

Fazit: Partizipation rekonfigurieren!

Die Untersuchung war von drei zentralen Fragekomplexen geleitet. Erstens, welche typischen Lebenslagen entstehen durch die Wechselwirkungen zwischen Gesundheit auf der einen, den strukturellen und mentalen Barrieren im Funktionssystem Wirtschaft auf der anderen Seite? Zweitens, wie gestaltet sich die berufliche Rehabilitation, die durch Bildungsangebote im Sinne von Arbeiten 4.0 in diese Lebenslagen interveniert, und wie reflektieren die Akteurinnen und Akteure ihre eigene Lernerfahrung? Drittens stellte sich ausgehend davon, dass Sehschädigung mit der Erfahrung von Behinderung einhergeht und Tätigkeit in Bezug auf die jeweils eigenen Kategorien von Gesundheit, Arbeit und Identität erfordert, folgende Frage: Auf welche Weise wird der Lebensentwurf rekonfiguriert?

Lebenslagen: In Anschluss an Kronauer (2002) wurden drei typische Situationen herausgearbeitet, die sich aus der strukturellen Behinderung von sehgeschädigten Personen im erwerbsfähigen Alter ergeben: *Marginalisierung*, *dauerhafter Ausschluss* sowie *Zwang zur eigenverantwortlichen Inklusion*. Wenn die berufliche Tätigkeit aus medizinischen Gründen und unter den gegebenen betrieblichen Bedingungen nicht oder nur stark eingeschränkt weitergeführt werden konnte und gleichzeitig kein Zugang zu alternativen Positionen im beruflichen Praxisfeld bestand, erfolgte die Exklusion von Beschäftigung und die Marginalisierung im sozialen Feld. Individuelle Digitalkompetenz erwies sich als nicht hinreichende Bedingung, die Position im beruflichen Feld zu halten. Wenn das Subjekt in Bezug auf Erwerbstätigkeit bereits marginalisiert war, erlebte es den *dauerhaften Ausschluss* vom Arbeitsmarkt. Eine Minderheit der Befragten konnte aufgrund von gesicherten Beschäftigungsverhältnissen die jeweilige Position im Betrieb behaupten bzw. es wurden ihnen alternative Positionen bereit- oder in Aussicht gestellt. Dies setzte allerdings kulturelles und soziales Kapital für die Aushandlung der eigenen Interessen voraus. Die Befragten, auf die diese Situation zutraf, sahen sich dennoch

gezwungen, für ihre Inklusion selbst zu sorgen und wandten sich an einen externen Träger der beruflichen Rehabilitation. Dieser *Zwang zur eigenverantwortlichen Inklusion* galt ebenso für die Befragten in weniger voraussetzungsgünstigen Lebenslagen. Ich spreche von Zwang, denn diese Situationen und aus ihnen abgeleitete Optionen entstanden unter den Zwängen der gegebenen gesellschaftlichen Verhältnisse.

Weiterbildung: Auf individueller Ebene bot die Weiterbildung Potential für persönliche Weiterentwicklung und Erwerbschancen. Strukturell gesehen realisierte sich in ihr eine dreifache Anpassung: erstens an die Arbeitswelten im digitalen Kapitalismus, zweitens an das neoliberale Leitbild vom unternehmerischen Selbst sowie drittens an die »nicht-behinderte« Ordnung. Die Funktion der Weiterbildung bestand in Regulierung und Normalisierung. Beides vollzog sich durch Disziplin. Der Disziplinraum war von Ökonomisierung, neoliberaler Sozialpolitik sowie kulturhistorisch gewachsenen Vorstellungen von Behinderung vorstrukturiert. Die disziplinäre Macht wiederum entfaltete sich über Wissensvermittlung und Beratung in den Erwerbsperspektiven sowie Sozial- und Selbsttechnologien. Den Widerspruch zwischen ihrem Bedürfnis nach Dialog, Kooperation und Instruktion einerseits und dem der Wirtschaftlichkeit unterliegenden Lehr-Lern-Arrangement andererseits verhandelten die Teilnehmenden durch individuelle und kollektive Selbsthilfestrategien. Deutliche Kritik erhob sich da, wo die Befragten die Praxis der Institution als Gefährdung ihrer eigenen Gesundheit, Eingriff in die Lebensplanung, Abwertung der Berufsbiographie, persönliche Herabsetzung oder Behinderung in der Tätigkeit und Entwicklung deuteten. Die von »Leistungsträger« und »Leistungserbringer« als Teilhabe und Inklusion ausgewiesenen Aktivitäten offenbarten Züge von Exklusion. Gleichzeitig erzeugte die Disziplinmacht einen Nebeneffekt, der ihr objektiv entgegengesetzt steht: Im Raum der Anpassung entwickelte sich kollektive Selbstverortung der Sehbehinderten und Blinden.

Rekonfigurationen des Lebensentwurfs: In der Verhandlung ihrer Kategorien von Gesundheit, Arbeit und Identität ließen sich die Subjekte von individuellen und kollektiven Interessen leiten. Sie bezogen Erfahrungsraum und Erwartungshorizont neu aufeinander und reflektierten über Möglichkeiten und Grenzen beruflicher Tätigkeit. Kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung, ökonomische Ressourcen und kulturelles Kapital waren entscheidend für die Bewältigung von Behinderung. Der Bezug auf Kollektive von Sehbehinderten und Blinden stellte zusätzliche Ressourcen bereit. In die Identitätsarbeit hinein wirkten Erfahrungen, die an Differenzkategorien wie Gender, Klasse,

ethnische Herkunft bzw. Staatsbürgerschaft sowie Alter gekoppelt waren. Die Modalitäten der Verhandlung von Gesundheit, Arbeit und Identität bestimmten wesentlich die Rekonfiguration der Lebensentwürfe, wobei sich drei Modi ableiten ließen: Erstens ein *moderater Modus*, wenn das Individuum in Wert setzbares konventionelles kulturelles Kapital mit (hoher) Digitalkompetenz kombinierte. In der Konsequenz schien – zumindest zum Zeitpunkt der Befragung – eine gelungene Umorientierung in Einklang mit den Erfordernissen der sozialökonomischen Transformationen möglich. Dabei konnte an bisherige Tätigkeit angeknüpft und Neues als Chance erschlossen werden. Zweitens ein *unsicherer Modus*, wenn es an von der deutschen Arbeitsgesellschaft anerkanntem kulturellem Kapital mangelte, gleichzeitig der Zugang zu den Möglichkeiten der Digitalisierung eingeschränkt und die kulturelle Stabilität gefährdet waren. Im Ergebnis suchte das Individuum Sicherheit in bewährten Kategorien sowie in lokalisierbaren bzw. imaginierten Wir-Gruppen von Sehbehinderten und Blinden. Drittens identifizierte ich einen *radikalen Modus*. Hier erfolgte der bewusste Bruch mit dem bisherigen Karriereentwurf. Diese Handlung setzte kulturelle Stabilität sowie eine Ressourcendiversität voraus, die Suche war ergebnisoffen, doch letzten Endes auf Alternativen zu Arbeiten 4.0 gerichtet.

Rekonfigurationen von Sehbehinderung: Die medizinische Kategorisierung als »sehbehindert« erfolgt auf der Basis von Begriffen und Methoden, die in historischen Aushandlungsprozessen entstanden und Teil allumfassender Modernisierungsprozesse waren. Die Kategorie Sehbehinderung ist in hohem Maße von der Interaktion zwischen Patientin und Ärztin im Behandlungsraum abhängig. Den Begriff »Behinderung« verwendete ich im Sinne der Disability Studies und der kulturhistorischen Behindertenpädagogik, während ich die sprachliche Repräsentation »Menschen mit Behinderungen« im Sinne der UN-BRK gebrauchte. Der Gegensatz zwischen Menschen mit und ohne Sehschädigung schien in der subjektiven Erfahrung der Befragten von hoher Bedeutung zu sein, wurde jedoch gelegentlich auf subversive Weise aufgelöst durch Aussagen wie: »Wie blind kann man denn als Sehender eigentlich sein?« Oder in derselben Sequenz: »Weil die auch nichts sehen. Aber das hat andere Gründe« (FG A, 22:28–23:22). Wie nun aber fasse ich Sehbehinderung auf?

Ein konzeptioneller Entwurf von Sehbehinderung muss verschiedene Ebenen der Wissenskonstruktion unterscheiden. Auf der analytischen Ebene ist Sehbehinderung eine Erscheinungsform von Behinderung. Behinderung wiederum ist ein durch materielle und diskursive Praktiken hergestelltes

gesellschaftliches Verhältnis, das aus sozialer Ungleichheit entsteht und diese gleichsam auf Dauer stellt. Auf der deskriptiven Ebene repräsentiert der Begriff Sehbehinderung erstens eine medizinische bzw. soziale Kategorie zur Handhabung von Krankheit (Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft; WHO). Zweitens repräsentiert er einen Gesundheitszustand, der in Wechselwirkung mit Barrieren zu Behinderung führt. Behinderung wiederum wird als Diskriminierung sowie als Diversität aufgefasst (UN-BRK). Drittens repräsentiert auf dieser deskriptiven Ebene Sehbehinderung eine Form von Erfahrungswissen. Nicht überraschend zeigte sich dieses Erfahrungswissen zunächst im negativen Sinne. Es bezog sich auf individuelle Beeinträchtigung, individuelle wie kollektive Benachteiligung, Ausgrenzung von Arbeit und anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens sowie schließlich auf Stigmatisierung. So wies eine Reihe der Befragten auf einen zentralen Aspekt in ihrem Erfahrungswissen über Sehbehinderung hin: die mangelnde Visibilität der Beeinträchtigung auf der Körperoberfläche. Da die Sehbehinderung dem Individuum nicht ohne Weiteres anzusehen ist, gerät es immer wieder unter Rechtfertigungsdruck; dieser wurde durch die Befragten mal humorvoll, mal sarkastisch, mal empört kommentiert. So hieß es: »Die kennen halt sehend und blind. Das dazwischen kennen die nicht« (Carlo, FG A, 22:3-4) oder an anderer Stelle: »Wenn ich jetzt im Rollstuhl wäre, würden Sie doch auch nicht von mir verlangen, dass ich eine Sprossenwand hochklettere« (Hannah 11:7-8). Demgegenüber wurde die Nicht-Sichtbarkeit als entlastend gedeutet: »Schön, eine Behinderung zu haben, die einem nicht jeder gleich ansieht« (Anastasia, 23:14). Mangelnde Visibilität auf der Körperoberfläche teilt Sehbehinderung mit anderen Erscheinungsformen von Behinderung. Sichtbar wird Sehbehinderung allerdings schnell in den Alltagspraxen, nämlich durch den notwendigen Gebrauch von optischen, elektronischen oder mechanischen Hilfsmitteln. Im Erfahrungswissen liegt eine Uneindeutigkeit zwischen Krankheit und Behinderung, insbesondere dann, wenn die Sehschädigung noch nicht ihren destruktiven Endpunkt erreicht hat. Gleichzeitig resultiert diese Uneindeutigkeit aus der sozialen Wirkmacht von Ordnungskategorien. Denn noch immer leisten herrschende medizinische, pädagogische und politische Diskurse der Vorstellung Vorschub, dass Behinderung mit chronischer Krankheit gleichgesetzt werden könne. Es bestehen jedoch erhebliche Unterschiede zwischen beiden Kategorien. Erstens braucht Seh-Behinderung im Unterschied zu chronischen Krankheiten keine ständige Medikation. Zur Handhabung der Sehschädigung genügen in vielen Fällen von Zeit zu Zeit vorgenommene invasive Behandlungen, um die Erblindung

aufzuschieben. Die Person kann im Allgemeinen gesund sein und ordnet sich wegen der Seh-Behinderung nicht gleich der »Risikogruppe« zu, wenn eine Pandemie im Gange ist. Zweitens lässt sich Seh-Behinderung nicht heilen. Höchsten kann die Sehschädigung etwa durch Gentherapie abgemildert oder durch Okularimplantate raffiniert kompensiert werden. Schließlich drittens ist Krankheit eine individuell erlebte und zu bewältigende Angelegenheit. Obgleich nicht immer sichtbar und nicht immer physiologisch erzeugt, ist sie ganz unmittelbar an den eigenen Körper gebunden. Behinderung im Gegensatz dazu entsteht erst durch Begegnung mit anderen, während diese Begegnungen selbst sozial vorstrukturiert sind. Des Weiteren kann Sehbehinderung als positives Erfahrungswissen in einem identitätsstiftenden und solidarischen Sinne erscheinen. Das geschieht, wenn sich die Subjekte auf Sehbehinderte und Blinde als Wir-Gruppe beziehen, die Erklärungs- und Handlungswissen sowie psychische Entlastung als Ressourcen bereithält. Zunächst erschien vielen diese Gruppe in Gestalt der Interessenverbände. In der Interaktion mit anderen während der Weiterbildung wurde das individuelle und kollektive Erfahrungswissen über Behinderung reflektiert, neu bewertet und auf die eigene Sinnsuche bezogen. Durch diese Tätigkeit in einem teilweise geschützten Raum erhielt die Wir-Gruppe den Charakter einer imaginierten Gemeinschaft.

Partizipation an Arbeit rekonfigurieren: Durch Behinderung ergibt sich für das Individuum eine bestimmte Position innerhalb der normativen »nicht-behinderten« Ordnung und politisch-ökonomischen Matrix. Aus dieser sozialen Position wiederum entstehen bestimmte Interessen. Mich verwundert nicht, dass in der bisherigen Forschung zu Partizipation an Arbeit selten oder nie von Interessen derjenigen, die behindert werden, gesprochen wird. Bestenfalls werden Interessenverbände von Sehbehinderten und Blinden erwähnt. Menschen mit Behinderungen hingegen werden Bedarfe zugeschrieben. So geht es in der beruflichen Rehabilitation um Bedarfe und bedarfsgerechte Förderung. Doch sind Bedarfe nicht dasselbe wie Bedürfnisse und schon gar nicht wie Interessen. Bedarfe repräsentieren Forderungen fremder Instanzen, die im Sinne einer Regulierung und Normalisierung standardisiert und katalogisiert werden. Im Kontext Sehbehinderung haben Bedarfe die Auffassung von Behinderung als Pathologie zur Voraussetzung. In der Diagnostik werden dem betroffenen Individuum Bedarfe eher zugeordnet, als dass sie aus einer konkreten, individuellen Lebenslage abgeleitet würden. Wäre es andersherum, könnte über Bedürfnisse gesprochen werden. Das betroffene Individuum bleibt im Bedarfszuordnungsprozess passiv.

Demgegenüber verbindet sich mit Interessen zielgerichtetes Handeln von Individuen und Gruppen. Interessen vermitteln zwischen einer objektiven sozialen Position und dem subjektiven Verlangen. Spreche ich über Interessen von Menschen mit Behinderung, so betone ich die Handlungsmacht der Subjekte. Gleichwohl unterstreicht Interesse den genuin politischen Charakter von Partizipation an Arbeit. Zu glauben, dass sich durch die Feststellung von Bedarfen sowie ihrer kontrollierten Abarbeitung die soziale Position von Menschen mit Behinderungen verbessern ließe, ist zumindest eine Illusion. Das Interesse von sehbehinderten Erwachsenen, die sich in eine Weiterbildung begeben, besteht keineswegs darin, für prekäre Beschäftigung im Niedriglohnsektor fit gemacht zu werden. Vielmehr gilt ihr Interesse einer beruflichen Tätigkeit, die ein Einkommen sichert, mit Sinn angefüllt ist, die weder die Gesundheit gefährdet, noch die Würde verletzt und die den eigenen Vorstellungen von einem gelungenen Leben zumindest nicht im Wege steht. Wir sollten das Konzept von Partizipation an Arbeit dahingehend rekonfigurieren, dass es nicht um *Teilhabe an Arbeit* geht, sondern darum, *gute Arbeit zu haben*.

Digitalisierung baut Barrieren ab und errichtet gleichzeitig neue; sie behindert wie sie behindert. Sie verspricht und realisiert Partizipation, wie sie Ausschluss forciert. Im Interesse von Menschen mit Sehbehinderung liegt es, die enthindernden Möglichkeiten von Digitalisierung nach Kräften für sich auszuschöpfen – selbst dann, wenn sie sich dadurch dem digitalen Überwachungskapitalismus weiter ausliefern. Wenn Digitalisierung am bestehenden Arbeitsplatz dem Interesse an guter Arbeit dient, ist sie ebenso zu befürworten wie Trainings und Weiterbildung in digitalen Fähigkeiten unter den folgenden konkreten Voraussetzungen:

- alle haben unbürokratischen Zugang zu Weiterbildung;
- alle erhalten für die Zeit der Weiterbildung die nötige Hard- und Software, um sich auch im privaten Wohnumfeld Wissen anzueignen;
- Wissensvermittlung geht von Ressourcen aus anstatt von »Defiziten«;
- Wissensvermittlung setzt an den individuellen Ausgangslagen an und erfolgt methoden- und zieldifferenziert in dialogischer und kooperativer Weise;
- Arbeiten 4.0 wird nicht als alternativlos dargestellt, sondern andere Tätigkeitspräferenzen werden respektiert und in ihrer Realisierung unterstützt;

- Partizipation von Menschen mit Behinderungen geht vor Wirtschaftlichkeit des Bildungsträgers.

»Wo Maßnahmen der Integration zu inklusiven Sozialräumen führen, heben sie sich in diesen auf«, schreibt Feuser (2011: 88). Berufliche Rehabilitation als inklusiven Sozialraum zu organisieren, setzt politischen Willen sowie die Einsicht voraus, dass sich die Konstitution des Raumes verändern muss. Ich vermenge an dieser Stelle ganz bewusst die Ebene der akademischen Analyse mit der Praxisebene von Weiterbildung und Partizipation. Durch die Linse des Konzepts Wissensgesellschaft betrachtet, sind diese beiden Ebenen ohnehin miteinander verschränkt. Daneben entstand dieses Buch in einem Forschungskontext, der sich experimentell dafür interessierte, wie bestehende Arbeitsplätze durch Digitalisierung erhalten und die Wissensvermittlung in der beruflichen Rehabilitation mehr digitalisiert werden könnte. Dabei ging es dem Bildungsträger um das Ausloten von digitalen Lösungen auf dem Weg zu mehr Effizienz, Wirtschaftlichkeit und Verbesserung der Position auf dem Markt der Rehabilitationsanbieterinnen. Mein Interesse als Sehbehinderte und Akademikerin war das Verstehen von Handlungserfahrung sehbehinderter Erwachsener, die ich einer »out-group« zugänglich machen wollte. Darüber hinaus habe ich ein Interesse daran entwickelt, in meinem neuen beruflichen Feld eine Position zu verhandeln. Forschung zu Partizipation an Arbeit muss die sie hervorbringenden und durch sie legitimierten Interessen reflektieren. Des Weiteren braucht sie eine Neubestimmung ihres Arbeitsbegriffes. Denn im Interesse der beforschten Subjekte liegt es kaum, Arbeit an Konzepte wie abhängige Beschäftigung oder Nützlichkeit zu fesseln. Doch für eine diesbezügliche und abschließende Erklärung würde ich ein letztes Mal Hannah sprechen lassen. Das Zitat stammt aus einer Gruppendiskussion (FG B, 31:16-25; 33:14-21), ich habe es zusammengefasst und geglättet:

Wir sind jetzt an einem Scheideweg, wo durch die Digitalisierung auch immer mehr Berufe wegfallen werden und wir eher dann gucken müssten, womit wollen wir uns dann beschäftigen. [...] Dann gibt's vielleicht Eltern oder Verwandte, die man pflegen muss. Oder man hat sich wirklich irgendwo engagiert, und es ist einem wichtig, dass man das nicht schleifen lässt. Und dann ist es tatsächlich so, dass Arbeit ganz anders definiert ist. Ich will hier auch einen solidarischen Gedanken hochhalten, weil ich finde, wir sind ein reiches Land. Das müssen wir auch anders hinbekommen.

