoren: Junges Alter und ein prekäres Anstellungsverhältnis. Dies führt dazu, dass ein einzelnes Ereignis, wie dieser Unfall, ausreicht, um eine Überschuldungsspirale auszulösen.

4.1.6 Verzögerte IV-Anmeldung

Frau B., 52-jährige Sekundarlehrerin, lebt mit ihrer ebenfalls berufstätigen Ehefrau und zwei schulpflichtigen Kindern in einem Einfamilienhaus auf dem Land. Frau B. war in ihrem Haushalt die Hauptverdienende. Sie litt schon ihr ganzes Leben unter Migräne und Epilepsie. Es kam in der Vergangenheit immer wieder zu Arbeitsausfällen. Mittlerweile hatten sich Migräne und Epilepsie so sehr verschlimmert, dass Frau B. nicht mehr in Lage war, den Anforderungen ihrer Arbeit gerecht zu werden. Zunächst versuchte die Familie, die Situation ohne Unterstützung durch Sozialversicherungen zu bewältigen. Frau B. hoffte auf eine Stabilisierung ihres Zustands und meldete sich erst verzögert bei der IV an.

Diese späte Anmeldung hatte zur Folge, dass Leistungen nicht rechtzeitig gesprochen wurden. Während des IV-Verfahrens befand sich die Familie bereits in einer angespannten finanziellen Lage. Die Abklärungen der IV dauerten an und zogen sich über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren hin, ohne dass ein abschliessender Entscheid über Rentenansprüche von Frau B. vorlag. Die Familie war also auf Vorleistungen von der Sozialhilfe für die IV angewiesen. Da die Familie Erspartes in Form des Hauses und eines Autos besass, zahlte die Sozialhilfe kaum etwas. Die Familie war aufgrund der Kinder und der Arbeit, der Einkäufe, der Hobbies der Kinder und der Arztbesuche von Frau B. sowohl auf das Haus als auch auf das Auto angewiesen, weshalb es für sie keine tragbare Option war beides zu verkaufen. Dies auch im Hinblick auf die bevorstehenden IV-Rente, für welche die Vermögensverhältnisse nicht berücksichtigt werden. Die finanzielle Situation verschärfte sich also weiter, da die Vorleistungen der Sozialhilfe nicht ausreichten, um alle Kosten der Familie zu decken. Die Familie sah sich gezwungen, auf vieles zu verzichten und Rechnungen aufzuschieben. Es entwickelte sich eine Überschuldungssituation. Die anhaltende Unsicherheit bezüglich des IV-Entscheids, der Druck, das eigene Zuhause möglicherweise aufgeben zu müssen, sowie die Verantwortung gegenüber der Familie führten dazu, dass Frau B. sich in einer dauernd gestressten Situation wiederfand, welche die epileptischen Anfälle und die Migräneepisoden verschlimmerte und vermehrte.

Analytische Einordnung

Der Fall von Frau B. zeigt exemplarisch, wie eine verzögerte Inanspruchnahme von Sozialleistungen – hier jene der IV – die finanzielle Lage einer betroffenen Person dauerhaft verschlechtern kann. Zum einen verweist dies auf ein Informationsdefizit: Wer die Bedeutung und Dringlichkeit einer rechtzeitigen IV-Anmeldung nicht kennt, kann die entsprechenden Schritte

nicht einleiten. Die Betroffene dafür verantwortlich zu machen, greift zu kurz. Vielmehr liegt das Problem darin, dass relevantes Wissen häufig bei den Institutionen und Fachpersonen verbleibt, während die betroffenen Personen selbst keinen ausreichenden Zugang dazu haben. Zudem kann die verspätete Anmeldung auch auf eine in der sozialen Dimension verankerte Schamproblematik zurückzuführen sein: den Versuch Abhängigkeiten zu vermeiden und die Furcht vor Stigmatisierung.
Auch hier zeigt sich ein strukturelles Problem in der wohlfahrtstaatlichen Dimension: Die Sozialhilfe als Auffangnetz greift nicht vollständig, weil vorhandenes Vermögen – in diesem Fall Haus und Auto – als finanzielle Ressource gewertet wird, obwohl dieses für die Aufrechterhaltung des Alltag unabdingbar ist.

4.2 Krankheit und Überschuldung als Schnittstellenproblematik

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Krankheit und Überschuldung nicht als voneinander unabhängige Problemlagen verstanden werden können. Vielmehr bestehen zwischen beiden vielfältige Zusammenhänge, die sich – wie in den Kapiteln zur ökonomischen, wohlfahrtstaatlichen und sozialen Dimension dargestellt – auf unterschiedlichen Ebenen zeigen. So wurde betreffend der ökonomischen Dimension aufgezeigt, dass krankheitsbedingte Einkommensausfälle und krankheitsbedingte zusätzliche Kosten das Risiko für Überschuldung erhöhen können. Die Betrachtung der wohlfahrtstaatlichen Dimension hat verdeutlicht, dass bestehende Sicherungssysteme zwar existieren und wirken, jedoch nicht alle Problemlagen vollständig abfangen können. Bei der Darlegung der sozialen Dimension wiederum wurde deutlich, dass finanzielle und gesundheitliche Belastungen mit Einschränkungen der sozialen Teilhabe und erhöhter Isolation einhergehen können. Diese unterschiedlichen Aspekte treten in der Lebensrealität der Betroffenen nicht getrennt voneinander auf, sondern – wie im Lebenslagenmodell nach Stefan Hradil dargestellt – überlagern und beeinflussen sich gegenseitig. Dennoch werden sie institutionell meist entlang verschiedener Zuständigkeitsbereiche bearbeitet: Während gesundheitliche Fragestellungen primär im Gesundheitssystem verortet sind, fallen finanzielle Schwierigkeiten in den Bereich der Schuldenberatung oder der Sozialdienste. Die sozialen Auswirkungen jedoch, bewegen sich häufig zwischen diesen Bereichen und lassen sich nicht eindeutig einordnen. Gerade anhand dieser Gegenüberstellung wird eine Schnittstellenproblematik sichtbar: Die Komplexität der Lebenslage steht einer fragmentierten Struktur der Unterstützungssysteme gegenüber. Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, werden diese Aspekte in unterschiedlichen Systemen und an verschiedenen Stellen bearbeitet. Unterstützung erfolgt vielfach entlang einzelner Problemdimensionen, wodurch eine ganzheitliche Betrachtung erschwert wird. Dies kann dazu führen, dass einzelne Massnahmen zwar entlastend wirken, die zugrunde liegenden Wechselwirkungen jedoch bestehen bleiben und sich weiter verstärken. In der Praxis zeigt sich dies darin, dass

Betroffene sich oft nur an eine Anlaufstelle wenden. Die jeweils andere(n) Problematik(en) bleibt bzw. bleiben dabei nicht selten im Hintergrund. Eine frühzeitige Wahrnehmung der doppelten oder gar mehrfachen Belastung sowie eine darauf abgestimmte, bereichsübergreifende Unterstützung in Kooperation mit anderen Fachstellen wären also essenziell (vgl. Dachverband Budgetberatung Schweiz o.J.: 2).

4.3 Spannungsfeld zwischen individueller Unterstützung und struktureller Verantwortung

Das Spannungsfeld zwischen individueller Unterstützung und strukturellen Rahmenbedingungen in der Praxis der sozialen Arbeit lässt sich am sogenannten Tripelmandat beschreiben. So sind Professionelle der Sozialen Arbeit sowohl den Adressat:innen, der Profession und der Gesellschaft gegenüber in ihrem Mandat verpflichtet (vgl. AvenirSocial 2010: 8). Die unterschiedlichen Anforderungen, die von diesen drei Akteuren ausgehen, bestehen nicht nur nebeneinander, sondern geraten häufig in ein Spannungsverhältnis. Sozialarbeitende sind gefordert, sich in Loyalitätskonflikten, etwa zwischen den Interessen von Klient:innen und den Vorgaben der Institution, oder zwischen dem Anspruch auf Selbstbestimmung und der Notwendigkeit von Schutz und Fürsorge, zu positionieren (vgl. ebd.).
Auch im Umgang mit der Lebenslage Krankheit im Zusammenhang mit Überschuldung wird dieses Spannungsfeld deutlich: Einerseits besteht der persönliche Anspruch, den:die Klient:in möglichst rasch zu entlasten, damit er:sie sich auf die Genesung konzentrieren kann. Gleichzeitig ist die Soziale Arbeit dem Anspruch verpflichtet, die Autonomie und Selbstbestimmung der Klient:innen zu wahren und ihre Eigeninitiative sowie ihre Resilienz zu stärken. Unterstützung soll demnach nicht darin bestehen, die Verantwortung vollständig zu übernehmen, sondern darin, die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen zu erweitern. „Die Sozialarbeitenden [beziehen] den Begriff der Handlungsfreiheit zunächst spezifisch auf die finanzielle Situation, welche die Klientel in den Griff bekommen soll. Darüber hinaus wird die Ordnung der finanziellen Verhältnisse als Befreiung von den negativen Folgen einer Überschuldung wie Stress, Scham, Stigmatisierung, Abhängigkeit von Gläubigern oder Diskriminierung (z.B. auf dem Wohnungsmarkt) geschildert und damit als Zugewinn an Selbstbestimmung in verschiedenen Lebensbereichen. Darin widerspiegelt sich die in der Sozialen Arbeit hegemoniale Deutung von Überschuldung als persönliches Problem, das mit psychosozialer Destabilisierung einhergeht und deshalb Hilfsbedürftigkeit konstituiert“ (Nadai 2024: 89). Dieses Spannungsfeld wird durch bestehende strukturelle und rechtliche Rahmenbedingungen zusätzlich verstärkt: In bestimmten Situationen sind die Handlungsmöglichkeiten seitens der Sozialarbeiter:innen klar vorgegeben, wodurch die Unterstützung nicht in dem Ausmass erfolgen kann, wie es aus fachlicher Sicht sinnvoll wäre. Im Sinne des Schutzes der Klient:innen sehen sich Sozialarbeitende

teilweise in Situationen, in denen sie eingreifen oder Entscheidungen treffen, die nicht vollständig den Wünschen der Betroffenen entsprechen. Diese Spannungen lassen sich nicht auflösen, sondern müssen im professionellen Handeln kontinuierlich ausgehalten, miteinbezogen und reflektiert werden. Soziale Arbeit bewegt sich dabei stets zwischen dem Anspruch, im Einzelfall unterstützend zu wirken, und den strukturellen Bedingungen, die diesem Handeln Grenzen setzen (vgl. Nadai 2024: 83f.). Die Soziale Arbeit reagiert auf dieses Spannungsfeld unter anderem mit dem Ansatz der sogenannten „Hilfe zur Selbsthilfe“. Dabei geht es darum, Klient:innen nicht einfach zur Eigenverantwortung zu verpflichten, sondern sie in diesem Prozess zu unterstützen. Innerhalb dieses Prozesses sind die Möglichkeiten der sozialen Arbeit begrenzt. Die bestehenden Hilfesysteme sind meist auf eine Thematik spezialisiert, wodurch komplexe mehrschichtige Problemlagen auf unterschiedliche Institutionen und Anlaufstellen verteilt werden. Einzelne Anlaufstellen können daher nicht alle notwendigen Ressourcen oder Unterstützungsleistungen bereitstellen. Zudem sind strukturelle Rahmenbedingungen, wie rechtliche Vorgaben oder die Verfügbarkeit finanzieller Mittel, von Sozialarbeitenden nicht unmittelbar beeinflussbar (vgl. ebd.: 97).

5 Konkrete Handlungsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit

„Wenn das Einkommen aus unerwarteten Gründen (Insolvenz des Arbeitgebers, Tod des/der Partner:in, plötzliche Krankheit etc.) vollständig wegbricht, hilft auch die vorsichtigste Planung nichts. Ein 2017 veröffentlichtes Forschungsprojekt des Deutschen Institut für Sozialwirtschaft e. V. (DISW) stellt fest: ‚überschuldete Personen verfügen grundsätzlich über keine geringere Finanzkompetenz als der Durchschnitt. […] Die [aus der Überschuldung] resultierende Erschöpfung und Blockade, Überlastungsstarre genannt, führt dazu, dass die Betroffenen nicht mehr in der Lage sind, ihre Finanzkompetenz rational abzurufen und einzusetzen.‘“ (Mattes/Knöpfel 2019: VIII). „Soziale Arbeit hat soziale Notlagen von Menschen und Gruppen zu verhindern, zu beseitigen oder zu lindern“ (AvenirSocial 2010: 7). Soziale Arbeit wirkt also auf verschiedenen Ebenen: Eine davon ist die „zu verhindernde“ also die präventive. Der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen, insbesondere in Spitälern und Kliniken, kommt eine wichtige Rolle zu: Durch den direkten Kontakt zu Patient:innen in einer oft frühen Phase der Erkrankung, besteht die Möglichkeit, finanzielle Problemlagen frühzeitig zu erkennen oder ihnen entgegenzuwirken. Hier kann die Soziale Arbeit bei der Thematik Krankheit und Überschuldung gezielt ansetzen, indem sie beispielsweise bei Eintritt ins Spital bzw. zu Beginn einer längeren Krankheitsphase, die finanzielle Situation von Patient:innen aktiv thematisiert. Eine frühzeitige Klärung von Ansprüchen, laufenden Verpflichtungen und möglichen finanziellen Risiken kann

dazu beitragen, eine spätere Überschuldung zu verhindern oder mindestens abzufedern. Prävention bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur zu informieren, sondern ein bewusstes Miteinbeziehen der finanziellen Situation als Teil der Gesamtbehandlung des:der Patient:in. Gerade bei jungen Menschen, die aufgrund einer Krankheit längerfristig aus dem Erwerbsleben herausfallen, besteht ein erhöhtes Risiko, in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten, da sie oft noch über kaum Ersparnisse und finanzielle Polster verfügen. Wenn in solchen Situationen keine frühzeitige Unterstützung erfolgt, können sich schnell finanzielle Problemlagen entwickeln (vgl. Hochschule Luzern 2013: 34). Diese frühe Phase ist entscheidend, da die Handlungsspielräume bei Zuspitzung der Lage kleiner werden. Sozialarbeitende können hier ansetzen, indem sie Leistungsansprüche frühzeitig klären und entsprechende Schritte einleiten. Dazu gehört insbesondere die Anmeldung bei der IV, da deren Abklärungsprozess sehr lange dauern kann und späte Anmeldungen dadurch zu finanziellen Lücken führen können.

Auf den Ebenen von Beseitigung und Linderung spielt mitunter die Wahl der Krankenkasse und des Versicherungsmodells eine grosse Rolle: Viele Menschen mit engem finanziellen Spielraum entscheiden sich aus Kostengründen für die höchstmögliche Jahresfranchise, um die monatlichen Prämien tief zu halten. Das kann jedoch im Krankheitsfall schnell zum Problem werden. Die entstehenden medizinischen Kosten müssen dann zunächst selbst beglichen werden, was dazu führen kann, dass notwendige Ärzt:innenbesuche hinausgeschoben oder ganz vermieden werden, weil das Geld fehlt. Sozialarbeitende haben also auch die Aufgabe, gemeinsam mit den Betroffenen zu prüfen, ob es Alternativen gibt. Zum Beispiel andere Versicherungsmodelle wie das Hausärzt:innen- oder das Telmed-Modell. Es gibt für überschuldete Personen jedoch klare Grenzen: Der Wechsel zu einer günstigeren Krankenkasse ist oft nicht möglich, wenn es bereits Zahlungsausstände bei der bisherigen Krankenkasse gibt (vgl. Würsch/Gschwend o.J.: o.S.).

Sozialarbeitende, speziell in den Sozialdiensten der Spitäler, Rehakliniken oder bei Fachstellen, übernehmen auch eine wichtige Rolle in der Koordination. Im Falle einer dargestellten Dualproblematik von Krankheit und Überschuldung sind unter Umständen viele verschiedene Akteur:innen (medizinisches Fachpersonal, Sozialversicherungen, Schuldenberatung) involviert, die es zu koordinieren gilt, damit eine Zusammenarbeit zielführend wirken kann. Die verschiedenen Systeme laufen zwar nebeneinander, sind aber für die Betroffenen eng miteinander verknüpft, was eine saubere Kommunikation und Koordination untereinander essenziell macht. Sozialarbeitende übernehmen hier eine vermittelnde Funktion, indem sie die unterschiedlichen Stellen miteinander in Kontakt bringen und darauf achten, dass medizinische, finanzielle und soziale Aspekte gemeinsam berücksichtigt werden.

Neben dieser koordinierenden Funktion, spielt auch die unmittelbare Entlastung der Betroffenen eine wichtige Rolle. Krankheit geht häufig mit Überforderung einher, wodurch administrative Aufgaben und finanzielle Verpflichtungen nicht mehr wie gewohnt bewältigt werden

können. Hier kann der Sozialdienst konkret unterstützen, etwa bei der Organisation von Kinderbetreuung, Unterlagen, im Kontakt mit Gläubiger:innen oder durch das Einleiten von Massnahmen wie Mahnstopps oder Stundungen. Auch die Vermittlung von einmaligen finanziellen Unterstützungen, beispielsweise über Stiftungsanträge, kann in akuten Situationen eine enorme Entlastung sein (vgl. ebd.).

Ein weiterer wichtiger Ansatz, welcher im Rahmen einer Schuldenberatung erfolgt, liegt in der Strukturierung der Finanzen. Dabei steht nicht im Vordergrund, Schulden direkt abzubauen, sondern zunächst eine weitere Verschlechterung der finanziellen Situation zu verhindern und die Existenz zu sichern. Konkret bedeutet das, gemeinsam einen Überblick über die Schulden zu schaffen, Prioritäten zu setzen und die wichtigsten Kosten wie Miete und die tägliche Versorgung sicherzustellen. Parallel dazu kann versucht werden, mit Gläubiger:innen tragbare Lösungen für die Rückzahlung zu finden. Diese Strukturierung kann zu einem Gefühl einer gewissen Kontrolle führen, was entlastend wirken und dazu beitragen kann, dass sich Betroffene wieder mehr auf ihre Gesundheit konzentrieren können.

Die Schuldenberatung hat für überschuldete Personen drei Handlungsoptionen zur Verfügung: Schuldensanierung, Privatkonkurs oder das Weiterleben mit Schulden. Die Schuldensanierung hat zum Ziel, eine Person vollständig von ihren Schulden zu befreien. Damit dies möglich ist, braucht es jedoch bestimmte Voraussetzungen: ein regelmässiges Einkommen, die Fähigkeit, ein Budget einzuhalten, sowie eine Einigung mit den Gläubiger:innen über einen Rückzahlungsplan. Zudem muss die Dauer der Sanierung für die betroffene Person realistisch durchhaltbar sein. In der Praxis zeigt sich, dass Sanierungsprozesse, die länger als drei Jahre dauern, oft scheitern – einerseits wegen der hohen psychologischen Belastung, andererseits, weil das Einkommen über einen so langen Zeitraum nicht garantiert werden kann (vgl. SKOS 2021: 4). Eine weitere Möglichkeit ist der Privatkonkurs, bei dem die Zahlungsunfähigkeit offiziell erklärt wird. Dabei werden laufende Betreibungen und Lohnpfändungen eingestellt und vorhandenes Vermögen – unter Wahrung des Existenzminimums – zur Schuldentilgung verwendet. Die verbleibenden Schulden bleiben jedoch bestehen und werden in sogenannte Konkursverlustscheine umgewandelt. Diese sind zinslos, können jedoch wieder eingefordert werden, wenn sich die finanzielle Situation der betroffenen Person verbessert. Der Privatkonkurs führt somit nicht zu einer Schuldenfreiheit, kann aber dazu beitragen, die Situation zu stabilisieren (vgl. ebd.: 4f.).

Neben der direkten Unterstützung von Personen im Einzelfall, sind Professionelle der Sozialen Arbeit auch dazu verpflichtet, Problemlagen nicht nur auf individueller Ebene anzugehen, sondern sich auch auf politischer Ebene einzubringen. Ein passendes Beispiel dafür ist das Vorantreiben der Restschuldenbefreiung in der Schweiz: Für viele überschuldete Personen würde eine Einführung dieser bedeuten, dass sie eine realistische Perspektive bekämen, langfristig schuldenfrei zu leben. Die Soziale Arbeit ist also gefordert, auf bestehende Lücken und

Defizite in der Politik hinzuweisen und sich für strukturelle Verbesserungen einzusetzen, etwa im Rahmen fachlicher Verbände, durch Öffentlichkeitsarbeit oder im Austausch mit politischen Entscheidungsträger:innen (vgl. AvenirSocial 2010:14).
Gleichzeitig wird aber auch deutlich, dass die Möglichkeiten der Sozialen Arbeit dort an Grenzen stossen, wo strukturelle und individuelle Rahmenbedingungen individuelle Lösungen erschweren oder verhindern.

5.1 Grenzen sozialarbeiterischen Handelns

Wie im vorangegangenen Kapitel aufgezeigt, verfügt die Soziale Arbeit über verschiedene Ansätze, um Menschen in der Lebenslage Krankheit & Überschuldung zu unterstützen. Gleichzeitig wird in der Praxis deutlich, dass diesen Handlungsmöglichkeiten klare Grenzen gesetzt sind – strukturelle wie institutionelle –, die durch individuelle sozialarbeiterische Kompetenz allein nicht überwunden werden können. In der Recherche konnte ich drei Ebenen von Grenzen identifizieren:

- Die Ebene des rechtlichen Rahmens,
- die Ebene institutioneller Ressourcen und Zuständigkeiten sowie
- die Ebene sozialer und/oder individueller Dynamiken,

die eine frühzeitige Unterstützung erschweren.

5.1.1 Rechtliche Grenzen

Eine der grundlegendsten Grenzen sozialarbeiterischen Handelns im Kontext von Überschuldung liegt im fehlenden Instrument der Restschuldenbefreiung. In der Schweiz existiert bis heute kein Verfahren, das überschuldete Personen unter bestimmten Voraussetzungen einen verbindlichen Schuldenerlass ermöglicht. Die bestehenden gerichtlichen Sanierungsverfahren entfalten für Gläubiger:innen keine zwingende Wirkung. Sie können Sanierungsverfahren problemlos ablehnen, da die geltenden Betreibungsabläufe ihnen ohnehin langfristig Zugang zu ihrem Geld verschaffen. Auch der Privatkonkurs stellt keine echte Sanierungsoption für Schuldner:innen dar, da Verlustscheine faktisch kaum verjähren und bei einer Verbesserung der finanziellen Situation der betroffenen Person erneut eingefordert werden können. Das aktuelle Recht zementiert damit ein grundlegend unausgewogenes Kräfteverhältnis zwischen Schuldner:innen und Gläubiger:innen (vgl. Noori 2021: 156f.). Für die Soziale Arbeit bedeutet dies, dass Schuldenberatungsstellen und Sozialdienste ihre Klientel nur innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens begleiten können. In der Praxis bleibt vielen überschuldeten Personen damit keine andere Perspektive, als langfristig auf Sozialhilfe angewiesen zu bleiben, ohne realistische Aussicht auf eine vollständige Entschuldung (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2025: o.S.). Findet die Überschuldungssituation in Kombination mit einer Krankheit statt, so rückt die Möglichkeit einer Entschuldung immer mehr ausser Reichweite. Die mit der

Krankheit einhergehende eingeschränkte Arbeitsfähigkeit verschärft die Situation durch fehlendes Einkommen und höhere Ausgaben.
Eng mit diesen rechtlichen Rahmenbedingungen verbunden ist der begrenzte Zugang zu juristischer Beratung im Schuldenbereich. Auf Bundesebene wird keine staatliche Rechtsberatung für schuldenrechtliche Fragen finanziert und private Organisationen, die die entsprechenden Verfahrenskosten übernehmen, sind selten. Da Rechtsschutzversicherungen Betreibungsrecht und Schuldenangelegenheiten in der Regel ausschliessen und, weil die Tätigkeit in diesem Bereich wirtschaftlich unattraktiv ist, stehen nur wenige Jurist:innen zur Verfügung. Die Folge ist eine weitgehende Unkenntnis der Betroffenen über ihre eigenen Rechte und Ansprüche – ein Umstand, der sowohl die Handlungsfähigkeit der Betroffenen als auch die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Beratung erheblich einschränkt (vgl. Noori 2021: 159).

5.1.2 Lücken im Sozialversicherungssystem

Zusätzlich zu den schuldenrechtlichen Grenzen, zeigen sich auch im Sozialversicherungssystem strukturelle Defizite, die den Handlungsspielraum der sozialen Arbeit begrenzen. Wie bereits in Kapitel 3.2 dargestellt, sind Arbeitgebende gesetzlich nur für eine vergleichsweise kurze Zeitspanne zur Lohnfortzahlung verpflichtet. Ausserdem erlischt der Kündigungsschutz bei Krankheit nach Ablauf festgelegter Fristen.
Anders als in den meisten anderen europäischen Ländern existiert in der Schweiz keine obligatorische solidarische Krankentaggeldversicherung. Dies hat zur Folge, dass das Schweizer Krankentaggeldsystem grosse versicherungsrechtliche Lücken aufweist: Sobald die minimalen gesetzlichen Anforderungen erfüllt sind, endet die Lohnzahlungspflicht der Arbeitgebenden und das juristische und finanzielle Risiko einer länger andauernden Erkrankung verbleibt auf den Schultern der Arbeitnehmenden. Strittige Versicherungsansprüche nach Ablauf der gesetzlichen Minimalfristen können dazu führen, dass der Lohn ausbleibt, ohne dass Arbeitgebende sich dafür strafbar machen (vgl. ebd.: 161).
Ähnlich verhält es sich im Bereich der IV. Ein Rentenanspruch entsteht erst nach mindestens einem Jahr ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 Prozent. Wird der Anspruch nicht sofort erkannt und anerkannt, kann sich dieser Prozess über jahrelange Verfahren hinziehen. Während dieser gesamten Wartezeit sind Betroffene auf andere finanzielle Einkünfte angewiesen, zum Beispiel eigene Ersparnisse, familiäre Unterstützung oder Sozialhilfe, wobei Betreibungen noch vor dem Anspruch auf Sozialhilfe entstehen können (vgl. ebd.: 162, 164). Die Soziale Arbeit kann diese systembedingten Wartezeiten und Lücken nicht schliessen, sondern lediglich versuchen, Betroffene möglichst frühzeitig durch den Prozess zu begleiten und finanzielle Überbrückungen zu organisieren.

5.1.3 Institutionelle Grenzen

Schuldenberatung ist ein ausgesprochen ressourcenintensives Arbeitsfeld: Die Vielschichtigkeit individueller Problemlagen sowie die rechtliche Komplexität des Schweizer Schuldenrechts erfordern ein hohes Mass an fachlicher Expertise und zeitlichem Aufwand. Angesichts tendenziell knapper werdender Ressourcen in den Beratungsstellen, können diese Aufgaben vielfach nur noch in enger Zusammenarbeit mit spezialisierten externen Fachstellen wahrgenommen werden (vgl. Imoberdorf 2021: 148f.). Gleichzeitig hat die zunehmende Spezialisierung von Beratungsangeboten entlang einzelner Zielgruppen wie Familien, alleinerziehende Elternteile oder Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, dazu geführt, dass Personen mit einer kombinierten Problematik aus Krankheit und Überschuldung durch die Maschen des institutionellen Netzes fallen können. Es besteht ein Paradox: Der erhöhte Koordinationsbedarf trifft auf eine Versorgungslandschaft, die genau diese Koordination strukturell nur bedingt möglich macht (vgl. ebd.: 149). Wie im vorangegangen Kapitel beschrieben, kann die Soziale Arbeit hier zwar eine vermittelnde und koordinierende Funktion übernehmen, doch auch diese Funktion stösst an Grenzen, wenn die notwendigen Ressourcen, Zuständigkeiten oder institutionellen Verantwortlichkeiten fehlen.

5.1.4 Scham als soziale Barriere zur Unterstützung

Schliesslich gibt es eine weitere, weniger sichtbare Grenze: jene der sozialen Dynamiken, die eine frühzeitige Inanspruchnahme von Unterstützung erschweren. In der Praxis zeigt sich, dass finanzielle Schwierigkeiten, sowohl durch Betroffene als auch durch ihr Umfeld, häufig erst sehr spät thematisiert werden. Die Scham, die mit dem gesellschaftlich als persönliches Versagen konnotierten Thema Schulden verbunden ist, führt dazu, dass finanzielle Problemlagen oft erst dann sichtbar werden, wenn sie sich bereits in anderen Bereichen manifestiert haben – etwa in Form eines verschlechterten Gesundheitszustands (vgl. ebd.: 148). Entwickelt sich die Überschuldungssituation aufgrund einer Krankheit, die ihrerseits mit Stigmatisierungserfahrungen verbunden ist oder sein kann, wird die Schwelle zur Inanspruchnahme von Hilfe weiter erhöht. Dies bedeutet für die Soziale Arbeit, dass sie oft erst dann einbezogen wird, wenn die Situation bereits eskaliert ist und der Handlungsspielraum für präventive Massnahmen entsprechend klein, bzw. der Aufwand zur Behebung der Situation, gross geworden ist.

Die aufgezeigten Grenzen machen deutlich, dass sozialarbeiterisches Handeln im Kontext von Krankheit und Überschuldung notwendigerweise an die Grenzen des bestehenden rechtlichen und institutionellen Rahmens stösst. Individuelle Unterstützung bleibt wichtig und wirksam, sie vermag aber strukturelle Defizite nicht zu kompensieren. Im Sinne des Berufskodex sind Sozialarbeitende nicht nur auf der Ebene der Individuen gefordert, sondern auch dazu verpflichtet, auf ungerechte und schädliche Strukturen hinzuweisen und sich für deren Veränderung

einzusetzen (vgl. AvenirSocial 2010: 9f.). Die Einführung einer Restschuldenbefreiung, die Schliessung der Lücken im Krankentaggeldsystem und die Stärkung des Zugangs zu Rechtsberatung im Schuldenbereich wären konkrete Ansatzpunkte, die für sich die Soziale Arbeit auf politischer Ebene aktiv einsetzen müsste. Darin liegt letztlich auch eine Form professioneller Verantwortung: Die Grenzen des eigenen Handelns nicht nur auszuhalten, sondern sie sichtbar zu machen und auf ihre Überwindung hinzuwirken.

6 Schluss

6.1 Zusammenführung der zentralen Erkenntnisse

Die vorliegende Arbeit hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, inwiefern sich Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Überschuldung gegenseitig beeinflussen, welche individuellen und strukturellen Faktoren dabei eine Rolle spielen und welche Konsequenzen sich daraus für die Soziale Arbeit ergeben. Die Analyse des Lebenslagenmodells nach Stefan Hradil hat gezeigt, dass die Lebenslage Krankheit & Überschuldung weit mehr ist als die Summe zweier Problemlagen: Sie ist eine eigenständige, dynamische Konstellation, in der sich gesundheitliche, ökonomische, wohlfahrtstaatliche und soziale Faktoren gegenseitig verstärken, abschwächen und überlagern können.

Bei der Untersuchung der ökonomischen Dimension wurde deutlich, dass krankheitsbedingte Einkommensausfälle und gleichzeitig entstehende Mehrkosten die finanzielle Handlungsfähigkeit von Betroffenen rasch und nachhaltig einschränken können. Diese Entwicklung trifft Personen, die bereits vor der Erkrankung über geringe finanzielle Ressourcen verfügten, besonders hart. Atypische Beschäftigungsformen, welche vom klassischen Angestelltenverhältnis abweichen, wie Arbeit im Stundenlohn oder Selbständigkeit ohne Krankentaggeldversicherung, erhöhen das Risiko einer Überschuldung im Krankheitsfall zusätzlich, da der Einkommensausfall unmittelbar und ohne Abfederung einsetzt. Die Fallbeispiele haben anschaulich dargestellt, wie schnell sich aus einem einzelnen Ereignis wie einer Krankheit, eine kaum mehr beherrschbare Schuldenspirale entwickeln kann.

Die Betrachtung der wohlfahrtstaatlichen Dimension hat gezeigt, dass das schweizerische Sozialversicherungssystem zwar prinzipiell als Auffangnetz konzipiert ist, in der Praxis jedoch durch institutionelle Abläufe, Wartezeiten und Zuständigkeitslücken spezifische Risiken produziert. Die Abfolge von Lohnfortzahlung, Krankentaggeld, IV-Abklärung und Sozialhilfe weist zeitliche Lücken auf, in welchen Betroffene ohne ausreichende Absicherung sind. Besonders die langen IV-Abklärungsverfahren und die Diskrepanz zwischen den normativen Anforderungen des Systems und der gelebten Realität der Betroffenen – etwa die Erwartung sich auf

Stellen zu bewerben, die es faktisch nicht gibt – führen dazu, dass Überschuldung nicht trotz, sondern teilweise als Folge der Inanspruchnahme staatlicher Systeme entsteht. Die fehlende Restschuldenbefreiung in der Schweiz verstärkt diese Situation zusätzlich, da überschuldeten Personen eine realistische Perspektive auf Entschuldung weitgehend fehlt (vgl. Wüthrich 2025: o.S.; Noori 2021: 162, 164).

Bei der Analyse der sozialen Dimension wurde sichtbar, dass Überschuldung und Krankheit schon einzeln zu einer Einschränkung sozialer Teilhabe führen, welche in Kombination noch stärker ausfällt. Diese Einschränkung geht weit über den materiellen Bereich hinaus: Soziale Isolation, Scham und der Rückzug aus sozialen Beziehungen verringern genau jene Ressourcen (soziale Unterstützung, praktische Hilfe, emotionaler Rückhalt, Sichtbarkeit) die im Umgang mit einer schwierigen Lebenssituation besonders wichtig wären. Darüber hinaus hat die Analyse in Bezug auf geschlechtsspezifische Ungleichheiten gezeigt, dass Frauen aufgrund struktureller Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt, der überproportionalen Übernahme an Care-Arbeit sowie des Gender Health Gap einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, im Krankheitsfall in eine Überschuldungssituation zu geraten.

Übergreifend hat die Arbeit aufgezeigt, dass die Lebenslage Krankheit & Überschuldung im Sinne Hradils durch kumulative Benachteiligung geprägt ist: Mehrere Dimensionen sozialer Ungleichheit wirken gleichzeitig und verstärken sich gegenseitig, ohne dass ein funktionales Äquivalent diese Wirkung vollständig kompensieren könnte. Die Fallbeispiele aus der Praxis haben dies eindrücklich illustriert. In jedem der beschriebenen Fälle zeigte sich, wie das Zusammentreffen von Krankheit, institutionellen Abläufen und individuellen Ressourcen eine Dynamik erzeugten, die aus eigener Kraft kaum zu durchbrechen war.

Für die Soziale Arbeit ergibt sich daraus ein klarer Auftrag auf zwei Ebenen: Auf der Ebene des Einzelfalls ist eine ganzheitliche, interdisziplinäre Begleitung notwendig, die sowohl die gesundheitliche als auch die finanzielle Situation frühzeitig im Blick behält und Betroffene aktiv durch die komplexen institutionellen Abläufe begleitet. Auf struktureller Ebene ist die Soziale Arbeit gefordert, auf bestehende Lücken im Sozialversicherungssystems und im Schuldenrecht hinzuweisen und sich politisch für deren Überwindung einzusetzen, zum Beispiel durch die Einführung einer Restschuldenbefreiung, die Schliessung der Lücken im Krankentaggeldsystem oder die Stärkung der Rechtsberatung im Schuldenbereich (vgl. Noori 2021: 156f.; Schweizerische Eidgenossenschaft 2025: o.S.).

6.2 Beantwortung der Fragestellung

Die leitende Fragestellung der vorliegenden Arbeit lautete: *Inwiefern beeinflussen sich Krankheiten mit Folgen für die Arbeitsfähigkeit und Überschuldung gegenseitig? Welche individuellen und strukturellen Faktoren lassen sich anhand des Lebenslagenmodells nach Hradil erkennen und welche Konsequenzen haben diese für die soziale Arbeit?*

Die Analyse hat gezeigt, dass zwischen Krankheit und Überschuldung durchaus eine wechselseitige Beziehung besteht, die sich in beide Richtungen entfalten kann. Krankheit kann durch Einkommensausfälle, krankheitsbedingte Mehrkosten und den eingeschränkten Zugang zu sozialen Sicherungsleistungen zu einer Überschuldungssituation führen. Umgekehrt wirkt sich Überschuldung durch dauerhaften Stress, sozialen Rückzug und den Verzicht auf medizinische Leistungen negativ auf den Gesundheitszustand aus. Es handelt sich damit nicht um eine lineare Kausalität, sondern um einen sich wechselseitig verstärkenden Prozess, der im Verlauf der Arbeit als Teufelskreis beschrieben wurde.

Auf individueller Ebene spielen Faktoren wie die Art des Beschäftigungsverhältnisses, das Ausmass vorhandener finanzieller Rücklagen, das soziale Netz sowie die Fähigkeit und Bereitschaft, rechtzeitig Unterstützung in Anspruch zu nehmen, eine entscheidende Rolle. Gleichzeitig ist diese individuelle Ebene stets in strukturelle Rahmenbedingungen eingebettet, die den Handlungsspielraum der Betroffenen massgeblich bestimmen.

Auf struktureller Ebene hat die Analyse entlang der Dimensionen nach Hradil gezeigt, dass das Schweizer Sozialversicherungssystem Lücken aufweist, die im Kontext von Krankheit zur Überschuldungsproblematik beitragen können. Die fehlende obligatorische Krankentaggeldversicherung, die langen IV-Abklärungsverfahren, die fehlende Restschuldenbefreiung sowie der begrenzte Zugang zu juristischer Beratung im Schuldenbereich sind strukturelle Faktoren, die die Gefahr vergrössern, dass einzelne Personen trotz vorhandener Sicherungssysteme durch das Netz fallen (vgl. Noori 2021: 161). Das Lebenslagenmodell nach Stefan Hradil hat sich als geeignetes Analyseinstrument erwiesen, um diese Vielschichtigkeit sichtbar zu machen: Es erlaubt, die gleichzeitige Wirkung verschiedener Dimensionen sozialer Ungleichheit zu erfassen und ihr Zusammenspiel zu fassen.

Für die soziale Arbeit resultieren daraus Konsequenzen auf zwei Ebenen, wie sie im vorangegangenen Kapitel 5 und 6.1 ausführlich beschrieben wurden: Die frühzeitige, ganzheitliche Einzelfallbegleitung an den Schnittstellen zwischen Gesundheitswesen, Sozialversicherungen und Schuldenberatung einerseits, und das politische Mandat, auf strukturelle Missstände hinzuweisen und sich für deren Veränderung einzusetzen, andererseits. Die vorliegende Arbeit

hat damit bestätigt, dass die Lebenslage Krankheit & Überschuldung weder ausschliesslich als individuelles Versagen noch als rein strukturelles Problem zu verstehen ist, sondern als Ergebnis eines komplexen Zusammenspieles beider Ebenen.

6.3 Reflexion des eigenen Vorgehens

Das Interesse für die Thematik dieser Arbeit ist aus den Erfahrungen entstanden, die ich während meiner beiden Praxismodule bei der Sozialberatung des Universitätsspitals Basel sammeln durfte. Daraus hat sich mein Erkenntnisinteresse entwickelt. Diese persönliche und berufliche Nähe zum Thema, war einerseits eine wichtige Motivation und ermöglichte es mir, die Thematik mit einem konkreten praxisbezogenen Hintergrund zu bearbeiten. Andererseits brachte eine solche Nähe auch methodische Herausforderungen mit sich, die es zu reflektieren gilt.

Eine dieser Herausforderungen zeigte sich bereits zu Beginn der Arbeit: Es fiel mir schwer für meine Beobachtungen aus der Praxis theoretische und wissenschaftliche Grundlagen zu finden. Die Frage, ob die Häufigkeit von Krankheit und Überschuldung als Wechselwirkung bei meiner Klientel ein zufälliges Muster war oder auf empirisch belegten Zusammenhängen beruht, war zunächst nicht einfach zu beantworten. Die Literaturrecherche hat jedoch gezeigt, dass meine Beobachtung keineswegs zufällig war, sondern sich in bestehenden Forschungsergebnissen widerspiegelt – was mich in meinem Erkenntnisinteresse bestärkt hat und gleichzeitig deutlich machte, wie wenig systematisch diese Thematik bisher aufgearbeitet wurde. Schliesslich stiess ich auf die 2024 veröffentlichte Studie von Caroline Henchoz et al., die sich genau mit dieser Thematik befasste. Es galt also mich mit meiner Arbeit genügend stark von dieser Arbeit abzugrenzen, auf andere Weise an die Thematik heranzugehen und andere Aspekte zu beleuchten.
Als Herausforderung erwies sich zudem die Eingrenzung des Themas: Die Lebenslage Krankheit & Überschuldung ist vielschichtig und hätte in viele Richtungen weiterentwickelt werden können. Bewusst habe ich mich auf krankheitsbedingte Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit beschränkt und die Folgen von Unfällen ausgeklammert, obwohl auch diese die finanzielle und gesundheitliche Situation von Betroffenen nachhaltig in vergleichbarer Weise beeinflussen können. Der Grund für diese Entscheidung lag darin, dass Unfälle in der Schweiz anderen rechtlichen und versicherungstechnischen Rahmenbedingungen unterliegen, insbesondere im Bereich der Unfallversicherung, die anstelle der Krankentaggeldversicherung ins Spiel kommt. Deren zusätzliche Berücksichtigung hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt. Diese Eingrenzung war notwendig, bedeutete aber auch, dass die Arbeit nur einen Teil dieser breiten Problemlage abbildet.

Was den Schreibprozess selbst betrifft, hat es sich als hilfreich erwiesen, zunächst ohne starke Vorannahmen zu beginnen und eine vorläufige Gliederung zu entwickeln, die sich mit zunehmender Vertiefung in die Thematik stetig weiterentwickelt hat. Die Struktur der Arbeit ist somit nicht von Anfang an festgestanden, sondern hat sich organisch aus dem Schreiben und Lesen heraus geformt. Dabei hat mir das Lebenslagenmodell nach Stefan Hradil eine wichtige Orientierung geboten: Es gab der Arbeit einen klaren analytischen Rahmen und half mir, mich in der Breite der Thematik nicht zu verlieren, ohne die Komplexität und Vielschichtigkeit der Lebenslage zu vereinfachen.

Die Fallbeispiele, die in Kapitel 4.1 dargestellt wurden, basieren auf realen Beratungserlebnissen aus meinen Praxismodulen. Es handelt sich jedoch um eine subjektive Auswahl von Fällen, die bestimmte Konstellationen der Thematik besonders gut illustrieren. Natürlich gab es auch eine Reihe anderer Fälle, bei welchen die Ausgangslage zwar eine ähnliche war, die sich aber im Verlauf ganz anders gestalteten. Die Auswahl der Fallbeispiele erhebt daher keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern dient der Veranschaulichung theoretisch erarbeiteter Zusammenhänge.
Methodisch stützt sich die Arbeit auf eine Literaturrecherche sowie auf die praxisbasierten Fallbeispiele. Auf eine systematische empirische Erhebung wurde verzichtet, da eine solche den Rahmen einer Bachelorthesis überstiegen hätte. Eine umfassende qualitative Forschung zur Thematik in der Schweiz wurde zudem kürzlich von Caroline Henchoz et al. (2024) unternommen.

Rückblickend empfinde ich die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik als sehr bereichernd. Das tiefe Eintauchen in ein so vielschichtiges und hochaktuelles Feld hat mir gezeigt, wie eng gesellschaftliche Strukturen und individuelle Lebenslagen miteinander verwoben sind. Gleichzeitig bleibt das Gefühl bestehen, dass mit dieser Arbeit längst nicht alles gesagt ist – dass die Thematik noch viele weitere Fragen aufwirft. Dieses Gefühl verstehe ich jedoch nicht als Mangel, sondern als Ansporn für die weitere Auseinandersetzung mit der Lebenslage Krankheit & Überschuldung, welche noch viel Raum für weitere Forschung und Reflexion lässt.

6.4 Ausblick

Die Thematik der Arbeit ist hochaktuell und wird in den nächsten Jahren voraussichtlich nicht an Brisanz verlieren. Die Krankenkassenprämien in der Schweiz steigen seit Jahren kontinuierlich an und haben sich für viele Haushalte zu einer der grössten monatlichen Fixkostenbelastung entwickelt. Gleichzeitig stagnieren die Löhne in vielen Berufsgruppen oder wachsen deutlich langsamer als die Prämien. Die Schere zwischen dem, was Menschen verdienen, und dem, was sie allein für ihre Krankenversicherung aufwenden müssen, öffnet sich damit

zunehmend. Für Personen, die zusätzlich von einer Krankheit betroffen sind und deren Einkommen dadurch reduziert wird oder gar wegfällt, wird diese Belastung unter Umständen schnell existenzbedrohend. Die Prämienverbilligung federt diese Entwicklung für einen Teil der Bevölkerung zwar ab, reicht jedoch vielfach nicht aus, um die tatsächliche finanzielle Belastung zu kompensieren. Die Folge ist, dass immer mehr Menschen Krankenkassenprämien nicht fristgerecht bezahlen können und so in eine Schuldenspirale geraten – noch bevor eine Erkrankung überhaupt eintritt (vgl. Henchoz et al. 2024: 21). Die in dieser Arbeit beschriebene Lebenslage ist damit kein Randphänomen, sondern ein strukturelles Risiko, dem ein wachsender Teil der Bevölkerung ausgesetzt wird. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass die Schnittstelle zwischen Krankheit und Überschuldung in den kommenden Jahren nicht an Relevanz verlieren, sondern an Bedeutung gewinnen wird – sowohl für die Praxis der sozialen Arbeit als auch für Politik und Forschung.

Aus Perspektive der Forschung besteht Bedarf an vertieften Untersuchungen, die die Wechselwirkung zwischen Krankheit und Überschuldung systematisch erfassen. Statistische Daten zur Grössenordnung der in dieser Arbeit beschriebenen Lücken – etwa zur Anzahl der Personen, die sich während eines IV-Verfahrens in einer Überschuldungssituation befinden – fehlen weitgehend. Qualitative Forschung, die die Erfahrungen und Perspektiven der Betroffenen in den Mittelpunkt stellt, könnte dabei helfen, die Dynamiken dieser Lebenslage differenzierter zu verstehen und Handlungsempfehlungen auf einer breiteren empirischen Grundlage zu entwickeln.

Für die Praxis der Sozialen Arbeit zeigt die vorliegende Arbeit, wie wichtig eine institutionsübergreifende Zusammenarbeit und ein frühzeitiger Einbezug finanzieller Fragestellungen in der Begleitung von kranken Menschen ist. Gerade in Spitälern und Kliniken, wo der Kontakt zu betroffenen Personen oft in einer frühen Phase der Erkrankung stattfindet, bestehen grosse Chancen für eine präventive Wirkung. Aber auch in hausärztlichen Praxen sollte ein Augenmerk auf der finanziellen Situation von frisch erkrankten Personen liegen. Es wäre wünschenswert, dass die Schuldenberatung als fester Bestandteil interdisziplinärer Behandlungs- und Begleitprozesse etabliert wird, und dass Sozialarbeitende in Gesundheitsinstitutionen systematisch für das Thema Überschuldung sensibilisiert werden.

Auf politischer Ebene würde die Einführung der Restschuldenbefreiung, wie sie in anderen europäischen Ländern bereits existiert, überschuldeten Personen eine realistische Perspektive auf ein Leben ohne Schulden geben und wäre ein wichtiger Schritt zur Herstellung ausgewogener Kräfteverhältnisse zwischen Schuldner:innen und Gläubiger:innen (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2025: o.S.). Darüber hinaus wäre eine obligatorische solidarische Krankentaggeldversicherung ein wirksames Instrument, um die Lücken im Absicherungssystem bei krankheitsbedingten Lohnausfällen zu schliessen. Weitere sinnvolle Anpassungen beträfen die Abschaffung der sogenannten schwarzen Listen für säumige

Krankenkassenprämienzahlende in den betreffenden Kantonen sowie eine Einführung der Einkommensabhängigkeit bei der Berechnung von Krankenkassenprämien, analog zu den Steuern. Letzteres würde dazu beitragen, dass die Prämienbelastung an die tatsächliche wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Versicherten angepasst würde und nicht, wie heute, als Pauschalbetrag alle Haushalte gleichermassen trifft, unabhängig davon, wie viel sie verdienen. Schliesslich wäre die Stärkung der kostenlosen oder kostengünstigen Rechtsberatung im Schuldenbereich ein wichtiger Beitrag zur Reduktion von Informationsasymmetrien zwischen Betroffenen und Gläubiger:innen.

Die Soziale Arbeit ist gefordert, diese politischen Forderungen aktiv mitzutragen und öffentlich sichtbar zu machen. Denn die in dieser Arbeit beschriebene Lebenslage Krankheit & Überschuldung betrifft Menschen in einer der verletzlichsten Phasen ihres Lebens – und sie wird in einer Gesellschaft, in der die Kosten für Gesundheit jährlich steigen, ohne dass die Einkommen im gleichen Mass mithalten, immer mehr Menschen betreffen. Es braucht strukturelle Antworten auf strukturelle Probleme.

7 Literatur- und Quellenverzeichnis

Abele, Martin/ Odermatt, Claudia (2021). Die Krankenversicherung: Problemfelder aus Sicht der Schuldenberatung. In: Henchoz, Caroline/ Coste, Tristan/ Plomb, Fabrice (2021). Verschuldung und Überschuldung in der Schweiz: Interdisziplinäre Blickwinkel. L' Harmattan. S. 159-177.

Art. 324a OR

AvenirSocial (Hg.) (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz – Ein Argumentarium für die Praxis. (o.V.).

Blick (Hg.) (2024). Jeder 20. landet auf der schwarzen Liste. Im Tessin können immer mehr Krankenkassenprämien nicht zahlen. URL: https://www.blick.ch/politik/jeder-20-landet-auf-der-schwarzen-liste-im-tessin-koennen-immer-mehr-krankenkasse-praemien-nicht-zahlen-id19425036.html?utm_source=campaign&utm_medium=email&utm_campaign=share-button&utm_term=blick_app_ios [Zugriff: 17. März 2026].

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (o.J.). Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). URL: https://www.bag.admin.ch/de/bundesgesetz-ueber-die-krankenversicherung-kvg [Zugriff: 17. März 2026].

Bundesamt für Gesundheit BAG (Hg.) (o.J.). Krankenversicherung: Prämienverbilligung. URL: https://www.bag.admin.ch/de/krankenversicherung-praemienverbilligung [Zugriff: 28. April 2026].

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Hg.) (2025). Armutsmonitoring der Schweiz Bericht 2025. URL: https://www.armutsmonitoring.ch/dam/de/sd-web/Q6jFfl4aVvUl/AM_Grundlagenheft_Armut%20im%20Ueberblick_2025_de.pdf [Zugriff: 20. März 2026].

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (Hg.) (o.J.). Invalidenversicherung (IV) – Übersicht. URL: https://www.bsv.admin.ch/de/invalidenversicherung [Zugriff: 17. März 2026].

Cancelliere, Carol/ Donovan, James/ Strochkendahl, Mette Jensen/ Biscardi, Melissa/ Ammendolia, Carlo/ Myburgh, Corrie/ Cassidy, J. David (2016). Factors Affecting Return to Work After Injury or Illness: Best Evidence Synthesis of Systematic Reviews. Springer. https://doi.org/10.1186/s12998-016-0113-z

Caritas Schweiz (Hg.) (o.J.). Das System der sozialen Sicherheit. URL: https://www.caritas.ch/de/das-system-der-sozialen-sicherheit/ [Zugriff: 17. März 2026].

Charta Sozialhilfe Schweiz (Hg.) (2025). Sozialhilfe kurz erklärt. Winterthur. URL: https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/themen/2025_Charta_Sozialhilfe_kurz_erklaert_Web.pdf [Zugriff: 17. März 2026].

Dachverband Budgetberatung Schweiz (Hg.) (o.J.). Bericht für Fachpersonen zum Pilotprojekt „Dualproblematik Suchterkrankungen und prekäre Finanzen". URL: https://budgetberatung.ch/fileadmin/budgetberatung.ch/Bericht_Suchterkrankungen_und_preka__re_Finanzen_mit_Anhang.pdf [Zugriff: 24. April 2026].

Departement für Wirtschaft, Soziales und Umwelt des Kantons Basel-Stadt (Hg.) (2024). Sozialhilfe Handbuch. URL: https://media.bs.ch/original_file/ebe97a613b9e5c0c21cbbf105107c52ef6ed8b2c/sozialhilfe-handbuch-1.pdf [Zugriff: 07. März 2026].

Fredrich, Bettina (2022). Frauenarmut in der Schweiz: Die Ursachen. In: Caritas (Hg.) (2022). Sozialalmanach. Frauenarmut. Caritas-Verlag. S. 43-54.

Gaisbauer, Helmut P. (2021). Armut als Mangel an sozialem Kapital: Über die Last „immaterieller Schulden" In: Caritas (Hg.) (2021). Sozialalmanach. Armut grenzt aus. Caritas-Verlag. S. 95-108.

Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt, Medizinische Dienste (Hg.) (2020). Clever krankenversichert. Entscheidungshilfen bei der Wahl eines passenden Modells. URL: https://www.bs.ch/themen/gesundheit/krankenversicherung/obligatorische-krankenkasse [Zugriff: 17. März 2026].

Gragnano, Andrea/ Negrini, Alessia/ Miglioretti, Massimo/ Corbière, Marc (2017). Common Psychosocial Factors Predicting Return to Work After Common Mental Disorders, Cardiovascular Diseases and Cancers: A Review of Reviews Supporting a Cross-Desease Approach. Springer Science + Business Media. URL: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10926-017-9714-1.pdf [Zugriff: 24. März 2026].

Gutenberg, Johannes/ Universität Mainz (Hg.) (2023). Alte und neue Ungleichheiten. Zum gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Wandel in den letzten Jahrzehnten. In:

Sozialpolitik.ch vol. 1/23 – Forum 1.1. URL: https://www.sozialpolitik.ch/article/download/4031/3658&ved=2ahUKEwj65N2K8vSTAxUIhv0HHUWDDD84ChAWegQIGxAB&usg=AOvVaw1bRitDbxxLkp6M_-ORyB0V [Zugriff: 17. April 2026].

Helsana (Hg.) (o.J.). Helsana Report: Einkommen und Prämien. Einkommenshöhe ist ein zentraler Faktor. URL: https://reports.helsana.ch/einkommen-praemien/#:~:text=Wahrscheinlichkeit%20in%20%25%2C%20die%20Maximalfranchise%20zu%20wählen%20(2022)&text=Die%20Abbildung%20zeigt%2C%20dass%20ab,um%20über%2013%20Prozentpunkte%20tiefer.&text=Doch%20weshalb%20verzichten%20ausgerechnet%20Haushalte,viele%20Versicherte%20vor%20grosse%20Probleme [Zugriff: 17. März 2026].

Henchoz, Caroline/ Coste, Tristan/ Suppa, Anna (2024). Verschuldung & Gesundheit. Multimethodologische Studie über die Zusammenhänge zwischen Verschuldung und Gesundheit in der Schweiz. Forschungsbericht. HETSL.

Hergenröder, Curt Wolfgang/ Kokott, Sonja Justine (2012). Private Überschuldung und Teilhabe am staatlichen Gesundheitssystem. In: Forschungscluster „Gesellschaftliche Abhängigkeiten und soziale Netzwerke“ (Hg.). Gesellschaftliche Teilhabe trotz Schulden? Perspektiven interdisziplinären Wissenstransfers. Springer VS. S. 65-80. https://doi.org/ 10.1007/978-3-531-19449-3

Hradil, Stefan (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: Von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske und Budrich.

Hradil, Stefan (1990). Lebenslagenanalysen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Timmermann, Heiner (Hg.). Lebenslagen. Sozialindikatorenforschung in beiden Teilen Deutschlands. Verlag Rita Dadder. S.125-146.

Hradil, Stefan (2016). Soziale Ungleichheit, soziale Schichtung und Mobilität. In: Korte, Hermann/ Schäfers, Bernhard (Hg.). Einführung in Hauptbegriffe der Soziologie. 9. Auflage. Springer VS. S. 247-276.

Hochschule Luzern (Hg.) (2013). Wirkt Schuldenprävention? Empirische Grundlagen für die Praxis mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. URL: https://ekkj.admin.ch/fileadmin/user_upload/ekkj/04themen/04Konsum/d_13_Bericht_Schuldenpraevention_Konsum.pdf [Zugriff: 30. April 2026].

Humanrights.ch (Hg.) (2022). Die Menschenrichte im Schweizer Sozialhilfesystem. URL: https://www.humanrights.ch/de/ipf/menschenrechte/armut-sozialrechte/menschenrechte-schweizer-sozialhilfesystem [Zugriff: 10. März 2026].

Imoberdorf, Martin (2021). Schulden und finanzielle Probleme als Herausforderungen in der betrieblichen Sozialberatung. In: Mattes, Christoph/ Schnorr, Valentin/ Caviezel, Urezza/ Knöpfel, Carlo (Hg.) (2021). Verschuldet zum Arbeitsamt. Empirische und theoretische Grundlagen, Beratung und Intervention. Springer VS. S. 139-150.

Informationsstelle AHV/IV (Hg.) (2026). Glossar. Eingliederung vor Rente. URL: https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Glossar/term/eingliederung-vor-rente [Zugriff: 24. April 2026].

Kehrli, Christian (2020). Existenzminimum. In: Seismo (Hg.). Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik. URL: https://www.seismoverlag.ch/de/daten-woerterbuch/existenzminimum/ [Zugriff: 17. April 2026].

Kronauer, Martin (2021). Was Armut mit sozialer Ausgrenzung zutun hat. In: Caritas (Hg.) (2021). Sozialalmanach. Armut grenzt aus. Caritas-Verlag. S. 57-68.

Mattes, Christoph/ Carlo, Fabian/ Neukomm, Sarah (2018). Armut und Schulden in der Schweiz. Ansätze der Schuldenbewältigung und ihr Beitrag zur Armutsprävention und -bekämpfung. Forschungsbericht Nr. 7/17. URL: https://forum-schulden.ch/wp-content/uploads/sites/59/2019/12/Forschungsbericht_Armut_und_Schulden_in_der_Schweiz_d.pdf [Zugriff: 20. März 2026].

Mattes, Christoph/ Knöpfel, Carlo (Hg.) (2019). Armutsbekämpfung durch Schuldenprävention. Empirische Befunde, methodische Zugänge und Perspektiven. Springer VS.

Mattes, Christoph/ Knöpfel, Carlo/ Schnorr, Valentin/ Caviezel, Urezza (2022). In der Sozialhilfe verfangen – Hilfeprozesse bei Armut, Sozialhilfe und Schulden. Abschlussbericht der SNF-Studie. Hochschule für Soziale Arbeit. Fachhochschule Nordwestschweiz. Muttenz.

Mösch Payot, Peter (2024). Krankentaggeldversicherung Teil 1: Was man für die Sozialberatung wissen muss. URL: https://www.sozialinfo.ch/wissen/krankentaggeldversicherung-was-man-fuer-die-sozialberatung-wissen-muss/ [Zugriff: 11. Mai 2026].

Nadai, Eva (2024). „Zum Glück muss ich nicht entscheiden“: Praktiken der Responsibilisierung in der Sozialen Arbeit. In: Heite, Catrin/ Magyar-Haas, Veronika/ Schär, Clarissa (Hg.). Responsibilisierung. Springer VS. S. 83-100.

Noori, Rausan (2021). Schuldenfördernde und schuldenverursachende rechtliche Mechanismen in der Schweiz. In: Mattes, Christoph/ Schnorr, Valentin/ Caviezel, Urezza/ Knöpfel, Carlo (Hg.) (2021). Verschuldet zum Arbeitsamt. Empirische und theoretische Grundlagen, Beratung und Intervention. Springer VS. S. 151-170.

Ottiger, Marcel/ Poppele, Iris/ Sperling, Naveen/ Schlesinger, Torsten/ Müller, Katrin (2024). Work Ability and Return-to-Work of Patients with Post-COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Public Health. https://doi.org/10.1186/s12889-024-19328-6

Overweg, Clara/ Weiland, Andreas/ Bundesstiftung Gleichstellung (Hg.) (2025). Gender Health Gap. URL: https://www.bundesstiftung-gleichstellung.de/gleichstellungsindikatoren-und-gender-gaps-wie-koennen-wir-gleichstellung-messen/gender-health-gap/ [Zugriff: 11. Mai 2026].

Pfister, Pascal/ Senn, Nadja (2023). Frauen sind stärker von Perspektivlosigkeit betroffen. In: Frauenfragen 2023. URL: https:// www.ekf.admin.ch/dam/ekf/de/dokumente/zeitschrift/f23_einzelne_pdfs/17_Schuldenberatung_Pascal%2520Pfister.pdf.download.pdf/17_Schuldenberatung_Pascal%2520Pfister.pdf&ved=2ahUKEwiJ1NfI1aaTAxUE8LsIHSzqCN4QFnoECB4QAQ&usg=AOvVaw01bXyCipANwZTVxqtvS0wZ [Zugriff: 17. März 2026].

Roman Herzog Institut (Hg.) (o.J.). Stefan Hradil. Kurzportrait. URL: https://www.romanherzoginstitut.de/experts/prof-dr-dr-h-c-stefan-hradil/ [Zugriff: 31. März 2026].

Schader Stiftung (Hg.) (2015). Stefan Hradil. URL: https://www.schader-stiftung.de/personen/artikel/stefan-hradil/ [Zugriff: 31. März 2026].

Schuldenberatung Schweiz (Hg.) (2025). Zweite Chance statt lebenslanger Strafe. Statistik der Mitgliederorganisationen 2024. Basel. URL: https://schulden.ch/wp-content/uploads/2025/08/sbs-statistik-2024-web.pdf [Zugriff: 17. März 2026].

Schweizerische Eidgenossenschaft (Hg.) (2025). Bundesrat schlägt Sanierungsverfahren für überschuldete Personen vor. URL: https://www.admin.ch/de/nsb?id=103794 [Zugriff: 28. April 2026].

Schweizerische Eidgenossenschaft (hg.) (2026). Bundesgesetz über die Krankenversicherung. URL: https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/de [Zugriff: 29. Mai 2026].

SKOS (Hg.) (2020). Das soziale Existenzminimum der Sozialhilfe. Grundlagenpapier. URL: https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/grundlagen_und_studien/2020_SozExistenzminimum_def_d.pdf [Zugriff: 17. April 2026].

SKOS (Hg.) (2021). Schulden und Sozialhilfe. Grundlagenpapier. URL: https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/grundlagen_und_positionen/grundlagen_und_studien/2021_04_GP_Schulden_und_Sozialhilfe.pdf [Zugriff: 28. April 2026].

SKOS (Hg.) (2025a). Ursachen und Folgen von Überschuldung. Grundlagenpapier. URL: https://skos.ch/fileadmin/user_upload/skos_main/public/pdf/Publikationen/Grundlagenpapiere/2025_04_SKOS_Grundlagenpapier_Schulden_und_Sozialhilfe.pdf [Zugriff: 20. März 2026].

SKOS (Hg.) (2025b). Verschuldung. Die gesundheitlichen und sozialen Folgen. In: Die Sozialhilfe – Das Fachmagazin der SKOS. URL: https://www.zeso-magazin.skos.ch/de/artikel/die-gesundheitlichen-und-sozialen-folgen [Zugriff: 17. März 2026].

SKOS (Hg.) (2026). Richtlinien. URL: https://rl.skos.ch/lexoverview-2026/lex-RL_A_1?effective-from=20260101 [Zugriff: 06. März 2026].

SKOS (Hg.) (o.J.) 5. Rückerstattungspflicht. URL: https://skos.ch/themen/sozialhilfe-und-corona/empfehlungen-fuer-sozialdienste/rueckerstattungspflicht [Zugriff: 10. März 2026].

Van Gils, Henk/ Bernhardt, Taika/ HAW Hamburg (Hg.) (o.J.). Kennt Gesundheit (k)ein Geschlecht? Fachtag Gender Health Gap. URL: https://www.haw-hamburg.de/fileadmin/CCG/PDF/Gender_Health_Gap/PPT_Final.pdf [Zugriff: 11. Mai 2026].

Wildrich-Sanchez, Anna (2023). Krank in der Sozialhilfe: Die Regel oder Ausnahme? In: HSLU Hochschule Luzern (Hg.). Blog Soziale Arbeit. URL: https://hub.hslu.ch/soziale-arbeit/krank-in-der-sozialhilfe-die-regel-oder-ausnahme/ [Zugriff: 07. März 2026].

Wilkinson, Richard/ Marmot, Michael/ Weltgesundheitsorganisation (Hg.) (2004). Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Zweite Ausgabe. Kopenhagen. URL: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/33c23d0e-3429-49d1-901b-a4aeb13551a1/content [Zugriff: 18.03.2026].

Würsch, Agnes/ Gschwend, Jürg (o.J.). Schulden. Beratung. URL: https://www.cms-basel.ch/online-publikationen/schulden/beratung [Zugriff: 28. April 2026].

Wüthrich, Stefan (2025). Lange IV-Verfahren. Wenn die IV-Rente zur Schuldenfalle wird. In: Radio SRF 1, Espresso. URL: https://www.srf.ch/sendungen/kassensturz-espresso/espresso/lange-iv-verfahren-wenn-die-iv-rente-zur-schuldenfalle-wird [Zugriff: 17. März 2026].

7.1 Hilfsmittelverzeichnis

Consensus	Recherche
Connected Papers	Recherche
Grammarly	Korrektur
Claude AI	Formulierungshilfe & Korrektur
Chat GPT	Themenfindung