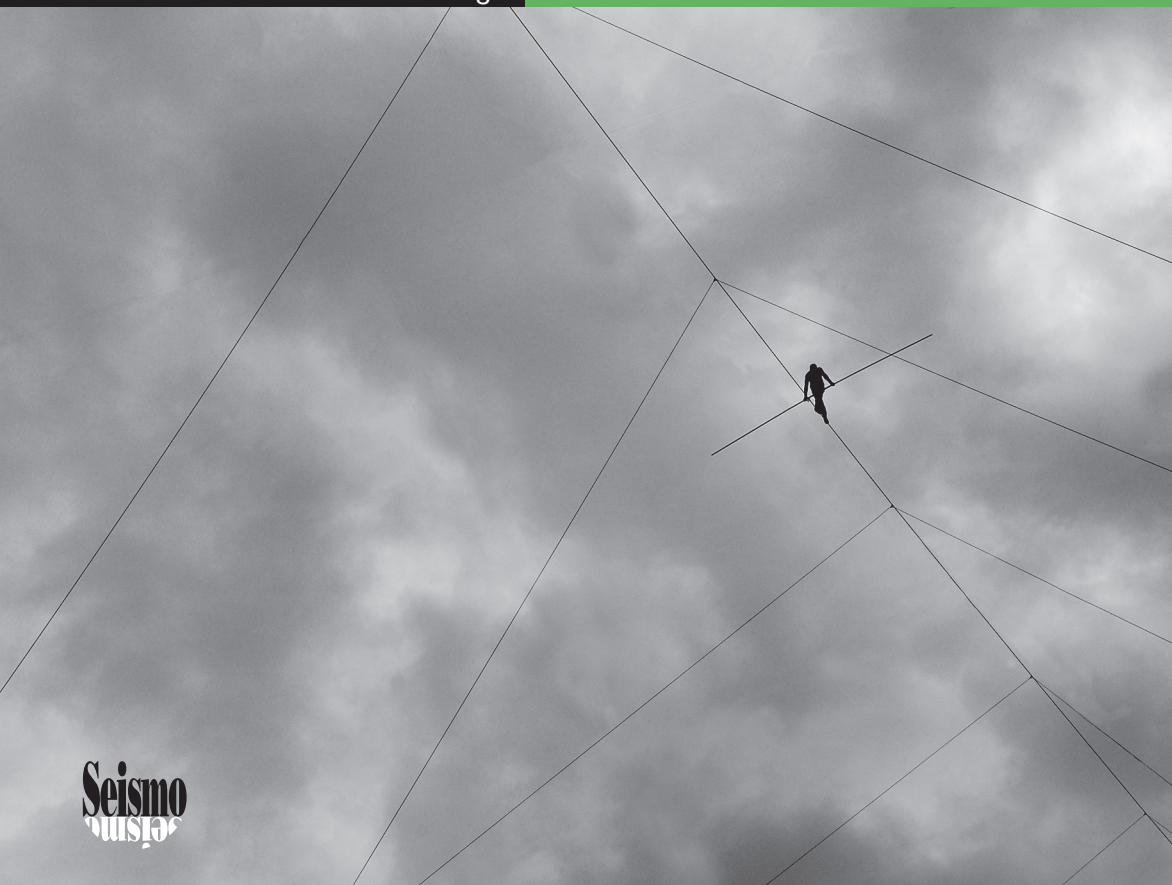
Martina Koch

Arbeits(un)fähigkeit herstellen

Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive

Schriften zur Sozialen Frage



Seismo

Schriften zur Sozialen Frage
Band 7
Herausgegeben von Christoph Maeder und Eva Nadai

Der als „Soziale Frage" bezeichnete Theorie- und Empiriezusammenhang im Kontext von sozialer Ungleichheit, Marginalisierung und Ausschluss ist ein traditioneller Bestand des soziologischen Denkens. Hier vereinigen sich die klassischen soziologischen Fragen zur Gesellschaft: Welche Akteure gestalten die soziale Ordnung und welche Wirkungen haben ihre Handlungen, Strategien und Dispositive? Wie werden bestimmte soziale Arrangements legitimiert und praktisch durchgesetzt? Unter welchen Umständen und wie werden Ausschnitte der sozialen Ordnung in der Öffentlichkeit, der Politik und in der Wissenschaft überhaupt als „soziale Probleme" codiert?

Diese Programmatik bestimmt den Rahmen der Reihe „Schriften zur Sozialen Frage". In ihr kommen verschiedene Strömungen und Herangehensweisen soziologischen Denkens zu Wort. Theoretische Überlegungen werden neben exemplarischen Fallstudien und zeitdiagnostischen Analysen stehen.

Martina Koch

Arbeits(un)fähigkeit herstellen

Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive

Seismo

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Publiziert mit Unterstützung des Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte, bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.ddb.de abrufbar.
ISBN 978-3-03777-155-6

Schriften zur Sozialen Frage

© 2016, Seismo Verlag
Zähringerstrasse 26, CH-8001 Zürich
E-Mail: info@seismoverlag.ch
http://www.seismoverlag.ch
Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung (Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen u. a. m.) dieses Werkes oder einzelner Teile ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.
ISBN 978-3-03777-155-6

Umschlaggestaltung: Hannah Traber, St.Gallen00

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Inhalt

	Abkürzungsverzeichnis	**7**
1	**Aktivierung von erwerbslosen Menschen mit Gesundheitsproblemen – Einleitung**	**8**
1.1	Arbeitsintegration „gesundheitlich eingeschränkter Erwerbsloser“? – Ausgangslage	8
1.2	Aufbau der Arbeit	14
	Teil I **Zum Feld hin – Annäherung an den Untersuchungsgegenstand Arbeits(un)fähigkeit**	**17**
2	**Arbeits(un)fähigkeit im aktivierenden Sozialstaat – Zur Verortung des Forschungsgegenstands**	**19**
2.1	Vom Almosen zur Aktivierung – Soziohistorischer Abriss der gesellschaftlichen Bearbeitung von Arbeits(un)fähigkeit in Europa	21
2.2	Aktivierende und investierende Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik	36
2.3	Arbeitsmarktintegration gesundheitlich eingeschränkter Erwerbsloser	49
2.4	Aktivierung „gesundheitlich eingeschränkter Erwerbsloser“? – Forschungsdesiderat und Erkenntnisinteresse	61
3	**Arbeits(un)fähigkeit in ethnografischer Perspektive – Forschungsdesign und methodisches Vorgehen**	**65**
3.1	Spannungsfelder in Ethnografien – methodologische Reflexionen	65
3.2	Soziologische Ethnografie von Arbeits(un)fähigkeit – Forschungsdesign	70
3.3	Methodisches Vorgehen	72
4	**Das konkrete Forschungsfeld – Zwei kantonale Arbeitsintegrationsagenturen**	**78**
4.1	Zentrum Berufliche Eingliederung (ZBE)	78
4.2	Matrix	82
4.3	Fazit	86
	Teil II **Im Feld – Praktiken und Logiken der Aushandlung von Arbeits(un)fähigkeit**	**89**
5	**Zum Einstieg – drei exemplarische Fallanalysen**	**91**
5.1	Platzzuweisung über Körper und Gesundheit – Frau Pekay	92
5.2	Praktiken der Sichtbarmachung und Beurteilung von Einschränkungen – Herr Kaya	107
5.3	Flexibilisierung der Arbeits(un)fähigkeit – Herr Yilmaz	121
5.4	Fazit zu den Fallanalysen: Doppelte Aktivierung gesundheitlich eingeschränkter Menschen ohne Erwerbsarbeit	137

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

6 „Klarer Fall“ – Gesundheit als (un)berechenbare Grösse 139
6.1 „Abklärung der gesundheitlichen Situation“ – Fokus auf Ansprüche und Zuständigkeiten 140
6.2 „Wir brauchen Mediziner“ – Medikalisierung von Arbeits(un)fähigkeit 149
6.3 „Ärzte sind halt nicht immer vertrauenswürdig“ – Aktivierung von Hausärzt_innen 158
6.4 Zusammenfassung und Fazit: Objektivierung und Medikalisierung von Arbeits(un)fähigkeit 166

7 „Das müssen Sie angehen“ – Gesundheit als individuelle Aufgabe 169
7.1 „Wir sind in einer Sackgasse“ – „Diskrepanz“ zwischen objektiver und subjektiver Arbeits(un)fähigkeit 169
7.2 „Gesundheit auch mal zurückstecken“ – Blick des Personals auf das Gesundheitsverhalten der Klient_innen 174
7.3 „Das müssen Sie angehen“ – Gesundheit und Eigenverantwortung 187
7.4 Zusammenfassung und Fazit: Individualisierung und Responsibilisierung von Arbeits(un)fähigkeit 192

8 „Dafür brauchen Sie einen gesunden Rücken“ – Gesundheit als Selektionskriterium 195
8.1 „Wir müssen sie davon wegbringen“ – Gesundheit und Ausschluss beruflicher Optionen 196
8.2 „Sie sind zu langsam im Moment“ – Gesundheit und Ablehnung von Qualifizierungen 207
8.3 „Der Arbeitsmarkt ist nicht realistisch für sie“ – Gesundheit und Abschluss von Fällen 214
8.4 Zusammenfassung und Fazit: Flexibilisierung und strategische Funktionalisierung von Gesundheit 224

Teil III
Übers Feld hinaus – Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse 227

9 Arbeit am Kranken im Setting der Arbeitsintegration – Zusammenfassung, Fazit und Diskussion 229
9.1 Arbeits(un)fähigkeit herstellen – Zusammenfassung 230
9.2 Doppelte Aktivierung, doppelte Prekarisierung? – Fazit zu den empirischen Ergebnissen 233
9.3 Aktivierung gesundheitlich eingeschränkter Menschen als Form symbolischer Gewalt – Diskussion 237

10 Literaturverzeichnis 244

Danksagung 265

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Abkürzungsverzeichnis

ALV	Arbeitslosenversicherung (Bundesversicherung)
ATSG	Allgemeiner Teil Sozialversicherungsgesetz
AVIG	Bundesgesetz über Arbeitslosenversicherung und Insolvenzentschädigung
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen (zuständig für die IV)
IIZ	Interinstitutionelle Zusammenarbeit
IV	Invalidenversicherung (Bundesversicherung)
IVG	Bundesgesetz über die Invalidenversicherung
MAMAC	Medizinisch-Arbeitsmarktliche Assessments im Rahmen des Case Managements (manchmal auch IIZ-MAMAC)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PvB	Programme zu vorübergehender Beschäftigung („Beschäftigungsprogramme“)
RAD	Regionalärztlicher Dienst der Invalidenversicherung
RAV	Regionale Arbeitsvermittlungsstelle der Arbeitslosenversicherung
SECO	Staatssekretariat für Wirtschaft (zuständig für die ALV)
SKOS	Schweizerische Konferenz für Sozialhilfe
ZBE	Zentrum Berufliche Eingliederung (Pseudonym)

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

1 Aktivierung von erwerbslosen Menschen mit Gesundheitsproblemen – Einleitung

1.1 Arbeitsintegration „gesundheitlich eingeschränkter Erwerbsloser"? – Ausgangslage

Wer in der Schweiz dauerhaft gesundheitlich eingeschränkt und dadurch erwerbsunfähig ist[1], hat grundsätzlich Anrecht auf Leistungen der Invalidenversicherung. Wer erwerbslos[2] ist, hat – bei Erfüllung gewisser Kriterien – Anspruch auf Taggelder der Arbeitslosenversicherung. In dieser Arbeit geht es um eine Kategorie von Menschen, die von den „Sozialverwaltungen" (von Harrach/Loer/Schmidtke 2000) als ‚gesundheitlich eingeschränkte Erwerbslose' klassifiziert werden. Eine paradoxe Konstruktion also? Sind ‚Erwerbslosigkeit' und ‚dauerhafte gesundheitliche Einschränkungen' nicht zwei unterschiedliche Schadensfälle, die je von einer anderen Sozialversicherung abgedeckt sind und daher nicht kombiniert auftreten können? Denn wer als ‚erwerbsunfähig' gilt, kann nicht zugleich ‚erwerbslos' im Sinne von stellensuchend sein – oder doch?

Vor einer ersten Antwort auf diese Fragen bedarf es einiger Ausführungen: Als „Sphinxrätsel" der Armenfürsorge (Castel 2008) gilt die Frage: „Was tun mit den arbeitsfähigen Armen?" (Lessenich 2003, 215). Denn ‚Arbeitsfähigkeit' stellt die Unterstützungswürdigkeit, die ‚deservingness' Betroffener in Frage, ist sie doch mit dem „unbestimmten Verdacht der Unwürdigkeit belegt" (Krenn 2012, 269): Bei arbeitsfähigen Hilfesuchenden wird angenommen, dass sie sich selbst um die Sicherung ihrer Existenz kümmern, indem sie einer Arbeit nachgehen (siehe dazu Kapitel 2.1). Wie insbesondere der französische Soziologe Robert Castel zeigte, ist nicht nur das sozialpolitische Konzept der ‚Unterstützungswürdigkeit', sondern auch die damit in Zusammenhang

1 Erwerbsunfähigkeit wird im „Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts" (ATSG) definiert als „der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt" (Art. 7 ATSG).

2 Nach rechtlich-offizieller Definition von Erwerbslosigkeit, die sich an der internationalen Definition orientiert, sind Personen erwerbslos, die ohne Erwerbsarbeit und stellensuchend sind und dem Arbeitsmarkt innerhalb kurzer Zeit zur Verfügung stehen. Arbeitslos sind in der Schweiz nach offizieller Lesart hingegen nur Personen, die bei einem Regionalen Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) der Arbeitslosenversicherung (ALV) gemeldet sind.

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

stehende Vorstellung von ‚Arbeitsfähigkeit' sozial konstruiert. Castel (2008, 27) prägte in diesem Kontext den Begriff der „Handicapologie", womit er den Katalog an physischen, psychischen und sozialen Behinderungen im weitesten Sinne meint, die ein Individuum von der Arbeitspflicht befreien und zum Bezug von Unterstützungsleistungen legitimieren.

‚Gesundheitlich beeinträchtigte' Menschen sind also aufgrund ihrer „Krankenrolle" (Parsons 1991 [1951]) davon ausgenommen, sich um eine Erwerbsarbeit kümmern zu müssen. Vielmehr haben sie gemäss Parsons' Beschreibung dieser Rolle primär die Aufgabe, gesund zu werden. Sind ihre gesundheitlichen Einschränkungen Bestandteil der Handicapologie, so gelten sie als „unterstützungswürdig". Mehr noch: Durch entsprechende Sozialversicherungen wird den Betroffenen ein „Recht auf Krankheit" eingeräumt. In ihrer Geschichte über den Kranken in der Gesellschaft schreiben Herzlich und Pierret dazu:

> *„[D]die Krankheit selbst [hat sich] gewandelt und steht in einem neuen Zusammenhang mit der Gesellschaftsordnung. Die Krankheit, gleichgesetzt mit Arbeitsunfähigkeit, die von der Medizin anerkannt wird – die Ärzte haben an der Sozialisierung der Krankheit teil, indem sie sie diagnostizieren –, ist ein Recht geworden: krank sein bedeutet, nicht mehr zu arbeiten und sich behandeln zu lassen, es ist das Recht auf eine Unterbrechung der Arbeit und das Recht auf Pflege."* (Herzlich/Pierret 1991, 208)

Doch ist die Trennlinie zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit und damit zwischen Unterstützungsunwürdigkeit und Unterstützungswürdigkeit historisch keineswegs immer eindeutig. Vielmehr stellt sich die Frage, wo sie genau verlaufe, „zu jedem Augenblick" (Castel 2008, 27). Und sie stellt sich heute zunehmend als eine nach der Grenzziehung zwischen legitimen und ‚illegitimen' Krankheitsbildern (vgl. Caduff/Budowski). Es handelt sich um eine gesellschaftliche Frage, da Arbeits(un)fähigkeit[3] kein rein biologisches, medizinisches oder rechtliches Phänomen ist. So scheinen die mit der „Krankenrolle" verbundenen Privilegien und Entlastungen im Zuge der aktuellen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik, die hier als „aktivierend" und „investierend" charakterisiert wird (siehe Kapitel 2.2), teilweise in Frage

3 Arbeits(un)fähigkeit wird in dieser Arbeit als ein soziales Konstrukt analysiert (siehe dazu Kapitel 2.4). Mit dieser Schreibweise vermeide ich eine Setzung und dadurch eine Naturalisierung dieser sozialen Differenz.

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

gestellt zu werden (vgl. Dollinger 2006; Schmidt/Kolip 2007; Schmidt 2007a; Schmidt 2007b) – zumindest in einer „Unschärfezone schwer identifizierbarer Leiden, Krankheiten und Behinderungen" (Caduff/Budowski 2012, 62). Wie steht es also heute um das „Recht auf Krankheit" und das „Recht auf eine Unterbrechung der Arbeit"?

In mehreren europäischen Ländern, so auch in der Schweiz, setzte etwa zwischen 1995 und 2005 eine „aktivierungspolitische Wende" (Streckeisen 2012a, 178) in der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik ein. Mit dieser Wende stehen nicht mehr ‚nur' die ‚arbeitsfähigen Armen', sondern zunehmend auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder mit „Behinderungen" unter dem Druck, (wieder) einer Erwerbsarbeit nachgehen zu müssen. Sie gelten nicht mehr per se, also aufgrund ihrer Einschränkungen, als ‚unterstützungswürdig', sondern geraten ebenfalls in den Sog der „forcierten Inklusion von Erwerbslosen" (Nadai 2009a). Denn auch sie werden mehr und mehr als „prinzipiell zur Selbsterhaltung fähige Hilfsbedürftige ohne Arbeit" (Krenn 2012, 269) konzipiert, als deren Hauptproblem eben die fehlende Arbeit betrachtet wird.[4]

Dieser Entwicklung liegt eine zunehmende Verengung der „Handicapologie" zugrunde. Es scheint, als werde die sozialpolitische Definition von Arbeitsfähigkeit sukzessive breiter ausgelegt, so dass nun auch Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, die zuvor vom Zwang zur eigenen Existenzsicherung ausgenommen waren, vom Aktivierungsregime erfasst werden.

Aufgrund dieser „Rekommodifizierung" (vgl. bspw. Brütt 2001) sieht sich das Personal in sozialstaatlichen Institutionen der Arbeitsintegration zunehmend mit Klient_innen[5] mit sogenannten Vermittlungshemmnissen

---

4 So wird beispielsweise in Deutschland nach SGB II als „erwerbsfähiger Hilfebedürftiger" definiert, wer „mindestens drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachzugehen in der Lage ist" (Ludwig-Mayerhofer/Behrend/Sondermann 2008, 278). Damit sind nach meiner Einschätzung auch viele Menschen erfasst, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen nicht den ganzen Tag arbeiten können.

5 Ich verwende in dieser Arbeit bei Personenbezeichnungen die Schreibweise mit Unterstrich. Diese auch als „Gender Gap" bezeichnete Schreibweise lässt sich folgendermassen erläutern: *„Der Unterstrich ist eine neuere Variante gender-sensibler Schreibweise, die sich zunehmend durchzusetzen beginnt. Dieser geht es nicht nur um eine (sprachliche) ‚Gleichberechtigung von Frauen und Männern'. Sie stellt darüber hinaus die Selbstverständlichkeit einer Zwei-Geschlechter-Ordnung und einer heterosexuellen Orientierung als Norm in Frage und will auch denjenigen einen sprachlichen Ort verleihen, die bislang vorwiegend nicht oder nur als ‚Abweichung' wahrgenommen werden (Intersexuelle, Transsexuelle, Homo- und Bi-Sexuelle, Transgender, Crossdresser, Drags, usw.). Der Unterstrich symbolisiert mithin nicht nur die bisweilen sehr fliessenden Übergänge zwischen ‚Männlichkeit'*

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

konfrontiert, die dennoch in den ersten (oder zweiten) Arbeitsmarkt integriert werden sollen. Weil solche „vermittlungsrelevanten gesundheitlichen Einschränkungen“ (Hollederer 2006) die Fachkräfte für berufliche Integration vor Herausforderungen stellen, entstehen vereinzelt Programme zur Gesundheits- *und* Arbeitsmarktförderung von Erwerbslosen. Diese Programme reagieren auch auf wissenschaftliche Erkenntnisse zu potentiell gesundheitsschädigenden Wirkungen von (Langzeit-)Erwerbslosigkeit (vgl. bspw. die Beiträge in Kieselbach/Mannila 2012; siehe dazu Kapitel 2.3). Das Zielpublikum solcher Programme sind jene Erwerbslosen, die als ‚doppelt gefährdet‘ erscheinen (vgl. Dean 1995; Castel 1991): bedroht sowohl von Langzeitarbeitslosigkeit als auch von (chronischen) Gesundheitsproblemen. In solchen Programmen der „kombinierten Gesundheits- und Beschäftigungsförderung“ (Bröker 2011) werden beide ‚Einschränkungen‘, die Erwerbslosigkeit und die angeschlagene Gesundheit, in den Blick genommen, da angenommen wird, gesundheitliche Probleme wirkten sich auf die ‚Beschäftigungsfähigkeit‘ der Betroffenen aus (vgl. Bröker 2011, 13; Elkeles/Kirschner 2012; Hollederer 2006). Das Ziel solcher Programme ist es meist, die berufliche Integration Betroffener zu erleichtern, indem ihre Beschäftigungsfähigkeit („Employability“) erhöht wird (vgl. Elkeles/Kirschner 2012, 409).

International bzw. insbesondere in den OECD-Ländern wird dieser Trend von entsprechenden Forderungen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) begleitet: 2003 forderte die OECD in einem Bericht, „disability“ (Behinderung/Arbeitsunfähigkeit) müsse in „ability“ (Fähigkeit/Befähigung) transformiert werden (vgl. OECD 2003). Und ab 2006 veröffentlichte sie unter dem Titel „Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers“ vier Länderberichte (vgl. OECD 2006; 2007; 2008; 2009) und einen Synthesebericht (vgl. OEDC 2010), mit der Stossrichtung, „disability benefits“ seien „into an employment instrument“ zu verwandeln (OECD 2010, 103). Unter anderem wird auch „a new way of assessing work capacity“ gefordert (OECD 2010, 103). Die OECD (2010, 103) schlussfolgert ferner, dass es nötig sei, dass sich Invalidenversicherungen und Arbeitslosenversicherungen einander annäherten, und dass hinterfragt werden müsse, ob Arbeitslosigkeit („unemployment“) und Arbeitsunfähigkeit („disability“) als zwei getrennte ‚Schadensfälle‘ zu betrachten seien. Kurzum: Als primär

---

und ‚Weiblichkeit‘, sondern auch einen Ort, an dem Überschneidungen und Wanderungen zwischen Geschlechtsidentitäten und sexuellen Orientierungen einen Platz haben.“ (Bitzan, 2012, online)

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

„erwerbslos“ (und nicht primär erwerbsunfähig) gelten nun auch in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkte Menschen. Folgerichtig wird als Problemlösung die Rückkehr auf den Arbeitsmarkt propagiert.

Die von der OECD dokumentierten und geforderten Entwicklungen sind auch in der Schweiz zu beobachten: So fand hier in den letzten Jahren und über mehrere Gesetzesrevisionen hinweg eine Verschärfung des Zugangs zu Renten der Invalidenversicherung statt.[6] Bereits seit ihrem Bestehen lautet der Grundsatz der Invalidenversicherung „Eingliederung vor Rente“ (vgl. Germann 2008; Canonica 2013). Die fünfte Gesetzesrevision, die die berufliche Eingliederung Erwerbsunfähiger noch stärker als die vorangehende Revision anstrebte, stand unter dem Motto „Eingliederung *statt* Rente“. Im Zusammenhang mit dieser Revision schrieb das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) 2004:

> *„Eine Rente wird […] erst dann zugesprochen, wenn die Massnahmen zur Eingliederung erfolglos ausgeschöpft sind, oder wenn sich keine erfolgversprechenden Eingliederungsmassnahmen anbieten. Die Rente wird zur Ultima ratio.“* (BSV 2004, 3)

Dieser Grundsatz kommt auch darin zum Ausdruck, dass sich die Invalidenversicherung in öffentlichen Mitteilungen als „Eingliederungsversicherung“ bezeichnet (vgl. IV 2014, 1). Zunehmend sollen auch Menschen, die bereits wegen ihrer Erwerbsunfähigkeit eine Rente erhalten, wieder auf den Arbeitsmarkt zurückkehren, wie die Ausrichtung eines ersten Teils der sechsten IVG-Revision zeigt, die eine mittlerweile abgeschlossene Überprüfung bestehender Renten vorsah (siehe dazu auch Kapitel 2.2.2).

Neben den diesbezüglichen Bestrebungen der Invalidenversicherung richtet auch eine Initiative des Schweizer Bundes ihren Fokus auf erwerbslose Menschen mit (unter anderem) gesundheitlichen Problemen (vgl. Seco 2004): Die sogenannte Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) wurde vom Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) um die Jahrtausendwende entwickelt und wird vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) weitergeführt (vgl. Nadai/Canonica/Koch 2015; Bieri et al. 2013). Lanciert wurde die Interinstitutionelle Zusammenarbeit als Instrument zur effizienteren und effektiveren

6 Die Praxis der Invalidenversicherung hat auch Konsequenzen für die Sozialhilfe: Mittlerweile müssen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen Sozialhilfe beziehen, weil sie nach mehrjährigem Sozialhilfebezug zwar „oft zu gesund für die IV, aber zu krank für den Arbeitsmarkt“ sind, wie es im Vorwort einer Studie zum Sozialhilfebezug in 13 Schweizer Städten heisst (Salzgeber/Schmocker 2015, 3).

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Kooperation zwischen unterschiedlichen Institutionen der sozialen Sicherung. Vor allem die Arbeitslosenversicherung, die Invalidenversicherung und die Sozialhilfe sollen in Bezug auf die berufliche Eingliederung Erwerbsloser mit einer „komplexen Mehrfachproblematik“ (BSV/Seco 2006, 3) enger zusammenarbeiten. Diese Klient_innen sind aufgrund ihrer mehrschichtigen Problemlagen bei verschiedenen Stellen des Systems der sozialen Sicherung angemeldet oder wären dort anspruchsberechtigt. In allen Schweizer Kantonen sind im Zuge dieses Programms Projekte der Interinstitutionellen Zusammenarbeit implementiert worden, deren zentrales Ziel es ist, die betroffenen Menschen rascher in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

In Bezug auf die skizzierten Entwicklungen müsste die einleitend zitierte Frage, was mit den arbeitsfähigen Erwerbslosen zu tun sei, ergänzt werden, denn der aktivierende Sozialstaat fragt sich ausserdem: ‚Was tun mit gesundheitlich eingeschränkten Erwerblosen?‘ Die Antwort, die er sich selbst darauf gibt, ist so simpel wie herausfordernd: in den Arbeitsmarkt integrieren.

Diese Studie geht im Anschluss daran der Frage nach, wie Gesundheit und Arbeits(un)fähigkeit in Institutionen der Arbeitsintegration zugeschrieben, ausgehandelt und bearbeitet werden. Sie stützt sich zur Beantwortung dieser Frage auf qualitatives Datenmaterial von ethnografischen Fallstudien zu zwei Institutionen der Arbeitsintegration, die jeweils als kantonale IIZ-Modelle untersucht wurden (vgl. Nadai/Canonica/Koch 2015).[7] Ausgangspunkt der Studie ist die beschriebene Situation, die sich so auf den Punkt bringen lässt: Einerseits herrscht eine Aktivierungspolitik vor, die möglichst alle Bezüger_innen von Sozialleistungen ‚in Arbeit’ bringen möchte und die Inklusion mit Arbeitsintegration gleichsetzt (vgl. Koch 2010); andererseits befinden sich in dieser Gruppe gesundheitlich angeschlagene Menschen mit eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und mit wenig Chancen auf eine Rente bzw. auf eine Stelle im ersten Arbeitsmarkt.

---

7 Die vorliegende Dissertationsstudie ist im Kontext eines grösseren Forschungsvorhabens entstanden: Das vom Schweizerischen Nationalfonds geförderte Forschungsprojekt „Working the interstices. Inter-institutional cooperation in the Swiss welfare and social insurance system“ (Projekt 117783), in dem ich gemeinsam mit Alan Canonica mitarbeitete, wurde von Eva Nadai geleitet. Für meine Dissertation konnte ich das Datenmaterial dieser Studie nutzen und auf meine diesbezüglichen Feld- und Analyseerfahrungen zurückgreifen. – Zu diesem Forschungsprojekt sind bereits folgende Publikationen erschienen, in denen zum Teil dieselben Fälle analysiert werden, auf die auch ich in Teil II dieser Arbeit zurückgreife: Nadai 2009a; Nadai 2009b; Nadai/Koch 2011; Nadai 2012; Nadai/Canonica 2012; Koch/Canonica 2012; Canonica/Koch 2014; Nadai/Canonica/Koch 2015; Koch/Hüttemann 2015.

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Gefragt wird, wie im untersuchten Setting Gesundheit, Krankheit und Arbeits(un)fähigkeit zugeschrieben und ausgehandelt werden und wie Fälle mit gesundheitlichen Einschränkungen verhandelt und bearbeitet werden. Welche Prozesse und Interventionen ziehen diese Zuschreibungen und Kategorisierungen nach sich? Wie stellen die untersuchten Institutionen der Arbeitsintegration gesundheitliche Einschränkungen dar, wie werden sie wahrgenommen und beurteilt? Welche politischen und institutionellen Logiken sind dahinter auszumachen?

1.2 Aufbau der Arbeit

Um diese Fragen beantworten zu können, bedarf es zunächst einer Konstruktion des Forschungsgegenstandes, die im ersten Teil dieser Arbeit geleistet wird. In drei Kapiteln führe ich „zum Feld hin“: Zunächst wird in Kapitel 2 der Gegenstand dieser Arbeit, Arbeits(un)fähigkeit in der Arbeitsintegration, kontextualisiert: Ein soziohistorischer Abriss in Kapitel 2.1 zeigt auf, dass das Konzept der „Unterstützungswürdigkeit“ von Hilfebedürftigen immer schon eng mit der Frage nach deren Arbeits(un)fähigkeit verknüpft war. Doch ist auch letztere sozial konstruiert, wie anhand Robert Castels Konzept der „Handicapologie“ herausgearbeitet wird. Damit wird zur aktuellen Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik übergeleitet, die in Kapitel 2.2 als „aktivierende“ und „investierende“ vorgestellt wird. Deren primäres Ziel ist die Arbeitsintegration von Erwerbslosen, zunehmend auch von solchen mit gesundheitlichen Einschränkungen, wie insbesondere Kapitel 2.3 rekonstruiert. Auf diesen Befunden aufbauend formuliere ich in Kapitel 2.4 das Erkenntnisinteresse und die Fragestellungen dieser Arbeit.

Kapitel 3 widmet sich dem Forschungsdesign und dem methodischen Vorgehen der Studie. In einem ersten Schritt werden anhand von Spannungsfeldern in Ethnografien methodologische und methodische Fragen erörtert (3.1), bevor das Forschungsdesign und die Fragestellungen dieser Arbeit präsentiert werden (3.2). Das konkrete methodische Vorgehen wird schliesslich in Kapitel 3.3 vorgestellt.

Kapitel 4 widmet sich dem konkreten Forschungsfeld und stellt die zwei kantonalen Institutionen der Arbeitsintegration vor, die untersucht wurden: das Zentrum Berufliche Eingliederung (ZBE) (4.1) und Matrix (4.2). Anhand der Skizzierung der untersuchten Institutionen wird ein erstes Fazit in Bezug auf die hier interessierende Thematik der Arbeits(un)fähigkeit gezogen (4.3).

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

Damit sind wir schon fast „im Feld“ angelangt, auf das im zweiten Teil der Arbeit eingegangen wird.

Die Kapitel in Teil II dieser Arbeit können als „ethnografische Teilstudien“ (vgl. Breidenstein/Kelle 1998, 5) verstanden werden. Jedes dieser Kapitel fokussiert das ‚Herstellen von Arbeits(un)fähigkeit‘ aus einer anderen Perspektive und beleuchtet so einen je unterschiedlichen Aspekt des Gegenstands, wofür auf unterschiedliche theoretische Konzepte und Diskurse zurückgegriffen wird.

Kapitel 5 ist entlang dreier Fallanalysen strukturiert: Beim Fall von Frau Pekay wird gezeigt, wie der berufliche Möglichkeitsraum der Klientin im Verlauf der Fallbearbeitung eingeengt wird, was mit ihrer Gesundheit in einen Zusammenhang gebracht wird (5.1). Beim Fallbeispiel von Herrn Kaya stehen primär institutionelle Praktiken der Sichtbarmachung und der Bewertung seiner gesundheitlichen Einschränkungen im Fokus (5.2). Die Analyse zum Fall von Herrn Yilmaz arbeitet heraus, inwiefern seine Arbeits(un)fähigkeit flexibilisiert wird, indem sie kontextabhängig unterschiedlich bewertet wird (5.3). Das Fazit zu diesen drei Fallanalysen entwickelt die These einer ‚doppelten Aktivierung‘ von erwerbslosen Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen (5.4).

Kapitel 6 widmet sich – wie die folgenden beiden Kapitel fallübergreifend – dem praktischen Problem der Bestimmung von Arbeits(un)fähigkeit, anhand der rechtliche Ansprüche und Zuständigkeiten festgelegt werden (6.1). Es erweist sich, dass das Personal im untersuchten Feld häufig auf medizinische Einschätzungen zurückgreift, wenn es um die Beurteilung von Arbeits(un)fähigkeit geht. Damit wird dieses Phänomen nicht nur objektiviert, sondern auch medikalisiert und quantifiziert (6.2). Doch findet sich daneben auch eine Relativierung medizinischer Einschätzungen, insbesondere solcher von Hausärzten. Diesen begegnet das Personal der Arbeitsintegration teilweise skeptisch (6.3). Das Kapitel schliesst mit einer Zusammenfassung und einem Fazit zur Objektivierung und Medikalisierung von Arbeits(un)fähigkeit (6.4).

Kapitel 7 befasst sich mit feldspezifischen Praktiken und Strategien, die sich auf die „subjektive“ Arbeits(un)fähigkeit beziehen (7.1). Zunächst wird der Blick des Personals auf das ‚Gesundheitsverhalten‘ der Klient_innen rekonstruiert (7.2). Darin zeigen sich Normalitätsvorstellungen, die sich in einer „Normalisierungsarbeit“ niederschlagen, mittels der das Personal auf die Handlungsebene der Klient_innen zielt: Deren Gesundheit ebenso wie

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich

deren Erwerbslosigkeit werden als individuelle Aufgabe kodiert, die die Klient_innen aktiv angehen sollen (7.3). Die Zusammenfassung dieses Kapitels resümiert diese Strategien der Individualisierung und der Responsibilisierung von Arbeits(un)fähigkeit (7.4).

Kapitel 8 rekonstruiert, inwiefern Gesundheit in den untersuchten Arbeitsintegrationsdiensten zu einem Selektionskriterium werden kann. In diesem Zusammenhang werden drei Momente identifiziert, in denen Arbeitsunfähigkeit – statt Arbeitsfähigkeit – sichtbar gemacht wird: Wenn es um das Ausschliessen konkreter beruflicher Optionen von Klient_innen (8.1), um die Nichtfinanzierung von Weiterbildungen von Klient_innen (8.2) und um das Abschliessen von als aufwändig beurteilten Fällen geht (8.3), werden vom Personal die gesundheitlichen Einschränkungen der Klient_innen als Argument beigezogen. In anderen Kontexten, vor allem wenn es um Erwerbsarbeit geht, werden die Einschränkungen anders bewertet. Zusammenfassend: Gesundheit und Arbeits(un)fähigkeit werden vom Personal manchmal flexibilisiert und funktionalisiert (8.4).

Im dritten und letzten Teil dieser Arbeit wird der Feldausstieg metaphorisch nachvollzogen, indem ein Blick „übers Feld hinaus“ geworfen wird. Kapitel 9 fasst zunächst die Ergebnisse der vier vorhergehenden Kapitel zusammen (9.1), schliesst mit einem Fazit zur doppelten Aktivierung und wirft die Frage auf, ob diese nicht mitunter in eine doppelte Prekarisierung gesundheitlich eingeschränkter Klient_innen zu kippen droht – dann nämlich, wenn diese aufgrund ihrer eingeschränkten Gesundheit und Employability als „unrentable Investitionsobjekte“ (Nadai et al. 2013) gelten (9.2). Abschliessend werden die Ergebnisse dieser Arbeit in einen grösseren Kontext gestellt und mithilfe des Konzepts „symbolischer Gewalt“ diskutiert (9.3).

Leseprobe / © 2016, Seismo Verlag AG, Zürich