Fallbestimmungen im sozialpolitischen Kontext : eine ethnographische Perspektive auf diagnostische Prozesse im Feld der Arbeitsintegration

Autor(en): **Koch, Martina / Hüttemann, Matthias**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit = Revue suisse de travail social**

Band (Jahr): - **(2015)**

Heft 18

PDF erstellt am: **17.07.2020**

Persistenter Link: <http://doi.org/10.5169/seals-832450>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Fallbestimmungen im sozialpolitischen Kontext – eine ethnografische Perspektive auf diagnostische Prozesse im Feld der Arbeitsintegration

Zusammenfassung: Im Sozial- und Gesundheitswesen werden «Fälle» kategorisiert, sei es bewusst und reflektiert oder implizit. Diese Praktik der Herstellung und Einordnung von Fällen unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren wie professionellen, organisational-bürokratischen, rechtlich-politischen, situationsspezifischen und weiteren Rahmenbedingungen. Während diese Aspekte teilweise bereits erforscht sind, ist unterbelichtet, inwiefern der (sozial-)politische Kontext die jeweilige Problemdeutung und Falleinschätzung prägen kann. Anhand ethnografischen Datenmaterials aus dem Setting der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) gehen wir der Fragen nach, ob und wie sozialpolitische Kategorien und Diskurse Eingang in die Aushandlung des jeweiligen Falls finden und was dies für Diagnostik und Fallverstehen in der Sozialen Arbeit bedeuten könnte.

1 Einleitung: Fallkonstitution in der Sozialen Arbeit

Im Sozial- und Gesundheitswesen werden «Fälle» kategorisiert, sei es bewusst und reflektiert oder implizit (vgl. Hall et al. 2003). Diese Praktik der Herstellung und Einordnung von Fällen unterliegt verschiedenen Einflussfaktoren wie professionellen, organisational-bürokratischen, rechtlich-politischen, situationsspezifischen und weiteren Rahmenbedingungen. Während diese unterschiedlichen Aspekte teilweise bereits erforscht sind, ist unterbelichtet, inwiefern der (sozial-)politische Kontext die jeweilige Problemdeutung und Falleinschätzung prägen kann.

In der Sozialen Arbeit finden Praktiken der Fallkonstitution statt, wenn im Rahmen von Hilfearrangements spezifische Aspekte sozialer Wirklichkeit identifiziert, problematisiert und zum Gegenstand professioneller Interventionen gemacht werden. Es hat sich – unter den Stichworten Fallverstehen, Fallanalyse, Diagnostik oder Assessment diskutiert – weitgehend die Erkenntnis durchgesetzt: Ohne Hypothesen, mit wem oder

was es Professionelle zu tun haben, bleibt der Gegenstand der Bearbeitung unklar. Der Auftrag, soziale Problemlagen zu bearbeiten und Klientinnen und Klienten professionell zu unterstützen, erfordert eine begründete Einschätzung dessen, was jeweils der Fall ist. Mit diagnostischen Praxen jeder Art geht jedoch grundsätzlich ein Potenzial für Stigmatisierung und Diskriminierung einher (vgl. Kunstreich 2003), wie beispielsweise die Diskussion um die «Neo-Diagnostik» hervorhob (vgl. Beiträge in Heft 88 von Widersprüche). Soziale Diagnostik steht vor der paradoxalen Anforderung zu differenzieren, ohne essenzialistisch zu attribuieren, zu diskriminieren (im Sinne von «unterscheiden, trennen»), ohne zu diskriminieren (im Sinne der heute gebräuchlichen Bedeutungsverflechtung «aus der (eigenen) Gruppe aussondern»).

Die Literatur zur Diagnostik in der Sozialen Arbeit fokussiert auf Diagnostizierende und Diagnostizierte sowie deren Interaktion (vgl. u. a. Rügger 2014). Auch zur Einflussebene durch die Organisation liegt mittlerweile einige Literatur vor (vgl. u. a. Bauer 2011; Rügger 2010; klassisch: Schütze 1996), während (sozial-)politische Diskurse in Bezug auf Diagnostik bisher empirisch wenig untersucht wurden. Zwar ist die Forderung, beim Diagnostizieren auch die gesellschaftliche Dimension des Falles zu rekonstruieren (bspw. Schrödter 2003), bereits älter. Wir möchten aber weniger auf diese Dimension fokussieren, als rekonstruieren, inwiefern Diagnostizieren selbst «gesellschaftlichen Zwängen» (Schrödter 2003, S. 90) unterliegt respektive von (sozial-)politischen Rahmenbedingungen geprägt ist. Denn Sozial- und Gesellschaftspolitik ist für die Soziale Arbeit eine zentrale Referenz – wenngleich das Verhältnis zwischen Sozialarbeit und Sozialpolitik nicht eindeutig geklärt ist (vgl. Bettinger 2010). Unsere Fragestellung lautet somit: Inwiefern sind diagnostische Einschätzungen und Prozesse von gegenwärtigen sozialpolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen geprägt?

Anhand ethnografischen Datenmaterials¹, das im Setting der Interinstitutionellen Zusammenarbeit erhoben wurde, gehen wir der Frage nach, ob und wie sozialpolitische Kategorien und Diskurse Eingang in die Aushandlung des jeweiligen Falls finden. Nach einer kurzen Skizzierung des konkreten Forschungsfeldes wie auch des Designs der diesem Beitrag zugrunde liegenden Studie (2) gehen wir anhand exemplarischer Analysen von Fallbestimmungen in Fallakten, in Interviews mit Fachkräften und in Interaktionen zwischen Fachpersonal und Klientinnen und Klienten auf unsere Frage ein (3). Schliesslich ziehen wir ein Fazit, das in knapper Form

Implikationen für Diagnostik und Fallverstehen in der Sozialen Arbeit aufzeigt (4).

2 Zum Forschungsfeld und zum Forschungsdesign:

Ethnografie sozialstaatlicher Arbeitsintegration

Das Datenmaterial, auf das wir uns im Folgenden stützen, entstammt einer ethnografischen Studie zur Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) (vgl. Nadai et al. 2015). In der Schweiz wurde in Reaktion auf die zunehmende Ausdifferenzierung des Sozialstaats und die damit einhergehende Zersplitterung und Fragmentierung von Sozialleistungen vor rund zehn Jahren die Interinstitutionelle Zusammenarbeit ins Leben gerufen: Insbesondere die Arbeitslosenversicherung, die Invalidenversicherung und die öffentliche Sozialhilfe sollen intensiver kooperieren. Das Programm IIZ zielt darauf, «schwer vermittelbare» Erwerbslose mit «multiplen Problemstellungen» bzw. «komplexer Mehrfachproblematik» rascher und effizienter in den Arbeitsmarkt zu integrieren.

Die Forschung bestand aus Fallstudien von zwei IIZ-Projekten mit unterschiedlicher Organisationsstruktur: Die Projekte «Matrix»² und «Zentrum Berufliche Eingliederung» (ZBE) sind in zwei verschiedenen Kantonen mit unterschiedlichem politischem System angesiedelt. 14 IIZ-Fälle wurden über einen Zeitraum von zwei bis 16 Monaten begleitet. Um die Fallverläufe von in einen IIZ-Prozess involvierten Klientinnen und Klienten erfassen zu können, erfolgte eine Teilnahme an möglichst allen Gesprächen in den verschiedenen Institutionen. Die Klientinnen und Klienten wurden zusätzlich gegen Ende ihrer Beratung bzw. gegen Ende der Fallbearbeitung interviewt. Auch mit dem fallbearbeitenden Personal wurden qualitative Interviews durchgeführt. Das Datenmaterial besteht folglich aus ausführlichen Beobachtungsprotokollen (insbesondere von Beratungsgesprächen mit Klientinnen und Klienten, aber auch von Teamsitzungen und von Sitzungen strategischer Gremien sowie von Abklärungen und weiteren Anlässen), aus Transkripten der leitfadengestützten Interviews mit 13 Klientinnen und Klienten, von neun Interviews mit deren Beraterinnen und Beratern und von 16 Interviews mit weiterem Personal. Ferner wurden Dokumente aus den untersuchten Organisationen gesammelt (neben Akten und Protokollen zu den begleiteten Fällen auch Traktandenlisten von Teamsitzungen, Organigramme und Jahresberichte, Prozessformulare, interne Merkblätter usw.). Die Daten wurden in dieser Studie mittels der Methode der Grounded Theory in ihrer Weiterentwicklung durch Strauss und Corbin (1996) ausgewertet.

Im Fokus dieser Studie standen primär zwei kantonale Organisationen, die gemäss Selbstbeschreibung Interinstitutionelle Zusammenarbeit betreiben (vgl. für eine ausführlichere Beschreibung der beiden Organisationen Nadai et al. 2015). Das von uns sogenannte *Zentrum Berufliche Eingliederung (ZBE)* arbeitet unter dem Dach des kantonalen Arbeitsamtes und vereint ein Team von Sozialarbeitenden und Coachs, die sowohl Klientinnen und Klienten der Sozialhilfe als auch solche der Regionalen Arbeitsvermittlungszentren (RAV) der Arbeitslosenversicherung beraten und begleiten. Angeboten werden kürzere Abklärungen sowie einmalige Beratungsgespräche und mehrmonatiges Coaching. Das ZBE ist insgesamt auf Arbeitsintegration spezialisiert.³ Die zweite untersuchte Organisation, die von uns *Matrix* genannt wird, ist anders organisiert: Zwar verfügt sie über eine kleine Geschäftsstelle mit festem Personal, primär bringt sie aber wechselnde Teams aus unterschiedlichen Organisationen zusammen, die sich jeweils um einen konkreten Fall herum bilden. Die Fälle stammen zu einem grossen Teil aus der Arbeitslosenversicherung. Daneben gibt es vereinzelt auch Fälle der Sozialhilfe und der Invalidenversicherung. Personal wird primär von der Arbeitslosenversicherung, der Sozialhilfe und der Invalidenversicherung entsendet. Hauptkriterium für die Konstitution eines solchen Matrix-Falls ist eine «Schnittstelle» zu einer anderen Organisation; oft handelt es sich um Klientinnen und Klienten der Arbeitslosenversicherung, die für eine Abklärung bei der Invalidenversicherung angemeldet sind oder eine solche Anmeldung wegen gesundheitlicher Probleme in Erwägung ziehen. Bei beiden untersuchten Organisationen sind neben Sozialarbeitenden auch Coachs, Personalberaterinnen und -berater, Psychologinnen und Psychologen und weitere Fachkräfte angestellt.

3 Ethnografische Blicke auf Fallbestimmungen im Feld der Arbeitsintegration

3.1 Fokus auf Arbeits(un)fähigkeit bei der Fallkonstitution

Für Fragen nach der Fallbestimmung sind insbesondere Fallkonstitutionen, also Anfänge von Fällen, in den untersuchten Organisationen aufschlussreich. Wie die Analyse solcher Anfänge von IIZ-Fällen zeigt, ist zu Beginn oftmals Gesundheit ein relevantes Thema (vgl. Koch 2016). Dass «Gesundheit» im untersuchten Feld einen spezifischen Zuschnitt erhält, lässt sich gut am folgenden Dokumentenausschnitt verdeutlichen. Es handelt sich um eine Sequenz aus der schriftlichen Anmeldung, mit der der Klient Herr Yilmaz⁴ von seinem RAV-Berater für einen IIZ-Prozess bei Matrix angemeldet wurde. Unter der Überschrift «grobe Fallskizzierung/Potential und Zielsetzung für den IIZ-Prozess» steht:

Der Klient leidet seit 2005 an Rückenschmerzen. Rücken-OP [Operation] fand im 2005 statt. IV-Anmeldung fand im 2005 statt. Gem[äss] Arztzeugnis ist der Klient für die Arbeit als Gipser 100% arbeitsunfähig. IV-Berufsberatung fand im 06/07 statt. Umschulung finanziert von IV fand vom Nov[ember] 07 bis März 08 statt, wurde jedoch im Jan[uar] 08 abgebrochen. Das RAV hat den Klienten zum Beschäftigungsprogramm angemeldet. (Auszug aus der Anmeldung für eine IIZ-Falleröffnung bei Matrix)

Der RAV-Berater nimmt in diesem Dokument eine Bestimmung dessen vor, was für ihn der Fall respektive das Problem ist. Diese Problematisierung steigt mit Hinweisen auf ein Rückenleiden, eine Operation und eine IV-Anmeldung des Klienten ein. Weiter wird ausgeführt, dass eine Massnahme, die durch die IV finanziert wurde, abgebrochen wurde – was dazu führte, dass der Klient sich beim RAV anmelden musste. Im Anschluss an den zitierten Ausschnitt ist zu lesen, dass der Klient drei schulpflichtige Kinder habe und dass seine Ehefrau nicht berufstätig sei. Die private Situation wird als «sehr angespannt» bezeichnet. Als «Ziel» des angestrebten IIZ-Prozesses bei Matrix wird angegeben:

Klären, welche Möglichkeiten der Klient noch auf dem Arbeitsmarkt hat. Klarheit schaffen, welche Unterstützungsmöglichkeiten bei den im Fall beteiligten Stellen der Klient zu erwarten hat. (Auszug aus der Anmeldung für eine IIZ-Falleröffnung)

Die zwei Zielsetzungen, die hier formuliert werden, folgen aus den oben herausgearbeiteten Problematisierungen. Erstens werden Zuständigkeitsfragen aufgeworfen: Welche Sozialversicherung ist für diesen Klienten zuständig, der gesundheitliche Probleme hat – und bereits Leistungen der IV in Anspruch nehmen konnte? Zweitens geht es noch um etwas anderes: Implizit wird eine Verbindung zwischen der gesundheitlichen Situation des Klienten und dem Arbeitsmarkt geschaffen; Aufgabe des RAV-Beraters ist schliesslich die Reintegration in den Arbeitsmarkt. Daher stellt sich die Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Klienten. Deutlicher wird dies in einer E-Mail des Beraters an das Forschungsteam, in der er die Situation des Klienten so zusammenfasst:

Der Klient will arbeiten, jedoch immer noch nicht klar, welche Arbeiten er noch machen kann. Gesundheitliche Situation etwas besser. (Auszug aus einer E-Mail eines RAV-Beraters)

Zusammenfassend lässt sich also zunächst festhalten, dass «Gesundheit» hier zum einen als rechtlich-organisationale Frage nach Zuständigkeiten und zum anderen als Frage nach der Arbeitsfähigkeit des Klienten und seinen Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt auftaucht. Dieser Zuschnitt von Gesundheit, der sich auch bei anderen der analysierten Fälle beobachten lässt (vgl. Koch 2016), ist nicht zufällig: Das untersuchte Setting ist für die Arbeitsmarktintegration von Fällen mit einer «Mehrfachproblematik» zuständig. Dieser Auftrag widerspiegelt sich in den Fallbestimmungen.

3.2 *Erstgespräche im Kontext institutioneller Vorgeschichten des Falls*

In der Sozialen Arbeit tätige Fachkräfte führen in der Regel Fallakten, die ihre Interpretationen des Falls enthalten und ihn damit konstituieren. Solche Akten werden mitunter auch an Fachkräfte anderer Organisationen, die sich mit demselben Fall befassen, weitergereicht. Dies erfolgt in der Regel schriftlich, beispielsweise durch Anamnese-Bögen, Fallakten, Protokolleinträge und ähnliche Dokumente, kann aber auch auf mündlichen Informationen beruhen. Es ist anzunehmen, dass diese weiteren Fachkräfte ihre eigene Interpretation dessen, was der Fall ist, nicht unabhängig von den ihnen vorliegenden Informationen machen. Dadurch findet aber nicht nur eine «Kanalisation» (Berg 2008, S. 68) des Falls und eine «Verengung» von Handlungsoptionen auf Basis der Fallinterpretation statt, sondern es wird zugleich eine spezifische Interpretation des Falls produziert. Fallakten können damit zu Ko-Produzenten der Wirklichkeit eines Falls werden; sie erweisen sich als «selbständige Kraft» (Berg 2008, S. 64). Für die Frage nach sozialpolitischen und organisationalen Einflüssen auf die Fallkonstitution bedeutet dies, dass die Kategorisierungen, Typisierungen und Klassifizierungen des Personals nicht (nur) ad-hoc im jeweiligen Gespräch oder im Anschluss daran entstehen, sondern vielmehr von bereits vorliegenden Einschätzungen des Falls und dessen Problematik beeinflusst sind.

Anhand des Beginns eines Gesprächs im Zentrum Berufliche Eingliederung (ZBE) soll im Folgenden der Frage nachgegangen werden, inwiefern sich IIZ-Fachkräfte auf ihnen vorliegende Informationen anderer Institutionen beziehen und wie dadurch die Bestimmung dessen, was der Fall ist, geprägt wird: Frau Becker ist Sozialarbeiterin, arbeitet im ZBE als sogenannte Assessorin und ist in dieser Funktion primär für Sozialhilfe-Klientinnen und -Klienten zuständig. Herr Celik ist Klient bei der Sozialhilfe.⁵ Er hat bereits das halbtägige sogenannte Kurzassessment im ZBE durchlaufen. Nun findet im ZBE das «Erstgespräch» statt, das der Erfassung der persönlichen Situation des Klienten dient und ergo eine diagnostische

Funktion hat. Strukturiert wird das Gespräch von einem standardisierten Gesprächsleitfaden, der unterschiedliche Themen wie Ausbildung, berufliche Stationen, Dauer der Erwerbslosigkeit, Gesundheit, Wohnsituation, familiäre Situation und weiteres mehr auflistet. Frau Becker hat ausserdem Zugriff auf die Fallakte der Sozialhilfe und auf weitere Unterlagen zum Fall, anhand deren sie sich auf das Gespräch vorbereitete. Einen Teil dieser Unterlagen hat sie ausgedruckt und ins Gespräch mitgebracht.

Frau Becker hat vor sich ausgedruckte Auszüge aus der Fallakte der Sozialhilfe liegen. Sie liest vor, dass ein Antrag auf eine Rente der Invalidenversicherung abgelehnt worden sei und dass Herr Celik zu 80% arbeitsfähig sei für eine leichte Arbeit. Herr Celik sagt, er könne eine Stunde arbeiten, dann müsse er eine halbe Stunde Pause machen. Frau Becker lacht und meint, nein, das sei nicht das, was mit leichter Arbeit gemeint sei. Herr Celik erzählt, er sei wegen seiner Knieprobleme im Krankenhaus bei acht verschiedenen Ärzten gewesen, diese hätten ihm gesagt, er hätte Glück gehabt, das nächste Mal sei er im Rollstuhl. (...) Frau Becker liest weiter in der Fallakte der Sozialhilfe und fasst zusammen: Das mit der Invalidenversicherung sei eine lange Geschichte, die laufe seit 2002. Im 2004 kam der ablehnende Bescheid der Invalidenversicherung. Im 2005 sei eine Beschwerde vom Sozialversicherungsgericht abgelehnt worden. Invaliditätsgrad: 21%. Herr Celik sagt, die Dokumente würden etwas anderes sagen, als das, was er könne. Er habe Schmerzen. (Auszug aus dem Beobachtungsprotokoll)

Indem sie aus ihr vorliegenden Akten vorliest, macht die Sozialarbeiterin dem Klienten deutlich, dass sie mit anderen in den Fall involvierten Organisationen wie der Sozialhilfe in einem Austausch steht. Als sozialpolitischer Hintergrund solcher Austauschprozesse kann die in den letzten Jahren verstärkt geäusserte Forderung nach interprofessioneller und organisationsübergreifender Kooperation und Abstimmung genannt werden, die ja auch der eingangs kurz skizzierten Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ) zugrunde liegt (vgl. Nadai et al. 2015). IIZ bedeutet eine institutionalisierte und (zumindest teilweise) auch standardisierte Form einer solchen Zusammenarbeit in Bezug auf Einzelfälle. Im Zuge von IIZ wurde der Austausch von Daten zwischen den involvierten Organisationen erleichtert (vgl. Pärli 2014). Diese Transparenz verunmöglicht es dem Klienten, der Sozialarbeiterin gewisse Informationen zu verschweigen oder diese anders darzustellen. Als anschlussfähig und relevant für sie erweist sich primär die Perspektive der anderen Organisationen, während Herrn Celiks Perspektive

zunächst zurückgestellt wird. So wird ihm verdeutlicht, dass er hier ein «Fall» mit einer spezifischen Geschichte ist, der mit bestimmten administrativen Tätigkeiten wie beispielsweise dem Verfassen, dem Übermitteln und dem Rezipieren einer Akte verknüpft ist.

Neben der formal-organisatorischen Dimension von Sozialpolitik, die sich in dieser Sequenz zeigt und die mit «verstärkter Zusammenarbeit» und «erleichtertem Datenaustausch» umschrieben werden kann, gibt es auch eine inhaltliche Dimension, die durch die «Kanalisation» des Falls geprägt ist. Daher lässt sich fragen: Welche Lesart wird in den gezeigten Protokollauschnitten priorisiert? Wie wird der Fall thematisch kanalisiert? In der zitierten Sequenz wird der Fall in Bezug auf seine Beziehung zur Invalidenversicherung konzipiert. Die Fallbestimmung orientiert sich an der Frage, wie die Invalidenversicherung den Fall beurteilt. Das hängt damit zusammen, dass das soziale Sicherungssystem in der Schweiz zum einen Lücken aufweist – Langzeitarbeitslosigkeit ist nicht versichert – und zum anderen in den letzten Jahren die berufliche Eingliederung von Klientinnen und Klienten immer stärker gewichtet. Damit erfährt dieses Erstgespräch von Beginn an eine Rahmung, die sowohl vom Klienten als auch von der Sozialarbeiterin während des gesamten Gesprächs aktualisiert wird, und die von sozialpolitischen Begebenheiten geprägt ist: In die Situation hinein ragt insbesondere der Umstand, dass die Invalidenversicherung den Zugang zu Renten in den letzten Jahren einschränkte, was mit der politischen Priorisierung von Eingliederungsmassnahmen vor finanzieller Absicherung durch Berentung zusammenhängt. Hätte die Invalidenversicherung keine ablehnende Entscheidung erteilt, wäre Herr Celik vermutlich als «Fall für die Invalidenversicherung» gar nicht zwingend im ZBE gelandet. Entscheide der IV sind also wesentlich für die Fallkonstitutionen in Organisationen wie dem ZBE oder Matrix.

Zusammenfassend lässt sich bisher festhalten, dass die Fallbestimmung von Interpretationen und Entscheiden anderer Zweige im System der sozialen Sicherung geprägt wird. Die Kooperation dieser Organisationen wird durch IIZ gefördert und der Austausch von Daten wird erleichtert. Dadurch wird es für die Fachkräfte von nachgelagerten Organisationen schwieriger, sich «ein eigenes Bild» zu machen, also unabhängig vorgängiger Fallinterpretationen zu einer eigenen Bestimmung dessen zu kommen, was hier «der Fall ist». Da viele der untersuchten Fälle eine institutionelle Vorgeschichte aufweisen und/oder entweder bereits eine Ablehnung ihres Gesuchs bei der Invalidenversicherung erfahren oder noch auf einen Entscheid der IV warten, kann die skizzierte Kanalisierung des

Falls mehrfach beobachtet werden. Insbesondere in Erstgesprächen spielen diese aktuellen oder vergangenen institutionellen Bezüge eine wichtige Rolle. Im Folgenden gehen wir daher etwas ausführlicher auf die Rolle der Invalidenversicherung für die Fallbestimmung in den untersuchten Organisationen ein.

3.3 *Die Invalidenversicherung als definitionsmächtige Institution*

Dass ein gesundheitliches Problem erst durch seine Feststellung durch eine externe Instanz zu einer legitimen gesundheitlichen Einschränkung werden kann und welche Rolle die Invalidenversicherung dabei spielt, soll im Folgenden gezeigt werden. So antwortet ein Sozialarbeiter des ZBE auf die Frage, was seiner Meinung nach die Schwierigkeiten einer seiner Klientinnen seien, die durch eine der Forscherinnen begleitet wurde:

Sicher mal die unklare gesundheitliche Situation. Die Klientin hat eigentlich ganz klar die Ansicht, dass sie gewisse Sachen nicht mehr ausüben kann und da ist sie jetzt von der IV aber, also die IV hat ja berufliche Massnahmen abgelehnt, ja, sie hat keinerlei Anspruch auf irgendwelche Massnahmen, Rente sowieso nicht und so diese Diskrepanz da zwischen den beiden Sachen, oder?
(Auszug aus dem Interview mit einem Mitarbeiter des ZBE)

Nach den Schwierigkeiten seiner Klientin gefragt, problematisiert der Sozialarbeiter einen Umstand, der seinen Auftrag der Arbeitsintegration erschwert: Das subjektive gesundheitliche Befinden der Klientin deckt sich nicht mit der Einschätzung ihrer gesundheitlichen Situation durch die IV. Für das Personal ergibt sich durch die geschilderte «Diskrepanz» ein praktisches Problem: Wie sollen sie mit diesen Klientinnen und Klienten verfahren? Worauf sollen sie nun abstellen, auf die Einschätzung der Invalidenversicherung oder auf jene der Klientinnen und Klienten? Sollen sie ihre Klientinnen und Klienten als arbeitsfähig oder als in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt behandeln? Die «Diagnose» des interviewten Mitarbeiters zielt denn auch primär auf ein Problem, das im System der sozialen Sicherung verortet werden kann – und weniger in der Person der Klientin oder in ihrem näheren Umfeld. In letzter Konsequenz handelt es sich hier um ein Problem von Zuständigkeiten: Für Klientinnen und Klienten, die weder Anspruch auf Unterstützung durch die Arbeitslosenversicherung noch durch die IV haben, bleibt, wenn sie mittellos sind, nur noch die Sozialhilfe als «Auffangnetz» (vgl. Nadai/Koch 2011).

In der Sozialhilfe werden solche Fälle gar als «typische Fälle» bezeichnet, wie ein Eintrag in einer Fallakte der Sozialhilfe zeigt. Es handelt sich um einen Klienten, der einige Jahre lang eine Rente der IV bezog. Diese wurde ihm gestrichen, weil «medizinische Abklärungen» gezeigt hätten, dass «keinerlei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit» mehr vorläge.

Herr Ph. klagt immer wieder über seine rheumatischen Beschwerden, diese scheinen zuzunehmen. Allerdings ist er arbeitsfähig (gemäss Arztzeugnis und Invalidenversicherung). (...) Dies ist wieder ein sehr typischer Fall. Ärzte sehen Herrn Ph. als arbeitsfähig an, aber Herr Ph. hat hier eine andere Wahrnehmung in dieser Sache. (Auszug aus einer Fallakte eines Sozialdienstes)

Das weitere Datenmaterial zu diesen beiden und weiteren Fällen lässt den Schluss zu, dass gesundheitliche Einschränkungen der Klientinnen und Klienten tendenziell nicht mehr als objektives (medizinisches) Problem der Klientinnen und Klienten betrachtet werden, wenn die Invalidenversicherung einen ablehnenden Entscheid getroffen hat oder kein ärztliches Attest vorliegt (vgl. Nadai/Koch 2011). Das zeigt, wie definitionsmächtig die Medizin als Disziplin und die Invalidenversicherung als Organisation mit versicherungsmedizinischer Kompetenz sind. Eine sozialprofessionelle Kompetenz in Bezug auf das Thema Gesundheit ist im untersuchten Bereich kaum auszumachen. Im Gegenteil: Fallbestimmungen kommen um eine Bezugnahme auf Arbeits(un)fähigkeit als sozialrechtliche Kategorie und auf (versicherungs-)medizinische Aussagen dazu offensichtlich nicht herum. Wo solche Aussagen nicht vorliegen oder wo Arbeitsfähigkeit bescheinigt wird, obwohl sich der Klient oder die Klientin nicht gesund fühlt, fehlt einem gesundheitlichen Problem gleichsam die Legitimation. Fallbestimmungen können dann auf psychologische Dimensionen abzielen, worauf wir im folgenden Abschnitt eingehen.

3.4 *Subjektive Arbeitsunfähigkeit als Problem*

Fehlen objektive Anhaltspunkte für gesundheitliche Einschränkungen, zielen die Problematisierungen des Personals in der Folge teilweise auf die gesundheitsbezogenen Einstellungen oder das Gesundheitsverhalten der Klientinnen und Klienten ab (vgl. Koch 2016). In den Augen eines Assessors des ZBE beispielsweise sind einige Klientinnen und Klienten auf ihre gesundheitlichen Probleme «fokussiert». Er sagt über eine seiner Klientinnen:

Ich denke, sie ist auch sehr konzentriert auf ihre gesundheitliche Situation und stellt sich diese auch ein bisschen in den Weg, also nimmt vielleicht ein bisschen auch zu ... Also ernst muss man es natürlich auf jeden Fall nehmen, aber man kann es dann auch immer sagen, das geht nicht wegen dem und dieses geht nicht wegen dem. (Auszug aus einem Interview mit einem Mitarbeiter des ZBE)

In dieser im Interview geäusserten Fallbestimmung wird der Umgang der Klientin mit ihrer Situation problematisiert; ihre (Bewältigungs-)Strategien werden als nicht adäquat wahrgenommen, wie auch die folgende Aussage über diese Klientin zeigt:

Es ist gut, ist mal die Invalidenversicherung [im Fall] drin, damit jetzt auch mal die ganze gesundheitliche Situation, wo sich diese Klientin ja auch immer wieder reingeflüchtet hat, dass man da vielleicht auch mal einen Entscheid hat, der sagt, ja von der Invalidenversicherung, aus gesundheitlichen Gründen gibt es das und das, was auch immer das dann ist, wo man dann weiterarbeiten kann. (Auszug aus einem Interview mit einem Mitarbeiter des ZBE)

Der Assessor wünscht sich einen Entscheid der Invalidenversicherung, dem er Objektivität in Bezug auf die «gesundheitlichen Gründe» zuschreibt. Dies verdeutlicht nochmals, wie stark das Thema Gesundheit der IV überantwortet wird und wie sehr auf (angeblich) objektive Einschätzungen abgestellt wird. Damit geht auch eine Abwertung der Perspektive der Klientin einher, die als weniger verlässlich und als veränderungsbedürftig eingeschätzt wird.

Die Analyse dieses und des weiteren Datenmaterials fördert die Konzeption einer zweifachen Arbeitsfähigkeit zutage: Eine objektive, auf ärztlichen Expertisen basierende und eine subjektive, die sich, wie gezeigt, nicht mit der ersten decken muss und die die Fachkräfte vor grosse Herausforderungen stellt: Die Aussage des Assessors, dass er nach einem IV-Entscheid «weiterarbeiten» könne, lässt vermuten, dass er die aktuelle Situation als «blockiert» betrachtet – ähnlich wie das der im vorhergehenden Kapitel zitierte Auszug aus einer Fallakte der Sozialhilfe zutage fördert. Allerdings hat die IV dort bereits einen (negativen) Entscheid getroffen; doch ist der Klient mit diesem Entscheid nicht einverstanden, was auch seine «Vermittelbarkeit» tangiere. So heisst es in der bereits zitierten Fallakte ganz zu Beginn, nachdem eine Schilderung erfolgte, warum der Klient sich bei der Sozialhilfe anmelden musste:

Herr Ph. ersucht uns um finanzielle Hilfe, da die Rente der Invalidenversicherung sistiert wird. (...) Aus Sicht der Invalidenversicherung haben die medizinischen Abklärungen ergeben, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe. Die Invalidenversicherung meint weiter, dass keinerlei Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. (...) Der Haken an der Geschichte ist, dass sich Herr Ph. als nicht arbeitsfähig ansieht und dementsprechend die Vermittelbarkeit nicht gegeben ist. (Auszug aus einer Fallakte eines Sozialdienstes)

Diese Aufteilung von Arbeitsfähigkeit in eine subjektive und eine objektive Dimension erinnert an die Unterscheidung zwischen “disease” und “illness”, die der amerikanische Medizinanthropologe Arthur Kleinman (1980, S. 73–78) macht: Während “disease” im biomedizinischen Sinn als Krankheit verstanden wird, bezieht sich “illness” auf das Kranksein, also das Erleben von Krankheit. Dass “disease” und “illness” sich nicht decken müssen, zeigt sich daran, dass sich ein im biomedizinischen Sinn gesunder Mensch krank fühlen kann, während sich ein «objektiv» kranker Mensch mit einer nicht spürbaren Krankheit als gesund wahrnehmen kann. Stehen “disease” und “illness” bei Kleinman als gleichberechtigte Konzepte nebeneinander, ist aufgrund der analysierten Daten zu vermuten, dass im sozialpolitischen Kontext eine Hierarchisierung stattfindet: Biomedizinisch belegte gesundheitliche Einschränkungen werden höher gewichtet als subjektives Krankheitsempfinden, was mit dem sozialpolitischen Kontext zusammenhängt, in dem sich die beiden untersuchten Organisationen und mit ihnen die Fachkräfte bewegen. Dieser Kontext wird im folgenden Kapitel erläutert.

4 Sozialpolitischer Fokus auf «Einzugliedernde»

Wie anhand unterschiedlichen Datenmaterials und verschiedener Fälle gezeigt werden konnte, können Fallbestimmungen im Bereich der sozialstaatlichen Arbeitsintegration kaum unabhängig vom sozialpolitischen Kontext vorgenommen werden (vgl. auch Schumak 2003; Nadai 2012). Die herausgearbeitete Fokussierung auf die versicherungsrechtliche Kategorie der Arbeitsfähigkeit und die starke Bezugnahme auf versicherungsmedizinische Einschätzungen bei der Interpretation dessen, was der Fall ist, verdeutlichen dies.

Als weiterer Kontext kann die aktivierende Sozialpolitik bezeichnet werden, im Zuge derer Sozialversicherungen und Sozialdienste so umgebaut wurden, dass unterstützte Menschen nicht mehr «passiv» Leistungen beziehen können, sondern durch Gegenleistungen «aktiviert» wer-

den sollen. Dadurch soll die Eigenverantwortung der Betroffenen ausgeweitet werden (vgl. u. a. Dahme/Wohlfahrt 2008; Lessenich 2008). Dieser Umbau zielt primär darauf ab, möglichst viele Leistungsbeziehende (wieder) auf den Arbeitsmarkt zu bringen, damit sie ihre Existenz selbst sichern können. Auch für Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen oder einer «Behinderung» wird die Arbeitsintegration zunehmend gefordert, beispielsweise von der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD), die dazu verschiedene Länderberichte und einen Synthesebericht veröffentlichte (vgl. u. a. OEDC 2010). Zugespitzt lässt sich die Position der OECD so beschreiben: Mehr und mehr werden auch gesundheitlich eingeschränkte Menschen als «Erwerbslose» und als «Einzugliedernde» (vgl. Germann 2008) wahrgenommen – und nicht mehr als primär «Erwerbsunfähige», die einen Anspruch auf eine Rente geltend machen können. Medizinerinnen und Mediziner sollten sich daher auf die «Restarbeitsfähigkeit» (remaining work capacity) Betroffener fokussieren. Die OECD (2014, S. 17) kritisiert in einem Bericht zu psychischer Gesundheit und Beschäftigung in der Schweiz, dass medizinische Abklärungen «immer noch hauptsächlich auf den Rentenanspruch statt auf die Eingliederungsfähigkeit der betroffenen Person ausgerichtet» seien.

Doch auch in der Schweiz lässt sich beobachten, dass gesundheitlich eingeschränkte Menschen zunehmend in den Arbeitsmarkt integriert werden sollen. So betont beispielsweise die Invalidenversicherung, welche schon seit ihren Anfängen dem Grundsatz der «Eingliederung vor Rente» (vgl. Germann 2008) folgte, die berufliche Integration seit ihrer letzten Gesetzesrevision noch stärker, was sich im Motto «Eingliederung statt Rente» ausdrückt. Der Fokus auf «Restarbeitsfähigkeit», der politisch gefordert wird und der, wie gezeigt, in verschiedenen gesetzlichen und politischen Entwicklungen zum Ausdruck kommt, widerspiegelt sich auch auf der Ebene der Fallbestimmungen in den untersuchten Organisationen – das haben die Analysen im vorhergehenden Kapitel deutlich gemacht.

5 Fazit

Wahrnehmungs- und Deutungskategorien, die aktuellen sozialpolitischen Diskursen in hohem Masse entsprechen, sind für die Professionellen in konkreten Situationen entscheidungsrelevant und erfüllen damit eine diagnostische Funktion (z. B. erfüllt der Begriff der «Arbeits(un)fähigkeit» eine klassifikatorische Funktion). Die Relevanzsysteme der Klientinnen und Klienten, sofern sie anhand des vorliegenden Datenmaterials rekonstruiert werden konnten, werden durch die von den Professionellen verwendete-

ten diagnostischen Kategorien in ihren generativen Mustern kaum erfasst. Vice versa bleiben die professionellen Kategorien wenig anschlussfähig an die zentralen Themen der Selbstbeschreibungen von Klientinnen und Klienten. Diese fehlende Passung lässt gelingende berufsbiografische Weichenstellungen unwahrscheinlicher erscheinen (vgl. Hanses 2000).

In diesem Beitrag wurde gezeigt, wie sozialpolitische Leitkategorien die soziale Diagnostik von Professionellen und damit auch die Interaktion mit Klientinnen und Klienten beeinflussen. Dieser Zusammenhang wurde bereits in der Diskussion um «Neo-Diagnostik» theoretisch diskutiert und wurde hier empirisch erhärtet. Die Auseinandersetzung mit der Empirie zeigt aber auch, dass nicht die Diagnostik an sich das Problem darstellt, sondern die Art und Weise des diagnostischen Fallverstehens, die massgeblich durch organisational vermittelte sozialpolitische Rahmenbedingungen mitbedingt ist. Es lässt sich auch zeigen, dass die Ausgestaltung von Sozialpolitik dringend sozialarbeiterische Professionalität erfordern würde⁶ und sich professionstheoretische Desiderate nach professioneller Handlungsautonomie, Reflexivität und kooperativer Prozessgestaltung empirisch plausibilisieren lassen. Deutlich wird zugleich, dass in der Gegenwart Organisationen und politische Rahmenbedingungen aus professionalisierungstheoretischen Zugängen in der Sozialen Arbeit kaum mehr weggedacht werden können.

Literaturverzeichnis

- Bauer, Petra (2011). Die Bedeutung der Organisation im Prozess der Fallkonstitution. In: *Kontext*, 42(1), S. 29–44.
- Berg, Marc (2008). Praktiken des Lesens und Schreibens. Die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit. In: Irmhild Saake & Werner Vogd (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 63–85.
- Bettinger, Frank (2010). Soziale Arbeit und Sozialpolitik. In: Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Sozialer Arbeit. Ein einführendes Handbuch*. (3. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag, S. 345–354.
- Dahme, Heinz-Jürgen & Wohlfahrt, Norbert (2008). Der Effizienzstaat: die Neuausrichtung des Sozialstaats durch Aktivierungs- und soziale Investitionspolitik. In: Birgit Bütow, Karl August Chassé & Rainer Hirt (Hrsg.), *Soziale Arbeit nach dem Sozialpädagogischen Jahrhundert. Positionsbestimmungen Sozialer Arbeit im Post-Wohlfahrtsstaat*. Opladen und Farmington Hills: Barbara Budrich, S. 43–58.
- Germann, Urs (2008). «Eingliederung vor Rente». Behindertenpolitische Weichenstellungen und die Einführung der schweizerischen Invalidenversicherung. In: *Schweizerische Zeitschrift für Geschichte*, 58, S. 178–197.
- Hall, Christopher; Juhila, Kirsi; Parton, Nigel & Pöso, Tarja (Hrsg.) (2003). *Constructing Clienthood in Social Work and Human Services. Interaction, Identities and Practices*. London & New York: Jessica Kingsley Publishers.

- Hanses, Andreas (2000): Biographische Diagnostik in der Sozialen Arbeit. Über Notwendigkeit und Möglichkeit eines hermeneutischen Fallverständnisses im institutionellen Kontext. In: *Neue Praxis*, 30(4), S. 357–379.
- Kleinman, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Koch, Martina (2016). *Herstellung von Arbeits(un)fähigkeit. Arbeitsintegration von gesundheitlich eingeschränkten Erwerbslosen aus ethnografischer Perspektive*. Zürich: Seismo Verlag.
- Kunstreich, Timm (2003). Neo-Diagnostik – Modernisierung klinischer Professionalität? Ein Exposé für ein Methodenheft der Widersprüche. In: *Widersprüche*, 23(88), S. 7–10.
- Lessenich, Stephan (2008). *Die Neuerfindung des Sozialen. Der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus*. Bielefeld: transcript.
- Nadai, Eva (2012). Von Fällen und Formulare: Ethnographie von Sozialarbeitspraxis im institutionellen Kontext. In: Elke Schimpf & Johannes Stehr (Hrsg.), *Kritisches Forschen in der Sozialen Arbeit. Gegenstandsbereiche – Kontextbedingungen – Positionierungen – Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS, S. 149–163.
- Nadai, Eva & Canonica, Alan (2012). Arbeitsmarktintegration als neu entstehendes Berufsfeld: zur Formierung von professionellen Zuständigkeiten. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 38(1), S. 23–37
- Nadai, Eva; Canonica, Alan & Koch, Martina (2015), ... und baute draus ein grosses Haus. *Interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ) zur Aktivierung von Erwerbslosen*. Konstanz: UVK.
- Nadai, Eva & Koch, Martina (2011). Ein Forschungsobjekt im Zwischenraum. Interinstitutionelle Zusammenarbeit zwischen sozialstaatlichen Agenturen. In: *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, 31(3), S. 236–249.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2010). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. A Synthesis of Findings across OECD Countries*. Paris: OECD.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2014). *Mental Health and Work: Switzerland*. Paris: OECD. (Hier nach der deutschen Übersetzung durch das BFS [Bundesamt für Sozialversicherungen] [2014]. *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz. Forschungsbericht 12/13 der Reihe Beiträge zur Sozialen Sicherheit*. Bern: BFS.)
- Pärli, Kurt (2014). IIZ-Datenaustausch. Datenschutz und Datenaustausch in der Interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ). In: Bruno Baeriswyl & Rudin, Beat (Hrsg.), *digma. Schriften zum Datenrecht*. Band 8. Zürich, Basel & Genf: Schulthess, S.1–96.
- Rüegger, Cornelia (2010). Soziale Diagnostik als Kern des professionellen Handelns. Ein Orientierungsrahmen. In: *Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit*, (8–9), S. 35–52.
- Rüegger, Cornelia (2014). Wie wird der Fall zum Fall? In: *Soziale Passagen*, 6(2), S. 343–349.
- Schrödter, Mark (2003). Zur Unhintergebarkeit von Diagnosen. Klassifikation in der Sozialen Arbeit. In: *Widersprüche*, 23(88), S. 85–100.
- Schumak, Renate (2003). Diagnostische Verfahren in der Arbeitsmarktpolitik. Profiling im aktivierenden Sozialstaat. In: *Widersprüche*, 23(88), S. 61–71.
- Schütze, Fritz (1996). Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkungen auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: Arno Combe & Werner Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, S. 183–275.
- Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (1996). *Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

Anmerkungen

- 1 Der Beitrag stützt sich auf die kürzlich abgeschlossene Dissertationsstudie der Autorin (vgl. Koch 2016). Diese entstand im Kontext des vom Schweizerischen Nationalfonds geförderten Forschungsprojekts “Working the interstices. Inter-institutional cooperation in the Swiss welfare and social insurance system” (Projekt 117783; Laufzeit: 2008 bis 2010), das von Eva Nadai geleitet wurde und in dem neben der Autorin auch Alan Canonica mitarbeitete. Untersucht wurde, wie diese interinstitutionelle Kooperation konkret funktioniert und ausgestaltet wird (vgl. Nadai et al. 2015).
- 2 Alle Namen sind aus Datenschutzgründen anonymisiert; sowohl die Namen der beiden untersuchten Organisationen als auch die der Beraterinnen und Berater und der Klientinnen und Klienten. Aus demselben Grund wird auch auf eine Nennung der Kantone verzichtet, in denen die untersuchten Organisationen angesiedelt sind.
- 3 Die im folgenden Kapitel analysierten Fallbeispiele stammen vornehmlich aus dem ZBE.
- 4 Der Fall von Herrn Yilmaz wird ausführlicher in Nadai et al. 2015 und in Koch 2016 besprochen.
- 5 Der Fall von Herrn Celik wird ausführlicher in Koch 2016 analysiert.
- 6 Im untersuchten Feld arbeiten zwar Sozialarbeitende. Erstens überwiegen jedoch Fachkräfte ohne sozialarbeiterische Ausbildung und zweitens sind die Sozialarbeitenden organisatorisch-politisch so eingebunden, dass sie kaum professionell arbeiten können (vgl. dazu auch Nadai/Canonica 2012).