

Martina Koch

› Arbeits(un)fähigkeit herstellen

*Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten
Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive*

Schriften zur Sozialen Frage

Seismo
ausgabe



Martina Koch

Arbeits(un)fähigkeit herstellen

Arbeitsintegration von gesundheitlich
eingeschränkten Erwerbslosen aus
ethnografischer Perspektive

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

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 (Print)

ISBN 978-3-03777-709-1 (ePDF)

Umschlaggestaltung: Hannah Traber, St.Gallen

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

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

Abkürzungsverzeichnis

ALV	Arbeitslosenversicherung (Bundesversicherung)
ATSG	Allgemeiner Teil Sozialversicherungsgesetz
AVIG	Bundesgesetz über Arbeitslosenversicherung und Insolvenzenschädigung
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)

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 ist¹, hat grundsätzlich Anrecht auf Leistungen der Invalidenversicherung. Wer erwerbslos² 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.

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]ie 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)fähigkeit³ 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.

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_innen⁵ 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‘*

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. OECD 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).

„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).

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 Erwerbslosen?‘ 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.

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).

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 Medikalisation 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

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).

TEIL I

ZUM FELD HIN

ANNÄHERUNG AN DEN UNTERSUCHUNGS- GEGENSTAND

ARBEITS(UN)FÄHIGKEIT

2 **Arbeits(un)fähigkeit im aktivierenden Sozialstaat – Zur Verortung des Forschungsgegenstands**

„Man vergisst, dass die Sozialversicherung ein Instrument zur Organisation der Krankheit ist: sie unterscheidet mehrere Kategorien wie ‚chronische Krankheit‘, ‚Berufsunfähigkeit‘, ‚Berufskrankheit‘ und ‚Arbeitsunfall‘; diese Kennzeichnungen haben juristische Bedeutung und eröffnen das Recht auf Sozialleistungen und Entschädigung; sie trennen aber auch soziale Gruppen, bei deren Bestimmung tatsächlich viel auf dem Spiel steht; sie ergibt sich aus dem jeweiligen Verhältnis zwischen ökonomischer, politischer und gesellschaftlicher Macht.“ (Herzlich/Pierret 1991, 210)

Deutlich zeigt sich in diesen Worten der beiden französischen Soziologinnen Claudine Herzlich und Janine Pierret, dass Arbeits(un)fähigkeit, der Gegenstand dieser Arbeit, weder eine rein rechtliche noch eine rein medizinische Kategorie sein kann: Vielmehr handelt es sich dabei um ein soziales Phänomen. Damit ist das Thema ‚Arbeits(un)fähigkeit in der Arbeitsintegration‘ an der Schnittstelle verschiedener soziologischer Gegenstände und Diskurse angesiedelt: Arbeit und Erwerbslosigkeit, Gesundheit und Krankheit sowie Sozialpolitik und Sozialstaat.⁸ Im Folgenden möchte ich auf einige dieser Gegenstände und Diskurse eingehen, um mich so dem Thema der Arbeits(un)fähigkeit aus soziologischer Perspektive anzunähern.

Zunächst wird ein soziohistorischer Blick auf die gesellschaftliche Konstruktion und Bearbeitung von Arbeits(un)fähigkeit geworfen (Kapitel 2.1). Dabei sind die folgenden vier Themen zentral: Erstens wird die Frage nach der Grenzziehung zwischen Arbeitsfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit und mithin zwischen legitimen und illegitimen Erkrankungen (vgl. Caduff/Budowski 2012) gestellt. Zweitens wird ein Blick darauf geworfen, welche Rolle dem Körper der Betroffenen bei der Beurteilung von Unterstützungswürdigkeit zukommt. Drittens stellt sich die Frage, welchen Stellenwert Arbeit bei der gesellschaftlichen Bewältigung von Arbeits(un)fähigkeit hat. Und viertens wird reflektiert, welches Verhältnis von Gesellschaft und Individuum sich in Bezug auf die formulierten Themen zeigt.

⁸ Sozialstaat und Wohlfahrtsstaat werden in dieser Arbeit als Synonyme gebraucht. Für unterschiedliche Gebrauchsweisen siehe Vogel (2009, 67).

Deutlich wird aus diesem soziohistorischen Abriss, dass Arbeits(un)fähigkeit ebenso wie Gesundheit und Körper aus soziologischer Perspektive als Phänomene zu betrachten sind, die historisch, sozial und kulturell wandelbar sind. Wer in welchem sozialen Kontext in welchem Ausmass und für welche Arbeiten als arbeitsfähig respektive als arbeitsunfähig gilt, entscheidet jede Gesellschaft für sich – wenngleich sich Kontinuitäten zeigen.

Diese Feststellung führt uns zum aktuellen Sozialstaat in der Schweiz: In Kapitel 2.2 werden Befunde zur „aktivierenden“ und „investierenden“ Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik vorgestellt. Es wird herausgearbeitet, dass im Zuge der aktivierungspolitischen Wende immer mehr Menschen vom Imperativ zur Arbeit erfasst werden, auch solche mit gesundheitlichen Einschränkungen. Nach einer Skizzierung allgemeiner Merkmale dieser Politik folgen Ausführungen zur konkreten aktivierungspolitischen Ausgestaltung des Systems der sozialen Sicherheit in der Schweiz, insbesondere von Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung und Sozialhilfe. Denn diese drei Institutionen sind zentral an der Interinstitutionellen Zusammenarbeit beteiligt und daher massgeblich für den Forschungskontext dieser Studie.

Kapitel 2.3 widmet sich dem Thema der Arbeitsintegration gesundheitlich eingeschränkter Menschen. Da sich Programme, die sich explizit an Erwerbslose mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen richten, auf wissenschaftliche Befunde zum Zusammenhang von Gesundheit und Erwerbslosigkeit berufen, werden zunächst ausgewählte Ergebnisse dazu skizziert. Anschliessend wird auf den Kontext und die Programmatik der Interinstitutionellen Zusammenarbeit in der Schweiz eingegangen. Dieses Programm, das als Zielgruppe unter anderem Erwerbslose mit Gesundheitsproblemen hat, stellt den Untersuchungskontext dieser Studie dar (siehe dazu auch Kapitel 4). Es kann dem Aktivierungsparadigma zugerechnet werden.

Im Anschluss daran werden das Erkenntnisinteresse und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen skizziert (Kapitel 2.4): Arbeits(un)fähigkeit wird als soziale Konstruktion verstanden, die allerdings wirkmächtig und effektiv ist. Aus ethnografischer Perspektive soll nach den institutionellen Praktiken und Prozessen gefragt werden, mittels der Arbeits(un)fähigkeit in zwei konkreten Arbeitsintegrationsagenturen sichtbar, ausgehandelt und bearbeitet wird.

2.1 Vom Almosen zur Aktivierung – Soziohistorischer Abriss der gesellschaftlichen Bearbeitung von Arbeits(un)fähigkeit in Europa

Eine eigene Geschichte der Arbeits(un)fähigkeit in Europa existiert meines Wissens nicht. Diese kann aber aus anderen Geschichten abgeleitet werden: insbesondere aus einer europäischen „Geschichte der Armut“ (Geremek 1988; vgl. auch Fischer 1982; Tanner 2007), aber auch aus einer Geschichte der Erwerbsarbeit beziehungsweise einer „Chronik der Lohnarbeit“ (Castel 2008), die Castel stellenweise mit einer Geschichte der gesellschaftlichen Konstruktion und Versorgung der Arbeitsunfähigen kombiniert, und aus einer Geschichte der Krankheit und Gesundheit respektive des Krankseins und des Gesundseins (vgl. Herzlich/Pierret 1991). Ausserdem ist die Geschichte der Entstehung von Sozialversicherungen für den untersuchten Zusammenhang relevant (vgl. Gilomen/Guex/Studer 2002). Diese Geschichten inspirieren die folgenden historischen Einblicke, die zeigen, dass Armut, Arbeit und Gesundheit in Bezug auf das hier interessierende Phänomen der Arbeits(un)fähigkeit erstens nicht voneinander zu trennende Gegenstände und Diskurse sind, sondern sich als stark verwoben präsentieren, und dass sie sich zweitens historisch immer wieder unterschiedlich konstellieren.

Die Ausführungen konzentrieren sich auf den europäischen Raum und greifen einzelne Länder als exemplarische Beispiele heraus. Wenngleich sich diese Länder (Frankreich, Grossbritannien, Deutschland, Holland, Italien, Schweiz) in einem streng historischen Sinn nicht ‚über einen Leisten schlagen‘ lassen und sich aufgrund ihrer sozialpolitischen Pfadabhängigkeit hinsichtlich der historischen ebenso wie der aktuellen Ausprägung ihrer Sozialpolitik und ihrer fürsorglichen Praktiken unterscheiden (vgl. Esping-Andersen 1990; Scherschel/Streckeisen/Krenn 2012), so dienen die kursorischen und exemplarischen Hinweise doch dem hier verfolgten Zweck: Denn im Fokus des Interesses steht die Trennlinie zwischen Arbeitsunfähigkeit und Arbeitsfähigkeit und damit zwischen legitimen und illegitimen Erkrankungen (vgl. Caduff/Budowski 2012). Oder mit anderen Worten: Welche Rolle spielt die Arbeits(un)fähigkeit jeweils für die Wahrnehmung von Bedürftigkeit und für die Beurteilung der Unterstützungswürdigkeit?

Insbesondere in Rekurs auf Robert Castels „Chronik zur Lohnarbeit“ wird im Folgenden „einer zentralen sozialanthropologischen Fragestellung“ nachgegangen, nämlich jener nach „dem gesellschaftlichen Umgang mit Armut, Elend und Ausgrenzung im Prozess der westlichen Zivilisationen seit

dem ausgehenden Mittelalter“, wie Franz Schultheis (2008, 1 f.) zur Neuauflage der deutschen Ausgabe von Castels Studie schreibt.

2.1.1 „Natürliche Armut“ Einzelner – Individualisierung von Arbeits(un)fähigkeit im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit

Private Fürsorge und Überlebenskampf im Mittelalter

Arbeitsunfähigkeit, das heisst die aufgrund von Krankheit oder in Folge eines Unfalls fehlende Möglichkeit, die eigene Arbeitskraft zur Existenzsicherung einzusetzen, bedeutete im Mittelalter für Unvermögende, also einen grossen Teil der Bevölkerung, das Abrutschen in Armut oder deren Verfestigung, wenn sie bereits vorher arm waren. Denn Armut war im Mittelalter insbesondere bei Alten, Kranken, Arbeitslosen, Umherziehenden und so weiter weit verbreitet (vgl. bspw. Oexle 1982, 78). Ferner findet sich eine berufsspezifische Verteilung von Armut: Den Wechselfällen des Lebens waren neben den Kleinbauern und den landlosen Bauern auf dem Land insbesondere die selbständigen Handwerker, die Lohnarbeiter_innen wie Knechte, Mägde, Lehrlinge, unselbständige Handwerker und Bauarbeiter nahezu ungeschützt ausgesetzt.⁹ Oft konnten sie sich selbst kaum – geschweige denn eine Familie – von ihrem in der Regel sehr niedrigen Lohn respektive den spärlichen Einnahmen durch schwankende Handwerksgeschäfte oder eine wenig produktive Landwirtschaft ernähren (Fischer 1982, 11–26). Wurden sie krank oder hatten sie einen Unfall, verschärfte das ihre Existenzbedingungen erheblich. Denn die Fürsorge durch die Kirche, Klöster, Gilden (Oexle 1982, 79 ff.) und die engste soziale Umwelt – die Familie, die Gemeinde und die Zunft – stellte zwar für ihre Angehörigen ein gewisses soziales Netz dar, sie war „ein Kennzeichen mittelalterlich-frühneuzeitlicher Sozialverfassung“, sie konnte allerdings auch keinen Schutz „vor der grössten Not“ (Fischer 1982, 11) bieten.

Während Arme, die sich gegen ihr (gottgewolltes) Schicksal auflehnten, als „schlechte Arme“ kategorisiert worden seien, galten insbesondere jene Armen als unterstützungswürdig, die ihre Lage erduldeten und deren „Haltung der Weltentsagung“ sich durch sichtbare Zeichen körperlichen Elends manifestierte (Castel 2008, 44). In diesem Zusammenhang spielen also die Körper der Armen eine wichtige Rolle, ihre körperliche Versehrtheit oder Unversehrtheit:

9 Wobei die Lohnarbeit, wie Castel (2008) rekonstruiert, zu dieser Zeit noch eher marginal war.

„Derjenige Arme erweist sich eines barmherzigen Werkes am würdigsten, dessen Körper die menschliche Ohnmacht und das Leiden zur Schau stellt. [...] Körperliche Ohnmacht, hohes Alter, ein Findelkind zu sein, eine möglichst unheilbare Krankheit, für den Blick möglichst unerträgliche Gebrechen sind stets die besten Passierscheine gewesen, um in den Genuss von Fürsorge zu kommen. [...] Auf jeden Fall machen diese Zeichen des Verfalls unmittelbar augenscheinlich, dass die Arbeitsunfähigkeit, zu der diese Behinderungen verurteilen, keine freiwillige ist.“ (Castel 2008, 45)

Zwar fand an der Schwelle zur Neuzeit eine Akzentuierung der Grenzziehung zwischen „ehrbarer“, „unverschuldeter“ Armut auf der einen und „verschuldeter“ Armut auf der anderen Seite statt, doch gab es diese Unterscheidung wahrscheinlich bereits im mittelalterlichen Europa: Fischer (1982, 27) referiert auf die wissenschaftliche Einschätzung, dass wohl „schon vor dem 12. Jahrhundert die unterschiedliche Beurteilung der beiden Kategorien von Armut“ vorhanden war: „eine leichte Sympathie für die Armen generell, aber eine extreme Feindseligkeit gegenüber dem gesunden Bettler“. So lässt sich „der Umgang mit Armut und Not“ historisch auch als „Pendel zwischen den Polen ‚Mitleid‘ und ‚Pranger‘“ (Schultheis 2008, 3 f.) beschreiben. Auch Geremek (1988, 16) verweist auf die Konstanz beziehungsweise die Paralleltät gewisser Einstellungen zur Armut, nämlich Barmherzigkeit auf der einen Seite, Drohung auf der anderen.

Bereits in den Gesetzen der ersten Pestzeit um 1350 zeige sich eine scharfe Trennung zwischen dem „arbeitsfähigen und arbeitswilligen Armen und jenen Armen, die sich der Arbeit entziehen“, wie auch Oexle (1982, 91) hervorhebt. In spätmittelalterlichen Städten wird „schärfer zwischen Arbeitsunfähigen und Arbeitsunwilligen“ unterschieden: „[D]ie einen sollen besser versorgt, die anderen zur Arbeit angehalten werden“ (Fischer 1982, 33). Letzteren wird „Arbeitsscheu“ und „Müssiggang“ vorgeworfen, weshalb sie als unterstützungsunwürdig gelten. Oexle (1982, 91) hält fest, dass dieser Armutstyp mehr als je zuvor zum „a-sozialen Element“, zum „Objekt von Abscheu, Furcht und Hass“ wurde.

Bei ortsansässigen Bettler_innen jedoch „hebt das Kriterium, zur Gewährung von Fürsorge einen Wohnsitz vor Ort zu haben, im äussersten Fall das Kriterium der Arbeitsuntauglichkeit auf“ (Castel 2008, 62), denn es findet nun zunehmend „die Konzentration der Bemühungen auf die ortsansässigen Armen [statt] und der Versuch, fremde abzuschieben“ (Fischer

1982, 33). Private Stifter unterstützten im ausgehenden Mittelalter in ihren Augen „ehrbare“ Arme, unter anderem Alte und Kranke, die zuvor einer Arbeit nachgegangen waren. Unter ihnen waren vor allem Handwerker, die häufig das Bürgerrecht besaßen. Es scheint unter diesen immer solche gegeben zu haben, die sich zeitweise nicht selber versorgen konnten. Man sprach oft davon, dass diese „unverschuldet“ in Notsituationen geraten seien im Gegensatz zu jenen Armen, die als arbeitsscheu taxiert wurden (Fischer 1982, 25 f.; auch Bräuer 2010, 23).

Es lässt sich bisher festhalten, dass im ausgehenden Mittelalter insbesondere drei Differenzierungskriterien über die „Unterstützungswürdigkeit“ von Armen entschieden: Neben der Ortsansässigkeit waren die Arbeitsunfähigkeit und der Umstand, „unverschuldet“ in Not geraten zu sein, zentral für die Beurteilung als „unterstützungswürdig“. Geschlecht und Körper erweisen sich als zentrale Differenzkategorien: Für Frauen ebenso wie für Menschen mit sichtbar versehrten Körpern war es offenbar leichter, als unterstützungswürdig zu gelten.

Akzentuierung des Arbeitsethos in der Frühen Neuzeit

Die Stigmatisierung „verschuldeter“ Armer, die als „unwürdig“, ja als gefährlich und böse galten (vgl. Fischer 1982, 26), findet in der Frühen Neuzeit ihre Fortsetzung und Verschärfung, da in der frühneuzeitlichen Stadt durch die Bevölkerungszunahme, Strukturveränderungen in Handwerk, Handel und Gewerbe auch die sozialen Probleme zunahmen (vgl. Jütte 1982, 102). Geremek (1988, 16) spricht von einem „grundlegende[n] Wandel“, der sich an der Schwelle zur Neuzeit „in den Denkweisen und in der gesellschaftlichen Praxis gegenüber der Armut“ feststellen lasse. Es stellte sich heraus, dass sich die Integration „fremder“ Bettler und „Vagabunden“ nicht so einfach bewerkstelligen liess, deshalb lassen sich grob zwei Tendenzen der Sozialdisziplinierung unterscheiden: „Kriminalisierung und Repression auf der einen Seite, Erziehung und Integration auf der anderen Seite“ (Jütte 1982, 103). Teilweise bereits vor und vor allem nach der Reformation wird die Armenfürsorge zunehmend in städtischen Armenfonds zentralisiert, was mit der Einführung von Bettel- und Almosenordnungen einhergeht (vgl. Fischer 1982, 37), durch die beispielsweise sogenannte Gewalttrichter befugt waren, Bettler zu kontrollieren und bei Nichtvorhandensein eines Zeugnisses ihres ehrbaren Lebenswandels aus der Stadt zu weisen (vgl. Jütte 1982, 106). Ab ungefähr 1500 haben die deutschen Städte eine Fürsorgepflicht zu erfüllen, was nicht

ohne Konsequenzen bleibt: „Vorstellungen bürgerlicher Tugenden“ (Fischer 1982, 34) werden in der Folge auf Arme übertragen, denn es sind damals die Stiftungen vermögender städtischer Bürger_innen, mittels der die Fürsorge alimentiert wird. Die Stiftenden legen genau fest, wie diese Zuwendungen zu verwenden sind und wer unterstützt werden darf. Die Vorschriften unterscheiden klar zwischen Einheimischen und Fremden, aber auch zwischen würdigen Armen und unwürdigen.

Damit geht auch ein Arbeitszwang einher, der zwar angestrebt, aber zu dieser Zeit selten umgesetzt worden sei (Fischer 1982, 35). Wer aber gegen soziale Normen verstösst, wird entsprechend sanktioniert. Vor allem Arbeitsscheu oder ein „ausschweifendes Leben, das bürgerlichen und christlichen Normen“ widerspricht, wird teilweise hart bestraft (Jütte 1982, 111). Diese Politik will „den städtischen Almosen entlasten und ihn instandsetzen, für die Arbeitsunfähigen besser zu sorgen“ (Fischer 1982, 35). Ferner soll den Armen ein „bürgerlicher Verhaltenskodex“ anezogen werden, der sie an regelmässige Arbeit, „Gehorsam, Fleiss, Demut, Bescheidenheit, Mässigung, Sittsamkeit und Gottesfurcht“ gewöhnt (Jütte 1982, 112). Die zentrale Unterscheidung zwischen arbeitsam und arbeitsscheu, aus der die Unterstützungswürdigkeit abgeleitet wird, basiert auf der bürgerlichen Vorstellung, „dass Armut vor allem dem Fehlverhalten der Armen zuzuschreiben ist“ (Fischer 1982, 35). Denn als ‚guter Bürger‘ gilt, wer sich sein Brot durch eigene Arbeit verdient (vgl. Fischer 1982, 36), während die Sozialfigur des ‚gesunden Bettlers‘ den Gegenentwurf zum ‚guten Bürger‘ darstellt (vgl. Geremek 1988, 269).

Darin zeigt sich ein durch die Anfänge des Kapitalismus und Veränderungen der Produktionsbedingungen akzentuiertes Arbeitsethos europäischer Gesellschaften, die ihre Armen in den kommenden Jahrzehnten und Jahrhunderten in Arbeitshäuser schliessen sollten, um sie so zur Arbeit zwingen zu können. Bereits um 1526 hatte der in den Niederlanden wirkende Humanist Juan Luis Vives in seiner Schrift „De subventionem pauperum“ festgehalten, dass arbeitsunwillige Arme von ihren Lastern durch „Härte der Arbeit“ und „Kargheit der Nahrung“ geheilt werden sollen (vgl. Stekl 1982, 119). Weniger im Lichte der sogenannten ‚protestantischen Ethik‘ als in einem allgemeinen Säkularisierungsprozess, der die kirchliche Kompetenz in Armenfragen durch bürgerliche Organe ersetzte, ist die Genese der Zucht- und Arbeitshäuser zu betrachten. Es verbanden sich in der Ausbildung besagter Institutionen, die in ihren Organisationsstrukturen den Klöstern und Spitälern ähnelten, „Machtstrategien städtischer oder staatlicher Obrigkeiten

mit Bestrebungen zur Stabilisierung der frühen kapitalistischen Ökonomie“ (Stekl 1982, 119 f.). Das kann man auch an der Entwicklung der Spitäler beobachten, die eine etwas ältere Einrichtung als die Zucht- und Arbeitshäuser darstellen. Für Spitalinsassen galten nach und nach rigorose Statuten, sie wurden in einheitliche Anstaltskleidung gesteckt, sie hatten ein Bettelverbot in der Stadt und wer von ihnen „absichtlich oder auch unabsichtlich gegen Normen verstieß, musste mit Essensentzug, Bussübungen, vermehrter Arbeitsleistung, tagelangen Kerkerstrafen oder sogar Stockstreichen rechnen“ (Scheutz/Weiss 2010, 188).

In der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts entstanden zuerst in England und Holland und später in ganz Europa sogenannte „Workhouses“, insbesondere für „gesunde Bettler“, „Landstreicher“ und Prostituierte (Geremek 1988, 269). Denn zunehmend setzte sich die sozialpolitische Erkenntnis durch, dass diese Personengruppen dadurch bestraft werden müssten, dass sie zur Arbeit geschickt und einer geregelten Lebensführung unterworfen würden (Stekl 1982, 121). Im Grunde genommen betrachteten die Sozialfürsorgeeinrichtungen die Arbeit als ein zentrales Instrument der „Anpassung der Armen an die Erfordernisse des gesellschaftlichen Lebens“ (Geremek 1988, 274).

Geremek (1988, 269) fasst eine Denkschrift über die Armenfürsorge in London aus dem Jahre 1552 so zusammen: „Für Landstreicher, Müssiggänger und Verschwender sah man die Einschliessung im Hospiz vor, wo Zwangsarbeit den Müssiggang und schlechte Neigungen bekämpfen sollte.“ Geremek weist darauf hin, dass rund 50 Jahre später, 1602, eine Liste der Insassen dieses Hospiz' verrät, dass insbesondere Arbeitslose eingesperrt und zur Arbeit gezwungen werden und folgert daraus: „Das Problem der zwangsweisen Beschäftigung der Bettler hing eng mit der Situation auf dem Arbeitsmarkt, der Arbeitslosigkeit, zusammen“ (Geremek 1988, 270). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass der Staat die Hospitäler, die Zucht- und Arbeitshäuser als „Experimentierfelder manufakturerer Produktion benützte“ und daran interessiert war, die Arbeitsleistung des Einzelnen zu intensivieren, um den „Produktionsfaktor Arbeit“ extensiv zu verwerten (Stekl 1982, 127).

Eine strukturelle Problematik des Arbeitsmarktes – der Mangel an privatwirtschaftlichen Arbeitsplätzen und die Unmöglichkeit, alle zu beschäftigen – wurde also in der Individualisierung der Arbeitslosigkeit über die Auffassung, die von ihr Betroffenen seien arbeitsscheu und tugendlos, kaschiert. Armut und Arbeitslosigkeit galten zu dieser Zeit als individuelle Probleme,