

Simona Gempeler & Franziska Zimmermann

# Somatoforme Schmerzstörungen im Zusammenhang mit dem schweizerischen Sozialversicherungssystem

Lösungsansätze für die Soziale Arbeit und die interdisziplinäre  
Zusammenarbeit

Bachelor-Thesis der Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit  
Mai 2017



Sozialwissenschaftlicher Fachverlag Edition Soziothek

Edition Soziothek  
c/o Berner Fachhochschule BFH  
Soziale Arbeit  
Hallerstrasse 10  
3012 Bern  
www.soziothek.ch

Simona Gempeler & Franziska Zimmermann: Somatoforme Schmerzstörungen im Zusammenhang mit dem schweizerischen Sozialversicherungssystem. Lösungsansätze für die Soziale Arbeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit

ISBN 978-3-03796-633-4

Schriftenreihe Bachelor-Thesen der Berner Fachhochschule BFH – Soziale Arbeit.

In dieser Schriftenreihe werden Bachelor-Thesen von Studierenden publiziert, die mit Bestnote beurteilt und zur Publikation empfohlen wurden.



Dieses Werk wurde unter einer Creative-Commons-Lizenz veröffentlicht.

Lizenz: CC-BY-NC-ND 4.0

Weitere Informationen: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.

Keine Bearbeitungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen, dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Simona Gempeler  
Franziska Zimmermann

## **Somatoforme Schmerzstörungen im Zusammenhang mit dem schweizerischen Sozialversicherungssystem**

**Lösungsansätze für die Soziale Arbeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit**



Bachelor-Thesis zum Erwerb des Bachelor-Diploms

Berner Fachhochschule,  
Fachbereich Soziale Arbeit

## Abstract

Somatoforme Schmerzstörungen sind ein häufiges Phänomen: Gemäss diversen Studien leiden zehn bis zwanzig Prozent der Bevölkerung an dieser Schmerzform. Die Schmerzen können derart stark sein, dass eine Weiterführung der Arbeitstätigkeit nicht mehr möglich ist, wodurch sich die Schmerz betroffenen in den verschiedenen Zweigen des schweizerischen Sozialversicherungssystems wiederfinden. Um eine Chronifizierung der Schmerzen zu vermeiden, ist von medizinischer und sozialarbeiterischer Seite her ein rasches Handeln gefragt. Zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit sollen deshalb Lösungsansätze und Handlungsmöglichkeiten für Sozialarbeitende entwickelt werden, die anhand folgender Forschungsfrage erarbeitet werden sollen: *Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen in der sozialarbeiterischen Beratung: Welche Chancen können verpasst werden? Welche präventiven Massnahmen könnten ergriffen werden?*

Die Datenerhebung erfolgt anhand von episodischen Interviews; die Daten werden durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Befragt werden zwei Schmerz betroffene, wovon der Eine wieder arbeitstätig ist, der Andere keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgehen kann. Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene die Entscheide der Sozialversicherungen nicht verstehen können. Neben der schwierigen gesundheitlichen und sozialen Situation bedeutet der Abweis von Leistungen der Sozialversicherungen eine unsichere existenzielle Zukunft und damit eine enorme Zusatzbelastung. Weil die Entscheidungen nicht nachvollzogen werden können, entwickelt sich ein Gefühl der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. Weiter wird eine Überforderung im administrativen Umgang mit den verschiedenen Sozialversicherungen deutlich. Ein zentraler Punkt stellt ausserdem das Vertrauen in Ärztinnen und Ärzte sowie in Sozialarbeitende dar. Dieses wird durch falsche Zusicherungen und nicht eingehaltene Abmachungen gebrochen.

Um Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung sozialarbeiterisch beraten zu können, sind Kenntnisse über die Diagnose unabdingbar. Eine frühzeitige Erkennung und Förderung der Ressourcen wirkt einer Chronifizierung entgegen. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Fundierte Kenntnisse des Sozialversicherungssystems helfen, unrealistische Leistungserwartungen zu erkennen und zu relativieren. Um das Verständnis des Sozialversicherungssystems zu fördern, können wiederholte Erklärungen und Begründungen mithilfe visueller Hilfsmittel hilfreich sein. Durch praktische Hilfestellungen und Handlungsanleitungen kann einer Überforderung im administrativen Umgang mit den Versicherungen entgegengewirkt werden. Zur Förderung des Vertrauens sollen Sozialarbeitende dem Beziehungsaufbau genügend Beachtung schenken und darauf achten, dass ihre Zusicherungen eingehalten werden.

# **Somatoforme Schmerzstörungen im Zusammenhang mit dem schweizerischen Sozialversicherungssystem**

## **Lösungsansätze für die Soziale Arbeit und die interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Die Bachelor-Thesis wurde für die Publikation formal überarbeitet, aber im Inhalt nicht geändert.

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

Berner Fachhochschule  
Fachbereich Soziale Arbeit

Vorgelegt von

Simona Gempeler  
Franziska Zimmermann

Bern, Mai 2017

Gutachter: Dr. phil. Matthias Riedel

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung/Fragestellung .....	1
2. Theoretischer Hintergrund .....	3
2.1 Definition somatoforme Schmerzstörung .....	3
2.1.1 Abgrenzung zu anderen Störungsbildern .....	6
2.1.1.1 Kopfschmerzen vom Spannungstyp .....	7
2.1.1.2 Fibromyalgie .....	8
2.1.1.3 Neuropathischer Schmerz .....	9
2.1.1.4 Chronisches Müdigkeitssyndrom .....	9
2.1.1.5 Dissoziative Störungen/Konversionsstörungen .....	9
2.2 Epidemiologie .....	10
2.3 Auslösende Faktoren .....	11
2.3.1 Traumafolge .....	12
2.3.1.1 Missbrauch .....	13
2.3.2 Migration .....	14
2.4 Aufrechterhaltende Faktoren .....	16
2.5 Folgeprobleme .....	18
2.6 Therapieformen .....	19
2.7 Schlussfolgerungen .....	21
3. Umgang mit somatoformen Schmerzstörungen in den verschiedenen sozialen Absicherungssystemen .....	22
3.1 Die Grundzüge der sozialen Sicherheit in der Schweiz .....	23
3.2 Arbeitsunfähigkeit .....	25
3.2.1 Die ärztliche Festlegung der Arbeitsfähigkeit .....	25
3.2.2 Arbeitsunfähigkeit im Sozialversicherungsrecht .....	27
3.2.3 Arbeitsunfähigkeit im Arbeitsvertragsrecht .....	28
3.3 Gesetzliche Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit und Kündigungsschutz .....	28
3.3.1 Betriebliche Sozialarbeit .....	30
3.3.2 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung .....	31
3.4 Unfallversicherung .....	31
3.4.1 Kausalität in der Unfallversicherung .....	32
3.4.2 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung .....	33
3.4.3 Soziale Arbeit in der Unfallversicherung .....	34
3.5 Krankentaggeldversicherung .....	35
3.5.1 Die Krankentaggeldversicherung nach KVG .....	35
3.5.2 Die Krankentaggeldversicherung nach VVG .....	36

3.5.3 Kollektivversicherung und Einzelversicherung .....	37
3.5.4 Schaden- und Summenversicherung .....	38
3.5.5 Die Schadenminderungspflicht .....	38
3.5.6 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung .....	39
3.5.7 Soziale Arbeit in den Krankentaggeldversicherungen .....	40
3.6 Arbeitslosenversicherung .....	40
3.6.1 Vermittlungsfähigkeit und Schadenminderungspflicht .....	41
3.6.2 Erleichterte Vermittlungsfähigkeit und Vorleistungspflicht zur IV .....	42
3.6.3 Arbeitsmarktliche Massnahmen .....	42
3.6.1 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung .....	43
3.6.2 Soziale Arbeit in der Arbeitslosenversicherung und Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ .....	44
3.7 Invalidenversicherung .....	45
3.7.1 Der Umgang mit der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung in der IV .....	48
3.7.2 Bundesgerichtliche Rechtsprechung ab 2004 .....	48
3.7.3 Bundesgerichtliche Rechtsprechung ab Juni 2015 .....	49
3.7.4 Aggravation .....	50
3.7.5 Bedeutung der neuen Rechtsprechung für die Praxis .....	50
3.7.6 Bedeutung der IV-rechtlichen Rechtsprechung für andere Versicherungen .....	51
3.7.7 Soziale Arbeit in der IV .....	51
3.8 Gesetzliche Sozialhilfe .....	52
3.8.1 Wichtige Prinzipien der Sozialhilfe .....	53
3.8.2 Leistungen .....	53
3.8.3 Ermessen in der Sozialhilfe .....	54
3.8.4 Umgang mit Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in der Sozialhilfe .....	55
3.9 Schlussbemerkungen zu Kapitel 3 .....	56
4. Methodisches Vorgehen .....	56
4.1 Forschungsdesign .....	56
4.1.1 Vorgehensweise .....	57
4.2 Datenerhebung .....	59
4.3 Datenauswertung .....	60
4.3.1 Bestimmung Ausgangsmaterial und Analyseeinheiten .....	60
4.3.2 Bestimmung Analysetechnik .....	61
4.3.3 Zusammenfassende Inhaltsanalyse .....	62
5. Auswertung der Daten .....	65
5.1 Schmerzursache/Schmerzentstehung .....	65
5.2 Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient .....	66
5.3 Umfeld .....	69

5.4 Administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Krankheit.....	70
5.5 Zusammenarbeit mit dem Absicherungssystem .....	71
5.6 Werte .....	73
5.7 Wünsche, Hoffnungen und Gefühle .....	74
5.8 Therapie/Massnahmen .....	75
5.9 Umgang mit dem Umstand, dass die Schmerzen nicht körperlicher Natur sind.....	77
5.10 Umgang mit Schmerzen/Schmerzen.....	78
5.11 Handlungsstrategie/Umgang mit Situation .....	80
5.12 Leben vor dem Schmerz .....	83
5.13 Sozialversicherungen.....	83
6. Fazit .....	87
6.1 Vertrauen.....	87
6.2 Selbstverantwortung .....	88
6.3 Werte.....	89
6.4 Umgang mit dem sozialen Absicherungssystem .....	89
6.5 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit.....	90
6.6 Ausblick .....	91
7. Anhang.....	92
7.1 Anhang 1: Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit (EAF) .....	92
7.2 Anhang 2: Stiftung IPT – Integration für alle.....	93
8. Literatur- und Quellenverzeichnis .....	94

## Bild auf Umschlagseite

Abgerufen von <https://www.blackroll.com/de/wissen/was-hilft-bei-typischen-schmerzen>

## Abbildungsverzeichnis

*Abbildung 1.* Sozialversicherungssystem Schweiz, S. 24.

*Abbildung 2.* Lohnfortzahlung bei Krankheit nach Dauer des Arbeitsverhältnisses, S. 29.

*Abbildung 3.* Organisation ALV, S. 41.

*Abbildung 4.* Unterstützungsbudget, S. 54.

*Abbildung 5.* Empfohlene Beiträge für den Grundbedarf für den Lebensunterhalt ab 2017, S. 54.

*Abbildung 6.* Sozialpädagogische Handlungssituation, S. 55.

*Abbildung 7.* Ablaufmodell des Forschungsvorhabens, S. 57.

*Abbildung 8.* Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse, S. 60.

*Abbildung 9.* Paraphrasierung und Generalisierung, S. 62.

*Abbildung 10.* Interpretationsregeln, S. 62.

*Abbildung 11.* Reduktion nach Themenbereichen, S. 64.

## 1. Einleitung/Fragestellung

Beobachtungen aus der sozialarbeiterischen Praxis haben gezeigt, dass viele Klientinnen und Klienten an einer somatoformen Schmerzstörung leiden. Dabei wurde wiederholt festgestellt, dass sich der Umgang mit dieser Erkrankung schwierig gestaltet, weil die Klientinnen und Klienten subjektiv nicht mehr arbeitsfähig sind, was durch Arbeitsunfähigkeitszeugnisse der Hausärztin oder des Hausarztes bestätigt wird, die Sozialversicherungen jedoch keine Leistungen erbringen, weil die Schmerzen nicht körperlich nachgewiesen werden können. Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass in der Regel eine lange Krankengeschichte durchlaufen wird, bis die vorhandenen Schmerzen als somatoforme Schmerzstörung erkannt werden.

Eine somatoforme Schmerzstörung ist gemäss Henningsen et al. „eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind“ (Henningsen et al., 2002, S. 6). Es wird davon ausgegangen, dass solche Störungen in der Primärversorgung häufig vorkommen und bei ungefähr 20% der Patientinnen und Patienten, die eine Hausärztin oder einen Hausarzt aufsuchen, bestehen. In stationären Einrichtungen wird sogar von einer Betroffenheit von 10% bis 40% ausgegangen. Die betroffenen Patientinnen und Patienten sind in der Regel davon überzeugt, dass die Ursachen für ihre Beschwerden körperlicher Art sind und sind nicht bereit, mögliche psychische Ursachen zu diskutieren (S. 5f). Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat die somatoformen Schmerzstörungen in ihre klinisch-diagnostischen Leitlinien in Kapitel V (F) aufgenommen (vgl. WHO, 1993). Als Ursachen gelten unter anderem emotionale Konflikte oder psychosoziale Belastungssituationen. Verstärkte persönliche Zuwendung und medizinische Betreuung können mögliche Krankheitsgewinne darstellen.

Seit 2001 hat sich die Rechtsprechung des Bundesgerichtes zur Anwendung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) verändert. Dies führte im Rahmen der 5. IVG-Revision per 1. Januar 2008 zu einer Präzisierung des Invaliditätsbegriffs nach dem Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1). Danach sind bei der Beurteilung einer möglichen Invalidität ausschliesslich gesundheitliche Beeinträchtigungen zu berücksichtigen, psychosoziale Faktoren müssen ausgeklammert werden. Seit 2004 entwickelte sich dazu eine strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung, nach welcher eine Einschränkung der Erwerbsfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (BGer, 2004b, Erwägung 2.2.3). Mit der 6. IVG-Revision wurde per 1. Januar 2012 die gesetzliche Grundlage geschaffen, die neu entwickelte Rechtspraxis auch rückwirkend auf Rentenzusprachen anzuwenden und Leistungszu-

sprachen aufgrund von Schmerzstörungen aufzuheben. Viele Menschen, die dadurch Ansprüche auf Rentenleistungen verloren haben, wurden zu Klientinnen und Klienten der gesetzlichen Sozialhilfe.

Bei einer Neuerkrankung verlieren die Betroffenen nach der gesetzlichen Sperrfrist häufig ihre Arbeitsstellen und beziehen in der Folge Leistungen der Unfallversicherung oder der Krankentaggeldversicherung. Wenn diese Leistungen ausgeschöpft sind, werden Anträge auf IV-Leistungen gestellt und die Betroffenen beziehen teilweise Arbeitslosentaggelder im Rahmen der Vorleistungspflicht auf IV-Leistungen. Nach vergangenen wertvollen Jahren, die den Chronifizierungsprozess begünstigen, lehnt die Invalidenversicherung die Leistungen ab. Es wird während dieser Zeit viel Geld für Behandlungen, Abklärungen und Lohnersatzleistungen ausgegeben, meist ohne die Erkrankung als somatoforme Störung zu erkennen. Gemäss Morschitzky werden die Symptome einer somatoformen Störung durch die meist unnötige Inanspruchnahme des Medizinalsystems zwar kurzfristig gemildert, langfristig jedoch verstärkt. Unnötige Operationen, grenzwertige Befunde, Pseudodiagnosen und Medikamentenverschreibungen verstärken das Krankheitsgefühl der Betroffenen und steigern, in der Hoffnung auf eine heilende Wirkung, erneut das Bedürfnis nach ärztlicher Behandlung (Morschitzky, 2007, S. 223). Das schweizerische Sozialversicherungssystem, das in jedem Versicherungszweig eigene, fundierte Abklärungen tätigt, fördert durch die verstärkte medizinische Zuwendung die Chronifizierung der somatoformen Störung. Die Betroffenen stehen nach vielen Jahren an Abklärung und Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ohne ein Ersatz Einkommen da: Eine IV-Rente wurde abgewiesen, Krankentaggelder, Unfalltaggelder und Arbeitslosentaggelder sind ausgeschöpft, eine Anmeldung beim Sozialdienst wird unumgänglich. Um zu erörtern, wie Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung in der Beratung besser unterstützt werden können, soll deshalb folgender Forschungsfrage nachgegangen werden:

*Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen in der sozialarbeiterischen Beratung: Welche Chancen können verpasst werden? Welche präventiven Massnahmen könnten ergriffen werden?*

In einem ersten Teil wird die Fragestellung anhand einer Literaturrecherche theoretisch erörtert. Dabei liegen die Schwerpunkte auf der somatoformen Schmerzstörung und den sozialen Absicherungssystemen der Schweiz. Anhand von Interviews mit zwei Betroffenen werden praktische Bezüge zu den theoretischen Ausführungen hergestellt. Basierend auf den Aussagen werden in der Folge Handlungsanleitungen für Sozialarbeitende entworfen. Dabei gilt es zu beachten, dass davon ausgegangen wird, dass die Soziale Arbeit nicht nur in den Sozialdiensten, sondern auch in den Sozialversicherungen und in betrieblichen Sozialdiensten tätig ist. Die Untersuchung dieses Gegenstandes hat einerseits zum Ziel, Sozialarbeiten-

de für die Thematik der somatoformen Schmerzstörung zu sensibilisieren, andererseits sollen konkrete Anleitungen zum Umgang mit dieser Krankheit ausgearbeitet werden.

## **2. Theoretischer Hintergrund**

In einem ersten Schritt soll die somatoforme Schmerzstörung definiert und erläutert werden. Dazu dienen unter anderem die Definitionen von ICD-10 und DSM-5. Damit die somatoforme Schmerzstörung von anderen Störungen abgegrenzt werden kann, werden in einem nächsten Schritt einige ausgewählte Störungsbilder ohne organische Befunde vorgestellt. Nach einer kurzen Abhandlung über die Epidemiologie soll erörtert werden, welche Faktoren eine somatoforme Schmerzstörung begünstigen. Gemäss Egloff weisen Personen mit einer somatoformen Schmerzstörung in der Regel „eine Anamnese mit hoher Stresserfahrung auf, die zu einer Vulnerabilität für somatoforme Schmerzen führte“. Diese Stresserfahrungen treten unter anderem bei Kindsmisshandlung, sozialer Ausgrenzung oder häuslicher Gewalt auf (Egloff, 2014, S. 27). Im Zusammenhang mit somatoformen Schmerzstörungen sind die psychosozialen Aspekte für die Soziale Arbeit von besonderem Interesse, weshalb in diesem Kapitel ausgewählte stressauslösende Lebensereignisse untersucht werden sollen. In der Folge werden Mechanismen der Aufrechterhaltung aufgezeigt, bevor näher auf die Folgeprobleme und die Therapieformen eingegangen wird. Die gezogenen Schlussfolgerungen bilden den Abschluss des zweiten Kapitels.

### **2.1 Definition somatoforme Schmerzstörung**

Morschitzky umschreibt somatoforme Störungen als chronifizierte körperliche Beschwerden, die sich nicht bzw. unzureichend durch einen organischen Befund erklären lassen. Die körperliche Funktionsfähigkeit ist dabei erheblich beeinträchtigt. Als gemeinsames Merkmal weisen alle somatoformen Störungen körperliche Symptome auf, die nicht durch organische oder psychische Schäden erklärbar sind (Morschitzky, 2007, S. 57), sich jedoch aus einer vorangegangenen organisch bedingten Schädigung entwickeln können (S. 189). Der Ausdruck „somatoform“ umschreibt den Umstand, dass die Beschwerden wie körperlich verursachte ausschauen, es nach dem aktuellen Kenntnisstand jedoch nicht sind (S. 57). Auch Bach, Bankier und Aigner definieren als Hauptmerkmal somatoformer Störungen „Schmerzen ohne ausreichende organmedizinische Erklärung“. Als Leitsymptom dieser Krankheit legen sie die funktionellen Schmerzzustände fest (Bach, Bankier & Aigner, 2001, S. 39). Die somatoformen Symptome alleine reichen laut Morschitzky jedoch nicht für eine Diagnosestellung aus. Ausschlaggebend ist „das damit verbundene erhebliche subjektive Leiden und die damit einhergehende Beeinträchtigung im beruflichen, sozialen oder familiären Bereich“

(Morschitzky, 2007, S. 58). Gemäss ICD-10 wird die somatoforme Störung als „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“ definiert. Laut Sendera und Sendera spricht man von chronischen Schmerzen, wenn diese länger als sechs Monate anhalten, ihre biologische Warnfunktion verloren haben und zur Krankheit selbst geworden sind. Sie stehen im Mittelpunkt des Interesses, wurden bereits mehrfach erfolglos therapiert und führen zu einer Einschränkung der Lebensqualität (Sendera & Sendera, 2015, S. 12). Aigner, Bankier und Bach ergänzen, dass die Ursachen bei chronischen Schmerzen oftmals unbekannt sind und eine ursächliche Therapie deshalb schwierig ist. Während der akute Schmerz über eine Warnfunktion verfügt, ist diese beim chronischen Schmerz meist nicht mehr vorhanden. Aus diesem Grund steht bei der Therapie chronischer Schmerzen nicht die Schmerzfreiheit im Zentrum, sondern „ein besserer Umgang mit den Schmerzen und die Förderung von Lebensqualität“ (Aigner, Bankier & Bach, 2001, S. 128).

Eine etwas andere Definition bietet das DSM-5: Anders als bei früheren DSM-Versionen, die die medizinisch unerklärten Symptome als absolut zentral eingestuft haben, definiert das DSM-5 die neue Hauptdiagnose „Somatische Belastungsstörung“ anhand der Existenz positiver Symptome (belastende körperliche Symptome sowie darauf bezogene abweichende Gedanken, Empfindungen und Handlungsweisen). Somit können somatische Belastungsstörungen „auch mit eindeutig diagnostizierten körperlichen Erkrankungen einhergehen“ (American Psychiatric Association, 2015, S. 422). Dieser Definition schliesst sich Kröner-Herwig an. So führt sie aus, dass dem chronischen Schmerz oftmals ein definierbares Ereignis wie ein Unfalltrauma, eine Entzündung oder eine Operation vorausgeht. Der akute Beginn wird dann schleichend zu einem chronischen Geschehen, wobei der Schmerz seinen „Anlass“ überdauert (Kröner-Herwig, 1996, S. 11). Die Ausprägung ist jedoch nicht proportional zur beklagten Schmerzintensität (S. 4). Heute wird davon ausgegangen, dass chronische Schmerzen nicht alleine durch das ursächliche Ereignis erklärbar sind, sondern mehrere miteinander interagierende zusätzliche Mechanismen zur Aufrechterhaltung oder Verstärkung des Schmerzgeschehens beitragen (S. 11). Dies bestätigt auch Walter, indem sie die Schmerzentstehung und -behandlung von einer biopsychosozialen Perspektive betrachtet. Dabei werden nebst biologischen und physiologischen Faktoren auch psychologische Aspekte wie Gefühle und Motivation sowie der sozio-kulturelle Kontext als Einflussfaktoren angenommen (Walter, 2001, S. 120). Zu den psychologischen Komponenten eines Schmerzleidens erwähnen beispielsweise Egle und Nickel Patientinnen und Patienten, die aufgrund eines Unfalls oder einer plötzlichen Krankheit zunächst unter körperlichen Schmerzen leiden, bevor sie aus psychischen Gründen an ihren Schmerzen festhalten. Da diese Schmerzen

das durch die Krankheit oder den Unfall gefährdete labile Selbstwertgefühl stabilisieren, erhalten sie unbewusst eine rein psychische Funktion (Egle & Nickel, 2000, S. 227).

Als zeitlichen Horizont zur Diagnosestellung muss gemäss Sendera und Sendera eine sechsmonatige Leidenszeit vorliegen (vgl. Seite 3f). Gemäss Kröner-Herwig spricht man dann von chronischem Schmerz, wenn er über die zu erwartende Zeitspanne hinweg andauert. Da diese diffuse Kennzeichnung schwierig umsetzbar ist, werden in der Praxis oft zeitliche Kriterien verwendet. Dabei legen viele Schmerzforschende eine Dauer von mindestens sechs Monaten fest. Unter dem Begriff „chronisch“ werden sowohl anhaltende als auch rezidivierende Schmerzen subsumiert (Kröner-Herwig, 1996, S. 4). Maly fasst sechs Kriterien zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung zusammen:

1. Die beklagten Schmerzen sind anhaltend, schwer und quälend und können nicht oder unvollständig durch physiologische Prozesse oder Störungen erklärt werden.
2. Die somatoforme Schmerzstörung äussert sich in mannigfaltigen körperlichen Beschwerden, die nicht durch eine bekannte organische Erkrankung erklärbar sind.
3. Die medizinische Vorgeschichte ist meist kompliziert und beinhaltet diverse körperliche Diagnosen sowie eine Vielzahl von behandelnden Ärztinnen und Ärzten.
4. Der Schmerz tritt verbunden mit schwerwiegenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, die als entscheidende ursächliche Einflüsse gelten können.
5. Die Schmerzsymptomatik bringt eine erhebliche persönliche Fürsorge oder medizinische Betreuung mit sich.
6. Damit die Diagnose „Somatoforme Schmerzstörung“ gestellt werden kann, müssen die Beschwerden über mindestens sechs Monate bestehen (Maly, 2001, S. 69f).

Maly führt weiter aus, dass eine umfassende psychologische und medizinische Begutachtung eines Menschen mit somatoformen Schmerzen erst sehr spät, nach langjähriger Krankengeschichte, stattfindet. Bis zu solch einer Begutachtung durchlaufen chronisch Schmerzranke für gewöhnlich folgende Stadien:

1. Eine im Durchschnitt zehn Jahre dauernde Schmerzsymptomatik.
2. Mehrere Überweisungen zu verschiedenen Fachdisziplinen.
3. Abermalige Untersuchungen ohne körperbezogenen Befund.
4. Zahlreiche fach- und alternativmedizinische Behandlungen ohne Beschwerdebesse-  
rung.
5. Sozialversicherungsanträge und -abweisungen.
6. „Einbringung von Klagen und Berufungen im Rentenverfahren“ (S. 66).

### 2.1.1 Abgrenzung zu anderen Störungsbildern

Damit eine klare Abgrenzung zu anderen Störungsbildern ohne körperlichen Befund gewährleistet werden kann, soll zunächst eine nähere Umschreibung einiger Unterkategorien der somatoformen Störungen nach ICD-10 vorgenommen werden. Dadurch soll besser ersichtlich werden, welche Störungsbilder unter dieser Diagnose genau subsumiert werden. Aus Platzgründen werden die Unterkategorien des DSM-5 nicht berücksichtigt.

ICD-10 unterteilt die somatoformen Störungen (F45) in sieben Kategorien: Somatisierungsstörung (F45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1), hypochondrische Störung (F45.2), somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3), anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), sonstige somatoforme Störungen (F45.8) und somatoforme Störungen, nicht näher bezeichnet (F45.9) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015).

Eine **Somatisierungsstörung (F45.0)** kann gemäss Henningsen et al. diagnostiziert werden, wenn seit mindestens zwei Jahren „anhaltende multiple, häufig wechselnde körperliche Symptome in unterschiedlichen Organbereichen“ bestehen, die somatisch nicht ausreichend erklärt werden können. Von Seiten der Patientinnen und Patienten zeigt sich eine hartnäckige Weigerung, die Zusicherung mehrerer Ärztinnen und Ärzte anzunehmen, dass die Symptome nicht körperlich erklärbar sind. Durch die Art, wie die Symptome präsentiert werden und das daraus hervorgehende Verhalten entsteht eine gewisse Beeinträchtigung von familiären und sozialen Funktionen (Henningsen et al., 2002, S. 17).

Die **undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)** zeichnet sich im Unterschied zum Vollbild der somatoformen Störung primär durch eine kleinere Anzahl somatoformer Symptome aus. Dieses Krankheitsbild ist sehr verbreitet und deshalb in der medizinischen Versorgung entsprechend relevant (S. 92). Sie zeigt deutliche Überschneidungen zur somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3) und der Hypochondrischen Störung (F45.2), weshalb sie differenzialdiagnostisch schwer abzugrenzen ist (S. 93).

Um eine **hypochondrische Störung (F45.2)** zu diagnostizieren, muss eine mindestens sechs Monate anhaltende Überzeugung von der Existenz mindestens einer gravierenden körperlichen Erkrankung als Ursache der vorhandenen Symptome bestehen, „auch wenn wiederholte Untersuchungen keine ausreichende körperliche Erklärung erbracht haben“. Ein weiteres Kriterium liegt auch hier in der ständigen Weigerung, die Zusicherung mehrerer Ärztinnen und Ärzte anzunehmen, dass die Symptome nicht körperlich erklärbar sind. Die Störung wirkt sich im Alltag aus, verursacht Leiden und führt zur Inanspruchnahme medizinischer Konsultationen (S. 115f).

Der **somatoformen autonomen Funktionsstörung (F45.3)** liegt die Annahme zugrunde, dass das autonome Nervensystem an der Entstehung der Beschwerden beteiligt ist (S. 135). Gemäss Keel basieren die Beschwerden meist auf aktuellen Belastungen wie Konflikte oder Angst und treten dementsprechend nur vorübergehend auf. Liegen ihnen dagegen unlösbare Konflikte zugrunde, ist auch eine Chronifizierung denkbar (Keel, 2015, S. 87).

Bei der **anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4)** zeigt sich gemäss Henningsen et al. ein beständiger, heftiger und quälender Schmerz, der nicht vollständig durch physiologische Prozesse oder körperliche Störungen erklärbar ist. Die Beschwerden treten in Begleitung von schwerwiegenden emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf, die als ursächlich für die Beschwerdeentstehung angesehen werden können. Sie dürfen jedoch nicht durch eine ebenfalls vorhandene affektive Störung oder psychotische Erkrankung ausgelöst worden sein. Um die Diagnose zu stellen, muss die Symptomatik seit mindestens sechs Monaten bestehen und an den meisten Tagen spürbar sein. Auch hier ist die Folge ein wiederholtes Aufsuchen medizinischer Unterstützung (Henningsen et al., 2002, S. 160).

Unter den **sonstigen somatoformen Störungen (F45.8)** werden gemäss ICD-10 „alle anderen Störungen der Wahrnehmung, der Körperfunktion und des Krankheitsverhaltens klassifiziert“, die auf spezifische Körperteile oder -bereiche begrenzt sind. Sie sind eng mit belastenden Ereignissen verbunden und werden nicht durch das vegetative Nervensystem vermittelt (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015).

Basierend auf den Ausführungen zu den Unterformen der somatoformen Schmerzstörung nach ICD-10 sollen in der Folge einige weitere Störungsbilder erläutert werden, die nur ungenügend durch körperliche Befunde erklärt werden können. Ausgewählt wurden Kopfschmerzen vom Spannungstyp (G44.2) und Fibromyalgie (M79.7), weil diese Störungsbilder ebenfalls durch körperliche Schmerzen unklarer Ursache charakterisiert sind. Das chronische Müdigkeitssyndrom (G93.3) und die dissoziative Störung (F44) veräussern sich in psychischen und körperlichen Symptomen, deren Ursache ebenfalls nicht geklärt ist. Der neuropathische Schmerz wurde ausgewählt, weil seine Chronifizierung trotz bekannter Ursache unerklärbar ist.

#### **2.1.1.1 Kopfschmerzen vom Spannungstyp**

Gemäss Sendera und Sendera ist der Kopfschmerz vom Spannungstyp die verbreitetste Kopfschmerzform. Er kann sowohl episodisch als auch chronisch auftreten (Sendera & Sendera, 2015, S. 65). Der Schmerz lässt sich als leicht bis mässig, dumpf, drückend oder brennend, aber nicht pulsierend und im ganzen Kopf lokalisierbar charakterisieren. Er dauert

mindestens 30 Minuten, kann aber auch mehrere Tage anhalten. Die Auslöse- und Wirkmechanismen sind nicht geklärt. Bei Patientinnen und Patienten mit Kopfschmerz vom Spannungstyp findet man häufig Schulter- und Nackenschmerzen, die durch eine erhöhte Muskelanspannung hervorgerufen werden. Ausgelöst werden diese Anspannungen durch psychische Belastungen oder körperliche Fehlbelastungen (S. 66). Gemäss Limbrecht-Ecklundt, Bischoff und Traue spielt nebst der dysfunktionalen Muskelaktivität auch die Sensibilisierung für Schmerzreize eine Rolle. Therapeutisch wird – ähnlich wie bei den somatoformen Schmerzstörungen – mit kurzfristiger Schmerzmittelgabe, Entspannungstraining und Verhaltenstherapie gearbeitet. Bei chronischen Spannungskopfschmerzen wird die kognitiv-behaviorale Therapie in Kombination mit Antidepressiva angewandt (Limbrecht-Ecklundt, Bischoff & Traue, 2017, S. 471f).

### 2.1.1.2 Fibromyalgie

Gemäss Sendera und Sendera besteht das Hauptsymptom der Fibromyalgie in chronischen muskuloskelettalen Schmerzen, welche mit typischen druckschmerzhaften Punkten in mehreren Körperregionen (sogenannter chronic widespread pain, CWP) einhergehen. Sie treten mindesten drei Monate lang auf. Typischerweise werden die Schmerzen durch Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Erschöpfung, Gedächtnis- und Konzentrationsschwierigkeiten, affektive Störungen, Morgensteifigkeit, Schwellungsgefühl im Gesicht und an den Händen, Verdauungs- und Miktionsbeschwerden sowie viszerale Störungen begleitet, wobei Häufigkeit und Ausprägung sehr unterschiedlich sein können. Eine Fibromyalgie wird anhand der typischen CWP-Beschwerden einhergehend mit den beschriebenen Begleitsymptomen gestellt. Durch welche Mechanismen die Fibromyalgie entsteht, ist gegenwärtig unklar und Gegenstand der Forschung. Als Risikofaktoren sind eine positive Familienanamnese, affektive Störungen, frühkindliche Traumata sowie arbeitsplatzbezogener Stress bekannt (Sendera & Sendera, 2015, S. 88f). Laut Morschitzky gelten das Geschlecht (Frauen sind eher betroffen), das Alter (gehäuft ab dem 45. Lebensjahr) und körperliche Faktoren wie rheumatische Erkrankungen oder Schleudertrauma als weitere Risikofaktoren. Auch traumatische Erlebnisse im Sinne von körperlicher und sexueller Gewalt sowie Verlusterfahrungen (Tod nahestehender Menschen) oder psychische Erkrankungen können das Risiko einer Fibromyalgie erhöhen (Morschitzky, 2007, S. 165). Bei der Chronifizierung einer Fibromyalgie spielt das Schmerzverhalten laut Thieme und Gracely eine entscheidende Rolle. So wird bei Fibromyalgiepatientinnen und -patienten häufig ein unangemessenes Aktivitätsniveau, ein übermässiger Medikamentenkonsum (insbesondere von Opioiden), eine gesteigerte Anzahl an medizinischen Behandlungen und ein Vermeidungsverhalten in unterschiedlichen Lebensbereichen festgestellt (Thieme & Gracely, 2017, S. 613).

### 2.1.1.3 Neuropathischer Schmerz

Neuropathische Schmerzen (Nervenschmerzen) basieren gemäss Frettlöh, Schwarzer und Maier auf einer Erkrankung oder Verletzung des schmerzauslösenden oder -leitenden Systems. Die neuropathischen Schmerzen beruhen somit auf einem pathologischen Mechanismus (Frettlöh, Schwarzer & Maier, 2017, S. 556). Gemäss Binder, Tomforde und Baron verändern sich die betroffenen Nervenzellen durch mechanische, toxische oder entzündliche Einwirkungen. Die Veränderungen können im Laufe der Zeit irreversibel werden und trotz Gewebeheilung fortbestehen, was eine Schmerzchronifizierung zur Folge hat (Binder, Tomforde & Baron, 2014, S. 1). Die Symptome sind gemäss Frettlöh et al. ungewöhnlich, oftmals beängstigend und für Patientinnen und Patienten schwer nachvollziehbar. Dazu kommen typischerweise unangenehme und gelegentlich quälende Missempfindungen wie Ameisenlaufen oder das Gefühl „wie im Schraubstock eingezwängt zu sein“ (Frettlöh et al., 2017, S. 558). Ein neuropathischer Schmerz darf nur diagnostiziert werden, wenn eine Neuropathie „durch entsprechende neurologische und/oder bildgebende Verfahren nachweisbar ist oder war“ (S. 556).

### 2.1.1.4 Chronisches Müdigkeitssyndrom

Das chronische Müdigkeitssyndrom ist laut Sendera und Sendera „eine schwere, langandauernde (über sechs Monate) Erschöpfung ohne organische Ursache“. Dabei ist keine Überbelastung nachweisbar und kann auch nicht durch eine andere Erkrankung erklärt werden. Die Leistungsfähigkeit ist deutlich reduziert und kann auch durch Bettruhe nicht verbessert werden. Die bisherigen Aktivitäten im Berufs- und Privatleben müssen plötzlich für eine lange Zeit unterbrochen, wenn nicht ganz beendet werden, was meist eine erhebliche Beeinträchtigung der sozialen Kontakte mit sich bringt. Die exakte Diagnosestellung ist aufgrund der hohen Komorbidität mit psychiatrischen Erkrankungen erschwert (Sendera & Sendera, 2015, S. 141).

### 2.1.1.5 Dissoziative Störungen/Konversionsstörungen

Als allgemeine Kennzeichen der dissoziativen Störung gelten gemäss ICD-10 ein teilweiser oder vollständiger Verlust des Identitätsbewusstseins und der unmittelbaren Empfindungswahrnehmung. Zudem gelingt es Patientinnen und Patienten nicht mehr, ihre Erinnerung an die Vergangenheit einzuordnen und ihre Körperbewegungen zu kontrollieren. Durch körperliche Untersuchungen und Befragungen können bekannte somatische und neurologische Krankheiten ausgeschlossen werden, es kann jedoch eine Korrelation mit psychischen Be-

lastungen bestehen. Tritt die dissoziative Störung aufgrund eines traumatisierenden Lebensereignisses auf, bildet sie sich in der Regel innert Wochen oder Monaten zurück. Liegen der Störung jedoch unlösbare Probleme oder interpersonale Schwierigkeiten zugrunde, tritt eher ein chronischer Verlauf im Sinne von Lähmungen und Gefühlsstörungen auf. Der Funktionsverlust drückt offensichtlich emotionale Konflikte oder Bedürfnisse aus (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2015).

## 2.2 Epidemiologie

Die Untersuchung zur Verbreitung somatoformer Schmerzstörungen zeigt, dass sich die Prävalenz je nach Diagnosekriterien stark unterscheidet. So wird die Prävalenz somatischer Belastungsstörungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung gemäss DSM-5 auf 5% bis 7% geschätzt (American Psychiatric Association, 2015, S. 426). Eine repräsentative Studie von Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling und John ergab eine Prävalenz von 12.9%. Hierbei wurden 4.075 Personen deutscher Staatsangehörigkeit im Alter von 18- bis 64jährig befragt. Die Klassifikation wurde anhand des DSM-IV vorgenommen (Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & John, 2000, S. 535f). In einer von Fink, Sörensen, Engberg, Holm und Munk-Jørgensen durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass 22.3% der Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis eine somatoforme Störung nach ICD-10 aufweisen (Fink, Sörensen, Engberg, Holm & Munk-Jørgensen, 1999, S. 330). Dies bestätigen Henningsen et al. durch die Aussage, dass in der Hausarztpraxis mindestens 20% der Patientinnen und Patienten an somatoformen Störungen leiden, auf stationären Abteilungen gar bis zu 40% (Henningsen et al., 2002, S. 3). Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen und Gallacher befragten anhand einer Telefonumfrage 46'394 Personen in 15 europäischen Ländern und Israel zu chronischen Schmerzen. Dabei zeigte sich, dass 19% der erwachsenen Bevölkerung unter moderaten bis schweren chronischen Schmerzen leidet. Aus dieser umfangreichen Befragung sind die Untersuchenden überzeugt, dass durchschnittlich jede fünfte erwachsene Person im europäischen Raum an chronischen Schmerzen leidet, wobei zwei Drittel der Fälle moderat und ein Drittel schwerwiegend verläuft (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006, S. 309).

Gemäss Morschitzky findet sich alterstechnisch eine Häufung zwischen 15- und 25jährig sowie zwischen 45- und 55jährig. Frauen sind häufiger von somatoformen Störungen betroffen (Morschitzky, 2007, S. 207). Im Gegensatz zu Morschitzky fanden Fink et al. kein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern (S. 336). Laut Morschitzky finden sich somatoforme Störungen häufiger bei Menschen aus unteren sozialen Schichten und mit tiefem Bildungsniveau (Morschitzky, 2007, S. 207). Auch Fink et al. fanden heraus, dass an somatoformen Störungen erkrankte Menschen tieferen sozialen Schichten angehören und

schlechter ausgebildet sind. Zudem beziehen sie eher eine Rente, leben eher von Sozialhilfe oder Krankentaggeld und sind eher arbeitslos als Menschen ohne die Diagnose einer somatoformen Störung (Fink et al, 1999, S. 332). Meyer et al. stellten im Umkehrschluss fest, dass sich bei besser gebildeten Menschen mit höherem Einkommen, bei verheirateten Personen sowie in ländlichen Gebieten lebenden Menschen ein Trend zu geringerer psychiatrischer Morbidität und somit auch geringerer Wahrscheinlichkeit für eine somatoforme Schmerzstörung abzeichnet (Meyer et al., 2000, S. 535f). Das DSM-5 sieht ebenfalls einen Zusammenhang zwischen chronischen somatischen Symptomen und demografischen Variablen – so sind Frauen, ältere Menschen, Menschen mit tiefem Bildungsstand, Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status sowie Arbeitslose eher gefährdet, an einer somatoformen Störung zu erkranken. Als weitere Risikofaktoren nennt das DSM-5 sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte, belastende Erfahrungen in der Kindheit, allgemeine soziale Belastungen sowie verstärkende Faktoren wie ein sekundärer Krankheitsgewinn. Der klinische Verlauf wird durch kognitive Faktoren wie die Schmerzsensibilisierung, vermehrte Aufmerksamkeit bezüglich körperlichen Empfindungen und die individuelle Bewertung körperlicher Symptome beeinflusst (American Psychiatric Association, 2015, S. 427).

Auf die vom DSM-5 genannten sowie weitere Risikofaktoren soll im Folgenden näher eingegangen werden.

### 2.3 Auslösende Faktoren

In diesem Kapitel soll genauer erörtert werden, welche Faktoren die Entstehung einer somatoformen Schmerzstörung begünstigen. Einige der im Kapitel 2.2 genannten Faktoren sollen deshalb näher beleuchtet werden. Bisher nicht genannte, aber momentan sehr aktuelle Problematiken scheinen Kriegserlebnisse, Flucht und Migration darzustellen. Auch auf diese Faktoren soll nach einer allgemeinen Übersicht spezifischer eingegangen werden.

Henningsen et al. nennen individuelle, interaktionelle und soziokulturelle Faktoren, die die Entwicklung somatoformer Störungen begünstigen. Die *individuellen Faktoren* umfassen körperliche und sexuelle Missbrauchserfahrungen, somatoforme Symptome innerhalb der Familie, Bindungsstörungen sowie Alexithymie. Unter Alexithymie wird die Unfähigkeit, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu beschreiben, verstanden. Durch diese Unfähigkeit steigt die Wahrscheinlichkeit einer Fehlinterpretation von körperlich-emotionalen Spannungszuständen als vom Körper verursachte Beschwerden. Unter *interpersonellen Faktoren* wird das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte subsumiert, welches durch Überdiagnostik und -therapie von Bagatellbefunden zur Entwicklung und Erhaltung somatoformer Störungen beitragen kann. Als *soziokulturellen Faktor* benennen sie den „Kampf um Legitimität“ von medizinisch

unklaren und damit nicht legitimierten Beschwerden, der die Betroffenen dazu veranlasst, ihre Beschwerden zusätzlich zu betonen (Henningssen et al., 2002, S. 83). Morschitzky benennt sowohl *prädisponierende* als auch *auslösende* Faktoren, die eine somatoforme Schmerzstörung begünstigen. Unter *prädisponierenden Faktoren* subsumiert er bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Selbstwertmangel oder übermässiger Leistungsanspruch, aber auch gewisse psychosoziale Bedingungen wie körperliche oder sexuelle Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, Verlust wichtiger Bezugspersonen, Folter- oder Kriegserfahrung. Als *auslösende Faktoren* benennt er physische, psychische oder soziale Belastungsfaktoren. So steht zu Beginn einer Schmerzerkrankung oftmals ein lebensveränderndes Ereignis wie eine Trennung oder eine Migration mit der damit einhergehenden Veränderung des gewohnten Umfeldes. Des Weiteren werden akute Traumatisierungen, chronische Belastungen und psychosoziale Konflikte in partnerschaftlichen oder familiären Beziehungen sowie am Arbeitsplatz genannt (Morschitzky, 2007, S. 253f). Das OECD stellte eine positive Korrelation zwischen Somatisierungsstörungen und „sozialen Problemen, einer starken Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Leistungen und geringer Inanspruchnahme von psychologischer Behandlung“ fest (OECD, 2014, S. 59).

Gemäss DSM-5 können verschiedene Faktoren zur Entwicklung einer somatischen Belastungsstörung beitragen. Nebst genetischen oder biologischen Vulnerabilitäten werden unter anderem kulturelle und soziale Normen genannt. Auch frühe Traumatisierungen wie Gewalt oder Missbrauch sowie Modelllernerfahrungen (z. B. erhöhte Aufmerksamkeit aufgrund einer Erkrankung) begünstigen eine somatische Belastungsstörung. Des Weiteren beeinflussen interkulturelle Unterschiede die Art und Weise, wie sich Körperbeschwerden präsentieren und wie der Umgang mit ihnen aussieht (American Psychiatric Association, 2015, S. 423).

### 2.3.1 Traumafolge

Laut Egloff, Hirschi und von Känel leiden bis zu 80% der Patientinnen und Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) an unerklärlichen chronischen Schmerzen. So leiden viele durch Krieg, Unfall, sexuellen Missbrauch oder Folter traumatisierte Menschen sowohl an PTBS als auch an chronischen Schmerzen. Studienergebnisse über Kriegsveteranen mit PTBS zeigen Komorbiditätsraten mit chronischen Schmerzen von 66% bis 88%. Zur Erklärung der chronischen Schmerzen beziehen sich Egloff et al. unter anderem auf das Imprinting, welches eine äusserst langlebige und robuste Form der Erhaltung von Erfahrungen darstellt. Dabei werden Schmerzerfahrungen von traumatisierten Menschen typischerweise durch Stimuli reaktiviert, welche assoziativ mit der traumatischen Erfahrung verbunden sind (Egloff, Hirschi & von Känel, 2013, S. 765ff). Die von Egloff et al. genannten Studienergebnisse mit Kriegsveteranen lassen sich durch Poundja, Fikretoglu und Brunet

bestätigen. Sie führten eine Studie mit männlichen Kriegsveteranen durch, die an einer PTBS leiden. Dabei stellten sie fest, dass 87% der Befragten signifikante Schmerzen angaben. Daraus kann gefolgert werden, dass ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen PTBS und chronischen Schmerzen besteht (Poundja, Fikretoglu & Brunet, 2006, S. 749f). Ähnliche Ergebnisse weisen Shipherd et al. auf. Sie fanden heraus, dass 66% der befragten Teilnehmenden eines PTBS-Programms unter chronischen Schmerzen leiden. Sie erklären die Ergebnisse unter anderem anhand des „shared vulnerability models“. Dieses besagt, dass PTBS und chronische Schmerzen auf der Grundlage verschiedener kognitiver, affektiver, physiologischer und Verhaltensmerkmale verbunden sind, die beiden Störungen zugrunde liegen (Shipherd et al., 2007, S. 160).

### 2.3.1.1 Missbrauch

Arnd-Caddigan weist darauf hin, dass viele Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen Missbrauchserfahrungen gemacht haben. Unter anderem stützt sie sich bei dieser Aussage auf eine Studie von Walker et al. (1993), welche besagt, dass ein an einem beliebigen Punkt der Lebensdauer auftretender Missbrauch signifikant mit einer somatoformen Störung korreliert. So lagen die prozentualen Anteile bei Männern und Frauen mit somatoformen Störungen in dieser Studie bei 37% bezüglich sexuellem Missbrauch in der Kindheit, bei 44% bezüglich körperlichem Missbrauch in der Kindheit und bei 53% bezüglich psychischem Missbrauch in der Kindheit (zitiert nach Arnd-Caddigan, 2006, S. 24). Andere Forschende kommen zu ähnlichen Resultaten. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass ungefähr die Hälfte der Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung in der Kindheit missbraucht wurde, sei es sexuell, physisch oder psychisch (Arnd-Caddigan, 2006, S. 21ff). Eine Korrelation zwischen frühen Missbrauchserlebnissen und chronischen Schmerzen konnten auch Leisner et al. feststellen. So ist die Schmerzausbreitung bei Patientinnen und Patienten mit Missbrauchserfahrungen signifikant höher. Diesem Befund entsprechend klagten Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen häufiger über schmerzhafte Körperareale als nicht missbrauchte Frauen. Somit kann davon ausgegangen werden, dass frühe Missbrauchserfahrungen ein Risikofaktor für die Entwicklung chronischer Schmerzen darstellt (Leisner et al., 2014, S. 604).

Wuest et al. untersuchten chronische Schmerzen bei Frauen, die sich im Durchschnitt 20 Monate zuvor von ihren missbräuchlichen Partnern getrennt hatten. Dabei stellten sie fest, dass mehr als ein Drittel der Befragten unter invalidisierenden Schmerzen leidet, während lediglich 5.5% dieser Frauen schmerzfrei sind. Chronischer Schmerz ist eine von vielen langfristigen gesundheitlichen Konsequenzen der häuslichen Gewalt, welche ein Muster physischer, sexueller und/oder emotionaler Gewalt durch eine intime Partnerin oder einen intimen

Partner im Kontext der Zwangskontrolle darstellt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass ein Zusammenhang zwischen Missbrauch und chronischen Schmerzen besteht. Hochgradige invalidisierende Schmerzen konnten mit schwerer häuslicher Gewalt sowie Kindesmissbrauch und sexuellen Übergriffen im Erwachsenenalter in Verbindung gebracht werden. Der Zusammenhang zwischen missbrauchsverbundenen Verletzungen und hochinvalidisierenden Schmerzen unterstützt frühere Befunde, dass häusliche Gewalt das Vorliegen chronischer Schmerzen erhöht. Unzureichend behandelte akute Schmerzen können gerade im Zusammenhang mit anderen Stressoren zu chronisch entzündlichen Schmerzen führen. Weil bei Verletzungen aufgrund von häuslicher Gewalt weniger als 50% der Frauen ärztliche Versorgung aufsuchen, sind missbrauchte Frauen einem erhöhten Risiko für chronische Schmerzen ausgesetzt. Dadurch, dass häusliche Gewalt typischerweise mit einem wiederholten Trauma einhergeht, erleiden Frauen oftmals weitere Verletzungen, bevor vorhergehende Verletzungen und der emotionale Stress abheilen, was ihre Anfälligkeit weiter erhöht (Wuest et al., 2008, S. 1049ff). Eine positive Korrelation zwischen chronischen Schmerzen und Missbrauchserlebnissen fanden auch Nicol et al. In ihrer Umfrage wiesen 15% der Befragten mit Fibromyalgie einen Missbrauch auf. Im Vergleich zu denjenigen Patientinnen und Patienten, die keinen Missbrauch erlebt haben, wiesen Missbrauchsoffer ausgeprägtere Angst und Depression sowie eine erhöhte Schmerzschwelle auf. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzsyndromen tendenziell eher weiblich sind, eher eine veränderte Sinnes- und Schmerzverarbeitung aufweisen und eher eine Familiengeschichte mit chronischen Schmerzen und/oder psychiatrischen Erkrankungen zeigen (Nicol et al., 2016, S. 1335ff). Gemäss Sack und Matthes werden traumatische Erlebnisse im „Körpergedächtnis“ gespeichert. Dies hat zur Folge, dass der psychische Schmerz in Form von chronischen körperlichen Schmerzen auftritt. Somatoforme Beschwerden treten bei Patientinnen und Patienten, die in ihrer Kindheit Traumatisches erlebt haben, besonders häufig und ausgeprägt auf. Durch die Aufarbeitung dieser ursächlichen Traumatisierungen können sich die Beschwerden bessern oder gar gänzlich zurückbilden (Sack & Matthes, 2013, S. 486).

### 2.3.2 Migration

Migration macht gemäss Hoffmann-Richter nicht per se krank und stellt auch keinen spezifischen Faktor bei der Entstehung psychischer Störungen dar. Allerdings gibt es einige Gegebenheiten, die dazu führen, dass Menschen mit Migrationshintergrund in bestimmten Lebensabschnitten vulnerabler für psychische Erkrankungen sind, häufiger schwere Lebensereignisse durchleben und öfter schweren Dauerbelastungen ausgesetzt sind. Da eingewanderte Personen also grundsätzlich öfter unter akuten Stresssituationen und häufigem Dauerstress zu leiden haben, ist ihre Vulnerabilität für psychische Erkrankungen höher, weshalb

sie häufiger an psychischen Störungen leiden als Nicht-Migrierte. Verstärkt wird diese Vulnerabilität noch durch mangelnde Copingstrategien sowie ein fehlendes stabiles Netz der sozialen Integration und Unterstützung (Hoffmann-Richter, 2002, S. 70). Weil die IV-Neuberentungen bei Eingewanderten aus Hochlohnländern wie Deutschland oder Skandinavien deutlich tiefer liegen als diejenigen bei Menschen aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei, geht die OECD davon aus, dass nicht der Migrationsstatus per se, sondern andere Faktoren wie eine fehlende Bildung und die daraus resultierenden Folgen (geringe Sprachkenntnisse, harte körperliche Arbeit, tiefes Gehalt und schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt) für reaktive psychische Erkrankungen (und darin enthalten auch somatoforme Störungen) verantwortlich sind. Des Weiteren ist es möglich, dass Migrierte aus sozial benachteiligten Gegenden anfälliger für psychische Gesundheitsprobleme sind (OECD, 2014, S. 60f). Auch Maier vertritt die Meinung, dass männliche Migranten mit somatoformen Schmerzstörungen typischerweise aus „sozioökonomisch unterentwickelten, ländlichen Gegenden mit archaischer Gesellschaftsstruktur“ stammen und in ärmlichen Verhältnissen aufwachsen. In der Regel absolvierten weder die Patienten noch deren Eltern eine Berufsausbildung, da sie bereits in der Kindheit als Arbeitskräfte eingesetzt werden. Dadurch lernen sie schon in jungen Jahren harte körperliche Arbeit kennen. Nebst der Arbeit wird der Körper auch zur Selbstbehauptung und als Abwehrinstrument eingesetzt. Ist der Körper intakt und funktionsfähig, erleben sich diese Männer als stark und gesund, ist er in seiner Funktion (auch nur geringfügig) eingeschränkt, fühlen sie sich in ihrer Existenz bedroht (Maier, 2016, S. 63f). Scheiden sie aufgrund körperlicher Einbussen gar aus dem Arbeitsprozess aus, bricht sowohl ihre innerpsychische, als auch ihre psychosoziale Abwehr zusammen. Ihr Ansehen als operierendes Familienoberhaupt, als potente Arbeitskraft und als Geldgeber für die Familie im Herkunftsland ist gefährdet. Kämpfen diese Menschen im medizinischen und im Versicherungssystem um Anerkennung, steht nicht primär das Geld, sondern die Erhaltung ihres Ansehens im Vordergrund. Dieses können sie durch die Anerkennung als Invalider aufrechterhalten, da sie ihre Gesundheit zugunsten der Arbeit geopfert haben. Denselben Effekt bringt auch die Position als „klinisches Rätsel“ mit sich. Patient sein, in hochtechnisierten Kliniken untersucht werden, renommierte Spezialistinnen oder Spezialisten konsultieren und neue Therapieverfahren erproben kann ebenfalls eine gewisse Anerkennung mit sich bringen (S. 70f). Diese Anerkennung, welche Migrierte als Patientinnen oder Patienten erhalten, spricht auch Saller an. Sie vermutet, dass Eingewanderte durch die Erkrankung ihren Platz in der gegebenen Gesellschaft finden, nachdem die Integrationsbemühungen erfolglos waren (Saller, 2008, S. 148). Als weiteren Grund für die Häufigkeit von somatoformen Schmerzstörungen nennt sie psychosoziale Schwierigkeiten bis hin zur Depression bei Patientinnen und Patienten, die das Verlassen ihrer Heimat nicht verkräftet haben. Auf medizinischer Seite können Vorurteile gegenüber Mittelmeerkulturen als besonders wehleidige

Patientinnen und Patienten auftreten. Viele Ärztinnen und Ärzte lassen kulturelle Zusammenhänge ausser Acht, schätzen eingeklagte Schmerzen als simuliert ein und kategorisieren Schmerzsyndrome verächtlich als beispielsweise „Morbus Istanbul“. Dieses Verhalten führt dazu, dass sich Patientinnen und Patienten unverstanden fühlen, von einer medizinischen Institution zur nächsten pilgern und zu Renten- oder Sozialhilfebeziehenden werden (S. 135). Die Art und Weise, wie Migrierte ihren Schmerz erleben und ausdrücken, wird auch durch Sendera und Sendera thematisiert. Exemplarisch benennen sie das „Mittelmeer-Syndrom“, welchem die Annahme zugrunde liegt, dass Frauen aus dem Mittelmeerraum besonders schmerzempfindlich sind. Sie drücken ihre Beschwerden sehr expressiv, demonstrativ und klagend aus, die Symptompräsentation bleibt allerdings eher diffus. Dieses Verhalten verführt auf medizinischer Seite zur Zuschreibung erhöhter Somatisierungstendenz (Sendera & Sendera, 2015, S. 28). Escobar und Gureje stellten anhand von Symptomlisten einen internationalen Vergleich her, der aufzeigt, dass Unterschiede nicht in der Prävalenz, sondern in der Ausgestaltung somatoformer Störungen zu finden sind. Sie kommen zum Ergebnis, dass somatoformen Symptomen in manchen Kulturen eine stärkere symbolische Bedeutung zugeschrieben wird als in anderen, was sie zum Schluss führt, dass der symbolische Sinngehalt somatoformer Symptome bisher unzureichend erforscht ist (Escobar & Gureje, 2007, S. 841ff).

## 2.4 Aufrechterhaltende Faktoren

Ein eingetretenes Schmerzsyndrom kann gemäss Morschitzky unter anderem durch permanente Belastungen, Schonverhalten und einen sekundären Krankheitsgewinn aufrechterhalten werden (Morschitzky, 2007, S. 254). Der sekundäre Krankheitsgewinn umschreibt die positiven Folgen einer Erkrankung. Die Betroffenen erhalten dadurch u. a. Mitleid und Zuwendung, werden entlastet und geschont. Die Reaktion der Umwelt trägt somit ungewollt zur Aufrechterhaltung der Symptome bei (S. 268). Einen ungünstigen Krankheitsverlauf zeigen Menschen, die einen entscheidenden Wunsch nach einer Rente haben. Sie weisen schlechtere Behandlungsergebnisse und eine grössere Therapieresistenz auf als andere Patientinnen und Patienten mit somatoformen Störungen. Da viele dieser Patientinnen und Patienten schlechte Chancen auf dem Arbeitsmarkt haben, sehen sie in der Berentung die grösste Möglichkeit, allgemeine und berufsbezogene Probleme zu bewältigen (S. 224).

Abgesehen vom Verhalten der Erkrankten und ihren jeweiligen Umfeldern ist aber auch das Verhalten der Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung von ausschlaggebender Bedeutung. Morschitzky führt aus, dass die Art und Weise, wie eine somatoforme Störung verläuft, sehr wesentlich von den Handlungsweisen der Behandelnden abhängt. Wird beispielsweise lediglich ein einseitig organmedizinisches Erklärungsmodell verwendet, fixieren sich die Pati-

entinnen und Patienten auf dieses Erklärungsmodell (Morschitzky, 2007, S. 59). Dass der Schmerz teilweise oder vollständig aufgrund psychischer Ursachen auftritt, wird – wenn überhaupt – erst nach wiederholter somatischer Ausschlussdiagnostik erkannt. Dies hat nebst hohen Gesundheitskosten auch eine Chronifizierung bei den Patientinnen und Patienten zur Folge (Egle & Nickel, 2000, S. 226). Keel führt aus, dass unbedeutende körperliche Befunde von Ärztinnen und Ärzten überbewertet werden, was bei Patientinnen und Patienten zur Verunsicherung führt. Dies ist in besonderem Masse bei Rückenschmerzen zu beobachten, indem gewöhnliche Abnützungserscheinungen als Ursache für die Beschwerden diagnostiziert werden. Die Folge ist eine „reine Symptombekämpfung mit schmerzstillenden oder entspannenden Medikamenten sowie allenfalls Physiotherapie“ (Keel, 2015, S. 80). Bleibt die Ursachenklärung erfolglos, kommt es laut Kröner-Herwig zu Frustration und Hilflosigkeit auf Seiten der behandelnden Fachpersonen. Dies kann soweit führen, dass die Patientinnen und Patienten durch ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgegeben und an andere medizinische Fachinstitutionen „abgeschoben“ werden. Als oftmals letzte Instanz fungiert die Psychiatrie, von welcher erwartet wird, die Patientinnen und Patienten als hypochondrische Übertreibende zu durchschauen. Die Zuweisung an psychiatrische Fachpersonen empfinden viele Patientinnen und Patienten als Bedrohung der eigenen Integrität, da sie dadurch vermuten, ihre Schmerzen würden als unecht, eingebildet oder vorgespielt eingestuft werden. Diese Vermutung führt auf Seiten der Patientinnen und Patienten zu einem verbissenen Bemühen, durch Konsultationen bei den verschiedensten Ärztinnen und Ärzten die ausschlaggebende organische Ursache zu finden, um die Schmerzen beweisen zu können (Kröner-Herwig, 1996, S. 7f).

Gemäss Hasenbring, Korb und Pfingsten vergehen „zwischen dem Auftreten der ersten Symptome/Beschwerden und der Vorstellung in einer spezialisierten Schmerzlinik“ durchschnittlich zwölf Jahre. Dabei sind im Durchschnitt drei Fachärztinnen und -ärzte in das Schmerzgeschehen involviert. Obwohl viele fachärztliche Konsultationen stattfinden, werden die erhobenen Befunde in der Regel zu wenig präzise erläutert, weil eine integrierende biopsychosoziale Sichtweise in den meisten Fällen ausbleibt. Findet diese erst nach zwölf Jahren statt, sind die Krankheitsüberzeugungen meist derart verfestigt, dass sie veränderungsresistent bleiben. Dazu kommt, dass vielen Patientinnen und Patienten eine Heilung durch passive Massnahmen, Injektionen und Krankschreibungen erwarten, was eine ungünstige passive Behandlungserwartung zur Folge hat und aktive Bewältigungsstrategien verhindert (Hasenbring, Korb & Pfingsten, 2017, S. 122).

## 2.5 Folgeprobleme

Aufgrund der persistierenden Schmerzen zeigen die Patientinnen und Patienten mit der Zeit ein inadäquates Krankheitsverhalten, das gemäss Zielke unter anderem darin besteht, vermehrt medizinisch-diagnostische Massnahmen sowie medizinische Interventionen bis hin zu unnötig langen stationären Aufenthalten in Anspruch zu nehmen. Aus Unsicherheit über das körperliche Leistungsvermögen und Angst vor Überbelastung entwickeln viele Patientinnen und Patienten eine körperliche Schonhaltung, die aufgrund des mangelnden regelmässigen Trainings und der damit einhergehenden fehlenden Kondition ein noch stärkeres negatives Körpererleben zur Folge hat. Durch die ständige Schonung des Körpers schwinden allmählich die Selbsthilfemöglichkeiten, die Krankenstände häufen sich. Die Arbeitsunfähigkeiten zeigen allerdings keine Aussicht auf Besserung, sondern können lediglich eine vorübergehende Entlastung bieten. Aufgrund der Arbeitsunfähigkeiten folgt der Rentenantrag, wobei eine vorübergehende Berentung die Beschwerden meist nicht bessert, sondern das Krankheitsverhalten im Hinblick auf die gewünschte Dauerberentung noch verstärkt. Zudem ist oftmals ein sozialer Rückzug sowie eine Fixierung auf die Krankenrolle zu beobachten, was soziale Defizite zur Folge hat (Zielke, 1998, S. 71). Bei Vorliegen starker, invalidisierender Schmerzen fühlen sich gemäss Maier viele Patientinnen und Patienten vollständig arbeitsunfähig. In vielen Fällen steht ein Arbeitsplatzverlust und das damit einhergehende Ausscheiden aus der Arbeitswelt kurz bevor (Maier, 2016, S. 62). Sendera und Sendera sehen in chronischen Schmerzen sogar die häufigste Ursache für Arbeitsunfähigkeiten und Frühpensionierungen (Sendera & Sendera, 2015, S. 24).

Aufgrund des starken Leidensdrucks werden die Patientinnen und Patienten gemäss Zielke geschont, gepflegt und betreut. Die Verantwortung für eine eigene Lebensgestaltung wird ihnen immer mehr abgenommen (Zielke, 1998, S. 73). Kröner-Herwig führt aus, dass die Familienbeziehung aufgrund der chronischen Schmerzen häufig beeinträchtigt ist. Die von den Patientinnen und Patienten geforderte Rücksichtnahme und Schonung wird durch die Familie aufgefangen, alltägliche Aufgaben werden durch andere Familienmitglieder erledigt, gemeinsame Aktivitäten werden eingeschränkt. Auch Unternehmungen mit Freundinnen und Freunden werden reduziert, was zu einem sozialen Rückzug führt. Das Schmerzmanagement (Arztbesuche, Medikamenteneinnahme, spezifische Therapien etc.) steht derart im Zentrum der Leidenden, dass es zum einzigen Lebensinhalt werden kann. Der soziale Rückzug und die Schonung durch Angehörige erlaubt es den Patientinnen und Patienten, lange über die hoffnungslos geglaubte Situation nachzudenken und zu grübeln, was sich negativ auf die Psyche auswirkt. So ist es denkbar, dass sich die Patientinnen und Patienten nur noch als Opfer ihres Schicksals oder aber als Invalide, die ihre sozialen Pflichten nicht mehr erfüllen können, sehen. Solche negativen Formen des Selbstkonzepts können das Leben von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten derart dominieren, dass sie sie um jeden

Preis aufrechterhalten wollen (Kröner-Herwig, 1996, S. 8). Zusätzlich tendieren Menschen mit einer somatischen Belastungsstörung laut DSM-5 zu sehr ausgeprägten Krankheitssorgen. Sie stufen ihre körperlichen Symptome (auch bei Vorliegen gegenteiliger Befunde) als übermässig gefährlich oder gesundheitsschädigend ein und gehen bezüglich ihres Gesundheitszustandes häufig vom Schlimmsten aus. Obwohl oftmals eine ausgeprägte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen vorliegt und die Betroffenen für dieselben Symptome bei etlichen Ärztinnen und Ärzten vorstellig werden, können diese die Sorgen der Betroffenen nur selten lindern. Die Gesundheitssorgen werden zu einem Teil der Identität und dominieren zwischenmenschliche Beziehungen. Patientinnen und Patienten mit starken somatoformen Belastungsstörungen erscheinen häufig behandlungsresistent, weitere Interventionen führen unter Umständen zu einer Verschlechterung der bestehenden Symptome. Der hohe Beeinträchtigungsgrad einer ausgeprägten somatischen Belastungsstörung führt bei langfristigem Bestehen zur Invalidität (American Psychiatric Association, 2015, S. 425). Dies konnte 2006 durch eine Studie von Breivik et al. bestätigt werden. Dabei gaben ungefähr 60% der befragten Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten an, aufgrund ihrer chronischen Schmerzen weniger oder nicht mehr in der Lage zu sein, ausserhalb von zu Hause arbeiten zu können (Breivik et al., 2006, S. 310). Des Weiteren wurde festgestellt, dass die durch Schmerzen verursachten Fehltag innerhalb der letzten sechs Monate durchschnittlich 7,8 Tage betragen, wobei 13% der Befragten mindestens 16 Tage gefehlt hatten. Lediglich 55% waren im gegebenen Zeitfenster zu keinem Zeitpunkt arbeitsunfähig (S. 296). Rund ein Fünftel wurde wegen den persistierenden Schmerzen arbeitslos. Die Befragung zu den medizinischen Behandlungen ergab, dass 60% der Patientinnen und Patienten ihre Ärztinnen und Ärzte aufgrund der Schmerzen im vergangenen Halbjahr zwei- bis neunmal gesehen haben, während sich 11% mindestens zehnmal in medizinische Behandlung begaben (S. 298).

## 2.6 Therapieformen

Bei der Literaturrecherche fiel auf, dass keine eindeutigen Therapiekonzepte genannt werden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die somatoformen Schmerzstörungen sehr unterschiedlich veräussern, was ein einheitliches Vorgehen verunmöglicht. Aus diesem Grund sind die im Folgenden genannten Therapieformen eher als Vorschläge zu verstehen und erheben nicht den Anspruch, genau so umgesetzt zu werden.

Martin und Rief führen aus, dass die meisten Patientinnen und Patienten beim Neuauftreten körperlicher Beschwerden zunächst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt zu Rate ziehen. Das Ziel der hausärztlichen Konsultationen besteht in der Ursachenfindung und -beseitigung (Martin & Rief, 2011, S. 1032). Dazu wird gemäss Kröner-Herwig und Frettlöh primär die apparative Diagnostik eingesetzt, wobei korrelative Befunde häufig als Beschwerdeursache

interpretiert werden, was zu falschen Schlussfolgerungen bezüglich der Behandlung führt. Dies hat zur Folge, dass psychosoziale Interventionsmöglichkeiten verzögert, wenn nicht gar ausser Acht gelassen werden (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2017, S. 281). Zeigen die kausalen Therapieversuche dann keine Wirkung, werden häufig nur noch Analgetika oder andere palliativ wirksame Medikamente verordnet. Bei der Medikamentengabe muss jedoch beachtet werden, dass gerade bei Kombinationspräparaten ein beträchtliches Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial besteht (S. 278). Auch Lutz und Glier weisen auf die Gefahr des Medikamentenmissbrauchs bis hin zur körperlichen und psychischen Abhängigkeit hin. Diese wird häufig durch eine unkritische Verordnung und Anwendung von Opioiden oder Benzodiazepinen hervorgerufen. Um missbräuchlichem Verhalten und Sucht vorzubeugen, empfehlen Lutz und Glier deshalb eine engmaschige Betreuung mit klaren Regeln und regelmässigen Therapieerfolgskontrollen (Lutz & Glier, 2017, S. 426). Henningsen et al. empfehlen, die beklagten Beschwerden ernst zu nehmen, nicht streng indizierte diagnostische Verfahren jedoch zu vermeiden, auch wenn Patientinnen und Patienten darauf drängen. Dadurch kann eine weitere Chronifizierung und eine somatische Fixierung verhindert werden (Henningsen et al., 2002, S. 10). Somatische Bagatell- und Zufallsbefunde sollen kritisch bewertet werden. Bei anhaltenden Beschwerden schlagen sie die Anfertigung und Besprechung eines Behandlungsplans vor. Des Weiteren sollen nicht ausschliesslich negative organische Befunde mitgeteilt werden, sondern damit einhergehend auch eine Erklärung zur Beschwerdeentstehung. Dadurch kann eine organische Kausalattribution schrittweise zu einem psychosomatischen Krankheitsverständnis erweitert werden. Unter Umständen kann auch die Motivierung zur Inanspruchnahme einer Fachpsychotherapie sinnvoll sein. Ist die Chronifizierung bereits eingetreten, empfehlen Henningsen et al. eine aktive Unterstützung bei der sozialen Reintegration. Sollen die psychischen Symptome gelindert werden, ist zusätzlich eine Pharmakotherapie sinnvoll (S. 12).

Laut Keel sollte in einem ersten Schritt eine gute Information durch vertrauenswürdige ärztliche oder therapeutische Fachpersonen erfolgen, da die Beschwerden dadurch als weniger bedrohlich wahrgenommen werden, was eine sehr wohltuende Wirkung auf Patientinnen und Patienten haben kann. Zudem muss beachtet werden, dass in den meisten Fällen „nicht Beschwerdefreiheit, sondern ein besseres Leben mit der Krankheit durch positive Beeinflussung des Verlaufs“ erzielt wird. Ein besserer Umgang mit den Schmerzen kann jedoch nur erfolgen, wenn Betroffene über ihr Leiden aufgeklärt sind und gelernt haben, es zu beeinflussen. Dieses Wissen ermöglicht den Patientinnen und Patienten, ihre beharrliche Suche nach einer körperlichen Ursache einzustellen. Durch Selbstbeobachtung und Schulung sollen Einflüsse entdeckt werden, die sich negativ oder positiv auf die Beschwerden auswirken. Zur Korrektur ungünstiger Denkmuster schlägt Keel primär Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie vor, daneben eignen sich auch Entspannungstechniken, Gymnastikübungen

oder Sport allgemein und vor allem ein Belastungsabbau (Keel, 2015, S. 153f). Gemäss Buda können auch Techniken der kognitiven Therapie, Gesprächspsychotherapie oder Relaxationsmethoden erfolgreich angewendet werden (Buda, 1998, S. 135). Dommann Krasniqi fordert aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes einen interdisziplinären Ansatz. Sie plädiert für ein möglichst integratives Konzept, beispielsweise durch eine kognitiv-behaviorale Psychotherapie gepaart mit nicht psychologischen Ansätzen wie Physio- oder Ergotherapie (Dommann Krasniqi, 2013, S. 16). Auch Kröner-Herwig und Frettlöh halten eine interdisziplinäre Schmerzdiagnostik für absolut notwendig. So sollen ärztliche und psychologische Fachpersonen frühestmöglich kooperieren und idealerweise bereits eine Sport-, Physio- und Soziotherapie miteinbeziehen. Als erster Schritt sollte eine detaillierte und in sich stimmige psychologische „Problemanalyse“ erfolgen. Als zentrale Zielgrösse gilt die Reduktion der Beeinträchtigung aufgrund der Schmerzen. Eine völlige Schmerzbeseitigung ist nicht nur unrealistisch, sondern auch kontraproduktiv, weil es Behandelnde und Behandelte auf einen falschen, frustrierenden Weg führt (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2017, S. 281).

## 2.7 Schlussfolgerungen

Eine somatoforme Schmerzstörung zeichnet sich dadurch aus, dass sie nicht hinreichend organisch erklärt werden kann, die Lebensqualität der Betroffenen stark einschränkt und dazu führt, dass vermehrt medizinische Behandlungen in Anspruch genommen werden. Da die Beschwerden aufgrund der schleichenden Chronifizierung nicht oder ungenügend bekämpft werden können, zielt die Therapie primär auf einen besseren Umgang damit ab. Die Gründe für eine Chronifizierung der Schmerzen sind bis heute unklar. Es gilt jedoch als gesichert, dass die Schmerzen häufig mit schweren emotionalen oder psychosozialen Problemen korrelieren. In Kapitel 2.1.1 wird ersichtlich, dass sich eine somatoforme Schmerzstörung sehr verschiedenartig präsentieren kann, was eine individuelle Betrachtung jeder einzelnen Klientin und jedes einzelnen Klienten unumgänglich macht.

Je nach Diagnosekriterien leiden zwischen 5% und 22.3% der Bevölkerung an einer somatoformen Schmerzstörung, wobei Menschen aus unteren sozialen Schichten und mit einem tieferen Ausbildungsniveau eher betroffen sind. Als weitere begünstigende Faktoren gelten traumatische Erlebnisse wie sexuelle oder körperliche Gewalt, Folter- oder Kriegserfahrung, der Verlust wichtiger Bezugspersonen, Bindungsstörungen, Vernachlässigung oder Dauerbelastung. Das Wissen über diese Faktoren ist in der Sozialen Arbeit von besonderer Bedeutung, weil Sozialarbeitende in ihrer beruflichen Tätigkeit immer wieder mit Menschen in Kontakt kommen, die solche traumatischen Erlebnisse erfahren haben oder aus dem entsprechenden sozialen Milieu stammen.

Bezüglich Krankheitsverständnis liegt das Problem darin, dass erhobene Befunde in der Regel zu wenig präzise erläutert werden, weshalb Patientinnen und Patienten sie nicht nachvollziehen können, wodurch das Krankheitsverständnis erheblich erschwert ist. Als Folge kann eine Chronifizierung der Krankheit stattfinden, die nebst hohen Gesundheitskosten auch Anmeldungen bei diversen Sozialversicherungen mit sich bringt.

### **3. Umgang mit somatoformen Schmerzstörungen in den verschiedenen sozialen Absicherungssystemen**

Im Fokus dieser Arbeit stehen Personen, die aufgrund einer somatoformen Schmerzstörung in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sind und damit gefährdet sind, ihren eigenen Lebensunterhalt längerfristig nicht mehr selber verdienen zu können. Sie werden durch die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu möglichen Anspruchsberechtigten verschiedener Sozialversicherungen und zum Teil zu Klientinnen und Klienten der wirtschaftlichen Sozialhilfe.

Der Aufbau der Erläuterungen folgt chronologisch dem zeitlichen Verlauf vom Beginn der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und der gesetzlichen Lohnfortzahlungspflicht des Arbeitgebers, über die Unfall- oder Krankentaggeldversicherung, die Arbeitslosenversicherung, die Invalidenversicherung, hin zum letzten Absicherungssystem, der wirtschaftlichen Sozialhilfe. Die Militärversicherung, welche Gesundheitsschädigungen während dem Militärdienst versichert, wird dabei der geringen Bedeutung wegen ausgeklammert. Auch die Ergänzungsleistungen werden nicht weiter thematisiert, weil sie lediglich ein zusätzliches Existenzsicherungssystem für Menschen mit einer AHV- oder IV-Rente darstellen. Sie stützen sich im Falle einer Invalidität auf den Entscheid der IV ab. Die berufliche Vorsorge BV wird ebenfalls nicht thematisiert. BV-Versicherer stützen sich in der Regel für ihre Rentenentscheide auf die Rentenentscheide der IV ab. Im Gegensatz zur IV, welche erst ab einem IV-Grad von 40% eine Rente ausrichtet, richten BV-Versicherer, je nach Reglement, bereits eine IV-Rente ab einem IV-Grad von 20% aus. Die Reihenfolge der Anspruchsprüfung bei den verschiedenen Sozialversicherungen und beim Sozialdienst kann variieren und muss nicht in jedem Fall diese Abfolge haben.

Zu Beginn werden die Grundzüge der sozialen Sicherheit in der Schweiz beschrieben, um den Hintergrund zu verdeutlichen, vor welchem die Forschungsfrage diskutiert wird. Schlüsselemente des Ausscheidens aus dem Arbeitsmarkt sind die Arbeitsunfähigkeitsschreibung durch die Ärztin oder den Arzt und die Bedeutung von Arbeitsunfähigkeit in den verschiedenen Systemen. Diesen Themen wird daher ein Kapitel gewidmet. Nach der Erörterung arbeitsrechtlicher Rechte und Pflichten von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, sowie Arbeitgeberinnen und Arbeitgebern, werden die verschiedenen Sozialversicherungen und die

wirtschaftliche Sozialhilfe beschrieben und auf Kernpunkte der Systeme hingewiesen. Es wird dargelegt, inwiefern die Soziale Arbeit in den Institutionen vertreten ist und wie sich die Praxis im Falle einer somatoformen Schmerzstörung ausgestaltet.

### 3.1 Die Grundzüge der sozialen Sicherheit in der Schweiz

Gemäss Bollier kann unter dem Begriff „Soziale Sicherheit“ die Freiheit von Ängsten betreffend Existenzsicherung und vor Notlagen verstanden werden. Es geht dabei um die kollektive Absicherung des Lebensbedarfs bei krankheitsbedingter oder unfallbedingter Erwerbsunfähigkeit, im Falle von Invalidität, Alter, Tod oder anderweitigem Ausfall der Ernährerin oder des Ernährers. Diese Absicherung kann grundsätzlich auf drei Arten erfolgen:

- Als Sozialhilfe: Niederschwellige und ursachenunabhängige Sicherstellung der Existenzgrundlage auf minimalem Niveau, steuerfinanziert, bedarfsorientiert.
- Als Versorgungsleistung: Für gesetzlich vorbestimmte Personengruppen ohne Beitragspflicht und steuerfinanziert.
- Als Versicherungsleistung: Für reglementarisch vorbestimmte Risiken und durch Prämienbeiträge finanziert. Die Versicherung kann obligatorisch, öffentlich-rechtlicher Natur und damit sozial ausgestaltet sein, oder freiwillig und auf privatrechtlicher Basis (Bollier, 2011, S. 17ff).

Das soziale Absicherungssystem in der Schweiz basiert auf einer Mischung von verschiedenen Sozialversicherungen, die je eigene Risiken abdecken, auf Versorgungsleistungen und subsidiär auf Sozialhilfe. Zwischen den verschiedenen Sozialversicherungen kommt es zu Überschneidungen, Abgrenzungstreitigkeiten und zu Lücken in der Deckung. Um die Koordination unter den verschiedenen Sozialversicherungen sicherzustellen, Begrifflichkeiten zu harmonisieren und ein einheitliches Sozialversicherungsverfahren festzulegen, wurde am 01.01.2003 das Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft gesetzt (Bollier, 2011, S. 26ff).

Die soziale Sicherheit in der Schweiz basiert auf dem „Drei-Säulen-Prinzip“, welches in der Schweizerischen Bundesverfassung vom 18. April 1999 (BV; SR 101) in Art. 111-113 verankert ist. In der ersten Säule wird durch die Institutionen AHV, IV und Ergänzungsleistungen EL die Existenzsicherung abgesichert. Es handelt sich dabei um eine staatliche Vorsorge, die teilweise durch Prämienbeiträge und teilweise durch Steuergelder finanziert ist. Die laufenden Ausgaben werden grundsätzlich durch die laufenden Einnahmen abgedeckt. Dies ist nur dank der Solidarität unter den Generationen möglich: Die jüngeren Generationen finanzieren die älteren in der Hoffnung darauf, dass auch sie durch die nachfolgenden Generationen finanziert werden. In der zweiten Säule wird, zusammen mit der ersten Säule, die ge-

wohnte Lebenshaltung abgesichert. Sie ist für Arbeitnehmende ab einer definierten Einkommensgrenze und ab einem Mindestalter obligatorisch ausgestaltet und kann durch freiwillige (überobligatorische) Einzahlungen erweitert werden. Die Finanzierung erfolgt im Kapitaldeckungsverfahren: Es spart jeder für sich seine eigene Leistung an. Pensionskassen verwalten und vermehren die Guthaben durch Investitionen am Kapitalmarkt. In der dritten Säule besteht die Möglichkeit, freiwillig für den weiteren, individuellen Bedarf, steuerbegünstigt Kapital anzusparen oder das Risiko des Weg-

falls des Ernährers zu versichern. Die Konten und Versicherungen werden von Banken und Versicherungen angeboten und verwaltet, welche unter staatlicher Aufsicht stehen.

In verschiedenen, mehrheitlich kausal aufgebauten Sozialversicherungen werden zudem verschiedene Lebensrisiken wie Unfall, Krankheit oder Arbeitslosigkeit obligatorisch versichert. Ruckstuhl stellt das System der sozialen Sicherheit in der Schweiz gemäss Abbildung 1 dar.

Einerseits bestehen bei Ersatzleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit wesentliche Unterschiede in der Zuständigkeit und im Leistungsumfang, je nachdem, ob die gesundheitliche Beeinträchtigung von einem Unfall oder einer Krankheit herrührt. Auf der anderen Seite werden die Ansprüche der Arbeitnehmenden, Selbständigerwerbenden und Nichterwerbstätigen unterschiedlich behandelt (Ruckstuhl, 2004, S. 8).

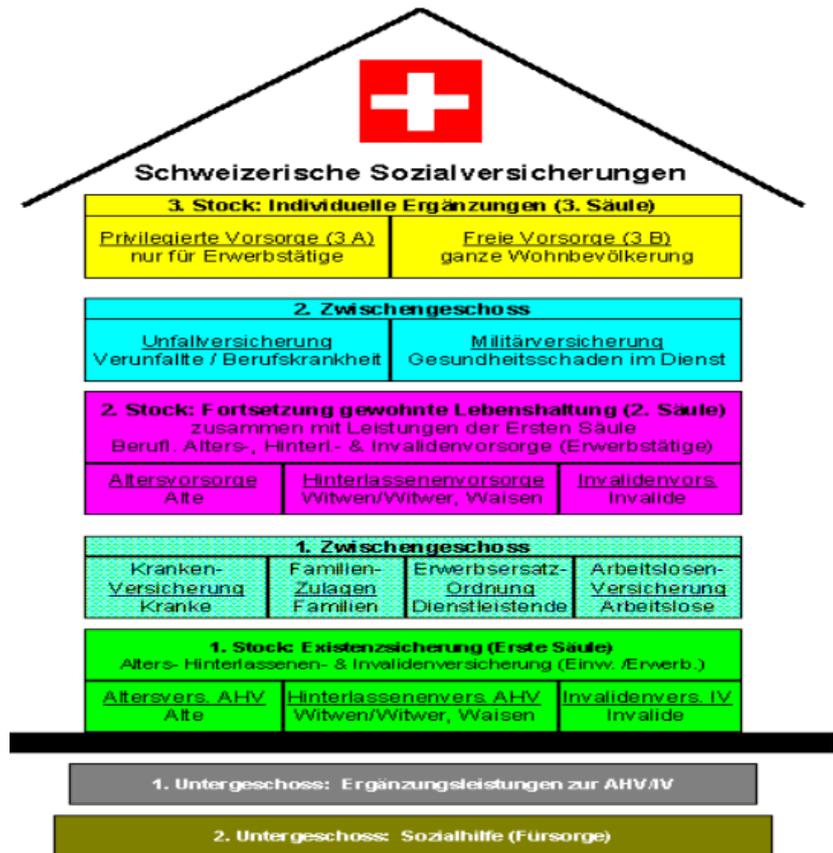


Abbildung 1. Sozialversicherungssystem Schweiz. Nach Ruckstuhl, 2004, S. 8.

## 3.2 Arbeitsunfähigkeit

### 3.2.1 Die ärztliche Festlegung der Arbeitsfähigkeit

Das ärztlich ausgestellte Arbeitsunfähigkeitszeugnis AUFZ stellt den ersten Schritt aus dem Arbeitsprozess dar. Wie bereits in Kapitel 2.4 ausgeführt, stellt auch Risi fest, dass diesem Schritt eine Kernbedeutung für die weitere Entwicklung der Arbeitsfähigkeit zukommt. Dieser Schritt ist daher auch besonders konfliktbehaftet und wird in folgendem Spannungsfeld vollzogen:

- Zwischen 9% und 30% aller Arztbesuche führen zu einem AUFZ. Selten verweigert eine Ärztin oder ein Arzt ein AUFZ, auch wenn es ihm nicht als empfehlenswert erscheint. Auf der anderen Seite lehnen auch die Patientinnen und Patienten selten ein AUFZ ab (Risi, 2010, S. 76).
- Die AUFZ werden in den meisten Fällen aufgrund von Aussagen der Patientinnen und Patienten und nicht basierend auf medizinischen Befunden ausgestellt. Sie genügen daher selten zur Beantwortung von versicherungstechnischen Fragen, weil sie weder über Diagnosen noch über funktionelle Einschränkungen Aufschluss geben. Gemäss einer Studie von Normén, Svärdsudd und Andersson wird ein AUFZ sogar umso häufiger ausgestellt, je weniger die beklagten Beschwerden für die Ärztin oder den Arzt erklärbar sind (Normén, Svärdsudd & Andersson, 2008, S. 3).
- AUFZ folgen oft der Logik des angestrebten Resultats (Rentenhöhe) und nicht den medizinischen Gegebenheiten (Cassis, Dupriez, Brunand & Vader, 1996, S. 567ff).
- Soziale und arbeitsbezogene Patientenfaktoren, wie Arbeitsplatzzufriedenheit oder Ausbildungsniveau, beeinflussen die Dauer und Häufigkeit von AUFZ (Allenbeck & Mastekaa-sa, 2004, S. 49ff)
- Das AUFZ stellt ein Verhandlungsprodukt zwischen der Ärztin oder dem Arzt und der Patientin oder dem Patienten dar. Ob sich eine Patientin oder ein Patient arbeitsfähig fühlt, hängt von vielen Faktoren ab (Anforderungen im Arbeitsumfeld, Anreize, Fähigkeiten, Wahrnehmung der eigenen Gesundheit/Krankheit, soziale Faktoren), nicht nur von medizinischen. Trotzdem ist es die Ärztin oder der Arzt, die oder der über den Wechsel vom Arbeits- in den Krankenmodus entscheiden soll. Die Entscheidung ist folgenschwer, denn sie kann Versicherungsleistungen auslösen. Es kommt ihr damit auch eine instrumentale Rolle zu (Risi, 2010, S. 78f).
- Die Ärztinnen und Ärzte kommen in einen Rollenkonflikt. Sie sind einerseits Therapeutinnen und Therapeuten, die eine Vertrauensbeziehung zu den Patientinnen und Patienten pflegen. Sie laufen gleichzeitig Gefahr, bei ungünstigem Verhandlungsausgang bezahlende Kundschaft zu verlieren und sie sind Gatekeeper für Versicherungsleistungen (S. 79f). Werthaltungen der Ärztinnen und Ärzte beeinflussen die Ausstellung von AUFZ. Sozial

Schwache werden generell häufiger krankgeschrieben als sozial gut Positionierte (Guldbrandsen, Hofoss, Nylenna, Saltyte-Benth & Aasland, 2007, S. 20ff).

- Für die betroffenen Patientinnen und Patienten birgt der Moment der Krankschreibung viel Unsicherheit und Belastung. Sie müssen mit der Krankheit selber und den damit einhergehenden Einschränkungen und Schmerzen umgehen. Aufgrund des unsicheren Ausgangs der Behandlung leiden sie meist unter Zukunftsängsten und der Angst vor einem möglichen Stellenverlust. Die neue Rolle als Arbeitsunfähige oder Arbeitsunfähiger muss gegenüber dem sozialen Umfeld legitimiert werden. Risi stellt fest, dass „je eindeutiger und akzeptierter die Krankheit ist, desto leichter ist diese Legitimation zu haben. Je mehr sich das Krankheitsgeschehen im Bereich der schlecht definierten, mehr durch subjektives Erleben geprägten, syndromal beschreibenden Krankheitsdiagnosen abspielt, desto grösser wird der Druck für und vom Patienten, diese Legitimität zu erreichen“ (Risi, 2010, S. 80). Für die Patientinnen und Patienten ist es in dem Moment sehr wichtig, dass sie das Gefühl haben, die Ärztin oder der Arzt glaube ihnen (S. 81).
- Insbesondere wenn die Arbeitsfähigkeit von der Patientin oder vom Patienten subjektiv anders wahrgenommen wird, als sie von der Ärztin oder vom Arzt bestätigt werden kann, kann dies zu einer Verhärtung der Krankenrolle führen. Deshalb ist es gemäss Risi dringend nötig, dass die Arbeitsfähigkeit sehr früh verbindlich festgelegt wird (S. 80ff).
- Risi hält fest, dass das biopsychosoziale Krankheitsmodell BPSM heute weitgehend anerkannt ist. Die Evidenz des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischer Benachteiligung und schlechter Gesundheit ist breit abgestützt. Ebenfalls bekannt ist, dass die Chronifizierung von Krankheiten sehr stark sozioökonomisch geprägt ist. Einflussfaktoren sind Bildung, Einkommen, Lebensumstände, Arbeitsplatzsicherheit und -zufriedenheit, Entscheidungsautonomie bei der Arbeit, soziale Unterstützung und Weitere. Bei Fortbestand von sozialen und sozioökonomischen Problemen „können sich diese aber durchaus in reale Krankheiten (disease) übersetzen, so dass Medizinisches im engeren Sinn und Soziales kaum mehr voneinander zu trennen ist“ (S. 87). Den Ärztinnen und Ärzten ist die Verflechtung der soziologischen, physiologischen und psychologischen Probleme meist bewusst, wie auch die Tatsache, dass diese einer medizinischen Behandlung nicht oder nur teilweise zugänglich sind (S. 88f). Guldbrandsen, Fungelli und Hjortdahl schätzen, dass soziale Probleme lediglich von 20% bis 30% der Patientinnen und Patienten als solche thematisiert werden und von den übrigen als körperliche Leiden vorgetragen werden (Guldbrandsen, Fungelli & Hjortdahl, 1998, S. 1ff). Gemäss Kirmayer werden Angst- und Depressionserkrankungen als Reaktion auf die soziale Benachteiligung oft nicht als Solche erkannt, weil die Patientinnen und Patienten auf einer somatischen Ursache ihres Leidens beharren (Kirmayer, 2001, S. 22ff). Gemäss Risi rechnet man mit bis zu einem Drittel aller Arztkonsultationen, die nicht zu einer fassbaren medizinischen Diagnose füh-

ren und in denen es um etwas anderes zu gehen scheint, als um eine medizinische Behandlung im engeren Sinn (Risi, 2010, S. 89).

Risi schliesst aus diesen Überlegungen, dass das BPSM zu einer Medikalisierung von sozialen Problemen im grossen Stil führen kann und dass damit soziale Probleme im falschen Paradigma gelöst werden wollen. Er verlangt, dass, um dem BPSM wirklich Geltung zu verschaffen, eine eigenständige soziale Diagnostik und Therapeutik geschaffen wird. Diese wäre sich der Bedeutung und den Wechselwirkungen mit der Medizin bewusst und strebt keine Lösungen im falschen Paradigma an. Für ihn ist auch klar, dass eine solche Sozialtherapeutik möglichst früh und präventiv erfolgen müsste (S. 90).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ein wichtiger Schritt aus dem Arbeitsprozess darstellt. Er untersteht vielen Einflüssen seitens der Ärztinnen und Ärzte, wie auch der Patientinnen und Patienten und er stellt ein Verhandlungsergebnis der beiden Seiten dar. Ein AUFZ reicht alleine nicht aus, um sozialversicherungsrechtliche Ansprüche auszulösen, weil es zu wenig über Diagnosen, funktionelle Einschränkungen und noch mögliche Tätigkeiten aussagt. Trotzdem kommt ihm die Funktion der Zugangsvoraussetzung zum Sozialversicherungssystem zu.

### **3.2.2 Arbeitsunfähigkeit im Sozialversicherungsrecht**

Im ATSG hält der Gesetzgeber für die Sozialversicherungen fest, was als Krankheit gilt. Es ist die „Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalles ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat“ (Art. 3 Abs. 1 ATSG). Es muss also einerseits eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorhanden sein, unter der die betroffene Person leidet und deshalb ärztliche Hilfe benötigt und von der ohne Untersuchung oder Behandlung deren Wegfall nicht wahrscheinlich oder in angemessener Zeit zu erwarten wäre. Zudem muss diese Beeinträchtigung eine Arbeitsunfähigkeit verursacht haben. Gemäss Kieser müssen diese Kriterien aus objektiver Sicht erfüllt sein und den medizinischen Entscheidungsgrundlagen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu (Kieser, 2017, S. 221). Insbesondere bei der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung kommt es zu einer Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Schmerzempfindungen und den objektiv feststellbaren Beschwerden. Die Rechtsprechung fordert mit Blick auf die Verlässlichkeit der Entscheidungsgrundlagen korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde, aufgrund derer die subjektiven Schmerzangaben nachvollziehbar sind (Bundesgericht [BGer], 2004a, Erwägung 2.2.5). Der Tatbestand der Krankheit stellt im Sozialversicherungsrecht einen Auffangtatbestand

dar. Gesundheitliche Leiden, die nicht Folge eines Unfalles sind, werden als Krankheit betrachtet (Kieser, 2017, S. 221f).

Nach Art. 6 ATSG stellt die Arbeitsunfähigkeit die volle oder teilweise Unfähigkeit dar, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Sie besteht aufgrund einer Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit. Bei langer Dauer, welche ab sechs Monaten vorliegt, ist auch eine zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu berücksichtigen (S. 251). Das Bundesgericht definiert Arbeitsunfähigkeit als eine Einbusse im funktionellen Leistungsvermögen. Es soll nicht die medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgebend sein, sondern die Bemessung der Arbeitsfähigkeit soll durch einen Vergleich der Funktions- und Einkommenssituation vor und nach der gesundheitlichen Beeinträchtigung erfolgen (zitiert nach Kieser, 2017, S. 245). Ausserdem sei die Festlegung der Arbeitsfähigkeit keine medizinische Aufgabe, sondern eine Aufgabe der Rechtsprechung (BGer, 2014, Erwägung 3.1). Gemäss Kieser kann dem aber nicht uneingeschränkt gefolgt werden, denn die Beurteilung, inwiefern sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf die bisherige Tätigkeit auswirkt, setzt ein hohes Verständnis der gesundheitlichen Faktoren voraus. Es sind zudem detaillierte Kenntnisse über die bisherige Tätigkeit nötig. In jedem Fall muss eine Beurteilung im Einzelfall erfolgen und dieser Abklärungsvorgang sollte grundsätzlich Teil der medizinischen Abklärung sein (Kieser, 2017, S. 246). Insbesondere im Bereich der IV dürfen bei der Bestimmung der Arbeitsfähigkeit lediglich medizinische Faktoren einbezogen werden und soziale Faktoren müssen ausser Acht bleiben (S. 247).

### **3.2.3 Arbeitsunfähigkeit im Arbeitsvertragsrecht**

Nach Art. 324a Abs. 1 OR (SR 220) liegt eine Arbeitsverhinderung und damit eine Arbeitsunfähigkeit vor, wenn es einer Arbeitnehmerin oder einem Arbeitnehmer aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich ist, die im Arbeitsvertrag vereinbarte Arbeitsleistung zu erbringen. Gemäss Brühweiler ist dabei eine individuell-konkrete, und nicht eine medizinisch-theoretische Bemessung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Sie bezieht sich auf die im Einzelfall vertraglich vereinbarten Pflichten der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers. Damit ist die sozialversicherungsrechtliche Arbeitsunfähigkeit enger gefasst als die Arbeitsunfähigkeit nach dem Arbeitsvertragsrecht des OR (Brühweiler, 2006, S. 33f).

### **3.3 Gesetzliche Lohnfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit und Kündigungsschutz**

Wenn eine Person arbeitsunfähig wird, ist die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber gemäss OR verpflichtet, während einer gewissen Zeit den Lohn weiter zu bezahlen (Art. 224 Abs. 1

OR). Aufgrund der unterschiedlichen Gerichtspraxis betreffend die Lohnfortzahlung in den verschiedenen Gerichtskreisen bestehen regionale Unterschiede (vgl. Abbildung 2; Bollier, 2011, S. 511f). Gesamtarbeitsverträge GAV oder Einzelverträge können grosszügigere Lösungen enthalten.

Lohnfortzahlungsdauern in der Schweiz nach Dauer des Arbeitsverhältnisses. Drei verschiedene Skalen.

Anstellungsdauer	Berner Skala <sup>a</sup>	Zürcher Skala <sup>b</sup>	Basler Skala <sup>c</sup>
3-12 Monate	3 Wochen	3 Wochen	3 Wochen
2 Jahre	4 Wochen	8 Wochen	9 Wochen
3 Jahre	9 Wochen	9 Wochen	9 Wochen
4 Jahre	9 Wochen	10 Wochen	13 Wochen
5 Jahre	13 Wochen	11 Wochen	13 Wochen
6 Jahre	13 Wochen	12 Wochen	13 Wochen
7 Jahre	13 Wochen	13 Wochen	13 Wochen
8 Jahre	13 Wochen	14 Wochen	13 Wochen
9 Jahre	13 Wochen	15 Wochen	13 Wochen
10 Jahre	17 Wochen	16 Wochen	13 Wochen
11 Jahre	17 Wochen	17 Wochen	17 Wochen
15 Jahre	22 Wochen	21 Wochen	17 Wochen
20 Jahre	26 Wochen	26 Wochen	22 Wochen
21 Jahre	26 Wochen	27 Wochen	26 Wochen
25 Jahre	30 Wochen	31 Wochen	26 Wochen
30 Jahre	33 Wochen	36 Wochen	26 Wochen
35 Jahre	39 Wochen	41 Wochen	26 Wochen
40 Jahre	39 Wochen	46 Wochen	26 Wochen

- Die Berner Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Bern, Luzern, Zug, Freiburg, Solothurn, St. Gallen, Aargau, Waadt, Wallis, Genf, Neuenburg, Jura, Obwalden, Nidwalden, Schwyz, Glarus, Uri, Tessin, Graubünden.
- Die Zürcher Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Appenzell Innerrhoden, Appenzell Ausserrhoden, Zürich, Schaffhausen, Thurgau.
- Die Basler Skala wird in folgenden Kantonen verwendet: Basel-Landschaft, Basel-Stadt.

Abbildung 2. Lohnfortzahlung bei Krankheit nach Dauer des Arbeitsverhältnisses. Nach OECD, 2014, S. 48.

übertragen werden, sofern die Lohnfortzahlung gleichwertig ist (Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO], 2015). In der Praxis kann beobachtet werden, dass die AUFZ der behandelnden Ärztinnen und Ärzte weitgehend akzeptiert und in der Regel nicht hinterfragt werden. Das Gesetz sieht zudem einen Kündigungsschutz bei Krankheit vor (Art. 336c OR).

Der Arbeitgeberin und dem Arbeitgeber kommt eine Fürsorgepflicht zu. Sie müssen insbesondere mögliche und angepasste Massnahmen zum Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ergreifen und deren Gesundheit und Persönlichkeit schützen (Art. 328 OR; Art. 6 des Arbeitsgesetzes vom 13. März 1964, ArG, SR 822.11; Art. 2 der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz vom 18. August 1993, ArGV 3, SR 822.113). Gemäss Brühweiler handelt es sich dabei um die Pflicht der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zur präventiven Verhinderung von Arbeitsunfähigkeiten. Die Fürsorgepflicht besteht soweit, als dass die Massnahmen technisch möglich und wirtschaftlich zumutbar sind (Brühweiler, 2006, S. 37). Die Pflicht, bei Arbeitsunfähigkeit eine angepasste Tätigkeit anzubieten, kann daraus nicht abgeleitet werden, es sei denn, die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer verlange dies. Die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber hat aber aus dem Arbeitsvertrag das Recht, bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer eine andere, noch zumutbare Tätigkeit zuzuweisen (S. 38ff).

Die Beweispflicht für die Arbeitsunfähigkeit liegt bei der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitnehmer. Die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber darf bereits ab dem ersten Krankheitstag ein Arztzeugnis verlangen, welches den genauen Grad der Arbeitsunfähigkeit ausweisen soll. Viele Arbeitsverträge enthalten die Regelung, dass erst ab dem dritten oder vierten Tag ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis vorgelegt werden muss. Im Zweifelsfall darf die Arbeitgeberin oder der Arbeitgeber eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen. Besteht eine Krankentaggeldversicherung, kann die Lohnfortzahlungspflicht auf den Versicherer

Der Fürsorgepflicht der Arbeitgeberin oder des Arbeitgebers steht die Treuepflicht der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers gegenüber. Grundsätzlich muss die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer nur die vertraglich vereinbarte Arbeitsleistung erbringen. Aufgrund der Treuepflicht kann aber unter besonderen Umständen eine Pflicht zur Leistung anderer Arbeit oder der Arbeit an einem anderen Ort bestehen. Die Arbeitnehmerin oder der Arbeitnehmer muss aufgrund der Treuepflicht alles unternehmen, um wieder arbeitsfähig zu werden (S. 35f).

### 3.3.1 Betriebliche Sozialarbeit

Gemäss AvenirSocial unterstützt die betriebliche Sozialarbeit Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Unternehmungen bei Problemen im Zusammenhang mit ihrer Arbeits- und Lebenssituation. Sie ist ein Teil des sozialen Engagements der jeweiligen Arbeitgeberschaft und leistet einen Beitrag zur Wahrnehmung der umschriebenen gesetzlichen Fürsorgepflicht (AvenirSocial, n.d.). Im Rahmen der Recherchen für diese Arbeit konnten keine verbindlichen Zahlen über die Menge an Betrieben mit betrieblicher Sozialarbeit in der Schweiz ermittelt werden. Es wurde lediglich festgestellt, dass Grossunternehmen wie die CreditSuisse, die SBB, die Schweizerische Post und die Swisscom einen internen betrieblichen Sozialdienst betreiben.

Untersuchungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung OECD über die psychische Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz haben ergeben, dass die Unternehmen in der Praxis ihrer Fürsorgepflicht sehr unterschiedlich nachkommen. Die OECD stellt fest, dass in Bezug auf psychische Gesundheit und Arbeit in der Schweiz auf breiter Ebene wenig unternommen wird (OECD, 2014, S. 41f). Baer, Frick und Fasel zeigen auf, dass Absenzen, zwischenmenschliche Probleme mit Arbeitskollegen und häufiger Stellenwechsel die häufigsten Frühwarnsignale für eine spätere IV-Anmeldung aus psychischen Gründen sind. Daneben treten beginnend psychische und somatoforme Symptome auf (Baer, Frick & Fasel, 2009, S. XII). Die OECD hält fest, dass bezogen auf psychische Beeinträchtigungen ein systemisches Monitoring der krankheitsbedingten Absenzen nötig wäre, um zu verhindern, dass sich Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung längerfristig vom Arbeitsmarkt zurückziehen. „Je früher die Hilfe einsetzt, desto besser lassen sich schwerwiegende psychische Erkrankungen und Komorbidität mit somatischen oder anderen psychischen Erkrankungen vermeiden, die eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt besonders erschweren“ (OECD, 2014, S. 43). Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber scheinen die Möglichkeit einer Früherfassungsmeldung bei der IV zwar zu kennen, jedoch nicht die Massnahmen, von denen sie profitieren könnten. Zudem wird von der Früherfassung bei psychischen Problemen wenig Gebrauch gemacht (S. 44).

### 3.3.2 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung

Durch die vielen Arztbesuche, die in der Regel von Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung wahrgenommen werden (vgl. Kapitel 2.1), können wiederholte Absenzen bei der Arbeit entstehen. Bei deren frühzeitiger Erkennung könnte im Sinne des Berichtes der OECD eine Früherfassung bei der IV erfolgen und die Situation der betroffenen Person frühzeitig intensiv analysiert werden. Der Bericht der OECD bezieht sich zwar auf psychische Beschwerdebilder. Wie in Kapitel 2.6 erörtert, sollen aber auch beim Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung psychosoziale Interventionsmöglichkeiten und die soziale Integration möglichst früh in den Behandlungsplan einbezogen werden, um eine Chronifizierung der Störung zu verhindern.

### 3.4 Unfallversicherung

Gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) Art. 66ff wird die Unfallversicherung je nach Tätigkeitsbereich durch die SUVA, durch andere zugelassene Versicherer oder durch eine Ersatzkasse durchgeführt. Sie ist gemäss Art. 1a UVG für Arbeitnehmende einschliesslich Heimarbeitende, Lernende, Volontärinnen und Volontäre und in Invaliden- oder Lehrwerkstätten tätige Personen obligatorisch. Ebenfalls versichert sind Personen, welche Taggelder der Arbeitslosenversicherung beziehen. Selbständigerwerbende und weitere Personengruppen nach der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV; SR 832.202) können sich freiwillig versichern (Art. 4 UVG, Art 134ff UVV). Gewährt werden Leistungen bei Unfällen, unfallähnlichen Körperschädigungen und bei Berufskrankheiten. Gemäss Art. 4 ATSG liegt ein Unfall vor, wenn sich eine plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen, äusseren Faktors auf den menschlichen Körper ereignet und eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit oder den Tod zur Folge hat. Die Kriterien der Plötzlichkeit, der fehlenden Absicht, der Ungewöhnlichkeit und der äusseren Einwirkung auf den Körper müssen erfüllt sein. Zudem muss zwischen dem Unfall und dem für die Leistung massgebenden Sachverhalt (z.B. Arbeitsunfähigkeit) ein natürlicher oder ein adäquater Kausalzusammenhang vorliegen.

Die Unfallversicherung erbringt Sachleistungen (Heilbehandlung, Hilfsmittel, Vergütung von Sachschäden und weitere, vgl. Art. 10ff UVG) und folgende Geldleistungen:

- Taggelder, solange eine Heilbehandlung dauert, höchstens aber bis zur Wiedererlangung der vollen Erwerbsfähigkeit, bis zum Beginn einer Rente oder bis zum Tod der versicherten Person (Art. 16 UVG)
- Eine Rente, sofern die Fortsetzung der medizinischen Heilbehandlung keine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr bringt (Art. 19 Abs. 1 UVG)
- Abfindungen (Art. 23 UVG)

- Integritätsentschädigungen bei dauernden Schädigungen der körperlichen Integrität (Art. 24f UVG)
- Hilflosenentschädigungen (Art. 26f UVG)
- Hinterlassenenrenten (Art. 28ff UVG)

Das Taggeld der Unfallversicherung beträgt gemäss Art. 17 Abs. 1 UVG 80% des versicherten Verdienstes.

### 3.4.1 Kausalität in der Unfallversicherung

Die Frage der Kausalität ist im Sozialversicherungsrecht allgemein von zentraler Bedeutung. Es geht dabei um die Art der Beziehung von einer Ursache und einem Erfolg. Eine besondere Bedeutung kommt ihr in der Unfallversicherung zu, dementsprechend reichhaltig ist die Gerichtspraxis (Kieser, 2017, S. 305). Leistungen der Unfallversicherung können nur ausgerichtet werden, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen und eine natürliche oder eine adäquate Kausalität gegeben ist.

Natürliche Kausalität bedeutet, dass die gesundheitliche Beeinträchtigung ohne den Unfall nicht oder nicht im gleichen Umfang eingetreten wäre. Adäquate Kausalität bedeutet in der Rechtsprechung, dass ein Ereignis nur dann als Ursache des Erfolges gilt, wenn das Ereignis nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung auch geeignet ist, den Erfolg in der eingetretenen Art und Schwere herbeizuführen.

Bei unklaren Beschwerdebildern, wie der somatoformen Schmerzstörung, ist diese Frage von besonderer Bedeutung (S. 306). Insbesondere bei verzögerten Heilungsverläufen stellt sich früher oder später die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang. Sie wird von den Unfallversicherungen ab einem bestimmten Zeitpunkt zwangsläufig geprüft und bei der Entwicklung einer somatoformen Schmerzstörung häufig verneint.

Gemäss Kieser wird die Adäquanzprüfung in der Rechtsprechung unterschiedlich beurteilt, je nachdem, ob somatische oder psychische Unfallfolgen vorliegen. Bei somatischen Unfallfolgen wird regelmässig angenommen, dass beim Vorliegen der natürlichen Kausalität auch die adäquate Kausalität gegeben ist. Bei psychischen Unfallfolgen wird die Frage grundsätzlich anders beurteilt (Kieser, 2017, S. 309). Es wird eine Dreiteilung der Unfälle vorgenommen und zwischen leichten, mittelschweren und schweren Unfällen unterschieden. Das Unfallereignis selbst ist massgebend und nicht das psychische Erleben der betroffenen Person. Bei leichten Unfällen wird die Adäquanz von psychischen Beeinträchtigungen in der Regel verneint und bei schweren Unfällen in der Regel bejaht. Bei mittelschweren Unfällen müssen

weitere Umstände mitberücksichtigt werden und je nach Schweregrad des Unfalles eines oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Besonders dramatische Begleitumstände
- Besondere Eindrücklichkeit des Unfalles
- Besondere Art und Schwere der erlittenen Verletzungen und erfahrungsgemässe Eignung zur Auslösung psychischer Fehlentwicklungen
- Ungewöhnlich lange andauernde ärztliche Behandlung
- Körperliche Dauerschmerzen
- Behandlungsfehler, die die Unfallfolgen erheblich verschlimmert haben
- Schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen
- Grad und Dauer der psychischen Arbeitsunfähigkeit (S. 310)

Für die Distorsion der Halswirbelsäule HWS hat die Rechtsprechung gemäss Kieser besondere Regeln entwickelt. Diese sind für somatoforme Schmerzstörungen dahingehend von Bedeutung, als dass sie in dieser Verletzung ihren Anfangspunkt haben. Es wird ein natürlicher Kausalzusammenhang angenommen, wenn ein „typisches Beschwerdebild“ vorliegt. Ein solches ist gegeben, wenn eine Häufung von Beschwerden wie diffuse Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, rasche Ermüdbarkeit, Sehstörungen, erhöhte Reizbarkeit, Niedergeschlagenheit, Wesensveränderung und weitere vorliegen. Bei Verletzungen der HWS müssen diese Beschwerden innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfallereignis eintreten. Für die Beurteilung der adäquaten Kausalität werden die gleichen Regeln angewendet wie bei der psychischen Störung nach einem Unfall, allerdings in etwas abgeänderter Form. Massgebend ist die gesamte Dauer der Arbeitsunfähigkeit (körperlich und psychisch bedingte zusammen). Davon wird abgewichen, wenn das typische Beschwerdebild nur teilweise gegeben ist und im Vergleich mit der psychischen Problematik in den Hintergrund rückt. Die Kriterien für den mittelschweren Unfall werden in leicht angepasster Form angewendet: Die Beschwerden durch die HWS-Verletzung müssen besonders schwer sein, es muss eine spezifische, belastende ärztliche Behandlung erfolgt sein und es muss eine erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesenen Anstrengungen weiterhin vorliegen (Kieser, 2016, S. 311ff).

### **3.4.2 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung**

Bei somatoformen Beschwerdebildern nach einem Unfall wird, je länger die Behandlung dauert, je eher die Frage nach dem adäquaten Kausalzusammenhang gestellt. Ist der Unfall nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und der allgemeinen Lebenserfahrung noch geeignet, um die Beschwerden im vorhandenen Ausmass zu rechtfertigen? Da gemäss Definition

(vgl. Kapitel 2.1) das Schmerzgeschehen nicht mehr durch eine organische oder psychische Störung erklärbar ist, ist damit zu rechnen, dass der adäquate Kausalzusammenhang mit der Diagnosestellung als nicht mehr gegeben betrachtet wird. Es sei denn, der Unfall wäre besonders schwer gewesen, dass er selber geeignet ist, psychische Folgeschäden zu verursachen.

### 3.4.3 Soziale Arbeit in der Unfallversicherung

Seit 2003 führt die SUVA ein Case Management CM über alle drei Bereiche der Heilungskosten, Taggelder und Renten. Die SUVA hat erkannt, dass der Wiedereinstieg in die Arbeitswelt nach einem Unfall oft schwierig ist. Case Manager unterstützen daher die Betroffenen durch individuelle und persönliche Beratung, um die Chancen auf einen erfolgreichen Wiedereinstieg in die Berufswelt zu erhöhen. In einer Studie über die strategische Bedeutung von Case Management für Versicherer wird das CM der SUVA erörtert und es wird ihm Vorbildcharakter zugesprochen (The Bosten Consulting Group, 2010, S. 25). Durch die Einführung des CMs habe die SUVA von 2003 bis 2010 die Ausgaben im Rentenbereich um 30% senken können (S. 26). Gemäss der Studie ist die Erfolgsquote der Wiedereingliederung abhängig von der Dauer der Arbeitsplatzabsenz und je früher potentielle Komplexfälle erkannt und entsprechend behandelt würden, desto höher sei die Wiedereingliederungschance und damit auch das Sparpotential für die Versicherer. Die 2% der komplexesten Fälle verursachen in der Unfallversicherung 65% der gesamten Leistungskosten (S. 27). In einer späteren Kostenwirksamkeitsstudie des CMs der SUVA selber wurde aber festgestellt, dass intensiv betreute Schwerverunfallte im Vergleich mit den weniger intensiv betreuten Schwerverunfallten keine bessere Erwerbsfähigkeit erzielten oder nennenswerte Unterschiede in den Invaliditätsgraden aufwiesen (Scholz, Andermatt, Tobler & Spinnler, 2016, S. 319ff). Die Angaben der Bosten Consulting Group insbesondere bezüglich möglicher Einsparungen sind deshalb mit Vorsicht zu geniessen.

Wie die SUVA haben in den letzten Jahren alle grossen Krankentaggeld- und Unfallversicherer ein Case Management eingeführt. Case Management ist eine Arbeitsmethode der Sozialen Arbeit, welche einen strukturierten und koordinierten Hilfeprozess durchführt. Der Prozess wird systematisch geführt und in einer kooperativen Zusammenarbeit werden Menschen „in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt“ (Netzwerk Case Management Schweiz, 2014, S. 5) Es wird dabei eine organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit angestrebt (S. 5).

In der Studie der Bosten Consulting Group wird festgehalten, dass Case Manager über die entsprechende Qualifikation, soziale Kompetenz und ein gesamtwirtschaftliches Denken

verfügen müssen, um die einsatzintensive Betreuung der Betroffenen leisten zu können (The Bosten Consulting Group, 2010, S. 29). Die Ausbildung zum Case Manager wird an verschiedenen Schulen als CAS-Lehrgang angeboten und stellt eine Voraussetzung für die berufliche Tätigkeit als Case Manager dar. So erlernen viele, ursprünglich nicht sozialarbeiterisch geschulte Personen diese Methode und wenden sie in den verschiedenen Versicherungen an. Damit hat zwar nicht die klassische Sozialarbeit, aber doch die Methode des CMs den Eingang in die Versicherungen gefunden und wird dort angewendet.

### 3.5 Krankentaggeldversicherung

Wie in Kapitel 3.2.2 erörtert, stellt der Begriff der Krankheit einen Auffangtatbestand für alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die nicht auf einen Unfall zurückzuführen sind, dar. Wenn keine Unfallversicherung für den Lohnausfall aufkommt, stellt sich die Frage, ob eine Krankentaggeldversicherung dafür aufkommen kann.

Krankentaggeldversicherungen sind in der Schweiz nicht obligatorisch, sondern können entweder vom Arbeitgeber oder von Einzelpersonen freiwillig abgeschlossen werden. Das fehlende Obligatorium wird vielfach als Systemlücke bezeichnet (Luginbühl, 2010, S. 12). Der Bundesrat kam in seinem Bericht „Evaluation und Reformvorschläge zur Taggeldversicherung bei Krankheit“ zum Schluss, dass die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in der Schweiz weitgehend durch freiwillige Taggeldversicherungen versichert seien und daher ein Obligatorium nicht eingeführt werden müsse (Bundesamt für Gesundheit, 2009, S. 45).

Krankentaggeldversicherungen können auf zwei Arten abgeschlossen werden:

#### 3.5.1 Die Krankentaggeldversicherung nach KVG

Gemäss Luginbühl hat die Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) heute nur noch eine geringe Bedeutung. Die anerkannten Krankenkassen müssen die Einzeltaggeldversicherungen anbieten und durchführen (Art. 13 KVG). Als Kollektivversicherungen werden sie aber kaum noch abgeschlossen (keine Angebotspflicht). Die meisten Versicherten sind Einzelversicherte mit niedrigen Taggeldern (Luginbühl, 2010, S. 14). Als Grund für die geringe Bedeutung sieht Luginbühl die verschiedenen sozialen Auflagen, die die Versicherung nach KVG verteuern:

- Es besteht eine Aufnahmepflicht (Art. 67 KVG).
- Gesundheitliche Vorbehalte dürfen höchstens fünf Jahre angebracht werden (Art. 69 KVG).

- Das versicherte Risiko ist klar umschrieben und beinhaltet auch Leistungen bei Mutterschaft (Art. 72 Abs. 1 und 2 KVG).
- Die Mindestdauer der Leistungen beträgt 720 Tage innerhalb von 900 Tagen (Art. 72 Abs. 3 KVG). Sie wird ab einer Arbeitsunfähigkeit von 50% ausgerichtet.
- Bei Teilarbeitsunfähigkeit bleibt der Versicherungsschutz für die verbleibende Restarbeitsfähigkeit bestehen (Art. 72 Abs. 4 KVG).
- Die Leistung wird mit anderen Sozialversicherungen koordiniert und bei Kürzung der Leistung wegen Übererschädigung verlängert sich die Leistungsdauer (Art. 72 Abs. 5 KVG).
- Für gleiche Mitglieder müssen gleiche Prämien gelten, insbesondere für Männer und Frauen (Art. 76 KVG).
- Es besteht ein gesetzliches Recht auf Übertritt in eine Einzelversicherung (Art. 70 und 71 KVG) (Luginbühl, 2010, S. 14f).

Die Krankentaggeldversicherung nach KVG ist eine Sozialversicherung und daher dem ATSG unterstellt. Sie ist nach öffentlichem Recht ausgestaltet und die Anbieter haben sich an die Grundsätze rechtsstaatlichen Handelns und an die Prinzipien der sozialen Krankenversicherung zu halten. Das Verfahren ist grundsätzlich einfach und kostenlos. Entscheide werden mittels Verfügung mitgeteilt und können beim kantonalen Sozialversicherungsgericht und beim Bundesgericht angefochten werden. Die Versicherung wird mittels eines öffentlich-rechtlichen Vertrags mit einer anerkannten Krankenkasse abgeschlossen. Neben den gesetzlichen Mindestbestimmungen besteht weitgehende Vertragsfreiheit (S. 14ff).

Da sich die Krankentaggeldversicherung nach KVG am Behandlungsprinzip orientiert, endet die Leistungspflicht mit dem Austritt aus der Versicherung durch die Kündigung auch in einem laufenden Versicherungsfall (Bollier, 2011, S. 510).

### 3.5.2 Die Krankentaggeldversicherung nach VVG

Gemäss Luginbühl ist die Krankentaggeldversicherung nach dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG; SR 221.229.1) von wesentlich grösserer Bedeutung. Das VVG schreibt zum typischen Vertragsinhalt einer Krankentaggeldversicherung nichts vor. Es besteht weitgehende Vertragsfreiheit: Die Versicherer müssen nicht öffentlich anerkannte Krankenkassen sein und können entscheiden, mit wem sie über welche Leistungen einen Vertrag abschliessen wollen. Sie formulieren die geltenden Versicherungsbestimmungen in eigenen allgemeinen Versicherungsbedingungen AVB. Die VVG-Taggeldversicherungen sind in der Regel günstiger. Der VVG-Versicherungsvertrag ist privatrechtlicher Natur und untersteht nicht den Koordinationsbestimmungen des ATSG (Luginbühl, 2010, S. 16f).

Weitere Merkmale sind gemäss Bollier:

- Leistungsausschlüsse sind für die gesamte Versicherungsdauer möglich.
- Die Versicherungsdauer ist in der Regel auf ein bis fünf Jahre limitiert, wobei bei Stillschweigen der Vertrag um ein Jahr erweitert wird (Art. 47 VVG).
- Der Versicherer hat ein Kündigungsrecht im Schadenfall (Art. 47 VVG) und auf das Vertragsende.
- Die Prämien sind risikogerecht ausgestaltet und können je nach Geschlecht und Alter unterschiedlich sein.
- Ein Übertrittsrecht von der Kollektiv- in die Einzelversicherung ist in den AVB geregelt, wird jedoch meist zum Erhalt des Versicherungsschutzes während dreissig bis neunzig Tagen gewährt. Eine Sonderregelung besteht für arbeitslose Versicherte: Gemäss Art. 100 Abs. 2 VVG kommen ihnen zwingend die gleichen Übertrittsrechte wie den KVG Versicherten zu (Art. 71 Abs. 1 und 2 sowie Art. 73 KVG sind anwendbar).
- Die Leistungen richten sich nach den AVB und werden vielfach schon ab einer Arbeitsunfähigkeit von 25% gewährt. Kulanzleistungen sind möglich.
- Das Verfahren ist privatrechtlicher Natur. Entscheide werden oft formlos mitgeteilt. Der Rechtsweg ist kostenpflichtig und nur in gewissen Fällen werden prozessuale Erleichterungen gewährt (Bollier, 2011, S. 507ff).

Da in der Krankentaggeldversicherung nach VVG die Deckung unabhängig von der Leistung beurteilt wird, endet mit dem Austritt aus der Versicherung lediglich die Deckung für zukünftige Schäden. Die Leistungen für laufende Schäden enden nicht von Gesetzes wegen, dies kann jedoch in den AVB so vorgesehen sein (Luginbühl, 2010, S. 23).

### 3.5.3 Kollektivversicherung und Einzelversicherung

In der Einzelversicherung wird der Versicherungsvertrag zwischen der Versicherungsnehmerin oder dem Versicherungsnehmer und der Versicherung abgeschlossen. Gemäss Luginbühl werden in den Einzelversicherungen vorwiegend feste Beträge versichert (Luginbühl, 2010, S. 17).

Kollektiv-Taggeldversicherungen bestehen aus drei Parteien: Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Arbeitgeberin, dem Arbeitgeber oder einer Organisation als Versicherungsnehmerin oder Versicherungsnehmer und der Versicherung abgeschlossen. Die versicherten Personen (Arbeitnehmende) unterstehen dem Arbeitsvertrag oder sind Mitglieder der entsprechenden Organisation und unterstehen damit dem Versicherungsschutz. In der Kollektivversicherung wird oft auf eine Gesundheitsprüfung verzichtet, da die Versicherung davon

ausgeht, dass die Betriebsangehörigen ein gesundes Versicherungskollektiv darstellen (S. 18).

#### 3.5.4 Schaden- und Summenversicherung

Massgebend für die Unterscheidung, ob es sich um eine Schaden- oder Summenversicherung handelt, sind die vertraglichen Vereinbarungen betreffend die Leistung. In der Schadenversicherung muss ein finanzieller Schaden nachgewiesen werden (Beweis von Gesundheitsschaden und Lohnausfall). Die meisten VVG-Taggeldversicherungen werden auf diese Weise abgeschlossen und der Nachweis ist meist unproblematisch: Während die Ärztin oder der Arzt die Arbeitsunfähigkeit bestätigt, beweist der Lohnausfall den finanziellen Schaden (S. 18). In der Summenversicherung wird eine bestimmte oder bestimmbare Summe versichert und der Nachweis der gesundheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit reicht aus, um den Anspruch auf die Leistung auszulösen. Diese Versicherung eignet sich für Personen, bei denen der Nachweis einer Erwerbseinbusse problematisch sein kann, wie zum Beispiel für Firmeninhaberinnen und Firmeninhaber oder Selbständigerwerbende (S. 19).

#### 3.5.5 Die Schadenminderungspflicht

Die Schadenminderungspflicht ist eine sozialversicherungsrechtliche und privatrechtliche Obliegenheit, die der versicherten Person gebietet, dass sie „nach Eintritt des Schadens alle ihr möglichen und zumutbaren Massnahmen zu treffen hat, um diesen zu mindern oder zu beheben“ (S. 32). Sie stellt keine Rechtspflicht dar und kann nicht zwangsweise durchgesetzt werden. Bei deren Verletzung kann aber die Versicherung aufgrund der Akten entscheiden und muss die Folgen der Verletzung dieser Obliegenheit nicht tragen. Im ATSG ist die Schadenminderungspflicht in Art. 6 Abs. 2 geregelt und besagt, dass bei einer langandauernden Arbeitsunfähigkeit auch eine Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt werden muss. Im VVG ist sie in Art. 61 als Rettungspflicht festgehalten, die die Anspruchsberechtigten dazu verpflichtet „nach Eintritt des befürchteten Ereignisses tunlichst für die Minderung des Schadens zu sorgen“ (S. 34).

Gemäss sozialversicherungsrechtlicher Rechtsprechung bedeutet diese Schadenminderungsobliegenheit, dass eine Restarbeitsfähigkeit auch verwertet werden muss, wenn die oder der Versicherte noch in einem Arbeitsverhältnis steht (Eidgenössisches Versicherungsgericht, 2006, Erwägung 4.4). Es ist also zumutbar, trotz bestehendem Arbeitsverhältnis eine angepasste und zumutbare Beschäftigung zu suchen (Luginbühl, 2010, S. 34). Die Krankentaggeldversicherung muss nur solange Lohnersatzleistungen erbringen, als dass es der oder dem Versicherten nicht zumutbar ist, eine angepasste Tätigkeit zu suchen. Die Versicherung

muss aber der oder dem Betroffenen ein Übergangstaggeld während drei bis fünf Monaten gewähren, damit sie oder er sich beruflich neu orientieren kann (BGer, 2008, Erwägung 4.5). Wenn die versicherte Person aus gesundheitsfremden Gründen wie Alter, mangelnder Intelligenz oder Ausbildung, sprachlichen Problemen oder anderen Hindernissen Mühe hat, eine andere Tätigkeit zu finden, muss diesem Umstand mit einer längeren Übergangsfrist Rechnung getragen werden (Eugster, 2010, S. 785). Die Begründung, es werde auf eine Massnahme der IV gewartet, entbindet nicht von der Schadenminderungspflicht (BGer, 2003, Erwägung 4.4). Die Arbeitsunfähigkeit ist auf den bisherigen Beruf zu beziehen, solange nicht vernünftigerweise verlangt werden kann, dass die Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufsfeld verwertet wird (Eugster, 2010, S. 784). Wenn bei der Aufnahme einer angepassten Tätigkeit ein Resterwerbsausfall besteht, ist dieser zu entschädigen (Luginbühl, 2010, S. 36).

Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung gilt die dargelegte sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung auch für Privatversicherungen (BGer, 2001, Erwägung 4c; BGer, 2002, Erwägung 3a). Die AVB können aber strengere Regeln für die Schadenminderung enthalten (Luginbühl, 2010, S. 37).

Gemäss dem Ombudsmann der Krankenversicherung sind diese Regeln der Schadenminderung für viele Versicherte nicht verständlich. Sie gehen davon aus, dass sie im Schadenfall die maximale Anzahl von Taggeldern erwarten dürfen, denn mit dieser Information werden ihnen häufig die Versicherungen verkauft. Es wird in der Regel nicht auf die Schadenminderungspflicht hingewiesen und Betroffene sind daher oft verunsichert. Dieser Verunsicherung könnte durch umfangreichere Information entgegengewirkt werden (S. 41f).

### **3.5.6 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung**

Wie in Kapitel 2.2 erläutert, sind Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und aus tieferen sozialen Schichten häufiger von einer somatoformen Schmerzstörung betroffen als gut ausgebildete Menschen der Mittel- und Oberschicht. Ein tiefes Bildungsniveau bringt es mit sich, dass der Körper das vorwiegende Arbeitsinstrument darstellt und berufliche Tätigkeiten manueller und oft mittelschwerer bis schwerer Natur ausgeübt werden. Mit der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung wird eine solche Tätigkeit nicht mehr möglich sein, wohingegen eine leichte wechselbelastende Tätigkeit von den Sozialversicherungen oft als zumutbar erachtet wird und im Rahmen der Schadenminderungspflicht regelmässig auch verlangt wird. Der schweizerische Arbeitsmarkt gibt wenige unqualifizierte, leichte und wechselbelastende Stellen her. In der hochentwickelten und teuren Schweiz werden Produktionsarbeiten entweder automatisiert oder ins günstigere Ausland verlagert. Lediglich Dienstleistungsarbeiten, wie zum Beispiel Putzarbeiten oder Bewachungstätigkeiten können nicht ausgelagert werden

und verbleiben in der Schweiz. Viele Dienstleistungsarbeiten erfordern Fachkenntnisse und Ausbildungsabschlüsse, welche für schulisch und wirtschaftlich schwache Personen schwierig zu erlangen sind. Für die Betroffenen bedeutet diese Situation eine Diskrepanz zwischen dem, was für sie mit ihren Ressourcen noch möglich ist und dem, was sie leisten sollten. Dass eine Folge davon Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit der Gesamtsituation gegenüber sein kann, leuchtet ein. Gemäss dem biopsychosozialen Krankheitsmodell wird sich dieser Spannungszustand als sozialer Vulnerabilitätsfaktor auf den Krankheitsverlauf auswirken. Der niedrige soziale Status kann, wie in Kapitel 3.2.1 erörtert, dazu führen, dass die betroffene Person eher arbeitsunfähig geschrieben wird und dadurch in eine Abwärtsspirale zwischen Arbeitsunfähigkeitsschreibung, Abweisungen von Leistungen der Sozialversicherungen und verstärkten Schmerzen gerät.

### **3.5.7 Soziale Arbeit in den Krankentaggeldversicherungen**

Wie in Kapitel 3.4.3 bereits erörtert, hat die Methode des Case Managements Eingang in die Versicherungswelt gefunden. Die meisten Krankentaggeldversicherungen führen heute ein Case Management. Die Erörterungen aus Kapitel 3.4.3 gelten analog.

### **3.6 Arbeitslosenversicherung**

Das Arbeitslosentaggeld gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung vom 25. Juni 1982 (AVIG; SR 837.0) stellt die zentrale Leistung der Arbeitslosenversicherung dar. Dieses wird gewährt, wenn eine Person die Beitragszeit erfüllt hat, ganz oder teilweise arbeitslos ist (Art. 10 AVIG), einen anrechenbaren Arbeits- oder Verdienstausschlag erlitten hat (Art. 11 AVIG) und vermittlungsfähig ist. Damit die Taggelder ausbezahlt werden können, müssen die Kontrollvorschriften erfüllt sein (Art. 17 AVIG).

Die Beitragszeit ist dann erfüllt, wenn eine Person während der für sie massgebenden Rahmenfrist während mindestens zwölf Monaten Beiträge geleistet hat (Art. 13 AVIG). In bestimmten Fällen können Zeiten angerechnet werden, ohne dass Beiträge einbezahlt wurden, namentlich bei Militärdienst oder Lohnausfallzeiten während Krankheit, Unfall und Mutterschaft (Art. 13 Abs. 2 der Verordnung über die obligatorische Arbeitslosenversicherung und die Insolvenzenschädigung; AVIV; SR 837.02). Für Personen nach einer Scheidung, einer Schulausbildung, bei Wegfall einer IV-Rente oder einem Aufenthalt in einer Haftanstalt und in weiteren Situationen sieht das Gesetz Leistungen bei Beitragsbefreiung vor (Art. 14 AVIG).

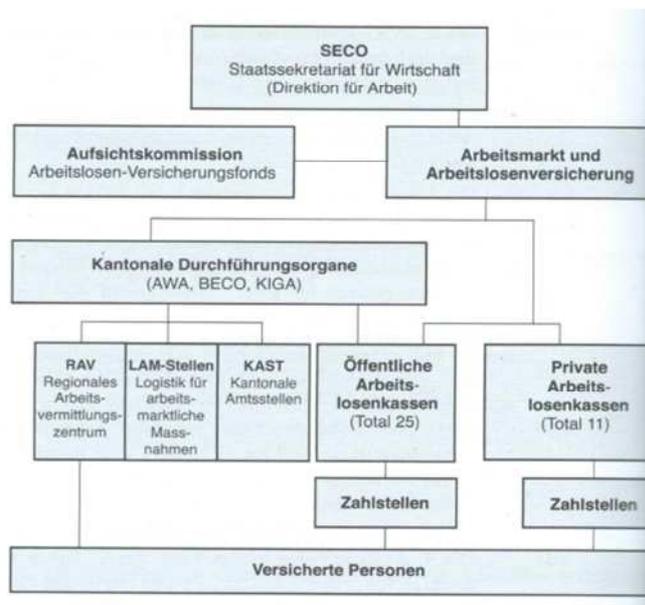


Abbildung 3. Organisation ALV. Nach Bollier, 2011, S. 312.

Die Durchführung der Arbeitslosenversicherung ist Sache der Kantone. Sie betreiben die Regionalen Arbeitsvermittlungszentren RAV, welche die Beratung im und die Überwachung des Stellensuchprozesses durchführen. Die Kantone betreiben zudem die Stellen der Logistik arbeitsmarktlicher Massnahmen LAM und die kantonalen Amtsstellen KAST. Die KAST entscheidet im Zweifelsfall über die Vermittlungsfähigkeit und die Zumutbarkeit von Tätigkeiten, bearbeitet Gesuche auf bestimmte Massnahmen und stellt die Anwendung des Bundesrechtes im Einzelfall sicher (Art. 85

AVIG). Die Arbeitslosenkassen ALK (öffentliche und private) berechnen die Taggelder und richten sie aus (vgl. Bollier, 2011, S. 311ff). Zur Organisation der Arbeitslosenversicherung siehe Abbildung 3.

### 3.6.1 Vermittlungsfähigkeit und Schadenminderungspflicht

In jedem Fall muss die betroffene Person vermittlungsfähig sein. Gemäss Art. 15 AVIG bedeutet dies, dass sie bereit, in der Lage und berechtigt sein muss, eine zumutbare Arbeit anzunehmen und an Eingliederungsmassnahmen der Arbeitslosenversicherung teilzunehmen. Die Weisungen des Staatssekretariats für Wirtschaft SECO konkretisieren die Vermittlungsfähigkeit mit subjektiver Vermittlungsbereitschaft, Arbeitsfähigkeit und der Berechtigung, arbeitstätig zu sein (SECO, 2017a, B215). Nach aktueller Rechtsprechung ist die Vermittlungsfähigkeit dann gegeben, wenn eine Person bereit und fähig ist, eine Arbeit von mindestens 20% eines Vollzeitpensums anzunehmen. Vermittlungsbereitschaft bedeutet, dass die Person sich der öffentlichen Arbeitsvermittlung zur Verfügung stellt und bereit ist, jede zumutbare Arbeit anzunehmen. Es ist ihre Pflicht, sich intensiv um zumutbare Arbeitsstellen zu bemühen. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht muss sie auch bereit sein, befristete Tätigkeiten und Zwischenverdienste anzunehmen (SECO, 2017a, B219f). Arbeitsfähig ist eine Person, wenn sie körperlich und geistig in der Lage ist, ihre Arbeitskraft anzubieten. Massgebend ist nicht die bisherige berufliche Tätigkeit, sondern eine zumutbare Tätigkeit (B222). Bestehen Zweifel an der Arbeitsfähigkeit, so kann die KAST oder das RAV eine vertrauensärztliche Untersuchung verlangen (B223; B254a).

### 3.6.2 Erleichterte Vermittlungsfähigkeit und Vorleistungspflicht zur IV

Für Personen, die gesundheitlich eingeschränkt sind und eine Rente der IV beantragt haben oder bereits beziehen, gilt eine erleichterte Umschreibung der Vermittlungsfähigkeit. Sie gelten gemäss Art. 15 Abs. 2 und 3 AVIG als vermittlungsfähig, wenn ihnen bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage unter Berücksichtigung der gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt eine zumutbare Arbeit vermittelt werden könnte; wenn sie bereit und in der Lage sind, eine solche Tätigkeit anzunehmen und wenn sie bei der IV oder einer anderen Sozialversicherung angemeldet sind. Demnach dürfen nur Einsatzmöglichkeiten, in denen auf die gesundheitlichen Defizite Rücksicht genommen wird, in Betracht gezogen werden. Eine Beurteilung nach ausgewogener Arbeitsmarktlage bedeutet, dass die Personen nicht nur bei Hochkonjunktur als vermittelbar gelten dürfen (B251).

Die Arbeitslosenversicherung ist gegenüber Leistungen der IV vorleistungspflichtig. Die arbeitslosen und mindestens 20% vermittelbaren Personen, die bei der IV angemeldet sind, erhalten trotz eingeschränkter Arbeitsfähigkeit das volle Arbeitslosentaggeld bis zum Vorbescheid des IV-Rentenentscheides (Art. 40b AVIV; SECO, 2017a, C29). Den zuständigen Durchführungsstellen der Arbeitslosenversicherung kommt eine Aufklärungspflicht betreffend diese Vorleistungspflicht zu (B252). Bei offensichtlicher Vermittlungsunfähigkeit, wenn sich die betroffene Person nicht als arbeitsfähig fühlt oder wenn sie lediglich im geschützten Rahmen arbeitsfähig ist, ist die Vermittlungsfähigkeit nicht gegeben (SECO, 2017A, B254aff).

Gemäss SECO ist es Sache der zuständigen Organe der Arbeitslosenversicherung, die Arbeits- und Einsatzfähigkeit der versicherten Personen abzuklären. Nur mit Kenntnis des Gesundheitszustandes kann eine dauerhafte Eingliederung in den Arbeitsmarkt erreicht werden. Die genannten geringeren Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit gelten für die Arbeitslosenversicherung solange, als dass kein Entscheid einer anderen Versicherung vorliegt (B253). Haben entweder die ALK oder das RAV Zweifel an der Vermittlungsfähigkeit, so müssen sie den Fall an die KAST zu dessen Überprüfung weiterleiten. Ab dem Übermittlungszeitpunkt an die KAST werden die Taggeldzahlungen eingestellt (B274ff).

### 3.6.3 Arbeitsmarktliche Massnahmen

Gemäss Art. 1 Abs. 2 AVIG sind arbeitsmarktliche Massnahmen AMM „Instrumente zur Verhütung von drohender und Bekämpfung bestehender Arbeitslosigkeit“. Sie verfolgen gemäss SECO das Ziel einer raschen und dauerhaften Wiedereingliederung der betroffenen Person und müssen die Vermittlungsfähigkeit verbessern, die beruflichen Qualifikationen fördern,

das Risiko von Langzeitarbeitslosigkeit und Aussteuerung vermindern und die Möglichkeit bieten, Berufserfahrung zu sammeln (SECO, 2017b, A1; Art. 15 AVIG; Art. 59 Abs. 2 AVIG). Die Dauer der Massnahmen richtet sich nach dem Gesetz und an der persönlichen Situation der betroffenen Person aus.

Konkret steht ein ganzer Katalog an Programmen zur Verbesserung der Bildung und zur Beschäftigung zur Verfügung. Zudem gibt es spezielle Massnahmen, wie der Einarbeitungszuschuss, Ausbildungszuschüsse, Pendlerkosten und Wochenaufenthalterbeiträge, Massnahmen zur Förderung einer selbständigen Erwerbstätigkeit, Schnupperlehren und Eignungsabklärungen (vgl. SECO, 2017b).

Im Kanton Bern gibt es für körperlich oder psychisch eingeschränkte Kundinnen und Kunden spezielle Angebote für die Abklärung der Arbeitsmarktfähigkeit und für die berufliche Integration. Namentlich gibt es ein Programm, in dem Psychologinnen und Psychologen sowie Arbeitsagoginnen und Arbeitsagogen zusammen mit den Kundinnen und Kunden die individuellen Fähigkeiten und die Möglichkeiten deren Einsatzes auf dem Arbeitsmarkt abklären (vgl. Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit, Anhang 1). Ein weiteres wichtiges Programm führt die Stiftung IPT – Integration für alle durch. Während drei Monaten werden die Kundinnen und Kunden individuell beraten, durch Coachings und Kurse bei der Stellensuche unterstützt und nach dem Stellenantritt durch einen Coach weiter beraten und begleitet (vgl. Stiftung IPT – Integration für alle, Anhang 2).

### **3.6.1 Bedeutung für die somatoforme Schmerzstörung**

Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung können nur Leistungen der Arbeitslosenversicherung beziehen, wenn sie sich subjektiv mindestens 20% arbeitsfähig fühlen und ihnen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt diese Arbeitsfähigkeit auch attestiert. Solange sie bei der IV angemeldet sind, gelten für sie die erleichterten Bedingungen betreffend die Vermittelbarkeit und sie erhalten das volle Taggeld im Rahmen der Vorleistungspflicht.

Der Status der Arbeitslosentaggeldberechtigung bei gleichzeitiger Prüfung von IV-Leistungen birgt ein Spannungsfeld in sich. Bei der Arbeitslosenversicherung müssen die betroffenen Personen zwar in kleinem Umfang, aber dennoch ihre Arbeitsfähigkeit beweisen, während sie gleichzeitig der IV ihre Arbeitsunfähigkeit beweisen sollen. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten oft eine Verunsicherung darüber besteht, zu wie vielen Prozenten sie ihre Patientinnen und Patienten nun arbeitsfähig oder -unfähig schreiben sollen. Ärztinnen und Ärzte, wie auch die Betroffenen müssen betreffend die Vorleistungspflicht gut aufgeklärt werden. Wichtig erscheint, dass die Gesamtsituation

möglichst umfassend abgeklärt wird und die Restarbeitsfähigkeit möglichst früh verbindlich festgelegt wird (vgl. Kapitel 3.2.1), damit eine nachhaltige und zielgerichtete Vorgehensweise mit allen Involvierten erarbeitet werden kann.

Kundinnen und Kunden, die keinen Anspruch auf IV-Leistungen haben oder eine Anmeldung nicht sinnvoll erscheint, müssen in dem Umfang eine Stelle suchen, in dem sie arbeitsfähig geschrieben und als vermittelbar angemeldet sind. Sie erhalten auch nur in diesem Umfang ein Taggeld. Wenn Zweifel an der Vermittelbarkeit bestehen, muss diese durch die KAST abgeklärt werden.

### **3.6.2 Soziale Arbeit in der Arbeitslosenversicherung und Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ**

Im Rahmen des Berichtes über die psychische Gesundheit und den Arbeitsmarkt in der Schweiz hat die OECD auch den Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen in den RAV untersucht. Sie hat dabei festgestellt, dass sich der Fokus in den RAV seit den 1990er Jahren immer mehr in Richtung Personen, die arbeitsfähig und -willig sind, verschoben hat. Die Folge davon war, dass vermehrt Versicherte mit komplexen Problemlagen und erhöhter Schwierigkeit, eine Stelle auf dem Arbeitsmarkt zu finden, in andere Leistungssysteme wie die IV und die Sozialhilfe abgeschoben wurden (OECD, 2014, S. 112). Die Kernaufgabe der personaldienstlich geschulten Personalberaterinnen und Personalberater besteht darin, die Versicherten zurück in den Arbeitsmarkt zu bringen. Es fehlt ihnen mehrheitlich an psychologischen Fachkenntnissen (S. 101) und am Bewusstsein des hohen Anteils an Arbeitslosen, die an einer signifikanten psychischen Störung leiden (S. 100).

Aufgrund von Reformbemühungen in den verschiedenen Sozialversicherungen in den 1990er Jahren ist das Bewusstsein für die Verschiebung von Personen von einem Versicherungssystem ins andere, ohne dass eine Stelle die volle Verantwortung für die betroffene Person übernimmt, gestiegen. Dieses Phänomen wird als Drehtür-Effekt bezeichnet (S. 96). Aufgrund eines Positionspapiers des Verbandes Schweizerischer Arbeitsämter VSAA, der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe SKOS und der Schweizerischen IV-Stellenkonferenz IVSK aus dem Jahr 2004 hat sich die Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ entwickelt (VSSA, SKOS & IVSK, 2004, S. 1). Das primäre Ziel der IIZ ist die Koordination von Leistungen und Verfahren der verschiedenen Sozialversicherungen und der Sozialhilfe, um die Ausgliederung von Menschen aus dem Erwerbs- und Gesellschaftsleben zu verhindern. Insbesondere sollen Doppelspurigkeiten und Lücken sowie der Drehtür-Effekt vermindert werden (Nationale IIZ-Koordinationsgruppe, 2004, S. 1). Die Interinstitutionelle Zusammenarbeit wurde gesetzlich verankert und hat sich in der Folge in den verschiedenen Kantonen sehr unterschiedlich entwickelt. Sie ist in einigen Kantonen den RAV oder dem

Sozialdienst angegliedert, in anderen Kantonen bildet sie eine selbständige Stelle (OECD, 2014, S. 108; S. 112).

Betreffend die Vertretung der Sozialen Arbeit in der ALV kann demnach gesagt werden, dass sie, sofern die IIZ im betreffenden Kanton nicht dem RAV angeschlossen ist, nicht vertreten ist und es den Personalberaterinnen und Personalberatern in der Regel an psychologischem Hintergrundwissen fehlt, um Menschen in schwierigen Lebenssituationen, und damit auch Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung, zu beraten. Im Kanton Bern ist die IIZ den RAV angeschlossen und IIZ-Beraterinnen und -Berater sind ausgebildete Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Psychologinnen und Psychologen oder verfügen über eine gleichwertige Ausbildung.

### 3.7 Invalidenversicherung

Die Versichertengruppe in der IV ist dieselbe wie in der AHV. Es sind alle Personen, die in der Schweiz Wohnsitz haben oder einer Erwerbstätigkeit nachgehen (Art. 1b IVG). Die IV gehört zur ersten Säule der sozialen Absicherung und ihr Zweck besteht in der Sicherstellung des Existenzminimums im Falle gesundheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit.

In der IV ist die Frage der Leistungsvoraussetzungen von der Versicherungsunterstellung zu unterscheiden. Die Versicherten müssen für den Leistungsbezug die versicherungsmässigen Voraussetzungen für die beantragte Leistung zum Zeitpunkt des Eintritts der Invalidität erfüllen (Art. 6 IVG). Für den Bezug einer ordentlichen IV-Rente muss eine Person mindestens drei Jahre Beiträge geleistet haben (Art. 36 Abs. 1 IVG); für die Inanspruchnahme von Eingliederungsmassnahmen muss sie mindestens ein Jahr Beiträge bezahlt haben oder sich während zehn Jahren ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben (Art. 6 IVG). Ausserordentliche Renten können geprüft werden, wenn eine Person nie erwerbstätig war (sog. Frühinvaliden; Art. 39ff IVG).

Voraussetzung für den Bezug von Leistungen der IV ist eine eingetretene oder eine drohende Invalidität. Invalidität bedeutet die voraussichtlich „bleibende oder längere Zeit dauernde, ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit“ (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit bedeutet den durch „Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende, ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt“ (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Die Erwerbsfähigkeit muss zudem ausschliesslich die Folge einer gesundheitlichen Beeinträchtigung sein und darf aus objektiver Sicht nicht überwindbar sein (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Wichtig zu verstehen ist, dass sich die Erwerbsunfähigkeit auf alle in Betracht kommenden Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt bezieht, während die

Arbeitsunfähigkeit nach Art. 6 ATSG auf die bisherige, beziehungsweise ab sechs Monaten auf eine angepasste Tätigkeit bezieht. Die allgemeine Begriffsdefinition der Invalidität nach ATSG verlangt also eine gesundheitliche Beeinträchtigung, die Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, im Aufgabenbereich tätig zu sein, hat und die eine gewisse Dauer anhalten muss. In den einzelnen Sozialversicherungsgesetzen ist definiert, wie lange diese Dauer für welche Leistungen ist. Für eine IV-Rente ist die Dauer gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG erfüllt, wenn die betroffene Person während einem Jahr ohne wesentlichen Unterbruch während mindestens 40% arbeitsunfähig war und weiterhin mindestens 40% erwerbsunfähig ist. Für berufliche Massnahmen ist sie erfüllt, wenn die oder der Versicherte bedroht ist, den Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen zu verlieren oder ihn aus diesen Gründen bereits verloren hat. Zudem muss die geprüfte Massnahme geeignet sein, „die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern“ (Art. 8 Abs. 1 IVG). Wichtig zu verstehen ist auch, dass Invalidität in der IV kein absoluter Begriff ist, sondern gemäss Art. 4 Abs. 2 IVG je im Hinblick auf die beantragte Leistung beurteilt wird. Sie gilt dann als eingetreten, „sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat“ (Art. 4 Abs. 2 IVG).

Auch in der IV ist der Grundsatz der Schadenminderung von grosser Bedeutung. Die oder der Versicherte muss alles ihr oder ihm Zumutbare unternehmen, um die Invalidität abzuwenden. Er drückt sich unter anderem auch im IV-rechtlich gültigen Grundsatz der „Eingliederung vor Rente“ aus (Art. 1a IVG). Die Invalidität soll mit geeigneten, einfachen und zweckmässigen Eingliederungsmassnahmen verhindert oder behoben werden. Mit der IVG-Revision 6a wurde der Grundsatz auf Personen ausgeweitet, die bereits eine Rente beziehen. Durch verschiedene Eingliederungsmassnahmen, wie dem Arbeitsversuch (Art. 18a IVG) oder dem Einarbeitungszuschuss (Art. 18b IVG), sollen Personen mit Eingliederungspotential aus der Rente wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden. Damit soll eine Verminderung des Rentenbestandes bei der IV erzielt werden (vgl. Bundesrat, 2010).

Der Leistungskatalog der IV umfasst folgende Leistungen:

- Früherfassung und Frühintervention: Gemäss Art. 3a Abs. 1 IVG soll durch eine frühzeitige Erfassung der arbeitsunfähig gewordenen Person eine Invalidität verhindert werden. Durch eine Meldung, die nicht die gleiche Rechtswirkung wie eine Anmeldung im Sinne von Art. 29 ATSG hat, kann sich die betroffene Person bei der IV-Stelle melden. Meldeberechtigt sind auch Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, andere Sozialversicherungen und Weitere, unter der Voraussetzung, dass die betroffene Person informiert ist. Nach einer umfassenden Abklärung der Situation kann die IV gemäss Art. 7d IVG verschiedene Massnahmen, wie die Anpassung des Arbeitsplatzes, Ausbildungskurse oder sozialberufliche Rehabilitation

zusprechen; auf diese Leistungen besteht allerdings kein Rechtsanspruch. Möglich sind gemäss Art. 1octies IVV Leistungen bis zu CHF 20'000.00. Die Massnahmen der Frühintervention enden mit erfolgreicher Eingliederung, bei der Zusprache von beruflichen Massnahmen, mit dem Entscheid, dass eine IV-Rente geprüft wird (nach vorgängiger Aufforderung zur ordentlichen IV-Anmeldung) oder mit dem Abweis von weiteren Leistungen der IV (Art. 1septies IVV).

- Berufliche Eingliederung: Massnahmen der beruflichen Eingliederung können erst nach einer Anmeldung geprüft werden. Mit der Anmeldung erteilt die versicherte Person die Ermächtigung, dass die IV bei allen in der Anmeldung genannten Personen (Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Ärztinnen und Ärzte, involvierte Versicherungen) und Stellen Informationen einholen darf. Die IV entscheidet nach dem Eingang der Anmeldung über den Anspruch auf berufliche Eingliederung und erstellt einen Eingliederungsplan (Art. 70 Abs. 2 IVV). Mögliche berufliche Eingliederungsmassnahmen sind Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe und der Arbeitsversuch (vgl. Art.15ff IVG). Für Versicherte vor dem zwanzigsten Altersjahr sind Sonderschulmassnahmen und medizinische Massnahmen unter bestimmten Voraussetzungen möglich (Art. 12ff IVG). Es können auch Integrationsmassnahmen zugesprochen werden, bei denen das Auftrainieren der Arbeitsfähigkeit im Vordergrund steht (IVG Art. 14a).
- Taggelder: Versicherte, die vor dem gesundheitsbedingten Erwerbsausfall ein Einkommen erzielt haben, erhalten während der Dauer der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen (nicht Frühinterventionsmassnahmen) ein Taggeld in der Höhe von 80% des bisherigen Verdienstes plus ein Kindergeld bei Elternschaft (Art. 22f IVG). An Personen, die noch nicht erwerbstätig waren und über die IV eine erstmalige berufliche Ausbildung absolvieren, kann unter bestimmten Umständen ebenfalls ein Taggeld ausgerichtet werden (sog. kleines Taggeld; Art. 22 Abs. 1bis IVG). Für Nichterwerbstätige mit Betreuungspflichten können gemäss Art. 11a IVG Betreuungskosten ausgerichtet werden.
- Renten: Wenn nach den durchgeführten, möglichen und sinnvollen Eingliederungsmassnahmen immer noch eine Erwerbseinbusse besteht, wird eine Rente geprüft. Ein Rentenanspruch entsteht, nachdem die versicherte Person ein Jahr ununterbrochen mindestens 40% arbeitsunfähig war und nach diesem Wartejahr weiterhin mindestens 40% erwerbsunfähig ist. Der Rentenanspruch richtet sich nach dem Grad der Invalidität aus: Bei einer Invalidität ab 40% wird eine Viertelsrente zugesprochen, ab 50% eine halbe Rente, ab 60% eine Dreiviertelsrente und ab 70% eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Invaliditätsgrad bei Erwerbstätigen wird anhand eines Einkommensvergleiches (Vergleich der Einkommen vor und nach der Invalidität) ermittelt; bei Nichterwerbstätigen wird ein Vergleich der Betäti-

gungsmöglichkeiten vorgenommen; bei Teilzeiterwerbstätigen werden in der „gemischten Methode“ beide Methoden anteilmässig angewendet (Art. 28a IVG).

- Hilflosenentschädigung: Wenn eine versicherte Person auf regelmässige und dauernde Hilfe in den alltäglichen Lebensverrichtungen (An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen und Trinken; Körperpflege; Fortbewegung und Kontakt mit der Aussenwelt; Verrichten der Notdurft) auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, der dauernden Überwachung bedarf oder aufgrund einer psychischen Einschränkung auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist, wird ein Anspruch auf Hilflosenentschädigung geprüft (Art. 42ff IVG). Es handelt sich um einen monatlichen Geldbetrag zur Abgeltung der Hilfeleistungen, der je nach Schweregrad 20%, 50% oder 80% der Vollrente beträgt.
- Assistenzbeitrag: Zur Ergänzung der Hilflosenentschädigung können gemäss Art. 42quater IVG unter bestimmten Voraussetzungen Assistenzbeiträge ausbezahlt werden, um zu verhindern, dass eine Person in ein Heim eintreten muss.
- Hilfsmittel: Gemäss Art. 8 Abs. 3 lit. d und Art. 21ff IVG kann die IV Hilfsmittel finanzieren oder abgeben.

### 3.7.1 Der Umgang mit der Diagnose der somatoformen Schmerzstörung in der IV

Gemäss Kieser stellt der Umgang mit psychosomatischen Leiden die Rechtsanwendung vor erhebliche Fragen. Verschärft wurde die Problematik durch die starke Neurentenzunahme bei der IV in den 1990er Jahren, die vor allem auf psychische Beeinträchtigungen zurückzuführen war. In der Zeit zwischen Dezember 2000 und Dezember 2005 nahm die Zahl der IV-Rentenbeziehenden um 27% zu (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 2006, S. 3). Das Bundesgericht reagierte darauf mit einer Veränderung der Rechtsprechung für die sogenannten unklaren Beschwerdebilder, welche sich bildgebend nicht nachweisen lassen. Dazu gehören die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, die Fibromyalgie, die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, die HWS-Distorsion mit organisch nicht nachweisbaren Funktionsausfällen (Schleudertrauma), die nichtorganische Hypersomnie, die Neurasthenie und das chronische Müdigkeitssyndrom mit Ausnahme der cancer related fatigue (Kieser, 2017, S 258f).

### 3.7.2 Bundesgerichtliche Rechtsprechung ab 2004

Das Bundesgericht entwickelte zur Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Jahr 2004 im Bundesgerichtsentscheid BGE 130 V 352 die Überwindbarkeitsvermutung und ging bei der betroffenen Person, die an einer anhaltenden somatoformen Schmerz-

störung litt, davon aus, dass diese mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwunden werden könne und die Person daher nicht arbeitsunfähig sei. Es könne nur ausnahmsweise von der Vermutung der Überwindbarkeit abgewichen werden, wenn die sogenannten Förster-Kriterien erfüllt seien, namentlich wenn eine „mitwirkende, psychisch ausgewiesene Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien“ vorliegen (BGer, 2004b, Erwägung 2.2.3). Wenn keine psychiatrische Komorbidität vorliege, können „chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter und progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung [...] oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen [...] und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person für die ausnahmsweise Unüberwindlichkeit der somatoformen Schmerzstörung“ sprechen (BGer, 2004b, Erwägung 2.2.3). Das Bundesgericht hat diese Rechtsprechung in nachfolgenden Fällen bestätigt und weiter konkretisiert. Gemäss Kieser trug diese neue Rechtsprechung wesentlich dazu bei, eine Zunahme der Rentenzusprachen in der IV abzuwenden (Kieser, 2017, S. 259).

Diese neue Rechtsprechung wurde stark kritisiert. Die von Förster aufgestellten Kriterien wurden kritisiert, weil sie nicht auf einer empirisch durchgeführten Studie beruhen, sondern lediglich persönliche Ansichten und Erfahrungswerte von Förster darstellen (Saner & Gehring, 2012, S. 816). Im Sommer 2014 erstellte Henningsen ein Gutachten über die Argumentation des Bundesgerichtes und stellte erhebliche Mängel fest (zitiert nach Werner, 2015, S. 10ff). Gleichzeitig wird von juristischer Seite her in Frage gestellt, inwiefern die Ungleichbehandlung in der Beurteilung der Einschränkungen bei der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung durch die Überwindbarkeitsvermutung anderen Krankheitsbildern gegenüber gegen die Europäische Menschenrechtskonvention EMRK verstosse. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte EGMR hat sich bis heute, trotz mehrerer hängiger Fälle, noch nicht dazu geäussert (S. 36).

### **3.7.3 Bundesgerichtliche Rechtsprechung ab Juni 2015**

Unter Berücksichtigung dieser Kritik hat das Bundesgericht im Juni 2015 eine grundlegende Praxisänderung vorgenommen und die bisherige Überwindbarkeitsvermutung fallen gelassen (Kieser, 2017, S. 259f). Im neuen Leitentscheid BGE 141 V 281 führt es ein strukturiertes Beweisverfahren ein, das ermöglichen soll, eine ergebnisoffene und einzelfallgerechte

Beurteilung vornehmen zu können (BGer, 2015a, S. 1ff). Das frühere „Regel/Ausnahme-Modell“ wird in BGE 141 V 281 durch ein strukturiertes, normatives Prüfungsraster ersetzt (vgl. BGer, 2015b). Neu ist das tatsächliche Leistungsvermögen anhand eines Indikatorenkataloges zu prüfen und die IV-Stellen und Unfallversicherungen müssen die gesundheitliche Beeinträchtigung sorgfältig abklären (Kieser, 2017, S. 160). Auch nach der neuen Rechtsprechung liegt aber eine Erwerbsunfähigkeit nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (ATSG Art. 7 Abs. 2). Es muss also weiterhin eine objektive Betrachtung erfolgen. In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ soll gemäss dieser neuen Praxis die Gesundheitsschädigung selber genau durch Befunde und Symptome festgelegt werden sowie die Persönlichkeit und der soziale Kontext genau erörtert werden. Es soll festgestellt werden, welche Ressourcen zur Überwindung vorhanden sind. In einer weiteren Kategorie, der „Konsistenzprüfung“, soll überprüft werden, ob die Einschränkungen in allen Lebensbereichen gleichermassen vorhanden sind und damit plausibel erscheinen (Werner, 2015, S. 47ff).

#### 3.7.4 Aggravation

Eine Diagnosestellung muss gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung den Ausschlussgründen nach BGE 131 V 49 standhalten. Das Bundesgericht versteht unter diesen Ausschlussgründen das Vorliegen einer Aggravation oder ähnlichen Erscheinungen. Eine Aggravation liegt vor, wenn „eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem geschilderten und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf die Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist“ (BGer, 2004c, Erwägung 1.2). Von der Aggravation abzugrenzen ist ein bloss verdeutlichendes Verhalten, welches einen Anspruch nicht ausschliessen kann (BGer, 2015c, Erwägung 4.2).

#### 3.7.5 Bedeutung der neuen Rechtsprechung für die Praxis

Gemäss Werner stellt die neue Rechtsprechung erhöhte Anforderungen an die Diagnosestellung und an die medizinische Abklärung. Die Vermutung der Überwindbarkeit darf nicht mehr angewendet werden. Es muss mit erhöhter Sorgfalt durch Fachärztinnen und Fachärzte abgeklärt werden, ob die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung wirklich gestellt werden kann und die fachärztliche Abklärung soll die Funktionseinschränkungen genau abbilden (Werner, 2016, S. 44f). Die persönlichen Ressourcen werden umfangreicher überprüft und auf dieser Grundlage die verbleibende Arbeitsfähigkeit festgelegt (S. 60ff). Nach alter

Rechtsprechung wurden bei einer somatoformen Schmerzstörung meist Leistungen der IV gänzlich abgewiesen, weil nach Art. 8 ATSG die Invalidität als nicht gegeben und das Schmerzgeschehen als überwindbar beurteilt wurde. Nach neuer Rechtsprechung ist es gemäss Werner denkbar, dass vermehrt Teilrenten für Personen mit einer somatoformen Schmerzstörung zugesprochen werden (S. 59f).

Ob für eine Person mit einer somatoformen Schmerzstörung berufliche Massnahmen geprüft werden, wird von der Beurteilung des Eingliederungspotentials durch den jeweiligen Sachbearbeiter im Erstgespräch und von der gängigen Praxis der jeweiligen IV-Stelle abhängen. Wenn die anspruchstellende Person von ihrer eigenen Arbeitsunfähigkeit überzeugt ist, ist aus subjektiver Sicht kein Eingliederungspotential vorhanden und eine berufliche Eingliederung der IV wird nicht in die Wege geleitet werden.

### **3.7.6 Bedeutung der IV-rechtlichen Rechtsprechung für andere Versicherungen**

Gemäss OECD-Bericht spielt die IV in der schweizerischen Sozialpolitik im Umgang mit psychischer Gesundheit und Arbeit eine Schlüsselrolle, insbesondere „wenn es darum geht, das Bewusstsein für die Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischen Krankheiten zu erhöhen und die Muster für das Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt und die Rückkehr in den Arbeitsprozess zu beeinflussen“ (OECD, 2014, S. 94).

Die Autorinnen beobachten in der Praxis, dass Krankentaggeldversicherungen oft dieselben Gutachtensstellen wie die IV mit Abklärungen beauftragen und sie vermuten einen Einfluss der IV-rechtlichen Rechtsprechung auf die Verfahren und Entscheide bei den Krankentaggeldversicherungen.

### **3.7.7 Soziale Arbeit in der IV**

Sobald eine berufliche Eingliederung möglich und angezeigt ist, wird die betroffene Person von einem Eingliederungsberater beraten. Gemäss Art. 54 IVG wird die IV in kantonalen IV-Stellen durchgeführt. Diese unterscheiden sich gemäss der persönlichen Berufserfahrung einer Autorin in ihrer Organisation und es bestehen in jedem Kanton unterschiedliche interne Abläufe und Handhabungen. Im Kanton Bern wird ein Dossier nach der Anmeldung und dem Erstgespräch entweder dem Eingliederungsmanagement oder dem Fallmanagement (Rentenprüfung) zugeteilt, je nachdem, ob Eingliederungspotential vorhanden ist. Die Eingliederungsmanager sind in der Regel ausgebildete Sozialarbeitende oder Psychologinnen und Psychologen, die mit den Versicherten den beruflichen Wiedereinstieg planen, durchführen und begleiten. Nach Abschluss der beruflichen Eingliederung (erfolgreich/nicht erfolgreich)

wird das Dossier in der Regel dem Fallmanagement übertragen, welches den Fall mit einem Rentenentscheid abschliesst.

### 3.8 Gesetzliche Sozialhilfe

Gemäss der Schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe SKOS sichert die Sozialhilfe die Existenz der bedürftigen Menschen ab und fördert gleichzeitig ihre wirtschaftliche und persönliche Selbständigkeit. Berufliche und soziale Integration werden gewährleistet. Im Gegensatz zum absoluten Existenzminimum, welches lediglich die nötigen Mittel zum Überleben bereitstellt, sichert die Sozialhilfe das soziale Existenzminimum ab, welches auch die Teilhabe am Sozial- und Arbeitsleben beinhaltet. Die Eigenverantwortung und die Hilfe zur Selbsthilfe stellen grundlegende Prinzipien der gesetzlichen Sozialhilfe dar (SKOS, 2017, A.I). Die gesetzliche Sozialhilfe ist das unterste Auffangnetz der sozialen Sicherheit in der Schweiz. Durch Existenzsicherung und Integration verhindert sie, dass Personen oder Personengruppen von der gesellschaftlichen Teilhabe ausgeschlossen werden. Gemäss Bollier leistet sie damit einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Staatsgrundlagen und zur Sicherung des sozialen Friedens (Bollier, 2011, S. 635).

Da das nach dem zweiten Weltkrieg aufgebaute System der Sozialversicherungen auf einem traditionellen Familienbild und auf ein stetiges Wirtschaftswachstum aufbaut, sich die sozialen Lebensformen und die wirtschaftliche Lage aber seither verändert haben, ist das soziale Absicherungssystem für verschiedene Personengruppen brüchig geworden. Dies zeigt sich im dramatischen Ansteigen der Fallzahlen in der Sozialhilfe. Die Sozialhilfe ist ein wichtiges Absicherungssystem geworden (Bollier, 2011, S. 635).

Die Sozialhilfe strebt nebst der Existenzsicherung die Integration der Betroffenen an. Zur Verhinderung des Ausschlusses von Stellenlosen wurden verschiedene Arbeits- und Integrationsprogramme entwickelt. Gemäss Bollier ergeben sich aus diesem Integrationsauftrag Berührungspunkte mit der Arbeitslosenversicherung und der IV und eine enge Zusammenarbeit zwischen diesen Systemen ist nötig, um die Integrationsaufgaben erfolgreich zu bewältigen. Deshalb sei die Interinstitutionelle Zusammenarbeit IIZ heute wichtiger denn je (S. 636).

Die gesetzliche Grundlage der Sozialhilfe ist in Art. 12 BV festgehalten. „Wer in Not gerät und nicht in der Lage ist, für sich zu sorgen, hat Anspruch auf Hilfe und Betreuung und auf die Mittel, die für ein menschenwürdiges Dasein unerlässlich sind“ (Art. 12 BV). Die Ausführung und Organisation dieses Auftrages liegt im Kompetenzbereich der Kantone (Ausnahme: für die Betreuung und Unterstützung der Asylsuchenden ist der Bund zuständig). Die meisten Kantone haben es den Gemeinden überlassen, die Sozialhilfe zu regeln. Der Vollzug in

den verschiedenen Gemeinden und Kantonen ist daher sehr unterschiedlich ausgestaltet. Die Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe SKOS hat Empfehlungen für den Vollzug der Sozialhilfe entwickelt, welche von den meisten Kantonen als verbindlich erklärt worden sind (Bollier, 2011, S. 642ff). Im Bundesgesetz über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger vom 24. Juni 1977 (ZUG; SR 851.1) hat der Bund verbindliche Regeln über die Zuständigkeit erlassen, um sicherzustellen, dass für jede Person auch wirklich jemand zuständig ist. Die Unterstützung ist von dem Kanton zu leisten, in dem die unterstützungsbedürftige Person sich mit der Absicht des dauernden Verbleibs niedergelassen hat (Art. 4 ZUG). Massgebend ist in der Regel der Wohnsitz.

Die Sozialhilfe wird durch Steuergelder finanziert. Die Gemeinden tragen die Lasten der Sozialhilfe in der Regel selber. In einigen Kantonen bestehen Vereinbarungen über einen Lastenausgleich und einige Kantone beteiligen sich durch Beiträge an der Sozialhilfe (Bollier, 2011, S. 640).

### 3.8.1 Wichtige Prinzipien der Sozialhilfe

Ein grundlegendes Prinzip der Sozialhilfe ist die Subsidiarität. Sie bedeutet, dass Sozialhilfe erst dann zum Einsatz kommt, wenn keine Unterstützung von Dritten (Sozialversicherungen, Verwandtenunterstützung und Weitere) rechtzeitig erlangt werden kann und die Person sich selber nicht helfen kann. Die Sozialhilfe wird nach dem Bedürftigkeitsprinzip ausgerichtet. Es wird lediglich der aktuelle und zukünftige Bedarf berücksichtigt. Dieser muss individuell, konkret und aktuell vorliegen. Die Hilfe muss angemessen sein und darf unterstützte Personen nicht besser stellen als nicht unterstützte Personen, welche in bescheidenen wirtschaftlichen Verhältnissen leben. Die Unterstützung soll professionell ausgestaltet sein. Auf der Basis einer Analyse der persönlichen und sozialen Situation, unter grösstmöglicher Wahrung der Autonomie der Betroffenen, soll die Hilfestellung planmässig erfolgen. Jede Hilfeleistung soll der einzelnen Situation angepasst werden und die Hilfe soll Einzelfallgerecht ausgestaltet sein. Das Element der Wirtschaftlichkeit ist zu beachten und die Hilfeleistung basiert auf dem Grundsatz von Leistung und Gegenleistung: Bemühungen um berufliche und soziale Integration werden mit Zusatzbeträgen belohnt (SKOS, 2017, A.4). In jedem Fall muss die Menschenwürde gewahrt bleiben.

### 3.8.2 Leistungen

Die wirtschaftliche Unterstützung umfasst die Absicherung des Grundbedarfs für den Lebensunterhalt, die Wohnkosten und die Kosten für die medizinische Grundversorgung (vgl. Abbildung 4; SKOS, 2017, B.1). Der Grundbedarf deckt alle im Haushalt anfallenden Ausga-

benpositionen und bemisst sich nach der Anzahl Personen im selben Haushalt (vgl. Abbildung 5; SKOS, 2017, B.2). Die Wohnkosten werden in der Regel bis zu kommunal festgelegten Mietzinslimiten, welche ebenfalls von der Haushaltsgrösse abhängig sind, vergütet. Auch für die Krankenkassenprämien gelten Obergrenzen. Zusätzlich können situationsbedingte Leistungen ausbezahlt werden, wie bestimmte krankheitsbedingte Auslagen, Kosten für die Integration und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, Auslagen für Mobiliar, die Kosten einer Hausrats- und Haftpflichtversicherung und weitere (C.1). Für Bemühungen der sozialen und beruflichen Integration werden Integrationszuschläge (IZU) und Erwerbsfreibeträge (EFB) gewährt.

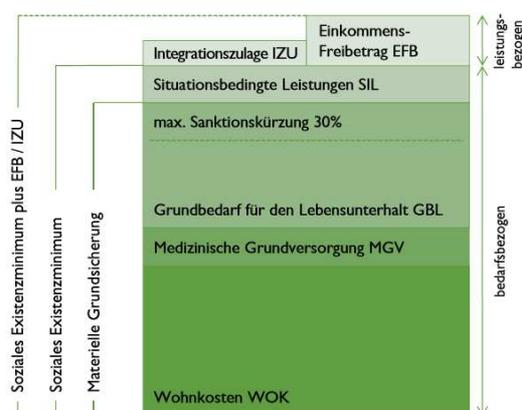


Abbildung 4. Unterstützungsbudget. Nach SKOS, 2017, A.6.

### B.2.2 Ab 2017\* empfohlene Beträge für den Grundbedarf für den Lebensunterhalt (GBL)

Haushaltsgrösse	Äquivalenzskala	Grundbedarf ab 2017 Pauschale Mt./Fr.	Pauschale Person/Mt. ab 2017
1 Person	1.00	986.–	986.–
2 Personen	1.53	1'509.–	755.–
3 Personen	1.86	1'834.–	611.–
4 Personen	2.14	2'110.–	528.–
5 Personen	2.42	2'386.–	477.–
pro weitere Person		+200.–	

Abbildung 5. Empfohlene Beiträge für den Grundbedarf für den Lebensunterhalt ab 2017. Nach SKOS, 2017, B.2.2.

Sozialhilfe umfasst nebst der wirtschaftlichen Unterstützung persönliche Hilfe im Sinne von Beratung, Stützung und Motivation, Strukturierung des Alltages und weitere Dienstleistungen.

### 3.8.3 Ermessen in der Sozialhilfe

Das Verfahren in der Sozialhilfe richtet sich nach dem kantonalen Sozialhilfegesetz. Entscheide über Unterstützungsleistungen werden mit einer Verfügung mitgeteilt (vgl. Art. 51 Gesetz über die öffentliche Sozialhilfe des Kantons Bern; BSG 860.1). Anders als bei den Sozialversicherungen besteht kein Anspruch auf einen Geldbetrag, sondern nur auf situationgerechte Hilfe, die auch durch Dienstleistungen und Naturalleistungen erbracht werden kann. Die Ausgestaltung der Sozialhilfe unterliegt damit weitgehend dem Ermessen der zuständigen Behörde.

### 3.8.4 Umgang mit Krankheit und Arbeitsunfähigkeit in der Sozialhilfe

Betreffend den Umgang mit Krankheit und damit verbundener Arbeitsunfähigkeit geben die SKOS-Richtlinien keine Auskunft. Somit liegt auch der Umgang damit im vollen Ermessen des jeweiligen Dienstes und der oder des jeweiligen Sozialarbeitenden. Da die Sozialhilfe nicht dem ATSG untersteht, sind auch dessen Regeln betreffend Arbeitsfähigkeit nicht anwendbar.

Die Subsidiarität als Grundprinzip verlangt, dass längerfristig Arbeitsunfähige von den Sozialarbeitenden bei der IV angemeldet werden. Sobald die IV entschieden hat und in den meisten Fällen mit somatoformen Schmerzstörungen die Leistungen abgewiesen hat (vgl. die frühere Praxis des Bundesgerichtes; Kapitel 3.7.2), wird die oder der Sozialarbeitende in erster Linie vom Zumutbarkeitsprofil gemäss IV-Entscheid ausgehen. Wenn nun aber von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten weitere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt werden, besteht eine widersprüchliche Situation betreffend Arbeitsfähigkeit.

Bezugnehmend auf das Modell der sozialpädagogischen, oder hier sozialarbeiterischen, Handlungssituation (Galuske, 2013, S. 55; Abbildung 6), wird die Handlung der oder des Sozialarbeitenden von folgenden Faktoren beeinflusst sein:

- Rahmenbedingungen der Institution: Interne Handlungsanweisungen betreffend den Umgang mit dem Problem (sofern vorhanden); Möglichkeiten im Rahmen der zur Verfügung gestellten zeitlichen Ressourcen; allgemein vertretene Haltung im Dienst und im Team; politische Ausrichtung des Gemeinderates und damit verbundenem Kostendruck dem Sozialdienst gegenüber.
- Persönliche Rahmenbedingungen: Ausbildungs- und Wissensstand betreffend das Sozialversicherungssystem und die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung; eigene Erfahrungen mit dem Thema; Arbeitsmotivation und Engagement; eigene Werthaltung und sozialpolitische Überzeugungen.
- Von der Klientin oder dem Klient selber: Motivation, Ressourcen, Möglichkeiten und von weiteren vorhandenen Problemen nebst der Arbeitsunfähigkeit.

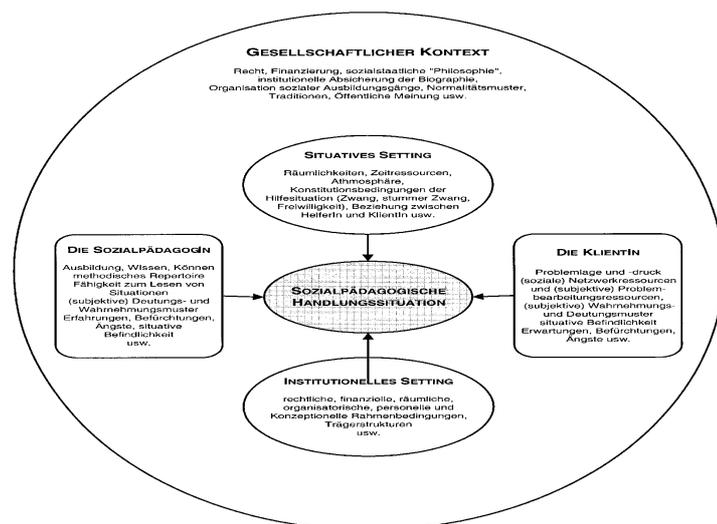


Abbildung 6. Sozialpädagogische Handlungssituation. Nach Galuske, 2013, S. 55.

### 3.9 Schlussbemerkungen zu Kapitel 3

Den Autorinnen ist bewusst, dass sie in Bezug auf die Forschungsfrage in Kapitel 3 weit ausgeholt haben. Da aber, wie die Interviews noch zeigen werden, von Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung in der Regel eine Mehrheit der erörterten Systeme durchlaufen wird, ist es für die Beratung wichtig, dass insbesondere die Übergänge von einem System ins andere nachvollziehbar erklärt werden können. Dafür ist Fachwissen über die Leistungen und Verfahren in den jeweiligen Systemen notwendig. Es ist zum Beispiel entscheidend, ob bei einer Kündigung eine Krankentaggeldversicherung nach VVG oder eine nach KVG vorliegt. In der einen erlöschen die weiteren Ansprüche mit der Kündigung, in der anderen können sie, je nach AVB, weiter bestehen. Ebenso erscheint es wichtig, den Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung keine falschen Hoffnungen auf unbegrenzte Unfallversicherungstaggelder, Krankentaggelder oder gar eine IV-Rente zu machen. Eine IV-Rente wird auch nach neuer Rechtsprechung nicht einfach zu erlangen sein. Eine gute Beratung schafft Klarheit und Klarheit gibt Sicherheit.

## 4. Methodisches Vorgehen

Um der Forschungsfrage nachzugehen, welche Chancen in der Beratung von Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen verpasst werden können und welche präventiven Massnahmen ergriffen werden könnten, wurden Interviews mit zwei betroffenen Personen durchgeführt. Im Rahmen dieser Bachelorarbeit ist es nicht möglich, aus einer repräsentativen Stichprobe umfassende Daten zu erheben, welche verlässliche Aussagen über die Problematik liefern. In den zwei Interviews soll lediglich exemplarisch nach möglichen Chancen und präventiven Massnahmen gesucht werden, um daraus mögliche handlungsleitende Punkte für Sozialarbeitende abzuleiten.

### 4.1 Forschungsdesign

Das Design des vorliegenden Forschungsbeitrages richtet sich an der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring aus. Mayring hat ein Vorgehen der systematischen Interpretation entwickelt, welches durch vordefinierte Analyseschritte und -regeln die Inhaltsanalyse systematisiert und damit intersubjektiv überprüfbar macht. Das analysierte Material wird im jeweiligen Kommunikationszusammenhang verstanden und damit innerhalb des Kontextes, in dem es entstanden ist (Mayring, 2015, S. 48ff). Ein Hauptbestandteil ist die Festlegung auf ein vordefiniertes Ablaufmodell der Untersuchung. Jede Entscheidung und jeder Analyseschritt basiert auf einer vorgängig aufgestellten Regel.

#### 4.1.1 Vorgehensweise

Für die Datenerhebung wurde folgendes Ablaufmodell festgelegt:

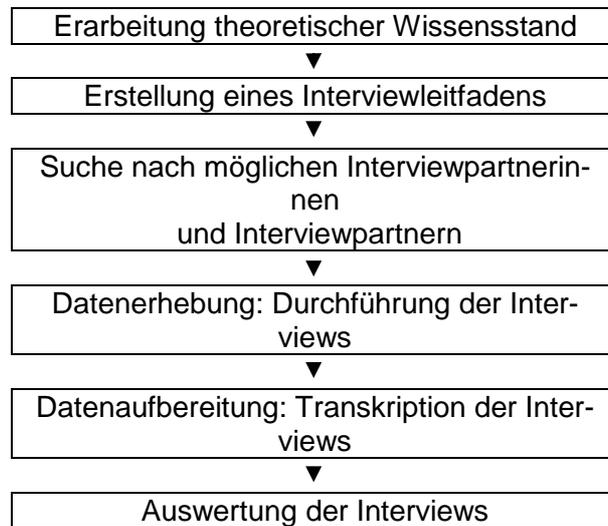


Abbildung 7. Ablaufmodell des Forschungsvorhabens.

**Erarbeitung theoretischer Wissensstand.** Um zu verstehen, vor welchem Hintergrund die Fragestellung beantwortet werden soll, wird der aktuelle Wissensstand über Definition, Epidemiologie, auslösende Faktoren, Krankheitsverlauf, Therapiemöglichkeiten und davon abzugrenzende, ähnliche Beschwerdebilder der somatoformen Schmerzstörung erarbeitet. Zudem werden die Lohnersatzleistenden bei Arbeitsausfall, beginnend bei der Lohnfortzahlungspflicht der Arbeitgebenden, über die Sozialversicherungen bis hin zum Sozialdienst in ihren möglichen Leistungen und den Voraussetzungen dafür untersucht. Es wird auf Eigenheiten in Bezug auf die Abklärungsverfahren generell und bei der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung hingewiesen. Da der Ausgangspunkt für eine Lohnersatzleistung stets eine Arbeitsunfähigkeitsschreibung durch die Ärztin oder den Arzt ist, wird auch dieses Thema erläutert.

**Erstellung eines Interviewleitfadens.** Vor diesem Hintergrund wird ein Interviewleitfaden für die Durchführung von episodischen Interviews entwickelt (siehe Kapitel 4.2).

Aufgrund der theoretischen Erkenntnisse wurden spezifische Fragen zu folgenden Themenblöcken entworfen:

- Kennenlernen, aktuelle gesundheitliche Situation
- Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient/Übergang von körperlichem Leiden zu somatoformer Schmerzstörung
- Eigene Bewältigungsversuche/Verschiedene konsultierte Stellen
- Phase vor der somatoformen Schmerzstörung/Unterschied zu heute

- Kontakt mit Sozialversicherungen und dem Sozialdienst
- Rückschau Gesamtprozess

Jeder Themenblock umfasst mehrere offene Fragen, die je nach Bedarf gestellt werden können. Zusätzlich zu diesen Fragen können je nach Interviewverlauf spontan weitere, nicht aufgeführte Fragen gestellt werden.

**Suche nach möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern.** Es wird nach möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gesucht.

Die Suche nach möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern gestaltete sich schwierig. Ein Schmerzbehandlungszentrum wurde angefragt, dieses konnte aber aus Datenschutzgründen keine Interviewpartnerinnen und Interviewpartner vermitteln. Es wurden schliesslich zwei Interviewpartner gefunden: Ein privat bekannter Mann der einen Autorin und ein ehemaliger Klient der anderen Autorin. Nach dem ersten Interview wurde festgestellt, dass die Leitfragen geeignete Antworten und Ausführungen generierten. Aufgrund der wenigen Befragungssubjekte und der knappen zeitlichen Ressourcen wurde daher auf ein Testinterview verzichtet.

**Datenerhebung: Durchführung der Interviews.** Gemäss Lamnek soll die Befragungssituation möglichst entspannt und der oder dem Befragten vertraut sein (Lamnek, 2005, S. 353). Es soll durch eine möglichst alltagsnahe Situation der interviewten Person ermöglicht werden, einerseits ihr Alltagswissen zu aktualisieren und zu formulieren, andererseits in einen Fluss möglichst freien Erzählens zu gelangen.

Um eine für die Interviewten stimmige Gesprächsatmosphäre zu schaffen, konnten die Interviewten den Interviewort selber bestimmen. Ein Interview wurde bei der Person zu Hause durchgeführt, das andere in den Räumlichkeiten einer Institution.

**Datenaufbereitung: Transkription der Interviews.** Die Interviews werden nach dem einfachen Transkriptionssystem nach Dresing und Pehl transkribiert (Dresing & Pehl, 2013, S. 21ff). Auf ein komplexeres Transkriptionssystem wie das GAT2 wird verzichtet, weil es in der bearbeiteten Forschungsfrage vorwiegend um Fakten- und episodisches Wissen geht und das „wie-etwas-gesagt-wird“ keine entscheidende Rolle dabei spielt (S. 26ff).

Beide Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt und in hochdeutscher Sprache transkribiert.

**Datenauswertung:** Siehe Kapitel 4.3.

## 4.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte anhand des episodischen Interviews. Dieses wurde gewählt, weil es gemäss Flick aus einer Kombination aus offenen Fragen und Erzählungen der befragten Person besteht. Somit wird einerseits narrativ-episodisches Wissen, das von der befragten Person unmittelbar erfahren wurde und Erinnerungen an konkrete Begebenheiten mit sich bringt, andererseits aus den Erfahrungen abgeleitetes semantisches Wissen generiert und systematisch miteinander verknüpft. Das Interview basiert auf einem Leitfaden, der die zu besprechenden thematischen Bereiche umfasst. Zu jedem Bereich werden Fragen und Erzählaufforderungen formuliert (Flick, 2011, S. 273ff). Gemäss Hopf lässt der Leitfaden den Interviewenden in der Art der Frageformulierung und der Frageabfolge weitgehende Freiheiten. Auch die Streichung von Fragen ist zulässig. Die Interviewten haben die Möglichkeit, ihre Ansichten und Erfahrungen frei zu artikulieren (Hopf, 1995, S. 177). Ziel des episodischen Interviews ist gemäss Flick die Erhebung von individuellen Abläufen und Kontexten, gleichzeitig aber auch von Verallgemeinerungen. Dadurch erhält man die Möglichkeit, einen Vergleich anzustellen, da diese Interviewform vornehmlich für Fragestellungen verwendet wird, die gruppenspezifische Unterschiede bezüglich Erfahrungs- und Alltagswissen erheben wollen (Flick, 1995, S. 147ff). In diesem Sinne sollen auch Unterschiede des Erfahrungs- und Alltagswissen zwischen den verschiedenen Befragten mit einer somatoformen Schmerzstörung erhoben und verglichen werden. Des Weiteren soll dadurch ein Vergleich mit der gängigen Fachliteratur ermöglicht werden.

Andere Interviewformen stellten sich in der Auswahlphase als nicht geeignet heraus. So erwies sich das narrative Interview als ungeeignet, weil es ohne Leitfaden auskommen muss und somit eine gewisse Strukturierung fehlt. Da das narrative Interview gemäss Lamnek insbesondere in der Biografie- und Lebenslaufforschung verwendet wird (Lamnek, 2005, S. 358), kann es in dieser Arbeit nicht zielführend eingesetzt werden. Aus ähnlichen Gründen konnte auch das rezeptive Interview nicht berücksichtigt werden. In dieser Interviewform hält sich die interviewende Person zurück und stellt keine antwortproduzierenden Fragen (S. 383), was dazu führen könnte, dass für diese Arbeit relevante Sachverhalte oder Themen nicht angesprochen werden. Die interviewende Person hat dadurch keine Möglichkeiten, offengebliebene Fragen zu beantworten. Auch die Überprüfung des Tiefen- oder Intensivinterviews führte zur Erkenntnis, dass es für die vorliegende Fragestellung ungeeignet ist. Gemäss Lamnek erforschen die Interviewenden dabei Tatbestände, die der befragten Person möglicherweise nicht bewusst sind und deshalb auch nicht artikuliert werden können. Die Aussagen der befragten Person werden basierend auf einer bestimmten theoretischen Konzeption wie der Psychoanalyse betrachtet (S. 371). Diese starke Fokussierung auf theoretische Vorstellungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Das problemzentrierte Interview wurde als nicht geeignet eingestuft, weil es auf Basis eines theoretischen Konzep-

tes geführt wird. Das Ziel des problemzentrierten Interviews liegt darin, die theoretischen Vorstellungen mit Hilfe der durch das Interview erhobenen sozialen Realität zu konfrontieren, plausibilisieren oder modifizieren (S. 382). Die Interviews für diese Arbeit sollen jedoch nicht auf Basis eines zuvor erarbeiteten theoretischen Konzeptes stattfinden. Die Antworten sollen dazu beitragen, neues Wissen zu ergründen und mit theoretischem Wissen zu verknüpfen.

### 4.3 Datenauswertung

Die Datenauswertung erfolgt nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015, S. 67ff). Das Vorgehen ist zergliedernd und von Materialteil zu Materialteil fortschreitend. Die Fragestellung ist dabei stets massgebend für das Vorgehen und es muss nach jedem Schritt überprüft werden, ob das Vorgehen für die Beantwortung der Fragestellung geeignet ist (S. 50). Das Ziel ist eine systematische Analyse des Datenmaterials. Das konkrete Vorgehen wird in Abbildung 8 dargestellt.

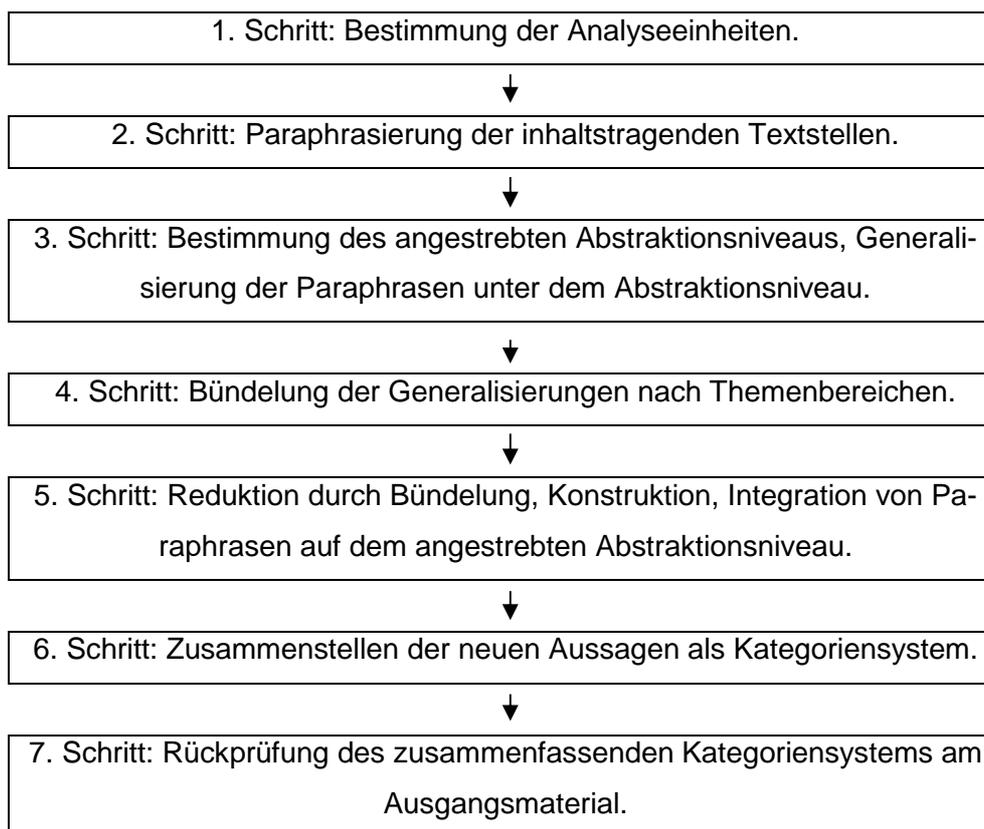


Abbildung 8. Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse. In Anlehnung an Mayring, 2015, S. 68.

#### 4.3.1 Bestimmung Ausgangsmaterial und Analyseeinheiten

Bevor mit der Datenauswertung begonnen wird, muss gemäss Mayring das auszuwertende Material aus dem Text bestimmt und damit die Analyseeinheiten festgelegt werden. Die Ana-

lyseeinheiten bestehen aus Kodiereinheiten, Kontexteinheiten und Auswertungseinheiten. Die Kodiereinheit legt den kleinstmöglichen Materialbestandteil fest, der unter eine Kategorie fallen kann. Die Kontexteinheit stellt den grösstmöglichen Textbestandteil dar und die Auswertungseinheit legt die Reihenfolge der Auswertung fest (S. 59). Auf das vorliegende Material bezogen stellt der einzelne Absatz die Kodiereinheit dar. Die Kontexteinheit besteht aus dem gesamten Material der befragten Personen und die Auswertungseinheit besteht aus den einzelnen Aussagen einer befragten Person.

Um das auszuwertende Material zu bestimmen, haben die Autorinnen aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen Hauptkategorien gebildet. Es soll lediglich Material ausgewertet werden, welches Aussagen zu diesen Themen beinhaltet. Damit soll Unwesentliches vom aussagekräftigen Material getrennt werden und der Fokus auf die Beantwortung der Forschungsfrage gerichtet werden. Die Hauptkategorien sind:

- Verpasste Chancen
- Massnahmen (zur Schmerzlinderung, Bewältigungsversuche)
- Schmerzverarbeitung
- Umweltfaktoren
- Schmerzentstehung/Ursache
- Umgang mit der Diagnose (Schmerz nicht körperlich bedingt)
- Beziehungen und Kontakte zu Ärztinnen und Ärzten
- Gefühle/Wünsche
- Leben vor dem Schmerz
- Kontakt mit Sozialversicherungen und Sozialdienst

#### 4.3.2 Bestimmung Analysetechnik

In einem weiteren Schritt soll gemäss Mayring die Analysetechnik bestimmt werden. Mayring nennt drei Grundformen des analytischen Vorgehens: Die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Das Ziel der Zusammenfassung ist es, das vorliegende Material so zu reduzieren, dass ein überschaubarer Bestand an Aussagen übrig bleibt, der ein Abbild des Grundmaterials darstellt. Bei der Explikation wird zu einzelnen Textteilen zusätzliches Material gesammelt, das die Textstellen weiter erklärt und erläutert. In der Strukturierung werden bestimmte Elemente aus dem Ausgangsmaterial herausgefiltert, um anhand vordefinierter Ordnungskriterien bestimmte Aspekte herauszuarbeiten (S. 65).

Wie bereits vorweggenommen, wird die Datenauswertung in der vorliegenden Arbeit nach der zusammenfassenden Inhaltsanalyse vorgenommen. Diese Methode eignet sich für die Beantwortung der Forschungsfrage, weil die Autorinnen offen und unvoreingenommen nach

möglichen Chancen, die in den jeweiligen Erzählungen wahrgenommen oder verpasst wurden, suchen. Gesucht wird auch nach Ressourcen der betroffenen Personen, um daraus mögliche Chancen herzuleiten. Gleichzeitig soll in den exemplarischen Verläufen nach möglichen, präventiven Massnahmen gesucht werden. Es handelt sich dabei um ein induktives Vorgehen, vom Forschungsmaterial ausgehend. Das gesamte Ausgangsmaterial soll auf einige Kernaussagen reduziert werden, anhand derer mögliche Antworten auf die Forschungsfrage ausformuliert werden. Im gegebenen Rahmen der Bachelorthesis eignet sich die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring, weil sie im Gegensatz zu anderen Methoden der qualitativen Sozialforschung, wie zum Beispiel der Grounded Theory nach Glaser und Strauss (vgl. Glaser & Strauss, 1967), relativ einfach aufgebaut ist und erlaubt, auch schon aus kleinen Datenmengen Aussagen zu ziehen.

#### 4.3.3 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Das Vorgehen nach Mayring sieht vor, dass in einem ersten Schritt die Einheiten des bestimmten Ausgangsmaterials (vgl. 5.4.1) in einer knappen Form, auf den jeweiligen Inhalt beschränkt und diesen beschreibend wiedergegeben werden (Paraphrasierung). Unwesentliches wird weggelassen und es wird eine einheitliche Sprachebene hergestellt. In einem weiteren Schritt werden die Teile weiter generalisiert, die unter dem Abstraktionsniveau der anderen Teile liegen. Im Zweifelsfalle soll mit theoretischen Vorannahmen gearbeitet werden. Gleiche Paraphrasen werden gestrichen und unwichtige oder nichtssagende gelöscht (Mayring, 2015, S. 69).

Die Autorinnen haben dieses Verfahren (siehe Abbildung 9) mit dem gesamten bestimmten Ausgangsmaterial durchgeführt. Dabei haben sie die Paraphrasierungs- und Generalisierungsregeln nach Mayring angewendet (vgl. Abbildung 10).

Zeilen-Nr.	Transkript	Paraphrase	Generalisierung
1	I: Also, Ja, genau, wir möchten sie noch etwas kennenlernen, beziehungsweise wir kennen		
2	uns ja schon etwas. Aber dass wie Frau I2 noch hört, wer Sie sind und wo Sie im Moment		
3	stehen, wären wir froh, wenn Sie uns sagen könnten, wer Sie sind und wo Sie im Moment		
4	stehen, und welche Themen Sie im Moment beschäftigen. #00:00:24-5#		
5			
6	B: Also, ich bin B. und ich bin gelernter Koch, und ja, im Moment habe ich Glück gehabt, ich	Gelernter Koch. Glückliche, weil nach	Glücklich über Stelle. Unsicherheit
7	habe eine Stelle als Koch in einem Altersheim in L. gefunden, nach einer langjährigen Pause	langjähriger Pause Stelle als Koch gefunden.	bezüglich Stressbewältigung.
8	im Berufsleben. Und ja, das ist ein sehr guter Glücksfall für mich weil bei mir oben ist die	Unsicherheit, ob er mit Stress umgehen kann,	
9	Situation, dass es nicht viele Stellen frei sind in dieser Hinsicht. Und, ja, das ist eine gute	arbeitet daran.	
10	Sache. Jetzt ist einfach rein die Frage vom Stress her und allem, wie ich das bewältigen		
11	kann, ob ich das durchhalten oder nicht, das ist einfach noch offen und da bin ich jetzt immer		
12	etwas am kämpfen daran. #00:01:15-4#		
13			
14	I1: Wie sieht es aus bezüglich den Schmerzen, die Sie haben? Also bei Ihnen sind ja die		
15	Schmerzen vor allem im Hals, oder? #00:01:22-9#		
16			
17	B: Nein nicht mal. Im Rücken war es fast am Schlimmsten eigentlich und das ist, wenn du die	Schmerzen vor allem im Rücken.	Gewöhnung an die körperliche Belastung
18	neue Arbeit anfängst, krass, weil jetzt bin ich mehr oder weniger den halben Tag gesessen,	Arbeitsbeginn hart, weil Gewöhnung an das	nötig. Schmerzurückgang durch
19	und jetzt stehe ich den ganzen Tag und das war natürlich die erste Woche extrem happig	lange Stehen. Glücklicherweise	Entspannung, Bewegung und
20	und es ist einfach in der Zimmerstunde, das ist ja Glücksfall, wenn man das hat, konnte ich	Zimmerstunde, für Entspannung, Schwimmen	Gewichtsverlust.
21	entspannen oder schwimmen gehen, wenn ich wollte, oder ein bisschen gehen und bewegen	oder sonstige Bewegung. Gleichzeitig	
22	und nicht einfach an Ort und Stelle stehen. Und so konnte ich mich etwas erholen durch das,	Zurückhaltung mit dem Essen,	
23	sonst wäre das wahrscheinlich beinahe nicht möglich gewesen. Aber jetzt geht das langsam	Gewichtsverlust, damit gehen die Schmerzen	
24	und dann habe ich auch mit dem Essen zurückgehalten und vom Gewicht her versucht zu	deutlich zurück.	
25	reduzieren, was ich natürlich die ganze Zeit weitermache, bis das etwa im einem normalen		
26	Bereich sein sollte. Und ja, dann werden die Schmerzen deutlich weniger. #00:02:33-7#		
27			

Abbildung 9. Paraphrasierung und Generalisierung.

#### Z1: Paraphrasierung

Z1.1: Streiche alle nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen!

Z1.2: Übersetze die inhaltstragenden Textstellen auf eine einheitliche Sprachebene!

Z1.3: Transformiere sie auf eine grammatikalische Kurzform!

#### Z2: Generalisierung auf das Abstraktionsniveau

Z2.1: Generalisiere die Gegenstände der Paraphrasen auf die definierte Abstraktionsebene, sodass die alten Gegenstände in den neu formulierten impliziert sind!

Z2.2: Generalisiere die Satzaussagen (Prädikate) auf die gleiche Weise!

Z2.3: Belasse die Paraphrasen, die über dem angestrebten Abstraktionsniveau liegen!

Z2.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

#### Z3: Erste Reduktion

Z3.1: Streiche bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheiten!

Z3.2: Streiche Paraphrasen, die auf dem neuen Abstraktionsniveau nicht als wesentlich inhaltstragend erachtet werden!

Z3.3: Übernehme die Paraphrasen, die weiterhin als zentral inhaltstragend erachtet werden (Selektion)!

Z3.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

#### Z4: Zweite Reduktion

Z4.1: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung) zusammen!

Z4.2: Fasse Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.3: Fasse Paraphrasen mit gleichem (ähnlichem) Gegenstand und verschiedener Aussage zu einer Paraphrase zusammen (Konstruktion/Integration)!

Z4.4: Nimm theoretische Vorannahmen bei Zweifelsfällen zu Hilfe!

Abbildung 10. Interpretationsregeln. Nach Mayring, 2015, S. 70.

Die gesamten paraphrasierten und generalisierten Textstellen wurden anschliessend analysiert. In Bezug auf die Forschungsfrage fiel auf, dass Aussagen zu folgenden Themenbereichen gemacht wurden:

- Schmerzursache/Schmerzentstehung
- Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient
- Umfeld
- Administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Krankheit
- Zusammenarbeit mit dem Absicherungssystem
- Werte

- Wünsche, Hoffnungen und Gefühle
- Therapie/Massnahmen
- Umgang mit dem Umstand, dass die Schmerzen nicht körperlicher Natur sind
- Umgang mit Schmerzen/Schmerzen
- Handlungsstrategie/Umgang mit Situation
- Leben vor dem Schmerz
- Sozialversicherungen/Sozialdienst

Die Textstellen wurden daher nach diesen Themen geordnet.

Nach Mayring werden anschliessend sich aufeinander beziehende Stellen durch neue Aussagen ersetzt (Makrooperatoren, Konstruktion, Integration). Zuletzt muss überprüft werden, ob die so abstrahierten Aussagen das Ursprungsmaterial noch sinngemäss wiedergeben. Die abstrahierten Aussagen wurden in ein neues Kategoriensystem geordnet (S. 69).

Schmerzursache / Schmerzentstehung				
Fall	Ab Z	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
M	258	Der Unfall war 2006, die Operation 2008.	Unfall 2006, Operation 2008.	K1 Befragter M <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unfall</li> <li>• Weiterarbeit trotz Schmerzen</li> <li>• Operation</li> <li>• Schmerzzunahme</li> <li>• Langjährige Rücken-schmerzproblematik</li> <li>• Für SUVA und IV Schmerzeschehen somatisch nicht erklärbar</li> <li>• Für M Schmerzen körperlich bedingt</li> <li>• Ist körperlich eingeschränkt</li> <li>• Beweis, dass körperlich nicht alles in Ordnung ist, vorhanden</li> <li>• Schuldfrage</li> </ul>
M	145	Hat trotz grossen Schmerzen noch weitergearbeitet, hat durchgehalten, weil danach die Baustelle fertig war.	Weiterarbeit trotz Schmerzen nach Unfall.	
M	272	Obwohl die Operation gut verlaufen ist, blieben die Schmerzen bestehen, nahmen noch zu.	Trotz erfolgreicher Operation Schmerzzunahme.	
M	11	Heute schlechter Gesundheitszustand, vor zehn Jahren Unfall.	Langwierige Rückenprobleme als Folge eines Unfalls.	
M	41	Seit dem Unfall ist viel Zeit vergangen.	Unfall lange her.	
M	621	IV und SUVA gehen davon aus, dass er sich die Schmerzen einbildet.	Gemäss SUVA und IV Schmerzentstehung im Kopf.	
M	632	Die IV und die SUVA behaupten, ich erfinde meinen Schmerz.	Gemäss IV und SUVA sind Schmerzen erfunden.	
M	636	Die IV behauptet, ich erfinde meinen Schmerz.	Gemäss IV und SUVA sind Schmerzen erfunden.	
M	651	IV und SUVA sagen jedoch, der Körper ist in Ordnung, die Schmerzen kommen vom Kopf aus.	Gemäss IV und SUVA ist körperlich alles in Ordnung.	
M	614	Psychiaterin hat Berichte der behandelnden Ärzte erhalten und hat gesehen, dass er nicht simuliert.	Psychiaterin hat relevante medizinische Unterlagen. Beweis.	
M	672	Psychiaterin arbeitet heute anders mit ihm als früher, weil sie nun über die Arztberichte verfügt und ihn unterstützt, gegen	Psychiaterin anerkennt Beweis der Schmerzen.	

Abbildung 11. Reduktion nach Themenbereichen.

Die nach Themen geordneten Aussagen wurden nach Mayring aufeinander bezogen und durch neue Aussagen ersetzt (Reduktion; vgl. Abbildung 11). Die aus dieser Reduktion ermittelten Aussagen wurden mit dem Ursprungsmaterial verglichen. Es wurde festgestellt, dass dieses sinngemäss wiedergegeben wird. In der Auswertung in Kapitel 6 werden die abstrahierten Aussagen in Bezug auf die Forschungsfrage und unter Einbezug der Theorie diskutiert.

## 5. Auswertung der Daten

Die Datenauswertung ist so aufgebaut, dass jedes behandelte Thema eine Einführung zur Relevanz für die Soziale Arbeit beinhaltet, gefolgt von den Resultaten der Interviews und deren theoretischer Diskussion, bevor es durch eine Bezugnahme zur Forschungsfrage abgeschlossen wird.

Folgende Personen wurden befragt:

### **Steckbrief M**

M ist 52 Jahre alt und migrierte im jungen Erwachsenenalter von Kroatien in die Schweiz. Seit einem Arbeitsunfall 2006 leidet er unter chronischen Rückenschmerzen. Diese zwangen ihn, seine Erwerbsarbeit als Lastwagenchauffeur aufzugeben. Ein IV-Antrag wurde abgelehnt, er lebt zurzeit von 23% SUVA-Rente.

### **Steckbrief S**

S ist 49 Jahre alt, gelernter Koch und lebt alleine. Er leidet seit 12jährig an Schmerzen. Nach mehreren Unfällen waren die Rückenschmerzen so stark, dass er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte. Der Antrag auf eine IV-Rente wurde abgewiesen. Kurz vor der Aussteuerung bei der ALV hat er eine 60% Anstellung als Koch gefunden.

## 5.1 Schmerzursache/Schmerzentstehung

In der sozialarbeiterischen Praxis hilft das Wissen über die Schmerzentstehung und den Schmerzverlauf dabei, sich ein gesamtheitliches Bild über eine Person zu machen. Es zeigt, welche Behandlungen bereits erfolgt sind und welche Sozialversicherungen bereits involviert waren, was wichtig für die Planung weiterer Interventionen ist. Die Frage nach der Schmerzentstehung wurde gestellt, weil die Autorinnen aufschlussreiche Informationen über vorhandene Ressourcen oder mögliche, noch zu bearbeitende Problemlagen erwarteten. In der Auswertung wird festgestellt, dass die Informationen zur Schmerzursache und Schmerzentstehung keine diesbezüglichen Angaben liefern und sie lediglich zur Darstellung der beiden Verläufe dienen.

Während bei M der Beginn der Schmerzkrankheit durch ein klares Ereignis hervorgerufen wurde, ist bei S der Beginn unklar. Beiden gemeinsam ist, dass die Schmerzen schleichend chronifizierten. Es wird ersichtlich, dass M direkt nach dem Unfall trotz grosser Schmerzen weitergearbeitet hat und auch mehrmals versuchte, wieder in den Arbeitsmarkt einzusteigen, was ein Indiz für einen starken Willen und eine Neigung zur Leistungsorientierung (vgl. Kapitel 5.6) darstellt. Des Weiteren fällt auf, dass M die Erklärung, dass die Schmerzen nicht

durch einen organischen Befund erklärbar sind, nicht akzeptieren kann (vgl. Kapitel 5.9). Obwohl die Psychiaterin die Schmerzentstehung im Gehirn erklärt hat, ist er der Überzeugung, dass die Schmerzen körperlich sind, weil diese im Körper deutlich spürbar sind. Bei M zeigt sich zudem, dass die Schuldfrage und das Beweisen der körperlichen Ursachen eine wichtige Rolle spielen. So wurden während seiner Rückenoperation Fehler begangen, welche er beweisen kann. Sowohl die Beweisführung als auch die Schuldfrage wurden an mehreren Stellen thematisiert. Bei S fallen seine Kenntnisse zu schmerzmindernden und schmerzverstärkenden Faktoren auf (vgl. Kapitel 5.8). Er kann benennen, was er vorbeugend hätte tun sollen und auch, was er aktuell tun kann, um seine Schmerzen zu mindern. Er hat eine Erklärung für sich gefunden, woher die Schmerzen kommen (verschiedene Unfälle). Dies zeigt, dass er über ein gewisses Mass an Wissen über den Körper verfügt.

Die Erhebungen der Schmerzentstehung stimmen mit den Definitionen in Kapitel 2.1 überein. Während auf M insbesondere die Diagnosestellung nach Kröner-Herwig (*Dem chronischen Schmerz geht oftmals ein definierbares Ereignis voraus, woraufhin die Schmerzen sich chronifizieren, vgl. Kapitel 2.1*) zutrifft, weist S Merkmale auf, die der Diagnosestellung nach Morschitzky entsprechen (*Symptome, die nicht durch organische oder psychische Schäden erklärbar sind, sich aber aus vorangegangenen organisch bedingten Schädigungen entwickeln, vgl. Kapitel 2.1*). Für M sind Erklärungen, die Schmerzen auf nicht-organische Ursachen zurückführen, nicht nachvollziehbar (*Gemäss ICD-10-Diagnose besteht die Schmerzstörung aus einer wiederholten Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit der hartnäckigen Forderung nach medizinischen Untersuchungen, obwohl diese bisher keine Erklärungen lieferten, vgl. Kapitel 2.1*). Er beharrt auf dem Beweis körperlicher Ursachen, was den Erkenntnissen von Kröner-Herwig entspricht (*Die psychiatrische Zuweisung wird von den Betroffenen als Bedrohung erlebt, was ihre Bemühungen, Beweise für die körperliche Ursache bei immer weiteren Ärztinnen und Ärzten einzuholen, anspornt, vgl. Kapitel 2.4*).

Wie eingangs erwähnt, erwachsen aus den Erkenntnissen über die individuelle Schmerzentstehung keine generell ableitbaren sozialarbeiterischen Handlungsstrategien. In der sozialarbeiterischen Praxis ist das Wissen über die individuelle Schmerzentstehung im Sinne einer genauen Analyse der Problemlage jedoch unabdingbar.

## 5.2 Beziehung zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient

Während der Bearbeitung des theoretischen Teils wurde ersichtlich, dass die Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten einen grossen Einfluss auf das Schmerzverständnis und die Schmerzverarbeitung der Betroffenen hat. Für die sozialarbeiterische Praxis

könnte die Erhebung der Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten relevant sein, weil diese Beziehung eine mögliche Ressource darstellt. Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte sie in Richtung eines gemeinsamen Ziels genutzt werden. Aufgrund ihres grossen Einflusses auf den weiteren Verlauf der Erkrankung könnte sie zudem einen Ansatzpunkt für eine mögliche sozialarbeiterische Intervention darstellen.

Die Befragung hat ergeben, dass eine Beziehung zwischen Behandelnden und Behandelten funktioniert, wenn das Vertrauen in die Behandelnde oder den Behandelnden gegeben ist. Aus den Befragungen wird deutlich, dass dieses Vertrauen absolut zentral ist (vgl. Kapitel 5.3). Weiter ist die Qualität der Beziehung bedeutend: S nennt eine gute Betreuung, ein enger Kontakt und Verständnis vonseiten des Hausarztes als zentrale Punkte. Auf fachlicher Seite ist für M eine gute Abklärung wichtig. S hält ein rascher Einbezug einer Spezialistin oder eines Spezialisten und eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten für relevant. Für S ist auch die Unterstützung bei der Suche nach individuell wirksamen Therapiemethoden, für M die Unterstützung in sozialversicherungsrechtlichen Fragen wichtig. Beide Befragten nennen als erste Anlaufstelle ihren Hausarzt.

Als hindernder Faktor einer guten Beziehung wird von M die Schwierigkeit, eine gute Ärztin oder einen guten Arzt zu finden genannt. Dies könnte bedeuten, dass eine Person trotz Unzufriedenheit bei einer Ärztin oder einem Arzt verbleibt, weil sie keine bessere Ärztin oder keinen besseren Arzt findet. Des Weiteren wirkt sich gemäss M die fehlende Zeit vonseiten der Behandelnden oder eine fehlende Wahrnehmung als Person mit individuellen Bedürfnissen belastend auf die Beziehung aus.

Bei M kommt das Ungleichgewicht in der Beziehung zwischen Spezialistin oder Spezialist und Klientel besonders zur Geltung. Dies wird dadurch ersichtlich, dass er seinen Operateur als den besten seiner Zeit bezeichnet und Doktor L. als hervorragenden Spezialisten sieht, was zeigt, dass er den Ärztinnen und Ärzten eine Machtposition und einen Status über dem Seinigen zurechnet. Er fragt seinen Hausarzt sogar, ob er eine Reise in sein Heimatland antreten dürfe. Nur der Arzt scheint zu wissen, was er noch tun kann und er traut es sich nicht zu, dies für sich selber zu entscheiden. Durch diese Verhaltensweise droht eine Abgabe der Eigenverantwortung an die Ärztin oder den Arzt (vgl. Kapitel 5.10).

Die Behandlung bei den besten Spezialisten könnte auch mit der Legitimation der Krankenrolle zusammenhängen, wie dies durch Maier beschrieben wird (*Patient zu sein und in hochtechnisierten Kliniken untersucht zu werden, renommierte Spezialisten zu konsultieren und neue Therapieverfahren zu erproben, kann eine gewisse Anerkennung mit sich bringen*, vgl. Kapitel 2.3.2). Für M scheint diese Legitimation der Krankenrolle sehr wichtig zu sein, was

der Beschreibung von Risi entspricht (*Je stärker ein Krankheitsbild vom subjektiven Erleben geprägt und nicht objektiv beweisbar ist, desto schwieriger erscheint die Legitimation der Krankenrolle. Insbesondere wenn die Ärztin oder der Arzt anderer Meinung betreffend Arbeitsfähigkeit ist, kann dies zu einer Verhärtung der Krankenrolle führen, vgl. Kapitel 3.2.1*).

Die Aussage der Befragten, dass sie primär ihren Hausarzt zu Rate ziehen, deckt sich mit den Erkenntnissen von Martin und Rief (*Die meisten Patientinnen und Patienten suchen bei körperlichen Beschwerden zunächst ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt auf, vgl. Kapitel 2.6*). S zeigt ein grosses Interesse daran, individuell wirksame Therapiemethoden zu finden. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass sein Hausarzt ihm mehrere Erklärungsmodelle präsentiert hat, was ein Umkehrschluss der Ausführungen von Morschitzky darstellt (*Die Art und Weise, wie eine somatoforme Störung verläuft, hängt sehr wesentlich von den Handlungsweisen der Behandelnden ab. Wird beispielsweise lediglich ein einseitig organmedizinisches Erklärungsmodell verwendet, fixieren sich die Patientinnen und Patienten auf dieses Erklärungsmodell, vgl. Kapitel 2.4*).

Aus diesen Erkenntnissen wird der Schluss gezogen, dass das Vertrauen ein zentraler Bestandteil jeder professionellen Beziehung darstellt. Die genannten Kriterien für eine funktionierende Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient lassen sich auch auf die sozialarbeiterische Beziehung übertragen. Nebst dem Vertrauen gelten die Qualität der Beziehung und das Fachwissen der Fachpersonen als wichtige Merkmale. Eine verpasste Chance könnte deshalb darin bestehen, dass dem Vertrauensaufbau zu wenig Beachtung geschenkt wurde.

In Verbindung zur Forschungsfrage lässt sich schlussfolgern, dass die Situation der Klientin oder des Klienten durch den Einbezug der Vertrauensperson positiv beeinflusst werden kann (z. B. dadurch, dass die genaue Diagnose und die Erklärung für die Schmerzen der Vertrauensperson bekannt sind). Durch die Begleitung einer Vertrauensperson an Termine wird eine vertrautere Atmosphäre für die Klientin oder den Klienten geschaffen, welche es ihr oder ihm erleichtert, Vertrauen in die Beratungssituation und in die Sozialarbeitenden zu fassen.

Wenn in der sozialarbeiterischen Beratung festgestellt wird, dass die Beziehung zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt von Konflikten geprägt ist, kann die oder der Sozialarbeitende versuchen, zu vermitteln. Sofern sie oder er eine Vertrauensperson für die Klientin oder den Klienten darstellt, könnte eine Begleitung zu den Arztterminen sinnvoll sein, bis das Vertrauen zur Ärztin oder zum Arzt aufgebaut ist. Andererseits könnte zu einem Wechsel der Ärztin oder des Arztes geraten werden. Allerdings muss dieser Schritt gut überlegt sein, denn die Klientin oder der Klient soll nicht darin unterstützt werden, wiederholt die Ärztin oder den Arzt zu wechseln.

### 5.3 Umfeld

In der theoretischen Auseinandersetzung wurde ersichtlich, dass das Umfeld in der Aufrechterhaltung eines Schmerzsyndroms eine wichtige Rolle spielt. Die Betrachtung der Klientel aus einer biopsychosozialen Perspektive impliziert, dass die Klientel immer auch in ihrem Umfeld eingebettet betrachtet wird. Das Umfeld und die Beziehung dazu könnte eine Ressource oder ein Ort möglicher sozialarbeiterischer Intervention darstellen.

Beide Befragten geben an, eine schöne Kindheit erlebt zu haben, es werden keine familiären Probleme genannt. Es fällt auf, dass beide Befragten eine enge Beziehung zur Mutter hatten. Die Mutter von S litt bereits an Schmerzen, als er noch ein Kind war, was ein diesbezügliches Modelllernen begünstigt, wie dies durch das DSM-5 beschrieben wird (*Auch frühe Traumatisierungen sowie Modellernerfahrungen (z. B. erhöhte Aufmerksamkeit aufgrund einer Erkrankung) begünstigen eine somatische Belastungsstörung, vgl. Kapitel 2.3*). Auch der Rest seiner Familie litt unter Schmerzen. In der Familie von M existieren keine chronischen Schmerzen, seine Mutter täuschte jedoch Krankheiten vor, um besucht zu werden.

Das Vertrauen, welches im Kapitel 5.2 bereits erörtert wurde, spielt auch im Umfeld eine zentrale Rolle. Beide Befragten geben an, dass eine Vertrauensperson sehr wichtig ist und ihre Situation ohne Vertrauensperson sehr schwierig zu meistern wäre. M gibt zudem an, dass sehr wenige Leute Verständnis für seine Schmerzsituation aufbringen können, er jedoch durch Gespräche mit anderen Schmerz betroffenen feststellen konnte, dass er nicht der Einzige ist, der so empfindet. Beide Befragten geben an, einen Teil ihres Umfeldes verloren zu haben, weil sie aufgrund ihrer Schmerzen nicht mehr aktiv teilhaben konnten (S: Hobby; M: Arbeit).

Während S angibt, kein familiäres Umfeld mehr zu haben, scheint M über ein familiäres Umfeld zu verfügen, das sich um ihn sorgt. Da er angibt, dass während seines Spitalaufenthaltes die ganze Familie aus Kroatien angereist ist und ihn umsorgt hat, stellt sich hier die Frage, ob sein Schmerzsyndrom auch ein sekundärer Krankheitsgewinn darstellen könnte, wie es Morschitzky beschreibt (*Sekundärer Krankheitsgewinn als positive Folge einer Erkrankung, vgl. Kapitel 2.4*).

Da festgestellt wurde, dass das Umfeld durch die Schmerzerkrankung weitgehend schwindet, könnte eine sinnvolle Massnahme darin bestehen, mit der Klientel ein neues Umfeld zu erschliessen (z. B. durch die Aufnahme von Hobbies). Eine Problematik besteht offenbar darin, dass die meisten Leute kein Verständnis für die Schmerzsituation aufbringen können, weshalb möglicherweise die Vermittlung zu einer Selbsthilfegruppe wirksam wäre.

Auch die Unterstützung des Umfeldes ist sinnvoll, da dieses durch die Schmerzsituation schwer belastet sein kann. Unter Einbezug der Hausärztin oder des Hausarztes kann beispielsweise eine Aufklärung über die Schmerzkrankheit stattfinden. Auch sollen Interventionen und Zielvereinbarungen mit dem Umfeld zusammen besprochen werden.

Fällt während der sozialarbeiterischen Beratung auf, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit dem Modelllernen zusammenhängen könnte, ist die Motivierung zu einer Psychotherapie sinnvoll. Durch die Psychotherapie können falsch erlernte Verhaltensweisen in Bezug auf die Schmerzen erkannt und korrigiert werden.

#### **5.4 Administrativer Aufwand im Zusammenhang mit der Krankheit**

Der administrative Aufwand wurde erst nach der Durchführung der Interviews als Auswertungskriterium festgelegt, da sich während beiden Interviews herausstellte, dass dieses Thema für beide Befragten zentral ist. Für die sozialarbeiterische Praxis ist diese Thematik von besonderem Interesse, weil sie aufzeigt, ob die Klientinnen und Klienten das soziale Absicherungssystem verstehen und wie sie damit umgehen. Aus den gewonnenen Erkenntnissen können Hinweise auf Unterstützungsmöglichkeiten abgeleitet werden.

Im Interview mit S wird deutlich, dass er sich durch den administrativen Aufwand stark belastet fühlt. Als besondere Belastung wird die Kumulation mehrerer auf einmal auftretender Faktoren (viele Termine, finanzielle Knappheit und administrativer Aufwand; Stellensuche, allfällige Anmeldung beim Sozialdienst und administrativer Aufwand) genannt. Das Ausfüllen der verschiedenen Formulare bereitet Mühe, überfordert und erscheint sinnlos. Dadurch gerät er unter Druck, was eine Schmerzzunahme zur Folge hat. S schlägt deshalb eine Vereinfachung des administrativen Aufwandes durch einheitliche Anmeldeformulare, die an andere Institutionen weitergegeben werden können, vor. Gemäss M führen unklare Versicherungsverhältnisse in Kombination mit den Schmerzen zu einer Doppelbelastung. Der Umgang mit den Versicherungen mache nervös und führe zu einer Überforderung.

Wie aus Kapitel 3 hervorgeht, ist das Sozialversicherungssystem in der Schweiz sehr komplex aufgebaut. Es stellt bereits für Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine Herausforderung dar, das System in allen Facetten zu kennen. Wie in Kapitel 2.2 nach Morschitzky erklärt wird, tritt die somatoforme Schmerzstörung beim Menschen mit tieferem Bildungsstand und aus unteren sozialen Schichten häufiger auf. Eine tiefe Bildung bringt es in der Regel mit sich, dass auch der Umgang mit administrativen Angelegenheiten eine grössere Herausforderung darstellt. Es erscheint vor diesem Hintergrund nachvollziehbar, dass der administrative Umgang mit dem Sozialversicherungssystem überfordern kann.

Anhand der Resultate kann gefolgert werden, dass eine Hilfestellung im administrativen Umgang mit den Versicherungen durch die Soziale Arbeit sichergestellt werden sollte. Gerade Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung haben oft mit verschiedenen Versicherungen zu tun. Ihre Situation ist häufig sehr komplex und dieser Komplexität sollte angemessen Rechnung getragen werden. Einerseits sollten von der Seite der oder des Sozialarbeitenden genügend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen, um angemessen auf die Situation eingehen zu können. Andererseits ist Fachwissen bezüglich die involvierten Sozialversicherungen nötig, um eine gute Beratung leisten zu können. Um eine Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten, könnte eine Anleitung zum Ausfüllen von Formularen zur Verfügung gestellt werden. Auch ein Handlungsplan, der den Betroffenen aufzeigt, wie sie auf welche Schreiben der Versicherungen reagieren können, könnte hilfreich sein.

### **5.5 Zusammenarbeit mit dem Absicherungssystem**

Durch die Untersuchung der Zusammenarbeit mit dem Absicherungssystem soll herausgefunden werden, unter welchen Einflussfaktoren eine gute Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden des Absicherungssystems gelingt und in welchen Bereichen aus Sicht der Klientel Verbesserungspotential besteht.

Aus den beiden Interviews geht hervor, dass die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Sozialversicherungen und des Sozialdienstes gelingt, wenn ein guter Umgang mit den Fachpersonen und eine gute Betreuung durch diese stattfinden. Wichtig ist, dass Vertrauen zu ihnen aufgebaut werden kann und die Klientinnen und Klienten als Individuen mit ihren Geschichten und Bedürfnissen wahrgenommen werden. Betont wird auch, dass eine Begegnung auf Augenhöhe und eine umfassende, transparente Information nötig ist (*vgl. Kapitel 5.13*). Getroffene Vereinbarungen sollen eingehalten werden.

Als schwierig empfand S, dass insbesondere in Eingliederungsprogrammen der IV und der Arbeitslosenversicherung ALV zu wenig darüber informiert wurde, welche Leistungen die Fachpersonen erbringen und welche Handlungen in den eigenen Verantwortungsbereich der Klientinnen und Klienten selber fallen. Es war für ihn beispielsweise nicht klar, ob er oder die Fachperson auf ein passendes Stelleninserat reagieren soll. Auch war ihm unklar, was im Abklärungsprogramm der IV alles abgeklärt wird. Als er im Schlussbericht private Gespräche mit seinem Arbeitskollegen protokolliert fand, war er sehr irritiert. Weiter bemängelt er, dass die Betreuungspersonen zu wenig über die Klientinnen und Klienten informiert waren. Für M war das Erlebnis schwierig, dass ihm zu Beginn von Fachpersonen zugesichert wurde, dass er sich keine Sorgen machen müsse, dass er gut versichert sei und schon alles gut komme.

Später wurden dann doch die Leistungen eingestellt. Dadurch hat er das Vertrauen in die Versicherungsfachpersonen verloren.

Beide Befragten fühlten sich den Versicherungen gegenüber ausgeliefert und über die Abläufe ungenügend informiert. M denkt zudem, dass er sich gegen die Entscheide der Versicherungen nicht hätte wehren können.

In Bezug auf die Zusammenarbeit mit den Versicherungsfachleuten und den Sozialarbeitenden kann aus dem theoretischen Teil lediglich die Information abgeleitet werden, welche den Klientinnen und Klienten zukommen sollte. Es handelt sich um die Voraussetzungen für die verschiedenen Leistungen und das Verfahren bei den verschiedenen Versicherungen und beim Sozialdienst (vgl. Kapitel 5.13).

Die von S geschilderte schwierige Zusammenarbeit mit den Fachpersonen in den Eingliederungsprogrammen kann mit den insbesondere durch die ALV und die IV durchführbaren Eingliederungsprogrammen in Bezug gesetzt werden (vgl. Kapitel 3.6.3 und 3.7). Die Rahmenbedingungen der Durchführung dieser Massnahmen wurden im theoretischen Teil nicht erörtert. Sie sind auch nicht gesetzlich geregelt, sondern variieren je nach Institution. Die Soziale Arbeit ist in der ALV, der IV und als Methode des Case Managements CM auch in der Unfallversicherung UV und in den Krankentaggeldversicherungen KTGv vertreten. Die Grundsätze des CMs verlangen, dass die Unterstützung strukturiert und koordiniert durchgeführt wird. Die Methode des CMs und die Profession der Sozialen Arbeit verlangen, dass Hilfestellungen methodisch ausgerichtet sind und somit einem klaren Ablauf folgen, welcher den Klientinnen und Klienten kommuniziert werden soll. Die Beratenden sollen ihren Klientinnen und Klienten auf Augenhöhe begegnen, es sollen gemeinsam Handlungspläne und Rahmenbedingungen erarbeitet werden und Zuständigkeiten sollten klar festgelegt sein.

Für die Beantwortung der Forschungsfrage kann daraus abgeleitet werden, dass als präventive Massnahme über die Zuständigkeiten in den Beratungsprozessen, über den Ablauf der Abklärungen und auch über die Voraussetzungen für verschiedene Leistungen bei den unterschiedlichen Versicherungen fundiert informiert werden soll (vgl. Kapitel 5.13). Da Soziale Arbeit als Beratungsprozess nicht für Resultate garantieren, sondern lediglich für eine professionelle Durchführung des Beratungsprozesses sorgen kann, sollen auch keine Zusicherungen über zukünftige Leistungen von Versicherungen gemacht werden. Es ist wichtig, dass Sozialarbeitende die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten erkennen und kommunizieren. Zusagen sollen eingehalten werden und den Klientinnen und Klienten soll klar aufgezeigt werden, wer für welche Handlungen zuständig ist.

## 5.6 Werte

Aus den Interviews hat sich ergeben, dass dem Thema Werte ein grosses Gewicht zukommt. Aus diesem Grund wurde entschieden, diesem Thema im Rahmen der Auswertung Raum zu geben. Werte stellen einen wichtigen Faktor für das Verhalten dar und sind möglicherweise Ressourcen, die in der sozialarbeiterischen Beratung aktiviert werden können. Allenfalls müssen Werte überdacht und angepasst werden, damit die Betroffenen mit der veränderten Lebenssituation umgehen können.

M zeigt klare Wertvorstellungen. So ist er der Meinung, dass sich der Wert eines Menschen an der Leistungsfähigkeit bemisst und gibt an, dass seine Leistung vor dem Unfall in allen Lebensbereichen stets die Beste war. Dieser gezeigte übermässige Leistungsanspruch identifiziert Morschitzky als prädisponierenden Faktor für eine somatoforme Schmerzstörung (vgl. Kapitel 2.3). Da für M kein Leistungsbeweis mehr möglich ist, ist auch kein Selbstbeweis mehr möglich, was ein Gefühl der Wertlosigkeit zur Folge hat. Diese Aussagen decken sich mit den theoretischen Kenntnissen nach Maier (*Für migrierte Männer ist es wichtig, stark und gesund zu sein, ansonsten fühlen sie sich in ihrer Existenz bedroht. Wenn der Körper nicht mehr vollumfänglich funktionsfähig ist, bricht ihre innerpsychische und psychosoziale Abwehr zusammen. Ihr Status als operierendes Familienoberhaupt, als potente Arbeitskraft und als Geldgeber für die Familie im Herkunftsland ist gefährdet, vgl. Kapitel 2.3.2*). Auch S bezeichnet sich als leistungsorientiert und ehrgeizig, ist allerdings nicht so stark auf die Leistungsorientierung fixiert wie M.

Aus den erhobenen Daten geht hervor, dass die Erkennung von individuellen Wertvorstellungen der Klientinnen und Klienten absolut zentral ist. Es ist nicht möglich, eine Intervention durchzuführen, die den Werten der Klientinnen und Klienten widerspricht. Deshalb sollten Wertvorstellungen der Klientel diskutiert werden, um herauszufinden, wie eine Intervention unter Berücksichtigung der individuellen Werte zielführend stattfinden kann. Bezogen auf Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung kann deshalb der Schluss gezogen werden, dass der Versuch, die körperliche Ursache der Schmerzen ausreden zu wollen, sinnlos ist, weil die oder der Betroffene dies nicht für sich selber anerkannt hat. Die Nichtberücksichtigung der Einstellung zum Schmerz führt lediglich zu Widerständen, was eine gute Beziehung zwischen Sozialarbeitenden und Klientel gefährdet.

Werden Werte erkannt, die für eine gelingende Lebensführung hinderlich sind (beispielsweise zu hohe Ansprüche an sich selber), kann es sinnvoll sein, zu einer Auseinandersetzung mit diesen anzuregen. So kann sich die Klientin oder der Klient Gedanken darüber machen, was der jeweilige Wert für sie oder ihn bedeutet und bis zu welchem Grad sie oder er bereit ist, sich diesem Wert unterzuordnen.

Zeigt eine Klientin oder ein Klient eine starke Neigung zum Leistungsbeweis, könnten Sozialarbeitende als präventive Massnahme eine Aufgabe (z. B. in einem Arbeitsintegrationsprogramm oder im Rahmen der Freiwilligenarbeit) zur Verfügung stellen, damit der Leistungsbeweis aufrechterhalten werden kann.

### 5.7 Wünsche, Hoffnungen und Gefühle

Durch die Erhebung von Wünschen, Hoffnungen und Gefühlen soll herausgefunden werden, in welchen Bereichen sich die Befragten von der Sozialen Arbeit mehr Unterstützung wünschen und wie diese aussehen könnte. Durch die Erfragung von Wünschen, Hoffnungen und Gefühlen können allfällige Ressourcen und Motivatoren aufgedeckt werden. Dadurch erhält die oder der Sozialarbeitende die Möglichkeit, individuelle Handlungsstrategien aufzudecken, sichtbar zu machen und bei Bedarf zu diskutieren.

Beide Befragten wünschen sich, wieder gesund zu sein. Gerade bei M zeigt sich ein grosser Wunsch nach einem normalen Leben, in dem er wieder arbeiten und Sport treiben kann. Er ist traurig darüber, sich nicht körperlich am Familienleben beteiligen zu können. Des Weiteren zeigt er Trauer und Scham über den materiellen Verlust. Allgemein scheint Scham bei ihm ein grosses Thema zu sein. Betreffend die körperliche Funktionsfähigkeit lässt sich hier derselbe Bezug wie im Kapitel 5.6 herstellen (*Kapitel 2.3.2*).

S zeigt ein besonders grosses Bedürfnis nach Beständigkeit. Beide Befragten äussern Hoffnung auf eine Besserung ihres Gesundheitszustandes. M erhofft sich zudem eine faire Lösung und Ehrlichkeit vonseiten der SUVA. Diese Aussagen stimmen mit dem theoretischen Hintergrund nach Maier überein (*Im Kampf um Leistungen der Sozialversicherungen geht es nicht primär um Geld, sondern um den Erhalt des Ansehens. Dieses können sie durch den Status als legitimiert Kranke oder Kranker aufrechterhalten, da sie ihre Gesundheit zugunsten der Arbeit geopfert haben, Kapitel 2.3.2*). Während des Interviews fällt auf, dass M die Hoffnung auf Besserung und in die besten Ärztinnen und Ärzte immer wieder erwähnt. Dieser spezifische Umgang mit der gegebenen Situation könnte ein Hinweis darauf sein, dass sich die Klientin oder der Klient als handlungsunfähig und als Opfer der Situation sieht und eine eigenständige Bewältigung der Gesamtsituation für unmöglich hält. Die Hoffnung kann damit auch ein Ausdruck von externaler Ursachenzuschreibung sein, welche in der Beratung thematisiert werden kann.

Beide Befragten geben an, unter Existenzängsten zu leiden. S war insbesondere deshalb verunsichert, weil er sich zu wenig informiert darüber fühlte, wie es nach dem Auslaufen des Krankentaggeldes weitergeht. Eine weitere Unsicherheit zeigt S bezüglich Stressbewältigung. So ist er unsicher, ob er mit dem Stress am neuen Arbeitsplatz umgehen kann. Beide

Befragten fühlen sich durch ihre Schmerzerkrankung besonders belastet. S nennt die vielen Termine, die finanzielle Knappheit und den administrativen Aufwand als weitere Belastungsfaktoren.

Aus den vorliegenden Ergebnissen kann gefolgert werden, dass die Wahrnehmung geäussertter Emotionen von grosser Bedeutung ist. Durch die Bearbeitung der Emotionen können Lösungen zur Problembearbeitung gefunden werden. Treten beispielsweise Unsicherheiten bezüglich Stress am Arbeitsplatz auf, könnte ein Job Coaching hilfreich sein, welches der Klientel eine gewisse Sicherheit bietet, wodurch zumindest der psychische Stress vermindert werden könnte.

Die in den Interviews geäusserten Existenzängste lassen sich in der sozialarbeiterischen Praxis regelmässig beobachten. Gerade wenn eine Arbeitstätigkeit nicht fortgeführt werden kann oder Versicherungsleistungen in Kürze eingestellt werden, treten Unsicherheiten über die finanzielle Zukunft auf. Es ist wichtig, auf diese Ängste einzugehen und die Klientel bezüglich existenzieller Absicherung nachhaltig zu beraten (*siehe auch unten*). Solange die existenzielle Situation nicht geklärt ist, kann auch keine Arbeitsintegration oder soziale Reintegration stattfinden, da die Klientel durch die existenziellen Ängste blockiert ist. Aus diesem Grund kann es in der sozialarbeiterischen Praxis wirkungsvoll sein, möglichst schnelle Entscheide der einzelnen Sozialversicherungen zu erwirken. Diese können vonseiten der Sozialarbeitenden beispielsweise dadurch beschleunigt werden, dass die administrativ notwendigen Unterlagen möglichst rasch den Sozialversicherungen eingereicht werden.

Da S der Meinung war, nach Ablauf des Krankentaggeldes sei man auf sich gestellt, wurde offenbar die Chance verpasst, ihn genauer über das weitere Vorgehen zu informieren. Durch eine wiederholte Information darüber, wie es weitergeht, könnte diesbezüglich eine gewisse Sicherheit geboten werden.

### **5.8 Therapie/Massnahmen**

Das Wissen über bereits erfolgte Massnahmen hilft einerseits, sich einen Überblick über die Gesamtsituation zu verschaffen und herauszufinden, welche Therapien und Massnahmen bereits erfolgt sind und welche noch möglich wären. Andererseits zeichnen absolvierte Therapien und Massnahmen das Verhalten im Umgang mit der Krankheit ab: Es zeigt sich, ob die Klientin oder der Klient eigene Bewältigungsversuche unternimmt. Hier können Ressourcen oder ungenutztes Potential entdeckt werden, was die Einleitung konkreter Massnahmen zur Folge haben könnte.

M zeigt in seiner Krankengeschichte mehrere Operationen am Rücken, die trotz erfolgreicher Durchführung zu keiner Beschwerdebesserung führten. Aufgrund einer Entzündung ist eine erneute Operation 2017 geplant. S wurde aufgrund seiner Rückenschmerzen nie operiert, er wendet zur Schmerzlinderung verschiedene alternativmedizinische Methoden (Hypnosetherapie, Akupunktur und Massage) an. Beide Befragten geben an, in psychotherapeutischer Behandlung zu sein, wobei S die Wirksamkeit als fraglich einstuft. M gibt an, die Psychotherapie helfe ihm, besser mit der Situation zurecht zu kommen, sie helfe ihm bezüglich Schmerzminderung jedoch nichts. Des Weiteren hat M eine Schmerztherapie besucht und als hilfreich empfunden, S musste diese aufgrund seiner neuen Arbeitsstelle absagen, wäre aber grundsätzlich daran interessiert. Eine vom Arzt verordnete Gewichtsreduktion brachte S Schmerzlinderung. Beide Befragten nehmen zudem Schmerzmedikamente ein, wobei M keine Schmerzverbesserung spürt, jedoch eine Verschlechterung seines Zustandes angibt, wenn er sie nicht einnimmt. Gemäss S werden die Schmerzen durch die Medikamenteneinnahme erträglicher.

S ist der Meinung, dass jede Person selber herausfinden kann, welche Therapiemethoden hilfreich sind und zeigt sich auch bereit, eine Therapie nach einigen Sitzungen abubrechen, wenn er sie als nicht hilfreich erachtet. Dieses Verhalten führt zum Schluss, dass S sehr selbstbestimmt mit seiner Schmerzkrankheit umgeht.

Bei M entsteht der Verdacht, dass lediglich kausale Therapiemethoden eingesetzt werden, was sich mit den Erkenntnissen von Kröner-Herwig und Frettlöh verbinden lässt (*Zur Ursachenfindung wird primär die apparative Diagnostik eingesetzt, wobei korrelative Befunde häufig als Beschwerdeursache interpretiert werden. Als Folge werden psychosoziale Interventionsmöglichkeiten verzögert eingesetzt oder gar ausser Acht gelassen, Kapitel 2.6*). Auch die Erkenntnisse von Keel lassen diesen Schluss zu (*Unbedeutende körperliche Befunde werden von Ärztinnen und Ärzten überbewertet. Dadurch werden lediglich die Symptome bekämpft, Kapitel 2.4*).

Obwohl die Schmerztherapie von M als wirksam eingestuft wurde, scheint diese durch die Fokussierung auf die Operationen nicht mehr wirklich präsent zu sein. Auch die Psychotherapie scheint ihre Wirkung zur Korrektur ungünstiger Denkmuster nicht zu entfalten (*Keel schlägt zur Korrektur ungünstiger Denkmuster primär Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie vor, vgl. Kapitel 2.6*). Bei S lässt sich eine grössere Offenheit bezüglich verschiedenen Behandlungsmethoden feststellen.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage lässt sich daraus ableiten, dass die Klientinnen und Klienten im Sinne des Empowerments zu einem eigenständigen Umgang mit den Schmerzen ermutigt werden sollen. Sie sollen sich über mögliche, auch alternative, Behandlungsmethoden

thoden informieren und diese ausprobieren. Das Führen eines Schmerztagebuches kann eine gute Variante sein, um einen Überblick zu behalten, was sich positiv und was negativ auf das Schmerzerleben ausgewirkt hat. Von sozialarbeiterischer Seite her kann Unterstützung dabei geboten werden, abzuklären, welche Kosten durch welche Institution übernommen werden können. Wenn Leistungen der Sozialversicherungen, insbesondere der KTGv oder IV, beantragt sind oder bereits laufen, ist es wichtig, dass die Klientel über ihre Schadenminderungspflicht aufgeklärt ist. Sie hat alles zu unternehmen, um die gesundheitliche Beeinträchtigung zu therapieren. Je nach Versicherung kann die Absolvierung einer Therapie (z. B. auch einer Schmerztherapie) im Rahmen dieser Schadenminderungspflicht verlangt werden (*Die Schadenminderungspflicht gebietet der versicherten Person, dass sie alle ihr möglichen und zumutbaren Massnahmen treffen muss, um den Schaden zu mindern oder zu beheben, vgl. Kapitel 3.5.5 und 3.7*).

Stellt sich heraus, dass eine Therapieform in der Vergangenheit zur Linderung der Schmerzen beigetragen hat, kann es sinnvoll sein, die Klientin oder den Klienten zu einer erneuten Inanspruchnahme dieser Therapie zu ermutigen.

### **5.9 Umgang mit dem Umstand, dass die Schmerzen nicht körperlicher Natur sind**

Da sich somatoforme Schmerzen nicht oder nur ungenügend durch körperliche Befunde erklären lassen, ist es von grosser Bedeutung, dass Betroffene die Mechanismen der Schmerzentstehung begreifen können. Wenn dieser Mechanismus nicht verstanden wird, wird sich eine Therapie zum Umgang mit dem Schmerz als schwierig erweisen. Die Untersuchung dieses Themas kann mögliche Handlungsstrategien im Zusammenhang mit der Krankheit aufzeigen.

Während S den Schmerzmechanismus versteht und seine Schmerzen als nicht körperlich erklärbar anerkennt, zeigt M kein Verständnis für ein nicht körperlich erklärbares Geschehen. Er anerkennt zwar, dass es Phantomschmerzen gibt, die vom Gehirn aus gesteuert werden. Da er selber aber noch über den schmerzenden Körperteil verfügt, muss die Schmerzentstehung bei ihm dort stattfinden (*vgl. Kapitel 5.1*). Beide Befragten beschreiben ihre Krankheit als Abwärtsspirale.

Das Verständnis über die Mechanismen der somatoformen Schmerzstörung öffnet Türen, um die bestmögliche Therapie in Anspruch nehmen zu können. Diese im Interview erhobene Erkenntnis deckt sich mit den theoretischen Ausführungen von Keel (*Ein besserer Umgang mit den Schmerzen kann nur erfolgen, wenn Betroffene über ihr Leiden aufgeklärt sind. Ungünstige Denkmuster können primär durch Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie korrigiert werden, daneben eignen sich Entspannungstechniken, Gymnastikübungen und ein*

*Belastungsabbau, vgl. Kapitel 2.6). Dafür ist es von medizinischer Seite her jedoch wichtig, die Betroffenen frühzeitig über psychologische Erklärungsmodelle aufzuklären, da ansonsten eine Verfestigung auf körperliche Krankheitsüberzeugungen und organmedizinische Krankheitsmodelle stattfindet, wie dies durch Hasenbring, Korb und Pflingsten (Die erhobenen Befunde werden in der Regel zu wenig präzise erläutert, weil eine integrierende biopsychosoziale Sichtweise in den meisten Fällen ausbleibt. Werden die Befunde erst Jahre nach dem Krankheitseintritt erläutert, sind die Krankheitsüberzeugungen meist derart verfestigt, dass sie veränderungsresistent bleiben, vgl. Kapitel 2.4) sowie Morschitzky (Wird lediglich ein einseitig organmedizinisches Erklärungsmodell verwendet, fixieren sich die Patientinnen und Patienten darauf, vgl. Kapitel 2.4) ausgeführt wird.*

Aus den Ergebnissen lässt sich die Schlussfolgerung ableiten, dass bei M zu Beginn der Chronifizierung möglicherweise die Chance verpasst wurde, die Schmerzentstehung in kroatischer Sprache zu erklären.

Wenn sich in der sozialarbeiterischen Beratung verzögerte Heilungsverläufe mit der Gefahr einer Schmerzchronifizierung präsentieren, kann es von sozialarbeiterischer Seite her sinnvoll sein, proaktiv auf die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt zuzugehen und eine mögliche Schmerzstörung zu thematisieren. Im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells können die Bemühungen von medizinischer Seite mit denen von der sozialarbeiterischen Seite her koordiniert werden, um gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten in eine definierte Zielrichtung zu gehen. Dies könnte beispielsweise dadurch erfolgen, dass die Ärztin oder der Arzt das Arbeitsunfähigkeitszeugnis mit einer möglichen Arbeitsaufnahme bzw. Teilnahme an einem Integrationsprogramm abstimmt und die Patientin oder den Patienten ermutigt, die in Frage stehende Tätigkeit aufzunehmen.

### **5.10 Umgang mit Schmerzen/Schmerzen**

Im Gegensatz zum Kapitel 5.8, welches auf medizinische Interventionen fokussiert, soll in diesem Kapitel herausgefunden werden, welche Handlungsstrategien die Betroffenen selber zur Bekämpfung ihres Schmerzes anwenden. Dadurch soll ersichtlich werden, wie die Betroffenen mit ihren Schmerzen umgehen, was mögliche Ressourcen aufzeigt. Zudem können Handlungsstrategien aufgezeigt werden, die auch anderen Betroffenen hilfreich sein könnten.

Während S lediglich erwähnt, primär unter Rückenschmerzen zu leiden, charakterisiert M seine Schmerzen umfassend. Sein Rückenschmerz fühlt sich an wie ein Messerstich und wird von starkem Schwitzen begleitet. Es ist schon einige Male vorgekommen, dass sein Schmerz derart stark war, dass eine Blockade eingetreten ist und er sich nicht mehr bewe-

gen konnte. Jede Bewegung ist immer schmerzhaft, durch Entspannung kann er jedoch eine Schmerzlinderung erzielen. Beide Befragten geben an, unter permanenten Schmerzen zu leiden. S führt weiter aus, nach starker körperlicher Belastung unter gesteigerten Schmerzen zu leiden. Diese konnte er an der vorherigen Arbeitsstelle durch genügende Erholungszeit während den Zimmerstunden kompensieren. Er führt aus, dass für ihn eine Arbeit ideal wäre, bei der er die Möglichkeit hat, seine Position zu wechseln. Beide Befragten gaben an, dass Bewegung im Sinne eines Trainings die Schmerzen lindert, wobei bei M unklar bleibt, wie häufig dieses Training effektiv durchgeführt wird. M folgt zur Schmerzlinderung primär ärztlichem Rat, informiert sich aber auch im Internet über Therapiemöglichkeiten. Er geht baden, wendet Cremes und Essig an und hat im Winter die Physiotherapie besucht. S kann durch die Einnahme von Schmerzmedikamenten eine Schmerzlinderung erzielen. Zudem hat er eine ärztlich verordnete Diätkur gemacht, die sich ebenfalls positiv auf die Schmerzen auswirkte. Hypnosetherapie hilft bei der Entspannung, wodurch er seine Rückenschmerzen steuern und mindern kann. Allgemein hat er alternative Therapiemethoden als sehr wirksam erlebt. Des Weiteren achtet er darauf, genügend zu trinken, wodurch die Muskulatur entspannt bleibt. Er ist sich bewusst, dass ein Rückschlag unwahrscheinlicher wird, je länger er bezüglich seinen Rückenschmerzen eine Stabilität aufrechterhalten kann.

Es wird ersichtlich, dass S sehr gut weiss, was er seinem Körper zumuten darf und seine Möglichkeiten ausschöpft. Bei M ist dieses Wissen zwar in Ansätzen ebenfalls vorhanden, es erweckt jedoch den Eindruck, dass er bezüglich seinen Handlungsmöglichkeiten sehr auf ärztlichen Rat fokussiert (vgl. Kapitel 5.2). Auch wird durch die Aussage „Ich selber weiss nicht, was ist gut“ (Zeile 1094/1095) eine grosse Unsicherheit bezüglich Handlungsmöglichkeiten spürbar. Die Gefahr dieser Unsicherheit besteht darin, eine körperliche Schonhaltung zu entwickeln, wie sie durch Zielke beschrieben wird (*Die Unsicherheit über das körperliche Leistungsvermögen und die Angst vor Überbelastung führen zu einer körperlichen Schonhaltung, vgl. Kapitel 2.5*). Dieses Schonverhalten konnte jedoch in keinem der Interviews eruiert werden.

In den Ausführungen von Hasenbring, Korb & Pfingsten wird ersichtlich, dass eine Erwartung auf Heilung durch passive Massnahmen aktive Bewältigungsstrategien verhindert (*Vielen Patientinnen und Patienten erwarten eine Heilung durch passive Massnahmen, Injektionen und Krankschreibungen, was eine ungünstige passive Behandlungserwartung zur Folge hat und aktive Bewältigungsstrategien verhindert, vgl. Kapitel 2.4*), was bei beiden Befragten jedoch nicht bestätigt werden konnte. Sie zeigen beide aktive Bewältigungsstrategien, der Eine etwas mehr, der Andere etwas weniger.

S zeigt ein grosses Arsenal an Handlungsmöglichkeiten, was darauf hindeutet, dass er durch Selbstbeobachtung ein besseres Wissen über seine Schmerzen erlangt hat. Der positive

Effekt dieses Wissens wird in der Literatur durch Keel beschrieben (*Durch Selbstbeobachtung und Schulung Entdeckung von Einflüssen, die sich negativ oder positiv auf die Beschwerden auswirken, vgl. Kapitel 2.6*).

Da S angibt, dass ein Rückschlag unwahrscheinlicher wird, je länger die Stabilität andauert, könnte eine sinnvolle präventive Massnahme aus sozialarbeiterischer Sicht darin liegen, Hilfestellungen zur Wahrung der Stabilität zu bieten. Dies kann bei berufstätigen Betroffenen beispielsweise durch das bereits im Kapitel 5.7 vorgeschlagene Job Coaching oder durch die Unterstützung bei der Suche nach einer angepassten Tätigkeit (in der z. B. die Möglichkeit nach Pausen oder zur Wechselposition besteht) geschehen. Um die Stabilität nicht zu gefährden, kann es sinnvoll sein, lediglich eine Teilzeitanstellung anzustreben. Aus gesamtheitlicher Sicht erscheint es wirtschaftlicher, wenn durchgehend eine Teilzeiterwerbstätigkeit, eventuell mit ergänzender kleiner Sozialhilfeunterstützung geleistet wird, als wenn wiederholt kurze Vollzeiterwerbstätigkeiten mit anschliessenden Zusammenbrüchen und langen Aufbauphasen unter Belastung des gesamten Sozialversicherungssystems durchlaufen werden. Generell sollte das Thema Stabilität in der Beratung angesprochen werden. Was wirkt unterstützend und was gefährdend? Entsprechend den Erkenntnissen können die Handlungen ausgerichtet werden.

### 5.11 Handlungsstrategie/Umgang mit Situation

Im Gegensatz zum Kapitel 5.10 sollen im aktuellen Kapitel die Handlungsstrategien in Bezug auf die Gesamtsituation untersucht werden. Dieser Themenbereich ist für die Soziale Arbeit von besonderem Interesse, weil im Einzelfall spezifische Strategien erörtert werden können, von welchen mögliche Handlungsanleitungen für andere Betroffene abgeleitet werden könnten.

M gibt an, unmittelbar nach dem Unfall weitergearbeitet zu haben, weil die Baustelle am Tag nach dem Unfall beendet werden konnte. Zudem haben mehrere Arbeitsversuche stattgefunden, die jedoch allesamt gescheitert sind. Dieses Verhalten zeigt, dass ein grosses Durchhaltevermögen und ein grosser Wille zur Weiterarbeit vonseiten M vorhanden war. Im Verlauf des Interviews wird jedoch eine Resignation in Bezug auf die jetzige Situation spürbar, was sich durch den von Maier beschriebenen Zusammenbruch der innerpsychischen Abwehr (*Scheiden männliche Migranten aufgrund körperlicher Einbussen aus dem Arbeitsprozess aus, bricht sowohl ihre innerpsychische, als auch ihre psychosoziale Abwehr zusammen, vgl. Kapitel 2.3.2*) erklären lässt. Diese Resignation ist beispielsweise dadurch erkennbar, dass er angibt, er könne sich nur in der Wohnung verstecken, warten und beten. Dieser von M benannte soziale Rückzug deckt sich mit den Ausführungen von Zielke (*Oft-*

*mals ist ein sozialer Rückzug sowie eine Fixierung auf die Krankenrolle zu beobachten, vgl. Kapitel 2.5) und Kröner-Herwig (Unternehmungen mit Freundinnen und Freunden werden eingeschränkt, was zu einem sozialen Rückzug führt, vgl. Kapitel 2.5). Andererseits beantragt er den Schweizer Pass, weil er das Gefühl hat, als Ausländer schlechter versichert zu sein, informiert sich in den Medien über das soziale Absicherungssystem und holt Rat bei einer befreundeten Anwältin, wodurch er eine klare Fähigkeit, seine Handlungsmöglichkeiten auszunutzen, zeigt. Offenbar ist er sich dieser Fähigkeit jedoch nicht bewusst.*

S zeigt in Bezug auf seine zwei Kündigungen, dass er gebotene Handlungsalternativen (*Die Möglichkeit, diese Anstellung per sofort zu verlassen, nützte er aus und trat eine neue Stelle an*) nutzt und sich Hilfe sucht.

Beide Befragten absolvierten Eingliederungsprogramme für die berufliche Integration über die IV, konnten aber nicht davon profitieren. Die berufliche Eingliederung wurde bei beiden ohne weiterführende Erwerbstätigkeit abgeschlossen, ein IV-Rentenanspruch wurde danach abgewiesen.

Das Beantragen des Schweizer Passes in der Hoffnung auf bessere Versicherungsleistungen kann mit dem Erfordernis des Erfüllens der versicherungsmässigen Voraussetzungen für Leistungen der IV in Verbindung gesetzt werden (*Auf eine Rente hat nur Anspruch, wer drei Jahre Beiträge einbezahlt hat. Auf Eingliederungsmassnahmen haben diejenigen Anspruch, welche mindestens ein Jahr Beiträge einbezahlt haben oder sich zehn Jahre ununterbrochen in der Schweiz aufgehalten haben, vgl. Kapitel 3.7*). Diese Bedingungen betreffen Nicht-Schweizer. Die Hoffnung auf bessere Leistungen von Versicherungen mit dem Schweizer Pass zeigt, dass M das Versicherungssystem nicht recht verstanden hat (*vgl. Kapitel 5.13*). Für Nicht-Schweizer sind gesetzlich keine anderen Leistungen vorgesehen als für Schweizer und in der Beurteilung eines Anspruches spielt die Nationalität keine Rolle. Dass beide Befragten die Hilfe von Bekannten in Anspruch genommen haben, kann nicht mit den theoretischen Erörterungen in Verbindung gebracht werden. Das Umfeld kann aber eine wichtige Ressource darstellen (*vgl. Kapitel 5.3*), weshalb die Strategie, diese Ressourcen für sich zu nutzen, durchaus sinnvoll ist.

Die von M und S absolvierte berufliche Eingliederung über die IV, bevor sie einen Rentenentscheid der IV erhalten haben, entspricht dem Grundsatz „Eingliederung vor Rente“ (*Erwerbsunfähigkeit ist die nach der beruflichen Eingliederung und nach zumutbaren Behandlungen verbleibende Restarbeitsfähigkeit. Der oder die Versicherte muss im Rahmen der Schadenminderung alles unternehmen, um die Invalidität abzuwenden, vgl. Kapitel 3.7*). Beide konnten davon nicht profitieren und die Arbeitsversuche sind gescheitert. Die Tatsache, dass ein Rentenwunsch ein aufrechterhaltender Faktor für die somatoforme Schmerzstörung

darstellt (*Feststellung einer grösseren Therapieresistenz bei Betroffenen mit schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt, weil sie in der Rente die grösste Möglichkeit sehen, ihre berufsbezogenen Probleme zu lösen, vgl. Kapitel 2.4*) zeigt, dass möglicherweise berufliche Eingliederungsversuche sowohl bei S wie auch bei M zum vornherein zum Scheitern verurteilt waren. Die Chancen auf dem Arbeitsmarkt sind bei beiden Befragten aufgrund ihres Alters, ihrer Ausbildung („lediglich“ Grundbildung) und der körperlichen Einschränkungen massiv gesunken. Vor diesem Hintergrund könnte es sinnvoller gewesen sein, den Rentenanspruch vor der beruflichen Eingliederung zu klären, um Klarheit betreffend die künftige finanzielle Absicherung zu schaffen. Die Forderung von Risi (*Die Arbeitsfähigkeit soll möglichst früh verbindlich festgestellt werden, um eine Verhärtung in der Krankenrolle zu vermeiden, vgl. Kapitel 3.2.1*) unterstützt dieses Argument. Gegen eine vorzeitige Rentenprüfung der IV spricht jedoch, dass die IV durch Integrationsmassnahmen auch Programme anbietet, in denen die Arbeitsfähigkeit auftrainiert werden kann (*vgl. Kapitel 3.7*), was wiederum eine Auswirkung auf den Rentenentscheid haben könnte.

Für die Soziale Arbeit kann aus den erhobenen Ergebnissen der Schluss gezogen werden, dass somatoforme Schmerzen zu einer Resignation führen können und die Klientinnen und Klienten noch vorhandene Handlungsmöglichkeiten gar nicht mehr erkennen. Sozialarbeitende könnten deshalb anhand konkreter Beispiele aufzeigen, in welchen Bereichen die Klientin oder der Klient erfolgreich gehandelt hat und wo sie oder er mit der gleichen Strategie erneut handeln könnte. Auch wenn dies im beruflichen Bereich aktuell (noch) nicht möglich ist, könnte wenigstens im sozialen Bereich ein Handeln angeregt werden, um Erfolgserlebnisse zu generieren, die als motivatorische Kraft für das Angehen weiterer Probleme genutzt werden könnten. Als Massnahme könnte so die aktive Unterstützung bei der sozialen Reintegration gefördert werden. Dies könnte beispielsweise dadurch erfolgen, dass ein Zugang zu einem Hobby erschlossen wird. Nicht förderliche Denk- und Handlungsmuster müssen aufgedeckt und geklärt werden (wie zum Beispiel die Vorstellung, als Schweizerin oder Schweizer mehr Leistungen zu erhalten).

Damit die Unterstützungsmöglichkeiten bei der beruflichen Eingliederung durch die verschiedenen Sozialversicherungen (v. a. ALV und IV) mit der richtigen Motivation von den Klientinnen und Klienten auch wirklich genutzt werden können, muss die Klientin oder der Klient eingehend darüber informiert sein, welche Leistungen unter welchen Umständen von welcher Versicherung zu erwarten sind. Je nachdem kann es sinnvoll sein, berufliche Eingliederung erst zu unterstützen, wenn Rentenansprüche geklärt sind.

### 5.12 Leben vor dem Schmerz

Durch die Untersuchung des Lebens vor dem Schmerz sollen frühere Ressourcen und Bewältigungsstrategien gefunden werden, die allenfalls reaktiviert werden können.

Bei der Auswertung fällt auf, dass sich S praktisch nicht zu diesem Thema geäußert hat. Diejenigen Äusserungen, die auch unter dem aktuellen Kapitel hätten subsumiert werden können, wurden dem Kapitel 5.3 zugewiesen, weil es sich primär um Aussagen aus der Kindheit handelt.

M äussert, eine schöne Kindheit gehabt zu haben, obwohl er bereits in jungen Jahren zu Hause mitgearbeitet habe. Diese Aussage deckt sich nur teilweise mit den theoretischen Ausführungen von Maier, da M sehr wohl die Möglichkeit hatte, eine Ausbildung zu absolvieren (*Weder die männlichen Migranten noch ihre Eltern absolvieren eine Berufsausbildung, weil sie bereits in der Kindheit als Arbeitskräfte eingesetzt werden. Sie lernen schon in jungen Jahren harte körperliche Arbeit kennen, vgl. Kapitel 2.3.2*).

M verfügte über ein stabiles freundschaftliches und familiäres System, obwohl er ohne Vater aufwachsen musste, der aufgrund der schlechten Arbeitssituation im ehemaligen Jugoslawien migrierte. Aus demselben Grund migrierte auch M und baute sich ein Leben in der Schweiz auf. Er gibt an, in allen Bereichen (Arbeit, Familie, Haus) stets das Beste gegeben zu haben. Er war gut in den Firmenbetrieb integriert und erfuhr an seinem ehemaligen Arbeitsplatz viel Wertschätzung, weil seine Leistung stets die beste war („Bei jeder Arbeit, wo ich gearbeitet habe, ist meine Leistung die beste gewesen“, Zeile 176-177) (vgl. Kapitel 5.6).

In Bezug auf die Forschungsfrage kann gefolgert werden, dass die Erhebung des Lebens vor dem Schmerz unerwartete Ressourcen hervorbringt. Bei M wird beispielsweise deutlich, dass seine Familie eine grosse Ressource darstellt und er vor der Krankheit offenbar ein kontaktfreudiger und offener Mann war, da er angibt, viele Kollegen gehabt zu haben. Diese Kontaktfreudigkeit könnte in der sozialarbeiterischen Praxis beispielsweise dadurch eingesetzt werden, dass Kontakte zu anderen Schmerz betroffenen hergestellt werden.

Bei M wird nochmals deutlich, dass die Fixierung auf die Krankenrolle mit der Leistungsorientierung zusammenhängen könnte, da eine schwere körperliche Krankheit die Tatsache legitimiert, dass Leistungen nicht mehr erbracht werden können. Solche Muster könnten Mithilfe einer Psychotherapie besprochen werden.

### 5.13 Sozialversicherungen

Die Untersuchung des Themas Sozialversicherungen wurde aufgrund der Vorannahme ausgewählt, dass die meisten Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung mehrere So-

zialversicherungen durchlaufen. Aus diesem Grund soll herausgefunden werden, wie sich die Zusammenarbeit zwischen Sozialversicherungen und Klientel gestaltet und ob die Kommunikation erfolgreich gelingt. Es soll aufgezeigt werden, wo Schwierigkeiten bestehen und wie die Soziale Arbeit Unterstützung bieten kann.

Für eine bessere Übersichtlichkeit werden beide Interviewten darüber befragt, welche Sozialversicherungen sie in welcher Reihenfolge beansprucht haben. Beide Befragten bezogen zu Beginn ihrer Erkrankung ein Taggeld (S: Krankentaggeld, M: Unfalltaggeld). Während des Taggeldbezuges erfolgte bei beiden Befragten eine IV-Anmeldung. Nach den ausgelaufenen Taggeldern meldeten sich beide Befragten bei der ALV an, währenddessen lief das IV-Verfahren weiter. Die IV-Abklärung ergab bei beiden Befragten, dass sie keinen Anspruch auf Leistungen haben. M erhielt in der Folge eine kleine SUVA-Rente, S fand kurz vor Beendigung des ALV-Taggeldes wieder eine Stelle. Beide wurden nie durch die Sozialhilfe unterstützt. Diese Verläufe decken sich grösstenteils mit den Aussagen von Fink et al. (*An somatoformen Störungen erkrankte Menschen beziehen eher eine Rente, leben eher von Sozialhilfe oder Krankentaggeld und sind eher arbeitslos als Menschen ohne somatoforme Störung, vgl. Kapitel 2.2*).

Die Befragung zum Informationsfluss zeigt, dass die Interviewten schriftlich über die jeweiligen Entscheidungen der Sozialversicherungen informiert wurden. Beide Befragten geben an, die Entscheidungen nicht oder ungenügend verstanden zu haben. Es zeigt sich, dass das Unverständnis der Entscheide auch damit zusammenhängt, dass die Befragten den Leistungsanspruch der jeweiligen Versicherung (unter welchen Umständen welche Leistungen zu erwarten sind, Rahmenfristen, Folgen etc.) nicht recht verstehen. Beide Befragten geben an, dass das Versicherungssystem mit seinen Folgen und Zusammenhängen schwer verständlich ist. S ist der Meinung, dass konkrete Hilfe unbürokratisch zur Verfügung gestellt werden sollte. Wie im Kapitel 3 erläutert wird, können die Sozialversicherungen aufgrund von gesetzlichen Normen vorbestimmte Leistungen in vorbestimmten Fällen erbringen. Die Sozialversicherungen nach ATSG (UV, IV, ALV, KTG nach KVG) können nur diese Leistungen erbringen, während für die KTG nach VVG auch Kulanzleistungen möglich sind. Damit Entscheide nachvollzogen werden können, muss den Klientinnen und Klienten dieses System auf bestimmte Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen erklärt werden. Auch wenn Beiträge bezahlt worden sind, wie es M schildert, sind die Leistungsvoraussetzungen zu erfüllen und erfolgt nicht automatisch eine Leistung. Unbürokratische Kulanzleistungen entsprechen nicht dem sozialversicherungsrechtlichen System und können deshalb nicht erbracht werden.

Weiter drücken beide Unverständnis darüber aus, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Versicherungen nicht mit der durch die Ärztin oder den Arzt attestierte Arbeitsunfä-

higkeit übereinstimmt. M kann nicht verstehen, weshalb Versicherte trotz bezahlter Beiträge keine Leistungen erhalten. Diese Aussagen können mit den theoretischen Ausführungen aus Kapitel 3 in Verbindung gesetzt werden. So bestimmt nicht die alleinige Arbeitsunfähigkeit der Ärztin oder des Arztes die Arbeitsunfähigkeit, die von der Versicherung anerkannt wird und damit auch nicht die Leistungen der Versicherungen. In der UV gilt das Erfordernis der Kausalität (*Weil sich das Schmerzgeschehen nicht mehr durch eine organische oder psychische Störung erklären lässt, wird der adäquate Kausalzusammenhang bei der somatoformen Schmerzstörung nach einer gewissen Zeit als nicht mehr gegeben betrachtet, vgl. Kapitel 3.4.1*). Weiter ist für alle Sozialversicherungen ausser die KTGV nach VVG der Arbeitsfähigkeitsbegriff des ATSG anwendbar (*Lediglich die Einbusse im funktionellen Leistungsvermögen wird berücksichtigt und muss auf korrelierenden, fachärztlich schlüssig feststellbaren Befunden beruhen. Nach sechs Monaten wird eine angepasste Tätigkeit einbezogen, vgl. Kapitel 3.2.2*). Das ärztliche Arbeitsunfähigkeitszeugnis richtet sich meistens an der bisher ausgeübten Tätigkeit aus und entspricht nicht den Erfordernissen des Sozialversicherungssystems (*Die Arbeitsunfähigkeitsschreibungen sind ein Verhandlungsergebnis zwischen den Ärztinnen und Ärzten und den Patientinnen und Patienten. Sie werden beeinflusst durch das angestrebte Resultat (Leistungen von Sozialversicherungen), durch den sozialen Status der erkrankten Person und durch die Art der Vortragung des Leidens, vgl. Kapitel 3.2.1*). Für alle Sozialversicherungen ist zudem das Erfordernis der Schadenminderung bindend (*Nach sechs Monaten wird eine angepasste Tätigkeit angerechnet, vgl. Kapitel 3.5.5*). Für die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung hat sich zudem eine gesonderte Rechtsprechung entwickelt, die es zu beachten gilt (*vgl. Kapitel 3.4.1 und 3.7.1f*).

Für eine bessere Zusammenarbeit mit den Versicherungen wünscht sich S eine konstante Betreuungsperson über die gesamte Zeitdauer der Erkrankung. Des Weiteren hätte er sich in jedem Prozessschritt eine erneute Orientierung über Möglichkeiten zum jeweiligen Zeitpunkt unter Zuhilfenahme visueller Hilfsmittel gewünscht.

Für die Soziale Arbeit und die Beratung von Menschen mit einer somatoformen Schmerzstörung wird aus diesen Ausführungen der Schluss gezogen, dass eine schriftliche Information über Entscheidungen der Sozialversicherungen in der Regel nicht verstanden wird. Das Verständnis über eine Entscheidung ist jedoch unabdingbar für die Akzeptanz dieser Entscheidung. Deshalb ist es sinnvoll, insbesondere abweisende Entscheide eingehend zu erklären. Um die Erklärungen zu verdeutlichen, könnte eine visualisierte Darstellung hilfreich sein. Wichtig erscheint, dass möglichst früh auf das Erfordernis der Kausalität in der UV und auf die Schadenminderungspflicht allgemein hingewiesen wird. Möglichst früh soll die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit thematisiert werden und diesbezüglich mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zusammengearbeitet werden. Damit die Be-

troffenen in den verschiedenen Phasen über ihre Möglichkeiten orientiert bleiben, soll ihnen wiederholt erklärt werden, wo sie aktuell stehen und welche Möglichkeiten ihnen offenstehen. Insbesondere in Bezug auf IV-Leistungen sollen den Betroffenen keine falschen Hoffnungen gemacht werden. Auch nach neuer Rechtsprechung wird es sehr schwierig sein, mit einer somatoformen Schmerzstörung eine Rentenleistung zu erhalten. Sinnvoll wäre eine konstante Betreuungsperson, die zu Beginn der Erkrankung miteinbezogen wird und beim Wechsel von einer Versicherung zur nächsten oder bei Fragen zum Verfahren oder den Entscheidungen konsultiert werden kann.

## 6. Fazit

Um der Forschungsfrage nachzugehen, welche Chancen und präventiven Massnahmen in der Beratung von Menschen mit somatoformen Schmerzstörungen verpasst oder ergriffen werden können, fand eine theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema der somatoformen Schmerzstörung und dem sozialen Absicherungssystem statt. Es wurden zwei konkrete Erfahrungsberichte erhoben und festgestellt, dass die Situation der Betroffenen äusserst komplex ist. In der Folge werden die zentralen Erkenntnisse aus den Interviews in Verbindung mit dem theoretischen Hintergrund dargestellt und Schlussfolgerungen für die praktische Arbeit gezogen. Nach der Erläuterung der Stärken und Schwächen dieser Arbeit wird das Fazit durch einen Ausblick abgerundet.

### 6.1 Vertrauen

Als zentraler Punkt stellte sich das Vertrauen heraus. In der Erhebung wurde die Relevanz des Vertrauens insbesondere in der Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient, aber auch in der Zusammenarbeit mit Versicherungen und in den privaten Beziehungen deutlich. Die Tatsache, dass die verspürten körperlichen Schmerzen nicht körperlich erklärbar sind, bringt eine grosse Verunsicherung mit sich, welche durch vertrauensvolle Beziehungen abgefangen werden kann. So kann die Beziehung zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Zuverlässige Informationen der Fachpersonen können zu einer besseren Akzeptanz der Situation führen und damit adäquate Handlungsstrategien auslösen. Eine Vertrauensperson im privaten Umfeld hat einen positiven Einfluss auf den Gemütszustand und bewahrt davor, an der Situation zu zerbrechen.

Das bedeutet für die Soziale Arbeit, dass Vertrauensbeziehungen mit den Betroffenen thematisiert werden sollen. Falls diese Beziehungen nicht vorhanden oder ungenügend tragfähig sind, sollen Sozialarbeitende diesbezügliche Unterstützungsmöglichkeiten bieten. Konkret könnte die Begleitung einer Vertrauensperson zu Terminen bei den Ärztinnen oder Ärzten oder bei den Sozialarbeitenden organisiert werden. Stellt die oder der Sozialarbeitende solch eine Vertrauensperson dar, könnte eine Begleitung durch sie oder ihn erfolgen. Sozialarbeitende im Versicherungssystem sollen darauf achten, dass sie über genügend Fachkenntnisse verfügen und über Möglichkeiten informieren, ohne falsche Hoffnungen zu schüren. Rasche Entscheide über Versicherungsleistungen tragen zur Schaffung klarer Verhältnisse bei. Diese können dadurch beschleunigt werden, dass den Entscheidträgern die nötigen Grundlagen (Unterlagen, Berichte etc.) raschestmöglich zugestellt werden.

Im Rahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells stellt das Umfeld ein wichtiger Einflussfaktor für das Wohlbefinden und den Gesundheitszustand dar. Wie bereits erwähnt, ist

das Vorhandensein einer Vertrauensperson von besonderer Bedeutung. In der Befragung konnte festgestellt werden, dass ein Verlust des bisherigen Umfeldes stattfindet und sich die Betroffenen vom gegebenen Umfeld nicht verstanden fühlen. Auch für das Umfeld kann die Situation sehr belastend sein. Es kann daher hilfreich sein, das Umfeld in Aufklärungen mit einzubeziehen und Interventionen mit dem Umfeld abzustimmen. Gleichzeitig kann es sinnvoll sein, Unterstützung beim Erschliessen eines erweiterten und an die neue Situation angepassten Umfeldes zu bieten. Dies kann durch das Anregen eines Besuches bei der Selbsthilfegruppe, durch das Suchen einer dem Leiden angepassten und noch möglichen Beschäftigung oder durch die Unterstützung einer aktiven Freizeitgestaltung erfolgen.

## 6.2 Selbstverantwortung

Als weiterer zentraler Punkt stellte sich das Thema der Selbstverantwortung heraus. Durch die vielen Behandlungen und das Durchlaufen der verschiedenen Abklärungen bei den Versicherungen besteht die Gefahr, die Selbstverantwortung an die verschiedenen Behandelnden und die Fachkräfte der Institutionen abzugeben oder zu verlieren. Beide Befragten fühlten sich dem System gegenüber ausgeliefert, was ein Indiz für den Verlust der Selbstverantwortung darstellt. Vorstellbar ist auch, dass Patientinnen und Patienten von sich aus die gesamte Verantwortung den Fachpersonen überlassen.

Es ist eine Aufgabe der Sozialen Arbeit, die Klientinnen und Klienten zu unterstützen, ein möglichst hohes Mass an Eigenverantwortung zu übernehmen. In Bezug auf Therapiemöglichkeiten bedeutet das, die Klientinnen und Klienten zu ermutigen, selber herauszufinden, welche Therapieformen nützlich sind. Sie sollen selber spüren, was hilft und den Verordnungen der Ärztin oder des Arztes nicht unhinterfragt folgen. Allenfalls kann zur Inanspruchnahme von alternativen Therapiemöglichkeiten geraten werden. Als weitere Massnahme könnten Sozialarbeitende bei den Klientinnen und Klienten nachfragen, welche Therapiemethoden in der Vergangenheit geholfen haben und dazu anregen, diese erneut in Anspruch zu nehmen. Um einen selbstverantwortlichen Umgang mit dem Schmerzgeschehen anzuregen, könnte zum Führen eines Schmerztagebuches ermuntert werden. Sofern in keinem Lebensbereich mehr Selbstverantwortung wahrgenommen wird, soll diese thematisiert werden. Durch die Ermutigung der Selbstverantwortungsübernahme in bestimmten Lebensbereichen wie im Haushalt oder in der Freizeitgestaltung soll die Erfahrung von Selbstverantwortung generell gefördert werden. So kann beispielsweise die Erstellung eines Menüplans als Übung zur selbstbestimmten Ernährung oder das Malen eines Bildes zur Selbstgestaltung eines leeren Blattes einen Anfangspunkt darstellen, der weiterentwickelt werden kann.

### 6.3 Werte

Bei beiden Befragten fielen verschiedene Wertvorstellungen auf. Diese Wertvorstellungen steuern das Verhalten und den Umgang mit der Gesamtsituation. Auch prägen sie das Verständnis des Schmerzes. Damit der Schmerz als nicht-körperlich akzeptiert werden kann, sind bereits zu Beginn der Erkrankung verschiedene Erklärungsmodelle einzubeziehen. Kann eine nicht-körperliche Ursache der Schmerzen nicht akzeptiert werden, sind diesbezügliche Therapiemaßnahmen zwecklos, denn das richtige Verständnis bezüglich Schmerzgeschehen ist eine wichtige Voraussetzung für die Therapie der Krankheit. Jede Maßnahme, die den individuellen Wertvorstellungen widerspricht, ist sinnlos. Vor diesem Hintergrund kann die Thematisierung vorhandener Wertvorstellungen notwendig sein.

Für die sozialarbeiterische Beratung kann daraus gefolgert werden, dass das Erkennen individueller Wertvorstellungen unabdingbar ist. Werte sollen aufgedeckt und thematisiert werden. Insbesondere Werte, die sich als Ressourcen herausstellen, sollten durch die Beratung gestärkt werden. Für den Befragten M war beispielsweise die Erbringung eines Leistungsbeweises zentral. Dieser könnte durch im Rahmen einer Zielvereinbarung definierte Aufgaben erbracht werden. Auch das Verständnis der Schmerzursache soll angesprochen werden. Allenfalls könnte auf ärztlicher Seite zur erneuten Präsentation von Erklärungsmodellen unter Einbezug visueller Hilfsmittel angeregt werden. Wenn festgestellt wird, dass verfestigte Wertvorstellungen ein Verständnis der Schmerzursache verhindern oder einen Stillstand im Beratungsprozess verursachen, ist ein psychotherapeutischer Einbezug zu diskutieren.

### 6.4 Umgang mit dem sozialen Absicherungssystem

Beide Interviews haben ergeben, dass insbesondere das Sozialversicherungssystem nicht verstanden wurde und der administrative Umgang damit überforderte. Es kam zu Unklarheiten bezüglich den Zuständigkeitsbereichen von Fachpersonen in verschiedenen Abklärungsprogrammen, betreffend möglichen Leistungen und hinsichtlich dem weiteren Verlauf nach Abschluss eines Versicherungsverfahrens. Besonders die Unklarheit über den weiteren Verlauf löst Existenzängste aus.

Für die sozialarbeiterische Praxis bedeutet dies, dass der Klärung formeller Zuständigkeiten Beachtung geschenkt werden muss. Sowohl in der Beratung als auch in der Betreuung von Eingliederungsprogrammen soll eine klare Rollenklärung stattfinden. Diese beinhaltet eine saubere Aufklärung über mögliche Leistungen und deren Voraussetzungen. Besondere Vorsicht ist bei der Prognose von Leistungen geboten. Die Klientin oder der Klient soll im ganzen Abklärungsverfahren wiederholt über den aktuellen Stand im Verfahren und über nächste Schritte informiert werden. Zur Verdeutlichung ist der Einbezug von visuellen Hilfsmitteln wie einem Zeitstrahl sinnvoll. Aufgrund der Komplexität der Gesamtsituation, der langen

Dauer der Erkrankung und der damit zusammenhängenden Abklärungen wäre eine konstante Betreuungsperson über die gesamte Zeit der Erkrankung wünschenswert. Da gerade auch der administrative Aufwand mit den verschiedenen involvierten Versicherungen überfordert, soll diesbezügliche Unterstützung und Beratung sichergestellt werden. Dabei müssen die (nicht) vorhandenen administrativen Fähigkeiten der einzelnen Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden. Diese Unterstützung kann im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe geschehen, indem Anleitungen für das Ausfüllen von Formularen oder für die Reaktion auf bestimmte Entscheide bereitgestellt werden. Wenn die Klientinnen und Klienten mit dem administrativen Aufwand dermassen überfordert sind, dass eine Hilfe zur Selbsthilfe nicht möglich ist, muss dies durch konkrete Unterstützung erfolgen, indem ihnen gewisse administrative Arbeiten abgenommen werden. Dies bedeutet für Sozialarbeitende, dass sie einerseits über genügend zeitliche Ressourcen, andererseits über fundiertes Fachwissen betreffend die Sozialversicherungen verfügen müssen.

### **6.5 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit**

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch die ausführliche Ausarbeitung der somatoformen Schmerzstörung und insbesondere des sozialen Absicherungssystems aus. Während der Bearbeitung des theoretischen Teils wurde festgestellt, dass beide Themen derart komplex sind, dass eine ausführliche Erörterung unumgänglich wurde, um zu verstehen, weshalb die einzelnen Versicherungszweige bei Vorliegen dieser Erkrankung entsprechende Entscheide treffen. Die zur empirischen Erhebung gewählten Interviewpartner stellen eine weitere Stärke dar. Dadurch, dass die Wahl auf zwei sehr unterschiedliche Interviewpartner fiel, gelang es, die Problematik der somatoformen Schmerzstörung aus zwei mannigfaltigen Blickwinkeln zu erfassen. Es konnte aufgezeigt werden, dass sich die Art und Weise, mit einer somatoformen Störung umzugehen, erheblich unterscheiden kann.

Bei der Transkription wurde festgestellt, dass während der Interviews viele Suggestivfragen gestellt wurden, wodurch die Antworten von den Interviewenden zu einem gewissen Grad gesteuert wurden. Eine weitere Schwäche zeigte sich in der Auswertungsphase. Dadurch, dass die vor der Auswertung gebildeten Hauptkategorien derart breit gefasst waren, mussten praktisch die gesamten Interviews kategorisiert werden. Dies kostete zum einen sehr viel Zeit, zum anderen bildete sich eine grosse Fülle an Material, das verarbeitet werden musste. Eine Fokussierung auf Kernaussagen wurde dadurch stark erschwert. Die Verbindung zwischen den Aussagen der Interviews und dem theoretischen Hintergrund zu den Sozialversicherungen stellte sich aufgrund der grossen Komplexität der Sozialversicherungen als schwierig heraus. Aufgrund dieser Komplexität, aber auch aufgrund fehlender zeitlicher Res-

sources konnte lediglich an der Oberfläche gekratzt werden. Die getroffenen Aussagen können deshalb nicht als repräsentativ gelten.

Bei der Auswertung wurde zudem festgestellt, dass im theoretischen Teil Themen erläutert wurden, die in den Interviews nicht besprochen wurden, weil sie in den Fällen der Befragten keine Rolle spielten. Da der theoretische Hintergrund jedoch vor der Erhebung der Interviews erarbeitet wurde, war es nicht möglich, das theoretische Wissen auf die Befragten abzustimmen.

## 6.6 Ausblick

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass es zum Teil zu gleichzeitigen Anmeldungen in verschiedenen Systemen (KTGV, UV, ALV, SD, IV) kommen kann und ähnliche Abklärungen durchgeführt werden. Es könnte aus Sicht der Wirtschaftlichkeit der Systeme interessant sein, herauszufinden, wie die Arbeit in den Systemen besser aufeinander abgestimmt werden kann, um Doppelspurigkeiten und Verzögerungen zu vermeiden. Die Perspektive der Klientinnen und Klienten erscheint für die Beantwortung dieser Frage aber wenig geeignet, es müssten wohl vielmehr Expertinnen und Experten dazu befragt werden.

Es wurde ausserdem das Spannungsfeld erörtert, dass Personen in der beruflichen Eingliederung bei der IV noch keine Sicherheit über die spätere Rentenhöhe haben und damit ein wichtiger Motivationsfaktor, nämlich die längerfristige finanzielle Absicherung, noch nicht geklärt ist. Eine vorhandene Rentenerwartung kann sich negativ auf den Therapieerfolg auswirken. Vor diesem Hintergrund wäre es spannend zu erörtern, welchen Einfluss ein früherer Rentenentscheid, insbesondere der IV, auf den weiteren Krankheitsverlauf und die berufliche Eingliederung hätte.

## 7. Anhang

### 7.1 Anhang 1: Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit (EAF)

#### **beco**

Berner Wirtschaft  
Economie bernoise

#### **Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit (EAF)**

Sie wollen mehr Klarheit über Ihre berufliche Zukunft und über Ihr Potenzial gewinnen? Die Gründe für wiederholt erhaltene Absagen klären? Verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten für die Integration in den Arbeitsmarkt kennen lernen?

Im Angebot EAF setzen Sie sich mit den Anforderungen des Arbeitsmarkts in Ihrem gesuchten Tätigkeitsbereich auseinander. Auf diesen Grundlagen wird Ihr Potenzial im Arbeitsmarkt ermittelt. Nach dem Besuch der EAF wissen Sie, welche Möglichkeiten Sie im Arbeitsmarkt haben.

#### **Welche Ziele verfolgt das Angebot EAF?**

Abhängig von Ihrer individuellen Situation arbeiten Sie an folgenden möglichen Themen:

- Durchführung einer Standortbestimmung mit Aussagen zu Ihrer Arbeitsmarktfähigkeit und Ihrem beruflichen Potenzial;
- Identifizierung von Gründen für wiederholt erhaltene Absagen;
- Aufzeigen von Einsatzmöglichkeiten im Arbeitsmarkt oder von beruflichen Alternativen.

#### **Erfüllen Sie die Teilnahmevoraussetzungen?**

Sie

- wollen sich mit Ihrer Arbeitsmarktfähigkeit auseinander setzen;
- benötigen eine individuelle Standortbestimmung;
- können sich in Alltagssituationen auf Deutsch schriftlich und mündlich verständigen (mind. Niveau A2);
- haben einen Beschäftigungsgrad von mind. 20 % und sind bereit, diesen falls nötig zu erhöhen.



#### **Was müssen Sie am ersten Tag mitbringen?**

Bringen Sie am ersten Tag alle vorhandenen Bewerbungsunterlagen mit (in Papierform und wenn vorhanden auf einem USB-Stick). Dies ermöglicht einen raschen und professionellen Einstieg.

#### **Haben Sie Fragen?**

Bei Fragen und für ergänzende Auskünfte kontaktieren Sie Ihre Personalberaterin oder Ihren Personalberater.

**Wir wünschen Ihnen viel Erfolg.**

## 7.2 Anhang 2: Stiftung IPT – Integration für alle

### beco

Berner Wirtschaft  
Economie bernoise

### Stiftung IPT - Integration für alle

Das Ziel der Stiftung IPT («Integration für alle») ist es, Personen mit erschwerten Bedingungen den Eintritt in den ersten Arbeitsmarkt zu erleichtern. Als anerkanntes gemeinnütziges Vermittlungsbüro arbeitet IPT eng mit Akteuren aus der Wirtschaft, mit Sozial- und Privatversicherungen und mit Gesundheitsspezialisten zusammen.

[www.stiftung-ipt.ch](http://www.stiftung-ipt.ch)

#### An wen richtet sich das Angebot der Stiftung IPT?

Das Angebot richtet sich an stellensuchende Personen, die

- psychisch oder körperlich beeinträchtigt sind;
- Zwischen 18 und 63 Jahre alt sind;
- via IIZ-Beratung der RAV angemeldet werden.

#### Wie profitieren Sie vom Angebot der Stiftung IPT?

Das Angebot bietet Ihnen eine individuelle ganzheitliche Unterstützung während drei Monaten und ist in vier Phasen unterteilt:

- Phase 1: Startgespräch, Informationen über das Angebot, Gestaltung des Aktionsplans
- Phase 2: Individuelle Beratung, Coaching zur Vorbereitung auf die Wiederaufnahme einer Tätigkeit mit Hilfe von Kursen, evtl. mit beruflicher Neuorientierung
- Phase 3: Unterstützung bei der Stellensuche, ev. Vermittlung (Fest-/Dauerstellen)
- Phase 4: Begleitung nach Stellenantritt / Job Coaching



#### Erfüllen Sie die Teilnahmevoraussetzungen?

Sie können von den Angeboten der Stiftung IPT profitieren, wenn Sie **vermittlungsfähig** sind, d.h. Sie:

- **können** (Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ist gegeben),
- **wollen** (hohe Motivation und grosses Engagement sind vorhanden) und
- **dürfen** (Arbeitsbewilligung liegt vor) arbeiten.

Sie müssen zudem vorgängig am RAV-Angebot «Ermittlung der Arbeitsmarktfähigkeit» teilgenommen haben. Alle Informationen zu diesem Angebot erhalten Sie von Ihrer IIZ-Beraterin oder Ihrem IIZ-Berater.

#### Haben Sie Fragen?

Bei Fragen oder für ergänzende Auskünfte wenden Sie sich an Ihre IIZ-Beraterin oder Ihrem IIZ-Berater.

**Wir wünschen Ihnen viel Erfolg auf dem Weg zu einer neuen Stelle.**

RAV

## 8. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aigner, Martin, Bankier, Bettina & Bach, Michael. (2001). Verhaltensmedizinische Behandlungskonzepte. In Michael Bach, Martin Aigner & Bettina Bankier (Hrsg.), *Schmerzen ohne Ursache – Schmerzen ohne Ende* (S. 128-142). Wien: Facultas.
- Allenbeck, Peter & Mastekaasa, Arne. (2004). Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Chapter 5. Risk factors for sick leave – general studies. *Scandinavian Journal of Public Health, Supplement*, (63), 49-108.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5* (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Arnd-Caddigan, Margaret. (2006). Somatoform Disorders and a History of Abuse: Comorbidity, Dynamics, and Practice Implications. *Journal of Social Work*, 6(1), 21-31.
- AvenirSocial. (n.d.). *Leitende betriebliche Sozialarbeit*. Abgerufen von <http://www.avenirsocial.ch/de/p42012614.html>
- Bach, Michael, Bankier, Bettina & Aigner, Martin. (2001). Was sind Somatoforme Schmerzen? In Michael Bach, Martin Aigner & Bettina Bankier (Hrsg.), *Schmerzen ohne Ursache – Schmerzen ohne Ende* (S. 37-48). Wien: Facultas.
- Baer, Niklas, Frick, Ulrich & Fasel, Tanja. (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe. Forschungsbericht Nr. 6/09*. Abgerufen von [file:///C:/Users/easyf/Downloads/6\\_09d\\_eBericht.pdf](file:///C:/Users/easyf/Downloads/6_09d_eBericht.pdf)
- Binder, Andreas, Tomforde, Maike & Baron, Ralf. (2014). *Praktische Schmerzmedizin*. doi: 10.1007/978-3-642-54670-9\_23-1
- Bollier, Gertrud E. (2011). *Leitfaden schweizerische Sozialversicherung* (12. überarbeitete Auflage). Zürich: Verlag kdmz.
- Brevik, Harald, Collett, Beverly, Ventafridda, Vittorio, Cohen, Rob & Gallacher, Derek. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10(4), 287-333.
- Brühweiler, Jürg. (2006). Verhinderung und Verminderung von Arbeitsunfähigkeit der Arbeitnehmer aus arbeitsrechtlicher Sicht. In Gabriela Riemer-Kafka (Hrsg.), *Case Management und Arbeitsunfähigkeit* (S. 31-48). Zürich: Schulthess.

- Buda, Béla. (1998). Ätiologie, prädiktive Faktoren und Prävention der somatoformen Störungen. In Jürgen Margraf, Simon Neumer & Winfried Rief (Hrsg.), *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie* (S. 129-136). Berlin: Springer.
- Bundesamt für Gesundheit. (2009). *Evaluation und Reformvorschläge zur Taggeldversicherung bei Krankheit*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/freiwillige-taggeldversicherung.html>
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2006). *IV-Statistik 2006. Tabellenteil*. Abgerufen von [http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2015/BAU\\_1\\_3245333\\_2\\_2006.pdf](http://www.ub.unibas.ch/digi/a125/sachdok/2015/BAU_1_3245333_2_2006.pdf)
- Bundesgericht. (2001). *5C.211/2000. 5C.239/2000*. Abgerufen von [http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/010108\\_5C\\_211-2000.html](http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/010108_5C_211-2000.html)
- Bundesgericht. (2002). *5C.74/2002*. Abgerufen von [http://www.polyreg.ch/bgeunpub/Jahr\\_2002/Entscheide\\_5C\\_2002/5C.74\\_2002.html](http://www.polyreg.ch/bgeunpub/Jahr_2002/Entscheide_5C_2002/5C.74_2002.html)
- Bundesgericht. (2003). *Bundesgerichtsentscheid 129 V 460*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F129-V-460%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F129-V-460%3Ade)
- Bundesgericht. (2004a). *Bundesgerichtsentscheid 130 V 353*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F130-V-352%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F130-V-352%3Ade)
- Bundesgericht. (2004b). *Bundesgerichtsentscheid 130 V 352*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F130-V-352%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F130-V-352%3Ade)
- Bundesgericht. (2004c). *Bundesgerichtsentscheid 131 V 49*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F131-V-49%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F131-V-49%3Ade)
- Bundesgericht. (2008). *9C\_595/2008*. Abgerufen von [http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/081105\\_9C\\_595-2008.html](http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/081105_9C_595-2008.html)
- Bundesgericht. (2014). *Bundesgerichtsentscheid 140 V 193*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F140-V-193%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F140-V-193%3Ade)

- Bundesgericht. (2015a). *Medienmitteilung des Bundesgerichtes. Urteil vom 3. Juni 2015 (9C\_492/2014). Psychosomatische Leiden und IV-Rente: Bundesgericht ändert Rechtsprechung*. Abgerufen von [http://www.bger.ch/press-news-9c\\_492\\_2014-t.pdf](http://www.bger.ch/press-news-9c_492_2014-t.pdf)
- Bundesgericht. (2015b). *Bundesgerichtsentscheid 141 V 281*. Abgerufen von [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show\\_document&highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F141-V-281%3Ade](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?lang=de&zoom=&type=show_document&highlight_docid=atf%3A%2F%2F141-V-281%3Ade)
- Bundesgericht. (2015c). *9C\_899/2014 vom 29.06.2015*. Abgerufen von [http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/150629\\_9C\\_899-2014.html](http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/150629_9C_899-2014.html)
- Bundesrat. (2010). *Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket)*. Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2010/1817.pdf>
- Cassis, I., Dupriez, K., Burnand, Bernard & Vader, John-Paul. (1996). Quality of work incapacity assessment in the Swiss disability insurance system. *International Journal for Quality in Health Care*, 8(6), 567-575.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2015). *ICD-10-WHO Version 2016*. Abgerufen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm>
- Dommann Krasniqi, Ariane. (2013). *Soziale Unterstützung, Sprachkompetenz und Bildungsniveau als Prädiktoren für den Therapieerfolg bei Personen mit einer somatoformen Störung* (Master-Thesis). Universität Bern – Institut für Psychologie: Bern.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Aufl.). Marburg: Eigenverlag.
- Egle, Ulrich Tiber & Nickel, Ralf. (2000). Somatoforme Schmerzstörungen. In Ulrich Tiber Egle, Sven Olaf Hoffmann & Peter Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (2. Aufl., S. 225-245). Stuttgart: Schattauer.
- Egloff, Niklaus, Hirschi, Anna & von Känel, Roland. (2013). Traumatization and chronic pain: a further model of interaction. *Journal of Pain Research*, 6, 765-770.
- Egloff, Niklaus. (2014). Somatoforme Schmerzstörungen – neue Sichtweisen. *Neurologie & Psychiatrie*, 6, 26-30.

- Eidgenössisches Versicherungsgericht. (2006). *Causa K 64/05*. Abgerufen von [http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/060629\\_K\\_64-2005.html](http://www.servat.unibe.ch/dfr/bger/060629_K_64-2005.html)
- Escobar, Javier & Gureje, Oye. (2007). Influence of Cultural and Social Factors on the Epidemiology of Idiopathic Somatic Complaints and Syndromes. *Psychosomatic Medicine*, 69(9), 841-845.
- Eugster, Gebhard. (2010). *Bundesgesetz über die Krankenversicherung KVG. Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht*. Zürich: Schulthess.
- Fink, Per, Sörensen, Lisbeth, Engberg, Marianne, Holm, Martin & Munk-Jørgensen, Paul. (1999). Somatization in Primary Care: Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition. *Psychosomatics*, 40(4), 330-338.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative research*. New Brunswick: Aldine Transaction.
- Flick, Uwe. (1995). *Psychologie des technisierten Alltags. Soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Flick, Uwe. (2011). Das Episodische Interview. In Gertrud Oelerich & Hans-Uwe Otto (Hrsg.), *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Studienbuch* (S. 273-280). Wiesbaden: VS Verlag.
- Frettlöh, Jule, Schwarzer, Andreas & Maier, Christoph. (2017). Neuropathischer Schmerz und CRPS. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 555-590). Berlin: Springer.
- Galuske, Michael. (2013). *Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Guldbrandsen, Pal, Fungelli, Per & Hjortdahl, Per. (1998). Psychosocial problems presented by patients with somatic reasons for encounter: tip of the iceberg? *Family Practice*, 15(1), 1-8.
- Guldbrandsen, Pal, Hofoss, Dag, Nylenna, Magne, Saltyte-Benth, Jurate & Aasland, Olaf G. (2007). General practitioners' relationship to sickness certification. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 20-26.

- Hasenbring, Monika I., Korb, Joachim & Pfingsten, Michael. (2017). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung – Konsequenzen für die Prävention. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 115-131). Berlin: Springer.
- Henningsen, Peter, Hartkamp, Norbert, Loew, Thomas, Sack, Martin, Scheidt, Carl & Rudolf, Gerd. (2002). *Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. Stuttgart: Schattauer.
- Hoffmann-Richter, Ulrike. (2002). Macht Migration krank? Zur Begutachtung von Migranten mit Anpassungs-, Belastungs- und somatoformen Störungen. *Suva – Medizinische Mitteilungen*, 73, 64-77.
- Hopf, Christel. (1995). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In Uwe Flick, Ernst v. Kardorff, Heiner Keupp, Lutz v. Rosenstiel & Stephan Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung – Grundlagen, Konzepte Methoden und Anwendungen* (2. Aufl., S. 177-182). Weinheim: Beltz.
- Keel, Peter. (2015). *Müdigkeit, Erschöpfung und Schmerzen ohne ersichtlichen Grund. Ganzheitliches Behandlungskonzept für somatoforme Störungen*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Kieser, Ueli. (2017). *Schweizerisches Sozialversicherungsrecht* (2. Aufl.). Zürich: Dike.
- Kirmayer, Laurence J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Suppl 13), 22-30.
- Kröner-Herwig, Birgit. (1996). Chronischer Schmerz – Eine Gegenstandsbestimmung. In Heinz-Dieter Basler, Carmen Franz, Birgit Kröner-Herwig, Hans Peter Rehfisch & Hanne Seemann (Hrsg.), *Psychologische Schmerztherapie* (3. Aufl., S. 3-21). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kröner-Herwig, Birgit & Frettlöh, Jule. (2017). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen interdisziplinären Therapieansatz. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 277-301). Berlin: Springer.
- Lamnek, Siegfried. (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

- Leisner, Sabine, Gerhardt, Andreas, Tesarz, Jonas, Janke, Susanne, Seidler, Günter H. & Eich, Wolfgang (2014). Frühe Missbrauchserlebnisse bei chronischem Kreuzschmerz: Direkte und medierte Effekte früher Missbrauchserlebnisse auf verschiedene Schmerzdimensionen chronischer nichtspezifischer Kreuzschmerzen. *Der Schmerz* 28(6), 600-606.
- Limbrecht-Ecklundt, Kerstin, Bischoff, Claus & Traue, Harald C. (2017). Kopfschmerz vom Spannungstyp. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 451-474). Berlin: Springer.
- Luginbühl, Rudolf. (2010). Krankentaggeldversicherungen. Allgemeiner Überblick und aktuelle Probleme. In René Schaffhauser & Ueli Kieser (Hrsg.), *Arbeitsunfähigkeit und Taggeld. Information – Einordnung – Diskussion* (S. 9-42). St. Gallen: Universität St. Gallen.
- Lutz, Johannes & Glier, Barbara. (2017). Probleme der medikamentösen Therapie. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 407-429). Berlin: Springer.
- Maier, Thomas. (2016). Macht und Ohnmacht – Migranten mit somatoformen Schmerzstörungen. In Bernhard Grimmer, Till Afflerbach & Gerhard Dammann (Hrsg.), *Psychoandrogologie: Psychische Störungen des Mannes und ihre Behandlung* (S. 62-73). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Maly, Joachim. (2001). Psychologische Begutachtung von Personen mit somatoformen Schmerzen. In Michael Bach, Martin Aigner & Bettina Bankier (Hrsg.), *Schmerzen ohne Ursache – Schmerzen ohne Ende* (S. 66-85). Wien: Facultas.
- Martin, Alexandra & Rief, Winfried. (2011). Somatoforme Störungen. In Hans-Ulrich Wittchen & Jürgen Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarb. und erw. Aufl., S. 1021-1038). Berlin Heidelberg: Springer.
- Mayring, Philipp. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Technik* (12. überarb. Aufl.). Weinheim/Basel: Beltz.
- Meyer, Christian, Rumpf, Hans-Jürgen, Hapke, Ulfert, Dilling, Horst & John, Ulrich. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 71(7), 535-542.
- Morschitzky, Hans. (2007). *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund* (2. Aufl.). Wien: Springer Verlag.

- Nationale IIZ-Koordinationsgruppe. (2004). *Handbuch zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit IIZ*. Abgerufen von [http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/IIZ-Handbuch/iiz\\_handbuch\\_d.pdf](http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/IIZ-Handbuch/iiz_handbuch_d.pdf)
- Netzwerk Case Management Schweiz. (2014). *Definition und Standards Case Management*. Abgerufen von [http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche\\_standards\\_netzwerk\\_cm\\_-\\_version\\_1\\_0\\_-\\_definitiv\\_0.pdf](http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf)
- Nicol, Andrea L., Sieberg, Christine B., Clauw, Daniel J., Hassett, Afton L., Moser, Stephanie E. & Brummett, Chad M. (2016). The Association Between a History of Lifetime Traumatic Events and Pain Severity, Physical Function, and Affective Distress in Patients With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 17(12), 1334-1348.
- Normén, Gunilla, Svärdsudd, Kurt & Andersson, Dan KG. (2008). *How primary health care physicians make sick listing decisions: the impact of medical factors and functioning*. Abgerufen von: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-9-3>
- Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD). (2014). *Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Forschungsbericht Nr. 12/13* [PDF]. Abgerufen von [http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Internat\\_OECD\\_EU\\_WHO/OECD\\_2014\\_MH\\_work\\_CH.pdf](http://www.npg-rsp.ch/fileadmin/npg-rsp/Themen/Internat_OECD_EU_WHO/OECD_2014_MH_work_CH.pdf)
- Poundja, Joaquin, Fikretoglu, Deniz & Brunet, Alain. (2006). The Co-Occurrence of Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Pain: Is Depression a Mediator? *Journal of Traumatic Stress*, 19(5), 747-751.
- Risi, Gregor. (2010). Bestimmung der Arbeitsunfähigkeit – Erfahrungsbericht aus ärztlicher Sicht. In René Schaffhauser & Ueli Kieser (Hrsg.), *Arbeitsunfähigkeit und Taggeld. Information – Einordnung – Diskussion* (S. 75-96). St. Gallen: Universität St. Gallen.
- Ruckstuhl, Thomas. (2004). *Case Management und die Versicherungswelt Schweiz*. Abgerufen von <http://www.perspektiven.ch/down/cmruckstuhl.pdf>
- Sack, Martin & Matthes, Helga. (2013). Somatoforme Störungen und komplexe Traumafolgestörungen. In Martin Sack, Ulrich Sachsse & Julia Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen – Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 486-490). Stuttgart: Schattauer.
- Saller, Vera. (2008). Schmerz in interkultureller Perspektive – zu Theorie und Therapie der Psychosomatik und ihrer Anwendbarkeit bei Migranten und Migrantinnen. In Vera Saller,

- Mirna Würigler & Regula Weiss (Hrsg.), *Neue psychiatrische Diagnosen im Spiegel sozialer Veränderungen* (S. 129-155). Zürich: Seismo Verlag.
- Saner, Kaspar & Gehring, Kaspar. (2012). Überwindbarkeitsrechtsprechung zur Sozialversicherung – ein Irrläufer im Haftpflichtrecht. *Aktuelle Juristische Praxis*, 6, 815-820.
- Scholz, Stefan M., Andermatt, Peter, Tobler, Benno L. & Spinnler, Dieter. (2016). Work Incapacity and Treatment Costs After Severe Accidents: Standard Versus Intensive Case Management in a 6-Year Randomized Controlled Trial. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26 (3), 319-331.
- Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe. (2017). *Richtlinien für die Ausgestaltung und Bemessung der Sozialhilfe*. Abgerufen von [http://skos.ch/fileadmin/migrated/content\\_uploads/2017\\_SKOS-Richtlinien-komplett-d.pdf](http://skos.ch/fileadmin/migrated/content_uploads/2017_SKOS-Richtlinien-komplett-d.pdf)
- Sendera, Alice & Sendera, Martina. (2015). *Chronischer Schmerz: Schulmedizinische, komplementärmedizinische und psychotherapeutische Aspekte*. Wien: Springer Verlag.
- Shipherd, Jillian C., Keyes, Megan, Jovanovic, Tanja, Ready, David J., Baltzell, David, Worley, Virginia, Gordon-Brown, Vanessa, Hayslett, Cantrina & Duncan, Erica. (2007). Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain? *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 44(2), 153-166.
- Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. (2015). *Verhinderung des Arbeitnehmers an der Arbeitsleistung*. Abgerufen von [https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit\\_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ\\_zum\\_privaten\\_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html](https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/Arbeit/Personenfreizugigkeit_Arbeitsbeziehungen/Arbeitsrecht/FAQ_zum_privaten_Arbeitsrecht/verhinderung-des-arbeitnehmers-an-der-arbeitsleistung.html)
- Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. (2017a). *AVIG Praxis ALE. Arbeitsmarkt und Arbeitslosenversicherung (TC)*. Abgerufen von [http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/Kreisschreiben/AVIG-Praxis\\_ALE\\_Januar\\_2017.pdf](http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/Kreisschreiben/AVIG-Praxis_ALE_Januar_2017.pdf)
- Staatssekretariat für Wirtschaft SECO. (2017b). *AVIG Praxis AMM. Arbeitsmarkt und Arbeitslosenversicherung (TC)*. Abgerufen von [http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/Kreisschreiben/AVIG-Praxis\\_AMM\\_Januar\\_2017.pdf](http://www.treffpunkt-arbeit.ch/dateien/Kreisschreiben/AVIG-Praxis_AMM_Januar_2017.pdf)
- The Boston Consulting Group. (2010). *Case Management und seine strategische Bedeutung für Versicherer*. Abgerufen von [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_624F07DF5171.P001/REF](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_624F07DF5171.P001/REF)

- Thieme, Kati & Gracely, Richard. (2017). Fibromyalgie. In Birgit Kröner-Herwig, Jule Frettlöh, Regine Klinger & Paul Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie: Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (8. Aufl., S. 607-621). Berlin: Springer.
- VSSA, SKOS & IVSK. (2004). *Interinstitutionelle Zusammenarbeit im Spannungsfeld von Arbeitslosigkeit, Invalidität und Sozialhilfe. Gemeinsame Positionen des Verbandes schweizerischer Arbeitsämter (VSAA), der schweizerischen Konferenz für Sozialhilfe (SKOS) und der schweizerischen IV-Stellen-Konferenz (IVSK) zur Entwicklung der sozialen Sicherungssysteme*. Abgerufen von [http://www.iiz.ch/mm/skos\\_vsaa\\_ivsk.pdf](http://www.iiz.ch/mm/skos_vsaa_ivsk.pdf)
- Walter, Henriette. (2001). Hypnose in der Behandlung unterschiedlicher Schmerzen. In Michael Bach, Martin Aigner & Bettina Bankier (Hrsg.), *Schmerzen ohne Ursache – Schmerzen ohne Ende* (S. 120-128). Wien: Facultas.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1993). *Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Werner, Patrick. (2016). *Die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum Anspruch auf eine Invalidenrente bei organisch nicht nachweisbaren Beschwerdebildern* (Unveröffentlichte Master-Thesis). Abgerufen von [https://www.marc-huerze-ler.ch/application/files/8614/7283/4451/Die\\_bundesgerichtliche\\_Rechtsprechung\\_zum\\_Anspruch\\_auf\\_eine\\_Invalidenrente\\_bei\\_organisch\\_nicht\\_nachweisbaren\\_Beschwerdebildern\\_Patrick\\_Werner.pdf](https://www.marc-huerze-ler.ch/application/files/8614/7283/4451/Die_bundesgerichtliche_Rechtsprechung_zum_Anspruch_auf_eine_Invalidenrente_bei_organisch_nicht_nachweisbaren_Beschwerdebildern_Patrick_Werner.pdf)
- Wuest, Judith, Merritt-Gray, Marilyn, Ford-Gilboe, Marilyn, Lent, Barbara, Varcoe, Colleen & Campbell, Jacquelyn C. (2008). Chronic Pain in Women Survivors of Intimate Partner Violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057.
- Zielke, Manfred. (1998). Kosten-Nutzen-Aspekte somatoformer Störungen. In Jürgen Margraf, Simon Neumer & Winfried Rief (Hrsg.), *Somatoforme Störungen. Ätiologie, Diagnose und Therapie* (S. 69-94). Berlin: Springer.