

2 Kontextualisierungen

2.1 Die Konstruktion von Sehbehinderung

SehSchädigung und Sehbehinderung

SehSchädigung meint eine funktionelle Beeinträchtigung des Sehens, die als nicht korrigierbar gilt und nicht durch herkömmliche Brillengläser oder Kontaktlinsen kompensiert werden kann. Die medizinische Feststellung von SehSchädigung basiert auf der Prämisse, dass Sehfähigkeit messbar ist. So definieren augenärztliche Verbände für die soziale Versorgung von Patientinnen in Deutschland folgende Kategorien:

- a) »Sehbehinderung«: bei einer Sehschärfe (Visus) nicht höher als 0,3 auf dem besseren Auge oder beidseitig bzw. schwerwiegende Störungen des Sehvermögens;
- b) »Hochgradige Sehbehinderung«: bei einer Sehschärfe nicht höher als 0,05 bzw. entsprechende schwerwiegende Gesichtsfeldausfälle;
- c) »Blindheit«: beidseitig Sehschärfe gleich oder weniger 0,02 oder »Störungen des Sehvermögens, die dieser Beeinträchtigung gleichkommen« (BVA/DOG 2011).

Sehr vereinfacht ausgedrückt: Sehbehindert ist, wer beim Sehtest auf nicht mehr als »30 Prozent« auf dem besseren Auge kommt und sich der entsprechende Visusverlust nicht durch eine Brille ausgleichen lässt. Die aufgelisteten Kategorien sind grundlegend für die amtliche Feststellung des »Grades der Behinderung«. Ein entsprechender Antrag muss von den Betroffenen beim Versorgungsamt gestellt werden. Der Behinderungsgrad wird nach amtsärztlicher Untersuchung festgelegt. In diesem Verfahren werden medizinische Gutachten über chronische Krankheiten (z.B. Immunschwäche, Epilepsie, Diabetes Typ 1, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Parkinson-

Krankheit, psychische Krankheiten) sowie andere Beeinträchtigungen (z.B. Gehör, Bewegungsapparat, kognitive Funktionen) berücksichtigt. Die Ermittlung des Grades der Behinderung erfolgt anhand von kategorialen Vorgaben und Normwerten. Er beträgt im Höchstfall 100 Prozent. Das Feststellungsverfahren kann einige Monate dauern. Die Sachbearbeiterinnen im Versorgungsamt entscheiden nach Richtlinien des Gesetzgebers darüber, ob ein Schwerbehindertenausweis als »befristet« oder »unbefristet« ausgestellt wird. Auf dem Ausweis stehen dann bestimmte »Merkzeichen«, die der Trägerin zugeordnet werden: »BL« für »blind«, »G« für »erhebliche Beeinträchtigung der Bewegung im Straßenverkehr« (gehbeeinträchtigt), »H« für »hilflos«, »Tb« für »taubblind« und »B« für Anspruch auf eine Begleitperson im öffentlichen Raum. Ein Merkzeichen für »sehbehindert« gibt es nicht. Von der Feststellung des Behinderungsgrades sowie diesen Merkzeichen sind wiederum bestimmte Rechte im Arbeitsleben und die Leistungen der Versorgungsämter abhängig. Dazu gehören: jährlich fünf zusätzliche Urlaubstage, bei unbefristetem Arbeitsvertrag besonderer Kündigungsschutz, ferner die Ausstattung mit Hilfsmitteln, kostenfreier Transport im öffentlichen Nah- und Regionalverkehr, kostenfreie Begleitung im Nahverkehr, im Fernverkehr sowie bei Theater-, Kino- oder Museumsbesuchen, Steuererleichterungen und schließlich für Blinde das »Blindengeld« bzw. für hochgradig sehbehinderte Antragsteller unter bestimmten Voraussetzungen das »kleine Blindengeld«.¹ Diese Leistungen bilden keine Privilegien, sondern den Ausgleich für Nachteile, denen Menschen mit Behinderungen in unserer Gesellschaft ausgesetzt sind.

Im Unterschied zum Gesetzgeber definieren Interessenverbände von Blinden und Sehbehinderten den Begriff Sehschädigung differenzierter. Sie orientieren sich dabei an den Kategorien von *Low Vision* und *blindness* der Weltgesundheitsorganisation (WHO):

- a) Sehbehinderung (WHO Stufe 1): Visus gleich oder kleiner 0,3 (1/30 bzw. 30 Prozent)
- b) wesentliche Sehbehinderung (WHO Stufe 2): Visus gleich oder kleiner 0,1 (1/10 bzw. 10 Prozent)
- c) hochgradige Sehbehinderung (WHO Stufe 3): Visus gleich oder kleiner 0,05 (1/20 bzw. 5 Prozent)

1 Vgl. <https://www.dbsv.org/iii-der-schwerbehindertenausweis.html> (letzter Zugriff 10. 12.2020).

- d) Blindheit (WHO Stufe 4): Visus gleich oder kleiner 0,02 (1/50 bzw. 2 Prozent)
- e) Blindheit (WHO Stufe 5): fehlende Wahrnehmung des Lichtscheins.²

Selbst wenn die Kategorie Sehschädigung nur bei Nichtkorrigierbarkeit des Sehverlusts zutrifft, tragen dennoch viele Menschen mit Sehbehinderung oft und in bestimmten Situationen Sehhilfen; beispielsweise spezielle Brillen für die Nahsicht, Kantenfilterbrillen bei extremer Lichtempfindlichkeit, Lupenbrillen für spontane Leseaktivitäten oder angepasste Dioptrinwert-basierte Brillen bei der Arbeit am PC unter zusätzlichem Einsatz von Vergrößerungssoftware. Währenddessen wird der Blindenlangstock als ein Symbol für Blindheit nicht nur von Personen mit Visus kleiner als 0,02 geführt. Er dient auch hochgradig Sehbehinderten der Orientierung im öffentlichen Raum. Der Langstock verleiht nicht nur mehr Sicherheit, sondern signalisiert anderen Menschen: »Achtung!« Er bewegt Sehende zur Rücksicht, zur hastigen Entschuldigung für Unaufmerksamkeit oder eben zu Mitleidsbekundungen. Andere wiederum übersehen ihn oder wissen ihn tatsächlich nicht zu deuten. Darüber hinaus kann der Langstock Befremden auslösen, und zwar ganz besonders dann, wenn sich für die Sehenden herausstellt, dass die ihn führende Person gar nicht »stockblind« ist. Weder zu den Sehenden noch zu den Blinden zu gehören, konstituiert Uneindeutigkeit für das Subjekt selbst ebenso wie für die Menschen, denen es begegnet. Hierin liegt ein wesentliches Charakteristikum von Sehbehinderung.

Die individuelle Sehfähigkeit lässt sich nicht allein durch Visuswerte bestimmen. Sie ergibt sich aus dem »Zusammenspiel zwischen Sehschärfe, Gesichtsfeld, Lichtsinn, Farbsinn und Binokularfunktion«, wobei diese Interaktion nicht nur »von den Gesetzmäßigkeiten der Sinnesphysiologie« abhängt, sondern auch von individueller Erfahrung, Wissen und psychischer Situation (Maritzen/Kamps 2013: 8). Dennoch bestimmt hauptsächlich die im Behandlungsraum ermittelte Sehschärfe die medizinische sowie die weitere soziale Kategorisierung des Individuums. Ermittelt wird der Visus durch standardisierte Sehtests. Am meisten bekannt sind die Tafel in der Hand der Ärztin, auf welcher mit jeder Zeile abwärts die Buchstaben kleiner und zahlreicher werden sowie die an die Wand projizierten Buchstaben, Zahlen bzw. die Ringe mit kleinen Öffnungen. In diesen Fällen wird das Sehvermögen im Nah-

2 Vgl. <https://www.bsvsb.org/index.php/definition-sehbehindert.html> (letzter Zugriff 10. 12. 2020).

bzw. im Fernbereich getestet. Die Patientin liest bzw. versucht zu lesen oder gegebenenfalls die Ringöffnungen zu erkennen. Die Ärztin interpretiert die Angaben der Patientin. Eventuell berücksichtigt sie dabei Körperhaltung und Mimik sowie Momente des Zögerns – jedenfalls habe ich persönlich mit meiner Ärztin diese Erfahrung gemacht. Letztendlich übersetzt die Ärztin ihre Beobachtungen in eine Visus-Angabe. Der Begriff Visus bezieht sich auf einen Schwellenwert für die Wahrnehmung von feinen Objektdetails bzw. Abständen zwischen zwei Objekten, die mithilfe des benötigten Seh winkels ermittelt wird. Als kleinster Seh winkel wurde 1 Bogenminute bzw. $1/60$ Winkelgrad festgelegt. »Dieser kleinste Seh winkel stellt [...] das Auflösungsvermögen bzw. die Auflösungsschwelle dar, bei dem zwei dicht nebeneinander liegende Punkte gerade noch getrennt wahrgenommen werden können« (Maritzen/Kamps 2013: 8). Die dazu nötige Sehschärfewurde »willkürlich« mit 1,0 festgelegt (ebd.: 9). Vermag eine Person Objektdetails in einem noch kleineren Winkel wahrzunehmen (was besonders auf junge Menschen zutreffen kann), ist der entsprechende Visuswert größer als 1,0.

Die angesprochenen Messverfahren basieren weitgehend auf Innovationen und Aushandlungsprozessen in der medizinischen Forschung des 19. Jahrhunderts. Daran erinnern die Namen diverser Tests. So geht der Snellen-Test auf den niederländischen Arzt Herman Snellen zurück, der seit Beginn der 1860er Jahre für die Messung der Sehfähigkeit zunächst ein Raster zur Unterscheidung von Flächen und später von Buchstaben entwickelte. Der Landolt-Test mit den Ringen wiederum stellt ein Verfahren dar, das der Schweizer Augenarzt Edmund Landolt in den 1870er Jahren einführte – im Bewusstsein von Analphabetentum in den unteren Klassen und in den Kolonien (vgl. Buck 2006). Diese Verfahren setzten sich international durch, wurden modifiziert, standardisiert und um nationale Anpassungen multipliziert. Sie etablierten sich als nützliche wissenschaftliche Instrumente, mit denen die Expertinnen das Sehen ausmaßen und in handhabbare Kategorien überführten, um menschliche Erfahrung zu ordnen. Die Idee von der Messbarkeit des Sehens setzte sich zeitgleich mit gesellschaftlichen Wandlungsprozessen des 19. Jahrhunderts durch, welche der Staat mittels Techniken des überblickenden Sehens zu lenken versuchte. Regierende in Europa und in den Amerikas nutzten zunehmend das Flächenraster bzw. das Gitterraster als Grundmodell für die Stadtplanung. So ließen sich die Bevölkerung besser überblicken und Angelegenheiten wie Staatsbürgerschaft, Besteuerung, Wehrpflicht, Bildung, Gesundheit und Armenfürsorge effekti-

ver organisieren. Damit einher gingen wissenschaftsbasierte Kategorisierung sowie die Regulierung sozialen Verhaltens (vgl. Scott 1998).

Da sich das Sehvermögen nicht allein über die Sehschärfe bestimmen lässt, kommt in augenärztlichen Praxen bzw. Kliniken routinemäßig das sogenannte Perimeter zum Einsatz. Bei diesem Test geht es darum, das Gesichtsfeld zu messen, seine äußeren und inneren Grenzen zu bestimmen und Gesichtsfeldausfälle zu lokalisieren. Das Gesichtsfeld eines Menschen wird als 180 Grad groß gedacht. Beim Test mit einem Goldmann-Perimeter setzt die Ärztin oder Helferin die Patientin vor einen halbkugeligen Schirm, fordert sie auf, ihr Gesicht hineinzuschieben, Kinn und Stirn auf einer speziellen Halterung am Schirm zu fixieren und mit dem zu untersuchenden Auge durch ein Okular geradeaus zu blicken. Aus dem Dunkel blitzen dann im Zentrum und an der Peripherie scheinbar chaotisch Lichtpunkte unterschiedlicher Größe und Helligkeit jeweils kurz auf. Bei der automatischen Perimetrie soll die Patientin die Wahrnehmung jedes einzelnen Lichtreizes durch einen Knopfdruck bestätigen. Die so generierten Informationen werden als Punkte in einer »Gesichtsfeldkarte markiert und [...] anschließend miteinander verbunden« (Keßler 2017: 9). Die Ärztin interpretiert diese Karte und trifft Aussagen über Gesichtsfeldausfälle, deren Lokalisation (etwa zentral oder peripher), Formen (etwa keilförmig oder kreisrund) sowie Größe. Abschließend legt sie den Grad des Gesichtsfeldes fest und definiert die spezifischen funktionellen Einschränkungen (vgl. Maritzen/Kamps 2013: 16-19). So gilt dem Gesetzgeber eine Person auch dann als »blind«, wenn folgende Messwerte vorliegen: »Visus unter 0,033 und ein Restgesichtsfeld nicht über 30° oder aber ein Visus unter 0,1 und ein binokulares Gesichtsfeld von nicht mehr als 7,5° in jede Richtung« (Finger et al. 2012).

Wie beim Sehtest wird bei der Gesichtsfelduntersuchung das Sehverhalten sowohl gemessen, als auch interpretiert, und wiederum ist die Mitarbeit des Patienten oder der Patientin nötig. Die Qualität dieser Mitarbeit hängt von Faktoren wie Motivation, Gehorsam, kognitive Fähigkeiten und Reaktionsvermögen ab. Kurz gesagt, die Feststellung des individuellen Sehvermögens beruht nicht nur auf wissenschaftlich exakten Messungen, sondern ebenso auf individueller Erfahrung und situativer Handlungsfähigkeit. Die Objektivität, welche durch Normwerte und Kategorien suggeriert wird, steht in Widerspruch zur subjektiven Dimension des Feststellungsprozesses. Auf einen weiteren Widerspruch weist Carolin Länger (2016) in ihrer kultursoziologischen Studie zu Blindheit hin. Ob Sehschärfetest oder Perimetrie, in beiden Fällen wird das Nicht-Sehen vermittelt visuellen Repräsentationen sicht-

bar gemacht. In der Auswertung der Perimeter-Grafik, so ihr Argument, finde dann endgültig ein »Positionswechsel zwischen Arzt und Patienten« statt: »Der Arzt erhält [...] eine verfahrensimmanente Idealisierung der Sichtweise des Patienten: Er »sieht«, was die Patienten sehen« (Länger 2016: 24). Allerdings machen es andere Untersuchungsmethoden sogar möglich, dass die Ärztin nicht nur sieht, was die Patientin sieht, sondern auch wie. So lässt sich bei der Optischen Kohärenztomographie mittels Laserlicht der Augenhintergrund in einer hohen Auflösung betrachten. Das digital generierte Bild involviert bzw. erlaubt Messungen, die nun völlig unabhängig von der Patientenzuverlässigkeit sind. Gleichzeitig entzieht sich für gewöhnlich der Patientin die entsprechende Visualisierung der Funktionsweise ihres eigenen Auges. Außerdem wird sie als Person mit Erfahrungswissen suspendiert. Die technischen Möglichkeiten zur Vermessung des Sehens und zur Visualisierung organischer Funktionalität nehmen weiter zu. Dadurch werden genauere und verkomplizierte Diagnosen ermöglicht. Gleichzeitig haben Ärztinnen unter anderem aufgrund der Ökonomisierung des Gesundheitssystems für die individuelle Patientin immer weniger Zeit zur Verfügung. Auf eine genaue Befragung über Seherfahrung unter spezifischen Lichtverhältnissen und in bestimmten Situationen wird zugunsten der standardisierten Testverfahren tendenziell verzichtet. Damit bleibt Sehbehinderung in erheblichem Maße über Bogenminute, Winkelgrad und Prozente definiert.

Vom »Patienten« zur »Person«

Zahlen: Geht es darum, durch Zahlen die Verbreitung von Blindheit und Sehbehinderung zu beschreiben, wird es ein wenig kritisch. Laut WHO gab es im Jahre 2002 ca. 1,2 Millionen Menschen in Deutschland mit attestierter Sehschädigung bei Visus gleich oder kleiner 0,3 auf dem besseren Auge. Von dieser Personengruppe waren ca. 160.000 Menschen bereits erblindet (Bertram 2005: 267). Interessenverbände von Blinden und Sehbehinderten gehen von mehr als 150.000 blinden und von zwischen 500.000 und 1,1 Millionen sehbehinderten Personen in Deutschland aus, die meisten davon in der Altersgruppe 60 bis 80, gefolgt von der Gruppe der 30-60-Jährigen. Diese Zahlen stammen aus den Jahren 2006 bzw. 2013.³ Es wird allgemein angenommen, dass Sehschädigung sehr stark mit Alter korreliert. Angesichts demographischer Entwicklung kann davon ausgegangen werden, dass sie in der Verbrei-

3 Vgl. <https://www.absv.de/zahlen-und-fakten>; <https://www.bsvsb.org/index.php/definition-sehbehindert.html> (letzter Zugriff 10.12.2020).

tung zunehmen wird. Befunde und Berechnungen deuten jedoch darauf, dass medizinisch-technologischer Fortschritt in vielen individuellen Fällen Erblindung vermeiden oder gar rückgängig machen kann. So sorgten im Sommer 2020 Schlagzeilen über eine mögliche Gentherapie bei Netzhauterkrankungen international für großes Aufsehen sowie für Hoffnung bei Betroffenen und Interessenverbänden.⁴ Nach Berechnungen in der Forschung soll es allerdings schon seit 1997 einen leichten Rückgang von Erblindung und Sehbehinderung geben (Finger et al. 2012).

Zunahme oder Rückgang von Sehbehinderung und Blindheit? Die Gegensätzlichkeit der Einschätzungen könnte mit verfügbaren Daten zusammenhängen. Jedenfalls weisen Interessenverbände immer wieder darauf hin, dass es keine exakten Zahlen gäbe, denn Sehbehinderte und Blinde würden in Deutschland nicht systematisch genug statistisch erfasst. Nach der deutschen Wiedervereinigung im Jahre 1990 beispielsweise wurden die diesbezüglichen DDR-Zahlen »per Dreisatz auf ganz Deutschland hochgerechnet. Die Zahl der Sehbehinderten wurde per Multiplikation ermittelt – auf Basis des Erfahrungswertes, dass auf drei blinde ca. zehn sehbehinderte Menschen kommen.«⁵ Die Basis für Berechnungen in den vergangenen zwei Jahrzehnten bilden Statistiken des Bundes und der Länder zu Empfängerinnen von Blindengeld, der Versorgung von Schwerbehinderten allgemein sowie der Beschäftigung bzw. Arbeitslosigkeit von Schwerbehinderten allgemein. Die unsichere Datenlage resultiert unter anderem daraus, dass keine Pflicht zur Beantragung des Schwerbehindertenausweises besteht. Zudem scheinen ältere Menschen ihre Sehschädigung oft als Krankheit im Alter zu deuten und nicht als Behinderung (vgl. Himmelsbach 2009: 294). Aus der Arbeitslosenstatistik wiederum fallen Rentnerinnen heraus. Darüber hinaus verzichteten hochgradig Sehbehinderte und Blinde mit regeltem Einkommen auf den bürokratischen Aufwand der Blindengeldbeantragung. Die auf dem Blindengeldsystem basierenden Zahlen sind auch deshalb nicht zuverlässig, weil es immer wieder politische Versuche gibt, das Blindengeld abzuschaffen (vgl. Boysen 2015). Im Zuge solcher politischen Entscheidungen kommt es zu Verwirrung unter den Betroffenen und in der Folge zum Verzicht auf Anträge.

4 Vgl. <https://www.pro-retina.de/newsletter/2020/uebersichtsartikel-gentherapie-bei-netzhautdegeneration> (letzter Zugriff 10.12.2020).

5 <https://www.woche-des-sehens.de/infotehk/zahlen-und-fakten/blindheit-und-sehbehinderung-in-deutschland#c201> (letzter Zugriff 10.12.2020).

Systematiken: Verbreitete Augenkrankheiten, die unter Umständen zur Erblindung führen können, werden auf vielfältige Art und Weise so dargestellt, dass sie für die Laien gerade noch verständlich sind. Beispielsweise systematisiert Bertram (2005: 268) auf der Basis von WHO-Angaben die am meisten verbreiteten Gründe für Sehschädigung und Blindheit wie folgt: Altersabhängige Makuladegeneration (50 Prozent der Betroffenen), Glaukom (Grüner Star, 18 Prozent), Diabetische Retinopathie (17 Prozent), Katarakt (Grauer Star, 5 Prozent), Hornhauttrübungen (3 Prozent), Erblindung in der Kindheit (2,4 Prozent) sowie andere Augenerkrankungen und Unfälle (4,6 Prozent). Maritzen/Kamps (2013: 31-34) systematisieren nach Krankheitsbildern, die für die Rehabilitation von Sehgeschädigten besonders relevant sind: allen voran Altersabhängige Makuladegeneration mit spezifischen Schädigungen der zentralen sensorischen Netzhautanteile, ferner die generalisierten Netzhautdystrophien Glaukom (Grüner Star), Retinopathia Pigmentosa, Makuladystrophien sowie Krankheitsbilder, die zu Netzhautablösungen führen. Darstellungen auf den Webseiten staatlicher, privater oder kirchlicher Augenkliniken, von Produktherstellern oder Interessenverbänden sortieren Krankheiten nach statistischer Häufigkeit, institutionell-begründeter Erfahrung oder in Abhängigkeit von den eigenen Angeboten. Sehschädigung kann ihre Ursache in Funktionsstörungen der Netzhaut, Hornhaut oder der Makula als Ort des schärfsten Sehens haben. Sie kann mit erhöhtem Augeninnendruck zusammenhängen, Folge von Gefäßverschluss am Auge, einer allgemeinen Grunderkrankung, erblich oder erworben sein. Entweder treten Visusminderung und Gesichtsfeldausfälle plötzlich und schubweise auf oder aber sie vollziehen sich graduell über einen längeren Zeitraum. Für meine Untersuchung befragte ich 26 Personen und erhielt ebenso viele verschiedene Krankheitsbilder. Genannt wurden Kombinationen aus einzelnen Krankheitsbildern (z.B. angeborener Grauer Star plus als Erwachsener Grüner Star), Grunderkrankungen in Kombination mit Sehverlust (z.B. Diabetes Typ 1, Wolfram-Syndrom, Multiple Sklerose, Autoimmunerkrankung) sowie kombinierte Hör-Sehschädigungen. Wieder andere Befragte gaben an, dass der Befund unsicher bzw. der Grund für den Ausbruch der Augenkrankheit trotz zahlreicher Untersuchungen ungeklärt geblieben sei. Neben dem Faktor Unsicherheit muss in den Versuchen einer Systematisierung von Sehschädigung weiterhin berücksichtigt werden, dass – wie es in der medizinischen und rehabilitationswissenschaftlichen Fachliteratur heißt – eine jede Erkrankung durch ihre »spezielle Pathophysiologie [...] zu einer individuellen Beeinträchtigung der anatomischen Strukturen und [...]

krankheitsspezifischen Funktionseinschränkung« (Maritzen/Kamps 2013: 30) führt. Ist die Beeinträchtigung individuell, muss es auch die Intervention durch Rehabilitation sein.

Objekt-Subjekt: Seit ihrer Verabschiedung durch die WHO im Jahre 2001 dient die »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (engl. kurz: *ICF*) als ein Standardinstrument zur Beschreibung und Messung des gesundheitlichen Zustandes und der mit Gesundheit zusammengedachten sozialen Situation einer Person mit Behinderung. Mit einem nicht ganz unumstrittenen Anspruch auf Universalität (ICF 2005: 13; kritisch Wehrli 2003) zielt die Klassifikation darauf, die »Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen« zu erhöhen (ICF 2005: 11). Die ICF klassifiziert Individuen nach körperlichen Funktionen und Strukturen, Aktivitäten und Partizipation sowie nach Umweltbedingungen und personenbezogenen Faktoren. Die so erhobenen Daten können dazu dienen, die medizinische, soziale und pädagogische Intervention in die Situation und Entwicklung des Individuums effizient auszugestalten. Darüber hinaus soll Standardisierung den internationalen Austausch auf dem Gebiet der Forschung voranbringen. Dem Instrument liegt ein biopsychosoziales Denkmodell zugrunde. Es zielt darauf, »einen Blick auf die gesamte Lebenssituation eines Menschen« zu ermöglichen (Hollenweger 2003: 5). Aus blinden- und sehbehindertenpädagogischer Sicht wird der Einwand erhoben, die ICF würde Kompensation und die Entwicklung von kompensatorischen Fähigkeiten der Betroffenen zu wenig berücksichtigen (Högner 2016: 165). Tatsächlich spricht die ICF lediglich von »Bewältigungsstilen« und subsummiert selbige unter die personenbezogenen Faktoren (ICF 2005: 22). Nadja Högner hingegen plädiert für eine Gesamtchau auf die biologischen und medizinischen Dimensionen von Sehschädigung sowie die »Erschwerungen des Lebens und Lernens«, die sich aus Sehschädigung in Verbindung mit Umweltfaktoren ergeben, um schließlich interdependente »Konstrukte der Kompensation« zu formulieren (Högner 2016: 145-147). Kompensation wird dabei in Anschluss an Alfred Adler als physiologisches und soziales Ausgleichsverhalten verstanden (vgl. Adler [1919] 1977). Högner betont, dass es die »fortwährende Aufgabe des Rehabilitationspädagogen« sei, »Kompensationsbedürfnisse zu identifizieren, geeignete Handlungskonzepte abzuleiten und dementsprechend Kompensationshilfen anzubieten« (Högner 2016: 147). An der ICF entzündete sich zu Beginn der 2000er Jahre auch radikale Kritik. So meint Peter Wehrli, dass der »Gedanke, Objekt einer Klassifikation zu sein [...], vielen Betroffenen instinktiv zutiefst zuwider« sei (Wehrli 2003: 9). Er weist darauf hin, dass ein enormes »Machtgefälle

zwischen dem ermächtigten Klassifizierer auf der einen und dem Klassifizierten, der sich diese Prozedur oft ungefragt gefallen lassen muss, auf der anderen Seite« besteht (ebd.: 11-12).

Beiden Ansätzen, dem Klassifikationsinstrument und dem Konstrukt der Kompensation, liegt die Prämisse zugrunde, dass Behinderung handhabbar ist. Allerdings besteht in dem einen wie dem anderen Ansatz die Tendenz, die für diese Handhabbarkeit nötige Kompetenz auf Seiten der Expertinnen zu verorten. Den Behinderten wird offenbar zu wenig zugetraut, auf autonome Weise Kompensationsstrategien zu entwerfen. Stattdessen werden einseitig soziale Rollen zugewiesen und Hierarchien konstruiert bzw. fortgeschrieben: Ärztin gegenüber Patientin, Rehabilitationsexpertin gegenüber Klientin, Pädagogin gegenüber Schülerin. Darüber hinaus muss konstatiert werden, dass beide Ansätze dazu neigen, Behinderung zu naturalisieren. Sie vernachlässigen, dass die für eine Krankheit als typisch geltenden »Auffälligkeiten« durchaus Erscheinungsformen sozialen Handelns sein können, deren Ursachen nicht in der funktionellen Störung, sondern in der Konstitution der Gesellschaft liegen. Aus Perspektive der Kulturhistorischen Schule der sowjetischen Psychologie setzt sich jedes Subjekt durch Tätigkeit mit der objektiven Wirklichkeit auseinander (Leontjew 1982; Vygotskij [1934] 2017). Das als defektbelastet und behindert kategorisierte Subjekt macht häufig die Erfahrung von Stigmatisierung und Isolation. In Reaktion auf solche Erfahrung bilden sich tertiäre Kompensationen heraus (Vygotskij 1993; Jantzen 2001; 2011). Das Subjekt passt sich mitunter lediglich an fremde Erwartungen an. Oder es akkumuliert eigene Ressourcen und entwickelt spezifische Stärken. Hier entsteht Raum für Überkompensation und die Freisetzung von Leistungspotentialen. Auf diese Weise kam die Welt zu großen Kulturleistungen wie Gebärdensprachen und die von Louis Braille entwickelte Punktschrift für Blinde (vgl. Vygotskij [1924] 2001). Behinderung ergibt sich nicht zwangsläufig aus gestörter Funktionalität des Körpers oder einem spezifischen Krankheitsbild. Die einer (heterogenen) Klasse von Defekten zugeschriebenen Folgen manifestieren sich auf individueller Ebene in unerschöpflichen Erscheinungsformen. Darüber hinaus erweist sich Krankheit in der Wirklichkeit als eine Sache individueller Aushandlung. Im Unterschied dazu entsteht Behinderung durch die soziale Umwelt und ist eine gesellschaftliche Angelegenheit. Behinderung kann nicht geheilt werden. Zwar wird das betroffene Subjekt Jahre lang untersucht, vermessen, getestet und therapiert, gegebenenfalls braucht es jedoch bald keine Medikation mehr. So laufe dann auch Behinderung im Unterschied

zu Krankheit auf eine »Kapitulation der Heilindustrie« hinaus, meint Wehrli (2003: 13). Gleichzeitig macht sie Platz für die Hilfsmittelindustrie.

Personen mit Geschichte: Bleiben wir zunächst bei Krankheit und der Frage nach der individuellen Aushandlung. Für den Arzt und Medizinsoziologen Aaron Antonovsky bedeutete Krankheit nicht die Aussetzung von Gesundheit. In seinem salutogenetischen Ansatz bildet Gesundheit den einen und Krankheit den anderen Pol auf einem Kontinuum, innerhalb dessen sich der Mensch sein Leben lang bewegt. Den Forscher Antonovsky interessierte weniger, warum jemand krank ist, sondern wie es Menschen gelingt, nicht krank zu sein.

Eine pathologische Orientierung versucht zu erklären, warum Menschen krank werden, warum sie unter eine gegebene Krankheitskategorie fallen. Eine salutogenetische Orientierung, die sich auf die Ursprünge der Gesundheit konzentriert, stellt eine radikal andere Frage: Warum befinden sich Menschen auf der positiven Seite des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums oder warum bewegen sie sich auf den positiven Pol zu, unabhängig von ihrer aktuellen Position? (Antonovsky 1997: 15)

Geleitet von einem biopsychosozialen Denkmodell untersuchte Antonovsky die dynamischen Wechselwirkungen, die zu mehr oder weniger Gesundheit führen. In diesem Kontext legte er eine Rekonzeption von Stress vor. Stressoren wurden von der Schulmedizin gemeinhin als besondere Risikofaktoren für die Gesundheit betrachtet. Auch bei Antonovsky stellen sie besondere Anforderungen physikalischer, biochemischer oder psychosozialer Art dar, die das Gleichgewicht stören und damit eine »energieverbrauchende Handlung erfordern« (Bengel et al. 1998: 32f). Allerdings sind nach seinem Verständnis Stressoren keine Ausnahmeerscheinungen menschlicher Erfahrung. Sie sind omnipräsent, ihrem Wesen nach chronisch, an bestimmte Lebensereignisse gebunden oder Erscheinungsform von »akuten täglichen Widrigkeiten« (Antonovsky 1997: 44). Dabei müssen Stressoren nicht immer negativer Art sein. So kann »ein hohes Ausmaß an Stressoren bei gleichzeitigem Ausmaß an sozialer Unterstützung gesundheitsfördernd« wirken (ebd.: 26). Mit den auf diese Weise aufkommenden Spannungszuständen geht jede Person anders um. Aus diesem Grund müssen jene Faktoren untersucht werden, »die die Verarbeitung der Spannung determinieren« (ebd.: 16). So glaubte Antonovsky, dass grundsätzlich alle Menschen über »generalisierte Widerstandsressourcen« (*generalized resistance resources*) verfügen und mithilfe dieser Ressourcen Spannungszustände bewältigen. Mit generalisierten Widerstandsressourcen

meinte er vereinfacht: »Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiteren Spektrums von Stressoren wirksam ist« (ebd.). Damit rücken Faktoren wie ökonomische Sicherheit, Perspektivendiversität, soziale Beziehungen sowie Anerkennung in den Blick, wenn es um die Bewältigung von Phänomenen wie Krankheit, Behinderung oder Trauma geht (exemplarisch zu Trauma, vgl. Mlodoch 2014). Mit dem Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen wird grundsätzlich jedem Subjekt Handlungsfähigkeit zutraut. Antonovsky plädierte ferner dafür, anstatt das Subjekt auf Krankheit zu reduzieren, die »Geschichte der *Person* – wohlgemerkt nicht die des *Patienten*« zu ergründen (Antonovsky 1997: 27; Hervorhebung im Original). Erst dann ließe sich ihr Handeln verstehen.

Ein weiteres Konzept der Salutogenese lautet »Kohärenzgefühl« (*sense of coherence*). Damit meinte Antonovsky eine »globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat« (Antonovsky 1997: 36; Hervorhebung im Original). Das Individuum müsse erstens darauf vertrauen können, dass die von außen oder innenkommenden Stressoren »strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind« (ebd.). Zweitens brauche es Sicherheit dahingehend, genügend eigene Ressourcen aufzubringen, um den Spannungszuständen zu begegnen. Drittens umschließt Kohärenzgefühl einen Sinn für die Bedeutsamkeit von Stressoren. Wird Behinderung als überwältigend erfahren und überwiegen Gefühle der Ohnmacht? Wird Behinderung zu anderen gegenwärtigen oder vergangenen Herausforderungen gesetzt und relativiert? Wird sie als ungerechte Strafe für das eigene Individuum gedeutet oder als ein Phänomen, mit dem auch viele andere hadern, kontextualisiert? Antonovsky, der allerdings nicht von Behinderung sprach, schlug vor, Stressoren gegebenenfalls als »Herausforderungen« zu deuten, die es wert seien, »Anstrengung und Engagement« zu entwickeln (ebd.). Das Kohärenzgefühl weist also drei Komponenten auf: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit. Zwar betonte Antonovsky, dass erfolgreiche Bewältigung von allen drei Komponenten in ihrer Gesamtwirkung abhängen, Bedeutsamkeit gewichtete er dennoch mehr als die anderen (ebd.: 38).

Antonovskys Salutogenese ist für mich in zweifacher Hinsicht höchst hilfreich. Erstens lassen sich Konzepte wie generalisierte Widerstandsressourcen und Kohärenzgefühl als Analyseinstrumente nutzen. Zweitens rückt Salutogenese das Subjekt in den Mittelpunkt, das Erfahrung und eine Geschichte mitbringt, über Handlungsmacht und Wissen verfügt. Mit dem Begriff Wis-

sen meine ich in Anschluss an den Ethnologen Fredrik Barth (2002) alles, was wir einsetzen, um die Welt zu interpretieren und in ihr zu handeln. Wissen kann als Korpus von Annahmen, Ideen und Überzeugungen aufgefasst werden. Es existiert durch soziale Beziehungen und durch die Kommunikation in verschiedensten Formen der medialen Vermittlung und Repräsentation (vgl. Barth 2002: 3). Nach Erscheinungsformen sortiert begegnen uns im Leben unter anderem medizinisches, wissenschaftliches, religiöses, kulturelles, künstlerisches, technisches, politisches, berufliches Wissen, ferner alltagspraktisches Wissen, Schulwissen, Ernährungswissen, Medienwissen oder Umweltwissen. Wissen ist immer an konkrete Diskursräume und Wahrheitsregime gebunden. Praktiken seiner Aufwertung bzw. Abwertung entspringen bestimmten Machtverhältnissen (Reinecke et al. 2010). Ein offener Wissensbegriff im Sinne von Barth erweitert das Verständnis von Widerstandsressourcen und ermöglicht eine genauere Analyse von Deutungskämpfen, wenn es um Behinderung geht.

Behinderung als soziale Konstruktion

In der Fachliteratur zu Behinderung fand ich das Argument, die Differenzkategorie Behinderung sei anders als »ethnische Herkunft« bzw. ethnische Gruppe »vage«. Denn im Gegensatz zur Letztgenannten beziehe sich Behinderung auf eine breite Palette von Phänomenen und es fehle ihr die »*longue durée*« (Waldschmidt 2007: 68). Als Ethnologin sehe ich das anders. Denn sowohl der Begriff Behinderung als auch der Begriff ethnische Gruppe entspringen Zuordnungspraktiken der kapitalistischen Moderne. Beide wurden entwickelt und eingesetzt, um die Beziehungen zwischen Menschen zu ordnen, die Bevölkerung zu überwachen und in ihrem Sozialverhalten zu regulieren. An beiden »Konstruktionen sozialer Wirklichkeiten« (Dittrich/Radtke 1990: 16) hatten die Wissenschaften erheblichen Anteil. So war es die abendländische Verwaltungspraxis in den Kolonien in Afrika, Asien und den Amerikas, die mithilfe der Ethnologinnen die unterworfenen Bevölkerung in Ethnien ordnete. Bis dahin hatten sich große Teile der Menschheit nicht als ethnische Gruppen organisiert, sondern als »Heiratsklassen, Altersklassen, sozioprofessionelle Gruppen, Verwandtschaftslinien oder Lokalgruppen« (Elwert 1989: 18). Im gegenwärtigen gesellschaftlichen Diskurs ist der Begriff ethnische Herkunft angefüllt mit Vorstellungen über Nationalstaat, Sprache, Religion, kulturelle Praktiken, Geschlechterverhältnisse etc. Beispielsweise wird im öffentlichen Diskurs oft so getan als sei »arabischer Migrationshintergrund« gleich-

bedeutend mit Herkunft aus dem Nahen Osten und Nordafrika und mit muslimisch. Dem würden aber die nach Unabhängigkeit strebenden Kurdinnen, die Berberbewegung, arabische Christinnen, Yezidinnen, Atheistinnen, säkulare Feministinnen oder LGBT sehr heftig widersprechen. Anstatt multiple Lebensweisen und Identitäten anzuerkennen, werden Personen mithilfe der Differenzkategorie ethnische Herkunft diskursiv bestimmten Raumcontainern zugeordnet und in ihrer angeblichen arabischen oder muslimischen »Natur« essentialisiert. Dass der Raumcontainer »Naher Osten und Nordafrika« erst durch den Kolonialismus hergestellt wurde, bleibt dabei völlig vergessen (vgl. Wippel/Fischer-Tahir 2018). Der Begriff ethnische Herkunft ist ebenso vage wie der Begriff Behinderung. So haben beispielsweise der arabischsprachende Zahnarzt in Jena, die Kölner Restaurantbesitzerin, die als Kind mit ihren Eltern aus Bagdad kam, und der libysche Geflüchtete in einer Zwangsunterkunft in Berlin ebenso viel und so wenig gemeinsam wie die sehbehinderte, lesbische Künstlerin in Berlin-Mitte, der an Parkinson erkrankte Rentner in Sangerhausen und die hörgeschädigte, alleinerziehende Mutter, die in Putbus auf Rügen einen Blumenladen betreibt. Erst die Kategorien ethnische Herkunft bzw. Behinderung lassen mehr Gemeinsamkeit sehen und ermöglichen die Zuordnung dieser Personen zu der einen bzw. anderen »Randgruppe«. Eine solche Zuordnung erfolgt nicht aufgrund objektiver Merkmale oder subjektiver Einstellungen der Personen, sondern allein in Folge der sozialen Wirkmacht von Ordnungskategorien unter bestimmten gesellschaftlichen Verhältnissen.

Vorstellungen von Behinderung sind immer historisch konkret, kulturabhängig und veränderbar. Jede sogenannte vormoderne Gesellschaft hat ihre eigene Kosmologie, die in einem Begründungszusammenhang mit Normen, Werten und Regeln des Handelns steht. Obwohl die kapitalistische Moderne alte Modi der Vergesellschaftung zurückgedrängt, Individuen als Subjekte freigesetzt und die Wissenschaften als ordnende und sinngebende Kräfte teilweise an Gottes Stelle setzte, wurden alte Kosmologien nicht in Gänze über Bord geworfen. In früheren Zeiten tendierten die Menschen im christlich-abendländischen Raum zu der Annahme, dass zum Beispiel Blindheit, angeborene körperliche Gebrechen oder Epilepsie Strafen Gottes seien. Solche Phänomene wurden als Folge von Sünden oder als Beweis für die Existenz des Teufels gedeutet. Dieses Denken war verbunden mit sozialer Abwertung der Betroffenen, gleichzeitig Mitleid, Fürsorge oder dem Einbezug in die vormodernen Produktionsabläufe von Handwerk und Landwirtschaft (Barnes et al. 1999: 17-18). Desgleichen wurde körperliche Andersheit zur Schau gestellt und

zum Medium der Unterhaltung gemacht. So dienten Kleinwüchsige als Hofnarren und bestimmte körperliche Beeinträchtigungen als Kuriosität, die es lohnte, auf Gemälden festzuhalten (Schönwiese/Mürner 2005). Die durch die »ursprüngliche Akkumulation des Kapitals« (Marx [1867] 1969: 744) in Gang gesetzten Umwälzungen der Produktionsweise und politischen Herrschaftssysteme führten im 18. Jahrhundert verstärkt zur Enteignung und Vertreibung der bäuerlichen Schichten und damit zur Freisetzung von Massen verarmter Menschen. Körperstrafen, Freiheitsstrafen sowie die Einrichtung von Arbeitshäusern mündeten in die »großen Einsperrung« von Landlosen, Bettlerinnen, Rebellinnen, Verkrüppelten und »Wahnsinnigen« (Foucault [1976] 2015: 254). Während behinderte Kinder des Adels unterrichtet wurden, erlitten jene der unteren Klassen Repressionen. Später wurden die Letztgenannten – auch unter dem Eindruck der Aufklärung und dem Aufkommen der bürgerlichen Bildungsideen – zur Erziehung in Anstalten zusammengeführt (Jantzen 2007: 47–48). Sie wurden zum Objekt von medizinischer Beschauung und Erziehungsmaßnahmen. Staatsbildungsprozess, Ausweitung der industriellen Produktion und eine moderne Medizin, die mit der »Geburt der Klinik« die Bipolarität zwischen »normal« und »pathologisch« erfand (vgl. Foucault [1973] 2016: 53), wirkten ineinander. Der Staat zog diagnostische Kategorien heran, um Fürsorge für »nicht-normale«, pathologisierte Untertanen davon abhängig zu machen, ob sie »arbeitsfähig«, »arbeitsunfähig« oder einfach nur »arbeitsunwillig« waren (Jantzen 2007: 55). Wie alle anderen doppelt freien Lohnarbeitenden sollten sich diese Individuen, soweit möglich, der Fabrikarbeit und dem Takt der Maschine unterwerfen. Behinderung wurde also nicht nur im medizinisch-naturwissenschaftlichen Sinne, sondern auch in Bezug auf ökonomische Nützlichkeit gedacht: Behinderung ließ und lässt sich verwerten, und sei es als »Arbeitskraft minderer Güte« (Jantzen 2007: 30).

Der Kolonialismus trug diese von abendländischem Christentum, moderner Medizin und ökonomischer Verwertbarkeit geformte soziale Konstruktion von Behinderung vom Zentrum in die Peripherien des »kapitalistischen Weltsystems« (Wallerstein 1974). Bis dahin gingen die Gesellschaften sehr unterschiedlich mit körperlicher und mentaler Diversität um. Was in der einen als dämonenhaft und göttliche Strafe galt, konnte in der anderen gleichzeitig als Qualifikation für das Heilen von Kranken sowie die Kommunikation mit Geistern, Vorfahren und Göttinnen betrachtet werden. Ein Makel konstituierte zumindest nicht zwangsläufig ein unüberwindbares Hindernis für gesellschaftlich angesehene Tätigkeit (vgl. Barnes et al. 1999: 14–17; Mitchell 1997). So unterschieden arabisch schreibende islamische Gelehrte vor dem 19.

Jahrhundert weniger danach, wie jemand behindert war, sondern woran jemand gehindert wurde. Die Grundform *'a-w-q*, aus der das heutige arabische Wort für »Behinderung« gebildet ist, bedeutet *jemanden an etwas hindern* oder *von etwas abhalten* – vom Gebet, der Teilnahme am Jihad, der Sicherstellung des Lebensunterhalts oder der Erfüllung von Pflichten in der Gemeinde. Gehindert werden konnten Menschen durch Sinnesbeeinträchtigung, Stottern, ein amputiertes Bein, vorübergehende Einschränkung des Bewegungsapparates oder weil der Körper für die Ausübung einer bestimmten Tätigkeit zu groß bzw. zu klein war. Diese Zustände stellten eher Prüfungen des Glaubens dar, weniger Strafen für Ungehorsam gegenüber Gott. Interessanterweise diskutierten die Gelehrten wohl durch die Jahrhunderte hinweg immer wieder über die Eignung von blinden Männern als Muezzin; er musste schließlich genau den Mond beobachten, wobei ihm aber assistiert werden konnte (Ghaly 2010: 11-14; 106-107). Darüber hinaus war Blindheit nicht prinzipiell ein Hindernis für die prestigeträchtigere Position des Imams; gegebenenfalls musste ihn ein anderer Gläubiger mit dem Gesicht in Richtung Mekka drehen, falls er selbst die Orientierung im Raum verlor (Rispler-Chaim 2007: 25). Die europäischen Kolonialherren in Nordafrika stellten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Augenkrankheiten (wohl aufgrund der massiven Verbreitung) den Seuchen wie Lepra und Syphilis gleich (vgl. Kudlick et al. 2008: 66). Die Brailleschrift wurde zunächst nur zur christlichen Missionierung eingeführt. Der koloniale Diskurs machte aus dem »Gehindert-werden-an-etwas« ein »Behindert-sein« und erklärte Behinderung zu einem sozialen Problem, dessen augenfälligstes Merkmal die Bettelei war. Im Übrigen weisen Vertreter der Disability Studies darauf hin, dass der universell erfolgreiche Begriff »handicap« genau an diese stigmatisierende Vorstellung von Behinderung gebunden ist: Betteln mit der Mütze in der Hand (Barnes et al. 1999: 6). Es sind in der Tat häufig bildliche Repräsentationen, die unsere Vorstellung von Behinderung prägen, seien es nun durch die Künste geschaffene Bilder, über Schulbuch und Massenmedien vermittelte oder von den Wissenschaften hergestellte und autorisierte Bilder. Es ist schwer, sich ihrer Wirkmacht zu entziehen (Schönwiese/Mürner 2005).

Selbst wenn heute hierzulande Behinderung kaum noch mit einem Dualismus von Himmel und Hölle in Zusammenhang gebracht wird, bleibt der Diskurs von einem religiösen dualistischen Denken geprägt. Er wird durch Gegensatzpaare wie gesund/krank, normal/anormal, innen/außen, selbstständig/unselbstständig, mündig/unmündig, oben/unten, Wissen/Unwissen oder Macht/Ohnmacht strukturiert. Zudem halten sich kulturelle Muster mit einiger Hartnäckigkeit. So erscheint das Verhältnis von Exper-

tin/Betroffene, über das sich in erheblichem Maße die Vergesellschaftung von Behinderung realisiert, als ein Echo auf das mittelalterliche Verhältnis von Diakon/Bedürftiger. Ein anderes Beispiel wäre Stigma und Stigmatisierung. Der griechische Begriff für ein Zeichen, das in der Antike Sklavinnen, Verbrecherinnen oder Verräterinnen eingebrannt wurde, bezog sich einst auf Konzepte von Ehre/Unehre, Reinheit/Unreinheit sowie Innen/Außen und war an sozialen Status und bestimmte Verhaltensnormen gekoppelt. Über seine metaphorische Verwendung im christlichen Mittelalter rettete sich das Wort Stigma bis in die Moderne (vgl. Goffman 2018: 9). Sätze mit »Stigma« oder »Stigmatisierung« begegnen uns heute in vielen verschiedenen Diskursen, und jeder Mensch scheint wohl zu wissen, dass es dabei um Brandmarkung, Herabsetzung und Ausgrenzung geht. Aus soziologischer Sicht bildet die Visibilität eines bestimmten Merkmals eine wichtige Voraussetzung für Stigmatisierung (vgl. Goffman 2018: 64). Nun sind aber viele Beeinträchtigungen an sich nicht sichtbar, sondern werden es erst durch bestimmte materielle Gegenstände und räumliche Praktiken: zum Beispiel Rollstuhl, Langstock, Kennzeichnung durch Blindenplakette oder Armbinde, Kommunikation in Gebärdensprache, Abgrenzung von Räumen der Einschließung wie psychiatrische Anstalt oder Sonder- bzw. Förderschule. Über diese Materialität vermittelt kommt es zu Wechselwirkungen zwischen Erwartungen der Nicht-Beeinträchtigten bezüglich der Erscheinung und Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen einerseits, und deren sozialen Handeln andererseits. Zum Beispiel mag eine Blinde auf viele Sehende fremdartig wirken. Sie repräsentiert aus Sicht der Letztgenannten die »Schattenseite des Sehens« und ihr wird unterstellt, dass es ihr an entscheidender Voraussetzung zur vollen Wahrnehmung der Welt mangelt (vgl. Länger 2016: 1). Die Blinde repräsentiert »das Andere«, ihr Stigma ist Blindheit. Wenn sie sich im Verlauf ihres Lebens voller Herausforderungen eine Lebensphilosophie von Stärke und Durchhaltevermögen zulegt und nach ihr strebt, erfüllt sie zwar die verbreitete Erwartung an Blinde, in ihrer Fremdartigkeit außergewöhnlich zu sein. Sie darf aber bestimmte Grenzen der sozialen Differenz nicht überschreiten, sondern muss durch ihr Verhalten zur Aufrechterhaltung des Andersseins und der Subordination beitragen. In Goffmans einflussreichem Werk *Stigma*, das 1963 erstmals erschien, wird das Dilemma, das durch die Erwartungen einer »out-group« an das stigmatisierte Individuum entsteht, so beschrieben:

Da das Gebrechen des Individuums nichts an sich ist, sollte es sich seiner und anderer, die es haben, nicht schämen; noch sollte es sich durch den Versuch, es zu verstecken, kompromittieren. Durch harte Arbeit und beharrliches Selbsttraining sollte es andererseits gewöhnliche Standards so vollkommen wie möglich erfüllen, sich nur zurückhalten, wenn die Frage der Normierung sich erhebt; das heißt, wo seine Bemühungen den Eindruck des Versuches, seine Andersartigkeit zu leugnen, erwecken könnten. (Goffman 2018: 144)

Goffman beeinflusste maßgeblich eine Forschung zu Behinderung, die in den 1970er Jahren die pathologische Sicht auf Behinderung und das medizinische Modell verdrängte und stattdessen Behinderung als Resultat der sozialen Interaktion auffasste (Mercer 2002: 231). Allerdings ließen sich für das von Goffman beschriebene Dilemma statt der blinden Person noch andere Beispiele denken wie etwa eine Frau, ein Migrant oder ein Arbeiterkind, die jeweils in einem der weißen, männlichen Oberschicht vorbehaltenen Berufsfeld nach einer Position streben. Der Stigma-Begriff wurde daher im Laufe der Zeit erweitert. So wird argumentiert, dass Stigma ganz allgemein in einem Zusammentreffen von Benennung, Stereotypisierung, Absonderung, Statusverlust sowie Diskriminierung entsteht und unter spezifischen Machtverhältnissen fortexistiert (Link/Phelan 2001: 377). Offensichtlich sind Prozesse der Bildung von »Wir-Gruppen« (Elwert 1989) und »vorgestellten Gemeinschaften« (Anderson 1988) besonders anfällig für das Handlungsmuster Stigmatisierung. Das belegt jedenfalls die Genozidforschung (Fein 1990; Mann 2005).

Das Konstrukt von Behinderung als medizinisch-begründetes, individuelles Problem, das sich durch Therapie und Sonderschule handhaben ließe, scheint derzeit weiter in den Hintergrund zu treten. Zumindest wird die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 als Paradigmenwechsel gefeiert. »Traditionelle Konzepte der Fürsorge« seien »normativ endgültig abgelöst« und das erste Mal in der Geschichte, Rechte von Menschen mit Behinderungen verbindlich festgeschrieben worden (Degener 2015: 1). Das internationale Übereinkommen definiert Behinderung als einen Zustand, der »aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht,

die sie an der vollen und wirksamen Teilhabe auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen an der Gesellschaft hindern« (UN-BRK, Präambel).⁶

Artikel 1 (Zweck) beschreibt die Personengruppe, um die es geht, folgendermaßen: »Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben«. Wer zu dieser Personengruppe gehört, *ist nicht behindert, sondern wird behindert*, und das eine ist von dem anderen fundamental verschieden. Die von den Vereinten Nationen adoptierte Definition weist große Gemeinsamkeit mit dem sozialen Modell von Behinderung auf, welches in den 1980er Jahren durch Vertreterinnen der Disability Studies mitetabliert wurde. Dieses soziale Modell »postuliert eine Dichotomie zwischen den zwei Ebenen des Behinderungsprozesses, der medizinischen oder psychologisch diagnostizierbaren Beeinträchtigung oder Schädigung (impairment) und der aus ihr resultierenden sozialen Benachteiligung (disability). Menschen ›sind‹ nicht zwangsläufig aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkung behindert, sondern sie ›werden‹, indem Barrieren gegen ihre Partizipation errichtet werden, ›zu Behinderten gemacht.« (Waldschmidt 2007: 57)

Behinderung ist also weder gleichbedeutend mit medizinisch feststellbarer funktioneller Beeinträchtigung oder direkt aus ihr ableitbar, noch resultiert Behinderung erst aus dem Zusammentreffen von Beeinträchtigung auf der einen Seite und den mentalen oder strukturellen Barrieren in der Gesellschaft auf der anderen. Vielmehr gehört die Beurteilung eines Phänomens als »Schädigung« (*impairment*) zum Prozess von Behinderung dazu. Denn in einer solchen Beurteilung wird, mit Georg Feuser gesprochen, »im Sinne normwertorientierter diagnostischer Entscheidungen [...] die ›Pathologie‹ eines Phänomens konstruiert« (Feuser 2011: 92). Behinderungen im Sinne der UN-BRK mögen jene Zustände sein, in die das Individuum durch gesellschaftliche Barrieren in Wechselwirkung mit der individuellen Gesundheit gerät bzw. denen es situativ oder über einen längeren Zeitraum ausgesetzt ist. Herbeigeführt werden derartige Zustände durch ausgrenzende räumliche Strukturen, Kommunikationsformen oder Schulsysteme, durch wirtschaftliche, politische und rechtliche Rahmenbedingungen ebenso wie durch sozia-

6 Ich beziehe mich hier und in folgenden Zitaten aus der UN-BRK auf die vom Netzwerk Artikel 3 veröffentlichte Schattenübersetzung von 2009. Diese Übersetzung korrigiert Stellen der offiziellen Übersetzung aus dem Englischen ins Deutsche hinsichtlich Wortwahl und Satzstellung. Vgl. www.netzwerk-artikel-3.de/index.php?view=article&id=93:international-schattenubersetzung (letzter Zugriff 10.10.2020).

le Normen, Werte und Regeln sowie stigmatisierende Praktiken. Im Unterschied dazu verweist Behinderung im Sinne der sozialkonstruktivistischen Disability Studies auf ein gesellschaftlich hergestelltes, materielles und diskursives Unterdrückungsverhältnis (vgl. Oliver 1992; Barnes et al. 1999). Dieser Ansatz markiert eine starke Differenz zu einer Forschung über Behinderung, welche dem Positivismus verhaftet bleibt und in ihren Methoden den gesellschaftlich höher gestellten Naturwissenschaften nacheifert. Inspiriert wurden seine Verfechterinnen von Feminismus und Black Research (Oliver 1992: 111-112). Der Ansatz überlappt mit der von der sowjetischen Kulturhistorischen Schule geprägten materialistischen Behindertenpädagogik bzw. Allgemeinen Pädagogik in Deutschland (Jantzen 2007; Feuser 1989; Feuser 2011), die von Krüppelbewegung und Antipsychiatrie-Bewegung mitbewegt wurde. In beiden Denkrichtungen geht es darum, die Macht- und Herrschaftsstrukturen offenzulegen, denen die Ordnungskategorie Behinderung seine soziale Wirkmacht verdankt. Gleichzeitig wird in beiden der Blick auf die Tätigkeit der Subjekte, die behindert werden, gelenkt; auf ihre Ausgestaltung von Praxis, ihre Sinnkonstruktionen, Repräsentationen und Formen kollektiver Selbstorganisation (Waldschmidt/Schneider 2007; Langner 2009). Inzwischen weisen auch immer mehr Autorinnen darauf hin, dass und auf welche Weise Behinderung mit anderen Unterdrückungsverhältnissen entlang der Differenzkategorien ethnische Herkunft, Geschlecht, soziale Klasse, Staatsbürgerschaft oder Alter überlappt. Sie nennen diese Erscheinungsform »Intersektionalität« (Raab 2007; Wanding/Westphal 2014). So kann Diskriminierung aufgrund von Behinderung mit rassistischen und sexistischen Praktiken einhergehen, wodurch Effekte auf die soziale Klassenlage entstehen. Als Analyseinstrument zielt Intersektionalität darauf, die Komplexität von Unterdrückungsverhältnissen zu verdeutlichen. Gleichzeitig wird der politische Anspruch erhoben, Erkenntnisse und Methoden für eine Veränderung der gesellschaftlichen Verhältnisse einzusetzen (Collins/Bilge 2019).

Wenn in diesem Buch von Behinderung (im Singular) gesprochen wird, ist immer das historisch entstandene prozesshafte Unterdrückungsverhältnis im Sinne der Disability Studies und der kulturhistorischen Behindertenpädagogik gemeint. Aus pragmatischen Gründen verwende ich vorerst weiterhin das Wort Sehbehinderung und zwar angelehnt an die Bedeutung, wie sie durch die WHO beschrieben wird. Alternativ gebrauche ich Sehbeeinträchtigung bzw. Beeinträchtigungen des Sehens. Sehschädigung bezieht sich auf Beeinträchtigungen des Sehens und auf Blindheit. Eine eigene kritische Begriffsbestimmung von Sehbehinderung möchte ich erst am Ende und auf Basis des

eigenen empirischen Materials und seiner Analyse vornehmen. Spreche ich von Menschen mit Behinderungen, so beziehe ich mich auf die Semantik der UN-Behindertenrechtskonvention.

Die Konvention entstand im Jahre 2006 durch das Engagement von Akteurinnen der Behindertenbewegung, und Interessenverbände kämpfen seit Jahren auf verschiedenen Ebenen für ihre konsequentere Umsetzung. Degener (2015) argumentiert, die UN-BRK stelle mit ihrem menschenrechtlichen Modell von Behinderung eigentlich eine Weiterentwicklung des sozialen Modells dar. Denn ihr rechtstheoretischer Rahmen würde über den Kampf gegen Diskriminierung hinausgehen, indem er die Menschenrechtsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen betone und Behinderung als Teil von gesellschaftlicher Diversität festschreibe (ebd.: 9-12). Außerdem ermögliche das menschenrechtliche Modell einen »Fahrplan« für eine »inklusive globale Armutspolitik«. Die UN-BRK würde dazu führen, dass in einem globalen Kontext Entwicklung an den Indikator *disability mainstreaming* gekoppelt werde (ebd.:13). Zweifellos ist die UN-Konvention von enormer politischer Bedeutung. Sie ist es wohl auch insbesondere deshalb, weil sie auf internationaler Ebene festschreibt, dass Menschen mit Behinderungen nicht länger Objekte der Fürsorge, sondern Trägerinnen von politischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Rechten sind. Infolge des Vertragswerkes kam es auch in Deutschland zu vielen Veränderungen vor allen Dingen in Funktionssystemen wie Bildung und Kultur. Im öffentlichen Raum wurde sehr stark der Abbau von Barrieren gefördert, während die öffentlich-rechtlichen Medien dabei halfen, den Inklusionsdiskurs zu etablieren. Dennoch bleiben die Möglichkeiten, die Konvention konsequent umzusetzen, beschränkt. Denn dem politischen Willen hinter der Konvention steht die Konstitution unserer Gesellschaft massiv im Wege. Außerdem fehlte es den Vereinten Nationen schon immer an Sanktionsmöglichkeiten, um ihre Konventionen gegebenenfalls mit mehr Nachdruck durchzusetzen. Allerdings wäre äußerer Zwang problematisch, da »bei bloßer Einhaltung der Normen ohne innere Zustimmung [...] der tiefe Sinn der Normen – nämlich die Werte, für die sie stehen – ausgehöhlt werden oder verloren gehen« (Dederich 2013: 34). Dieser Prozess des Bedeutungsverlusts bzw. der Umdeutung von Inklusion scheint längst eingesetzt zu haben. So kritisieren Autorinnen und Autoren, dass Inklusion zu einem Modebegriff verkommen sei. Er diene oft eher der Selbstdarstellung oder der Positionsverbesserung bestimmter Akteurinnen in Bildung, Politik und Wissenschaft als etwa den Menschen, die behindert werden (vgl. Feuser 2011; 2017; Becker 2015). Wolfgang Jantzen (2017) kritisiert, der Begriff sei

mittlerweile derartig offen definiert, dass er verspreche, alle einzuschließen: Menschen mit funktioneller Einschränkung und chronischen Krankheiten, Migrantinnen, die Jüngeren genauso wie die Älteren in der Gesellschaft, Menschen mit diversen Gender-Identitäten oder irgendwie anders marginalisierte soziale Gruppen. Mit dieser Offenheit könnten wir uns, so sein Argument, ebenso gut auf das *Kommunistische Manifest* beziehen. Dann ließe sich nämlich in Anschluss an Marx und Engels die Notwendigkeit von Inklusion damit begründen, dass die freie Entwicklung jedes einzelnen Individuums Voraussetzung für die freie Entwicklung aller Menschen sei (vgl. Jantzen 2017: 55). Inklusion rückt also in die Nähe von Utopie. Marx und Engels postulierten allerdings, dass die Assoziation von freien Menschen an die »Stelle der alten bürgerlichen Gesellschaft mit ihren Klassen und Klassengegensätzen« treten werde (Marx/Engels [1844] 1972: 482). Dies liegt nun sicherlich nicht im Interesse des Staates. Daher muss sehr kritisch hingeschaut werden, wenn der Staat sich anschickt, als »Vollzugsperson einer Utopie« zu agieren (Becker 2015: 8).

2.2 Die Vorstrukturierung von Partizipation an Arbeit

Arbeit und (Un-)Abhängigkeit

Die UN-BRK widmet sich in Artikel 27 dem Themenkomplex »Arbeit und Beschäftigung«. Darin erkennen die Vertragsstaaten, »das Recht von Menschen mit Behinderungen [...] auf Arbeit« an. Sie bekennen sich dazu, Rechtsvorschriften zu erlassen, um Diskriminierung zu vermeiden und das Recht von Menschen mit Behinderungen »auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschließlich Chancengleichheit [...] zu schützen.« Darüber hinaus sollen die jeweiligen Staaten den »Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung« garantieren sowie Maßnahmen zur »Unterstützung bei der Arbeitssuche« und »Programme für die berufliche und fachliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen« fördern. Die UN-BRK spricht ferner von zu erlassenden Rechtsvorschriften, um die Beschäftigung im öffentlichen Dienst sicherzustellen sowie von staatlichen Maßnahmen und Anreizen, um

im privaten Sektor das Recht auf Arbeit von Menschen mit Behinderungen durchzusetzen.⁷

Der UN-BRK geht es also nicht um Arbeit als Möglichkeit der nützlichen Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen, sondern um Arbeit als ein Menschenrecht. Zu seiner Verwirklichung muss durch staatliche Intervention das Funktionssystem Wirtschaft an die Menschen mit Behinderungen angepasst werden, und nicht umgekehrt. In einem solchen Vorhaben treten jedoch Probleme auf, wie Studien belegen (Fietz et al. 2011; Kardorff et al. 2013; Niehaus/Bauer 2013). So verpflichtet der Staat beispielsweise öffentliche und private Betriebe und Unternehmen, bei mindestens 20 Beschäftigten 5 Prozent der Arbeitsplätze mit schwerbehinderten Arbeitnehmerinnen zu besetzen. Gleichzeitig bietet er alternativ die Möglichkeit zur Zahlung einer Ausgleichsabgabe an die Integrationsämter (BMAS 2009: 160). Wirtschaftliche Unternehmen können sich somit quasi von Inklusion freikaufen. Zu ihrer Verteidigung erklären befragte Unternehmen dann beispielsweise, dass die schwerbehinderten Bewerberinnen den geforderten Leistungen nicht entsprechen oder sich erst gar keine bewerben würden (Fietz et al. 2011: 48). Der Staat garantiert allerdings Arbeitnehmerinnen mit einem Behinderungsgrad ab 50 Prozent unter bestimmten Umständen einen besonderen Kündigungsschutz. Viele Unternehmen scheinen die ihnen daraus erwachsenden Unannehmlichkeiten wie etwa langwierige Kündigungsverfahren und die Einmischung des Integrationsamts zu fürchten. Außerdem sehen sie mit Unbehagen langen Fehlzeiten und Regelungen zur Arbeitsunfähigkeit entgegen (ebd.: 46-50; 57-59). Vor diesem Hintergrund könnte gesagt werden, dass staatliche Eingriffe im Sinne von Inklusion neue Barrieren schaffen. Darüber hinaus sprechen wissenschaftliche Studien weitere Faktoren an, die das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit aushöhlen, so zum Beispiel persönliche Vorurteile von Unternehmerinnen, negative Erfahrung mit dem Thema Behinderung, mangelndes Wissen um staatliche Instrumente der Inklusion sowie bürokratischer Mehraufwand bei der Beantragung von staatlich unterstützter Beschäftigung (ebd.: 35; Kardorff et al. 2013: bes. 58; 85; Niehaus/Bauer 2013: bes. 46). Nur am Rande findet sich in den Studien der Hinweis darauf, dass bei Einstellung in einen Betrieb die Arbeitnehmerinnen mit Behinderungen kaum mehr erwartet als Niedriglohn, Befristung und Überforderung durch einen unangepassten Arbeitsplatz (Kardorff et al. 2013: 89).

7 UN-BRK 2009, Schattenübersetzung; www.netzwerk-artikel-3.de/index.php?view=article&id=93:international-schattenuebersetzung (letzter Zugriff 10.10.2020).

Die UN-BRK hat nicht nur Menschen mit Behinderungen als Arbeitnehmerinnen im Blick, sondern schreibt in Artikel 27 (f) fest, dass die Vertragsstaaten »Möglichkeiten für Selbstständigkeit, Unternehmertum, die Bildung von Genossenschaften und die Gründung eines eigenen Geschäfts zu fördern« hätten. In Studien zu Inklusion durch Teilhabe an Arbeit geht es allerdings fast ausschließlich um Behinderte als Arbeitnehmerinnen. So befragen Fietz et al. (2011) in einer Kooperation der Universität Bremen mit dem Senat und dem Versorgungsamt bzw. Integrationsamt Bremen Arbeitgebende in der Region nach möglichen Hemmnissen für die Einstellung von Menschen mit Behinderungen. Andere fächern das Feld breiter auf. Etwa untersuchen Niehaus/Bauer (2013) im Auftrag der Sozialorganisation Aktion Mensch Inklusionschancen von Hochschulabsolventinnen mit sichtbaren und nicht-sichtbaren funktionellen und anderen Beeinträchtigungen, während Kardorff et al. (2013) im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes auf vornehmlich qualifizierte Arbeitslose, Arbeitnehmerinnen sowie Beschäftigte in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen blicken. Diese beiden zuletzt genannten Studien befragen nicht nur potentielle Arbeitnehmende auf der einen und mögliche Arbeitgebende auf der anderen Seite (Unternehmen, Arbeitgeberverbände, Industrie- und Handelskammer), sondern ebenso Akteurinnen der (staatlichen) Kostenträgerinnen wie Agentur für Arbeit, Krankenversicherung und Rentenversicherung. Darüber hinaus befragen sie Vertreterinnen der staatlichen, kommunalen, privaten und gemeinnützigen »Leistungserbringer«, wie etwa Institute für Aus- und Weiterbildung, Rehabilitationsanbieter und Beratungsstellen. Außerdem werden Interessenverbände für Menschen mit Behinderungen in die Befragung einbezogen. Auf der Basis von Aussagen der potentiellen Arbeitnehmerinnen und der Expertinnen (alle anderen) sollen auf unterschiedlichen Ebenen des Inklusionsfeldes Barrieren sichtbar gemacht werden, welche »den Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen erschweren und/oder ihren Verbleib im Beruf gefährden« (Kardorff et al. 2013: 5). Aus beiden Studien lässt sich entnehmen, dass Partizipation an Arbeit über das Konzept des sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses gedacht wird. Der einzige Unternehmer mit Behinderung, der uns begegnet, ist ein Handwerker mit Depressionen, dem die Interaktion mit Vorgesetzten und Kolleginnen schwerfalle. Es heißt dann über ihn: »Auch als selbstständiger Unternehmer einer kleinen Baufirma scheiterte er« (Kardorff et al. 2013: 61).

Das am Berufsförderungswerk Würzburg angesiedelte Forschungsprojekt »Aktiva-BS« steht für »Aktivierung und Integration langzeitarbeitsloser blin-

der und sehbehinderter Menschen«. ⁸ Es untersucht Chancen zur Teilhabe an Arbeit, indem es genauer auf die berufliche Rehabilitation schaut. In einem Bericht interpretieren die Autorinnen und Autoren zuerst die ausgewerteten Aussagen von Expertinnen des »Maßnahmeträgers«. Danach werden »Experteninterviews« mit den Kostenträgerinnen ausgewertet. Zum Schluss geht es um Aussagen der blinden und sehbehinderten Menschen. Die Studie formuliert die Erkenntnis, dass sich trotz guter beruflicher Rehabilitationsangebote die Menschen mit Behinderungen nur in unzureichender Zahl in Arbeit vermitteln ließen. Ein wesentlicher Grund dafür sei nach Aussagen der Expertinnen das Fehlen von »persönlichem Engagement, Selbstbewusstsein und einem reflektierten Umgang mit der eigenen Behinderung«, es mangle den Blinden und Sehbehinderten an »an personalen und sozialen Kompetenzen« (Kroos et al. 2017: 66). Eine weitere Forschungsarbeit, in der es speziell um Menschen mit Sehschädigung geht, ist die Studie von Heinz Willi Bach (2011), angesiedelt an der Hochschule der Bundesagentur für Arbeit Mannheim/Schwerin. Dem Autor geht es allgemein um hochqualifizierte blinde und sehbehinderte Personen und konkret um die Frage, inwieweit eine optimale Arbeitsvermittlung die Partizipation an Arbeit helfe zu unterstützen. Bach erhebt mittels standardisiertem Fragebogen Daten von etwas mehr als 300 Personen – »Sehbehinderte, blinde und mehrfach behinderte Menschen mit akademischen und verwandten Berufen mit hochschulischer Ausbildung, die in den letzten Jahren bei der Bundesagentur für Arbeit Vermittlungs- und Beratungsleistungen in Anspruch genommen« haben (Bach 2011: 19). Untersucht wird die »subjektive Wahrnehmung aus Kundensicht« (ebd.). Über den Begriff »Kunde« wird später noch zu reden sein. An dieser Stelle ist von Interesse, dass in den statistischen Tabellen von Bach auch Freiberuflerinnen und Selbstständige auftauchen, wie zum Beispiel Rechtsanwältin, Heilpraktikerin, Künstlerin, Person mit Lehrberuf sowie zwei Unternehmerinnen, wovon eine sich als Ich-AG ausgewiesen habe. Diese Personengruppe macht in seinem Sample 14 bis 16 von Hundert aus. Mehr will Bach dazu aus dem Verdacht, manche der Befragten hätten Begriffe im Fragebogen anders aufgefasst, als sie gemeint waren, nicht sagen (Bach 2011: 70; 73; 86). Bach bildet eine Ausnahme, denn in den anderen Untersuchungen über berufliche Partizipation geht es fast ausschließlich um Menschen mit Behinderungen als (potentielle) Arbeitnehmerinnen (Habeck 2012; Eikötter 2017; Behrendt 2018).

8 Vgl. <https://www.aktilla-bs.de/> (letzter Zugriff 10.10.2020).

Somit drängt sich der Eindruck auf, dass diese Studien das Konzept Partizipation an Arbeit als Partizipation an abhängiger Lohnarbeit auffassen. Dies würde nicht weiter verwundern, wo doch der Staat mit seinen Förderpaketen und rechtlichen Regelungen darauf zielt, Menschen mit Behinderungen in sozialversicherungspflichtige Arbeitsverhältnisse zu bringen. Eine Gleichsetzung von Arbeit mit abhängiger Lohnarbeit erweist sich aber als höchst problematisch. Denn damit wird ein Gegensatzpaar von abhängiger, behinderter Arbeitnehmerin auf der einen Seite und unabhängiger, nicht-behinderter Arbeitgeberin auf der anderen konstruiert. Dieses Gegensatzpaar repräsentiert ein soziales Verhältnis, das aus der Kopplung von Behinderung mit sozialer Klassenlage innerhalb der Matrix der kapitalistischen Produktionsweise entsteht. In dieser Matrix ist nicht vorgesehen, dass Behinderte über Besitz an Produktionsmitteln verfügen und Autorität gegenüber nicht-behinderten abhängig Beschäftigten ausüben. Höchstens können sie akademische Abschlüsse vorweisen oder Soloselbstständige, gescheiterte Kleinunternehmer bzw. prekarierte Scheinunternehmer sein. Die Prämisse, dass Inklusion sich durch Partizipation an abhängiger Lohnarbeit vollziehen muss, birgt noch eine weitere Gefahr in sich. Denn sie bedeutet eine Abwertung anderer Formen von Arbeit wie Kindererziehung, die Pflege und Betreuung von Angehörigen oder gesellschaftliches Ehrenamt. Nun könnte berechtigterweise der Einwand erhoben werden, in den hier diskutierten Studien gehe es eben dezidiert um Partizipation, die auf finanzielle Absicherung hinauslaufe. Mein Gegenargument würde dann lauten: Erstens muss Lohnarbeit für alle so bezahlt werden, dass auch 20 bis 30 Stunden wöchentliche Arbeitszeit zur Einkommenssicherung genügen. Zweitens braucht es staatliche und gesellschaftliche Anerkennung dieser verschiedenen Formen von Arbeit, denn auch das wäre Inklusion. So aber bleibt das Konzept Partizipation an Arbeit vornehmlich an folgende Bedingungen geknüpft: Sozialversicherungsbeiträge zur Entlastung des Sozialstaates sowie zur Quantifizierbarkeit der Arbeit im Sinne des Bruttosozialprodukts. Auf diese Weise wird Partizipation an Arbeit mit einer ganz spezifischen Form der Nützlichkeit verknüpft. Interessant ist, dass die angeführten Studien die Notwendigkeit von mehr Inklusion mit einem »Fachkräftemangel« in Deutschland begründen und die fachliche Qualifizierung von Menschen mit Behinderungen betonen (Fietz et al. 2011: 27; 49; Bach 2011: 480; Niehaus/Bauer 2013: 6; Kardorff et al. 2013: 72; Kroos et al. 2017: 38). Dieses Argument verstehe ich als ein Echo auf den politisch-ökonomischen Diskurs von der nationalen Wettbewerbsfähigkeit. So gesehen wird kritiklos akzeptiert, dass sich das Konzept der Partizipation an Arbeit eher auf Ka-

pitalinteressen anstatt auf individuelle Selbstbestimmung bezieht. Dass die Forschung die fachliche Qualifikation von Menschen mit Behinderungen betont, kann auch anders interpretiert werden. Es könnte gesagt werden, dass die Autorinnen und Autoren (und ganz besonders Bach, der in seiner Arbeit auf seine eigene Sehbehinderung hinweist) das Argument des Fachkräftemangels instrumentalisieren, um der moralischen und rechtlichen Forderung nach Inklusion eine volkswirtschaftlich relevante Begründung hinzuzufügen. Wie denn sonst sollen wir dem Staat klarmachen, dass Inklusion durch Partizipation an abhängiger Lohnarbeit sich für ihn und die von ihm vertretene herrschende Klasse auszahlen kann?

Kapitalismus – neoliberal und digital

Inklusion erfordert die Diskussion von Exklusion. In der Systemtheorie von Niklas Luhmann erscheinen Inklusion und Exklusion als Mechanismen des Zusammenwirkens von Funktionssystemen der Gesellschaft wie Wirtschaft, Kultur, Politik, Bildung oder Medien. Diese Mechanismen setzen einander voraus und sind komplementär. In einem Formbegriff gedacht, stellt Inklusion die »innere Seite der Form« und Exklusion »deren äußere Seite« dar (Luhmann 2008: 229). Robert Castel (2008) beschäftigt Transformationen der Lohnarbeitsgesellschaft. Er konzipiert diese als ein Kontinuum von Zonen der Integration, Prekarisierung und Entkoppelung. Dieses weist unterschiedliche Formen und Grade von Exklusion auf. Martin Kronauer (2005) wiederum identifiziert drei Dimensionen von Exklusion im hochentwickelten Kapitalismus: die »Marginalisierung am Arbeitsmarkt, bis hin zum gänzlichen Ausschluss von Erwerbsarbeit«, die »Einschränkung der sozialen Beziehungen, bis hin zur Vereinzelung und sozialen Isolation« und schließlich den »Ausschluss von Teilhabemöglichkeit an gesellschaftlich anerkannten Lebenschancen und Lebensstandards« (Kronauer 2002: 151). Über das Risiko, in diese Abwärtsspirale zu geraten, »entscheiden in einem hohen Maße institutionelle Arrangements in und zwischen den drei Integrationsinstanzen Arbeitsmarkt, soziale Nahbeziehungen und (Wohlfahrts-)Staat« (ebd.: 155). Bereits oben wurden einige Arrangements zwischen Arbeitsmarkt und (Wohlfahrts-)Staat in Bezug auf Inklusion angesprochen. Das Problem von Inklusion und Exklusion muss jedoch politisch-ökonomisch kontextualisiert werden.

Uwe Becker (2015) wirft die Frage auf, welche Funktion die Inklusionspolitik in der Bundesrepublik erfülle. Diese Politik finde schließlich unter kon-

kreten gesellschaftlichen Bedingungen statt wie prekäre Beschäftigungsverhältnisse, wettbewerbs- und wachstumsorientierte Sparpolitik des Staates, Altersarmut und zunehmende soziale Ungleichheit. Die in der UN-BRK fixierten Rechte ließen sich nur umsetzen, wenn es einen grundlegenden sozialen Wandel in die andere Richtung gäbe, nämlich hin zu einer gerechten sozialen Ordnung. Von daher werde die UN-BRK weniger als rechtsverbindlicher Text, sondern als Utopie behandelt:

Inklusion bietet der Politik die vorzügliche Möglichkeit, utopische Aufgeschlossenheit zu signalisieren bei ansonsten ordnungspolitischer Verhaltensstarre. Sie solidarisiert sich gewissermaßen mit einer zivilgesellschaftlich guten Idee, ist Teil der Idee und kann sich im Lichte von Menschenrechten als deren Wortführer in Szene setzen. (Becker 2015: 15)

Neben dieser politischen Funktion kommt der staatlichen Inklusionspolitik noch eine weitere, ökonomische Funktion zu. Seit Ende der 1990er Jahre passte sich der Sozialstaat an die neoliberale Restrukturierung der Wirtschaft an. Das Schröder-Blair-Papier (Der Weg 1998) leitete die Abkehr auch der Sozialdemokratie vom bisherigen Sozialvertrag ein. Der Sozialstaat, der zwischen Kapitalinteressen und den Interessen der Werktätigen vermittelt hatte, wurde in einen »Mobilisierungsstaat« umgewandelt (Becker 2015: 60-61). Zunächst waren von der Aktivierungsrhetorik Arbeitslose und Langzeitarbeitslose betroffen. Wer es aus der Arbeitslosigkeit nicht in Beschäftigung schaffte, dem mangelte es angeblich an Eigeninitiative, selbstverantwortlichem Handeln oder Qualifikation. Daher müssten diese Personen unter Androhung von Sanktionen wie Leistungskürzung in besonderen Maßnahmen motiviert und wieder in Arbeit gebracht werden. Nachweislich führte diese Politik zur Erweiterung des Niedriglohnsektors. Diese Mobilisierungspolitik wurde auf Menschen mit Behinderungen ausgeweitet. Mit den Argumenten von der Inklusion als gesamtgesellschaftlicher Aufgabe sowie vom demographisch bedingten Mangel an (deutschen) Fachkräften sollen die »inländischen« Fachkräfte mit Behinderungen aktiviert werden, wie es in einem diesbezüglichen »Nationalen Aktionsplan« heißt (BMAS 2011: 3). Das oben erwähnte Forschungsprojekt »Aktiva-BS« zur Aktivierung und Integration langzeitarbeitsloser sehbehinderter und blinder Menschen widerspiegelt diesen Auftrag schon in seinem Namen. Aktivierung wird in Bezug auf Nützlichkeit für die Wirtschaft gedacht. Allerdings sind nicht alle im flexiblen Kapitalismus in der Lage, ein hinreichendes Einkommen zu generieren und gleichzeitig gesund zu bleiben. Dafür gibt es einfach zu viele Barrieren: in der Organi-

sation und Verteilung von Arbeit, in Kommunikationsformen, im öffentlichen Raum sowie in den Vorurteilsstrukturen, die in allen Schichten und (erwachsenen) Altersgruppen der Gesellschaft anzutreffen sind. So zeigen Untersuchungen, dass Personen mit Behinderungen als wirtschaftlich unprofitabel, unflexibel und daher nicht marktkonform gelten. Überdies herrscht das Vorurteil, sie würden vom Staat zu viel Hilfe erhalten (Groß/Hövermann 2015: 49-50). Viel Spielraum scheint der flexible Kapitalismus also nicht zu bieten. Becker kommt dann auch zu einer pessimistischen Schlussfolgerung: In das System einpassen ließen sich nur diejenigen, die »präparationsfähig genug sind, um sich – wenigstens im gering qualifizierten Niedriglohnbereich – erwerbstätig aufzuhalten« (Becker 2015: 122).

Menschen mit Sehbehinderung, die auch noch über fachberufliche oder hochschulische Qualifikation verfügen, scheinen »präparationsfähig genug«, und ihrer Einpassung steht die voranschreitende Digitalisierung der Wirtschaft nicht unbedingt im Wege. Zwar ist in der Moderne mehr denn je das Sehen die bevorzugte Sinneswahrnehmung, mit der wir in der Welt agieren. Jedoch ermöglicht die Entwicklung assistiver Technologien die Kompensation von Sehschädigung auf völlig neue Weise. Spezielle Vergrößerungssoftware, Bildschirmlesegeräte, Vorleseprogramme und elektronische Braillezeile (über die später ausführlich zu sprechen sein wird) erlauben es, am Arbeitsplatz Informationen zu lesen, zu reproduzieren und zu produzieren. Gleichzeitig sind neue Arbeitsformen geeignet, die für Teilhabe an Arbeit wichtige Variable »Barrieren im öffentlichen Raum«, also zwischen Wohnung und Arbeitsplatz, zu vernachlässigen. So kann in zunehmendem Maße im Homeoffice gearbeitet werden. Allerdings weist eine Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales aus dem Jahre 2016 darauf hin, dass nicht alle Menschen mit Behinderungen fähig seien, die Vorteile der Digitalisierung zu nutzen:

Neue Arbeitsformen wie Crowd Working, Telearbeit, Home Office etc. bieten einer kleinen Teilgruppe von hoch qualifizierten Menschen mit körperlicher Behinderung oder mit Sinnesbehinderung verbesserte Beschäftigungschancen, wenn sie intellektuell in der Lage sind, hochkomplexe Arbeitsanforderungen zu bewältigen, mit den neu entwickelten Techniken umgehen und deren ständige Weiteentwicklung mitvollziehen können. (Engels 2016: 28)

Wer nicht »intellektuell in der Lage« ist, hochkomplexe Aufgaben zu bewältigen, um mit der rasanten Dynamik des digitalen Kapitalismus mitzuhalten, wird irgendwann ausrangiert. Wer kognitive Beeinträchtigungen hat oder

keine höhere Qualifikation vorzuweisen hat, ist schon ausgeschlossen. Über die Chancen der präparationsfähigen kleinen Teilgruppe heißt es dann noch weiter: »Eine gute Qualifikation spielt hier eine größere Rolle als bei Menschen ohne Behinderung, weil die Einschränkungen durch eine besonders gute Qualifikation kompensiert werden müssen, um für einen Arbeitgeber attraktiv zu werden.« (Ebd.)

Durch mehr Leistung den Mangel an Befähigung zur Normalität wettmachen! Wieder einmal werden Probleme, die aus dem Zusammenspiel von Behindertenfeindlichkeit, Konkurrenz und Profitlogik sowie Rückbau des Sozialstaates resultieren, auf das Individuum zurückgeworfen. Darüber hinaus liest sich das Zitat wie eine Aufforderung zur Überkompensation. Ich habe allerdings auch Schwierigkeiten damit, Homeoffice nur als Chance zu interpretieren. Homeoffice (durch die Corona-Pandemie zum staatlich verordneten Massenphänomen geworden) verschärft die Atomisierung der Arbeitsgesellschaft. Es mag zwar einige Freiräume bieten, in Bezug auf abhängig Beschäftigte besteht seine Funktion jedoch vor allem in der Flexibilisierung von Lohnarbeit und der Senkung ihrer Kosten. Es führt nachweislich zu neuen Belastungen der Arbeitnehmenden durch Mehrarbeit, Multiplizierung von Aufgaben, Überschreitung der Grenze zwischen Beruf und Privatleben sowie ständige Erreichbarkeit für die Arbeitgebenden. Wer durch funktionelle Einschränkung noch nicht genug herausgefordert ist, darf arbeitsbedingte Schlafstörungen, Angststörungen, Depressionen, chronischen Rückenschmerzen oder Burnout hinzufügen – Stressoren, die ganz allgemein auch bei Menschen ohne Behinderung zu langen Arbeitsausfällen führen (vgl. Kardorff et al. 2016; DGB 2017). Die Gruppe derjenigen Menschen mit Behinderungen, die für den flexiblen, digitalen Kapitalismus präparationsfähig ist, scheint also immer kleiner zu werden. Um sie wieder zu vergrößern, müssen Maßnahmen her.

In Deutschland regelt das Neunte Sozialgesetzbuch Zugang, Durchführung sowie Kontrolle von Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe für Menschen, die als behindert eingestuft bzw. von Behinderung bedroht sind (§ 1 S. 1 SGB IX). Träger von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (kurz: LTA) sind die Bundesagentur für Arbeit, Rentenversicherungen, Krankenkassen, Unfallversicherungen und Träger der Sozialhilfe. Als sogenannte »Leistungserbringer« nennt das SGB IX vor allem Berufsbildungswerke (BBW), Berufsförderungswerke (BFW), Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und Integrationsfachdienste. Grundsätze des Zusammenwirkens der die Kosten tragenden »Leistungsträger« mit diesen »Leistungserbringern« sind Koordi-

nation, Kooperation sowie Konvergenz (Eikötter 2017: 70-88). Um Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu erhalten, muss ein Antrag beim zuständigen »Leistungsträger« gestellt werden. Befindet dieser, dass die von ihm aufgestellten Kriterien erfüllt sind, wird die Antragstellerin zur »Leistungsberechtigten«. In diesem Zusammenhang spricht die Fachliteratur von einem »sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis« zwischen »Leistungsträger«, »Leistungserbringer« und »Leistungsberechtigtem« (ebd.: 85-86). Über dieses Verhältnis können nicht nur Menschen mit Behinderungen mehr Teilhabe einfordern, sondern auch Rehabilitations- und Bildungsträger einen gewichtigen Teil ihrer wirtschaftlichen Existenz sichern. So ist ein auf eine sehbehinderte und blinde Klientel spezialisiertes Berufsförderungswerk in hohem Maße davon abhängig, dass die Bundesagentur für Arbeit, die Deutsche Rentenversicherung oder die gesetzlichen Krankenkassen ihm »Kunden« vermitteln und die zu leistende Integrationsarbeit finanzieren. »Leistungsträger« und »Leistungserbringer« kontrollieren gemeinsam den Prozess des Maßnehmens und der Anpassung und unterwerfen die behinderten Subjekte einer doppelten Überwachung. In diesem Verhältnis stehen die »Leistungserbringer« durch ihre Abhängigkeit vom Staat allerdings unter einem gewissen Druck. Sie konkurrieren untereinander um »Kunden« und müssen die Kriterien und Qualitätsstandards der die Kosten tragenden Institution erfüllen. Gleichzeitig übernehmen sie (Einrichtungen sozialer Arbeit gleich) Konzepte aus der betriebswirtschaftlichen Managementlehre und ökonomisieren Betrieb und Tätigkeit. Als Dienstleistungsunternehmen etabliert, geben sie vor, am »Kunden« orientiert zu sein. Sabine Schäper (2006) hat diesen Prozess für Wohlfahrtsverbände beschrieben und darauf hingewiesen, dass statt pädagogischen Überlegungen zunehmend Effizienz- und Erfolgskriterien im Sinne einer Wirtschaftlichkeit die Integrationsarbeit bestimmen (vgl. Schäper 2006: 17-18). Wichtiger als die fachliche Qualifikation der Mitarbeiterinnen scheinen die Zertifikate und Gütesiegel zu sein, vermittels derer ein »Leistungserbringer« seine Konformität zu ISO-Normen des international standardisierten Qualitätsmanagements bezeugt und damit seinen Anspruch auf staatliche Mittel unterstreicht:

So können Krankenhäuser, Rehabilitationszentren oder ambulante Pflegedienste nur dann mit den Krankenversicherungen beziehungsweise den Pflegeversicherungen abrechnen, erhalten sozialen Einrichtungen nur dann Mittel der öffentlichen Hand, wenn sie standardisierte »Produkt-

beschreibungen« vorlegen und ihre Maßnahmen zur Qualitätssicherung dokumentieren. (Bröckling 2019: 229)

Nun handeln Berufsförderungswerke nicht mit Küchengeräten oder vergleichbaren Produkten. Ihr Auftrag besteht nach dem Neunten Sozialgesetzbuch darin, Menschen mit Behinderungen in der Partizipation an Arbeit zu fördern. Wie aber soll das gelingen, wenn die individuelle Entwicklung als nachrangig gegenüber einer Qualität von Inklusionsarbeit gilt, die an Wirtschaftlichkeit gemessen wird?

Staatliche Intervention zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen wird zwar mit der UN-BRK begründet, ist aber von neoliberalen Konzepten, Normen und Instrumenten geprägt. Mit dem Begriff Neoliberalismus beziehe mich auf eine bestimmte Theorie der Politischen Ökonomie zum Verhältnis von Staat und Markt. Anfang der 1970er Jahre offenbarte sich in den hochentwickelten kapitalistischen Ländern eine Akkumulationskrise des Kapitals. Die arbeitende Bevölkerung im Globalen Norden hatte durch rationale Massenproduktion (Fordismus) einen soliden Wohlstand erreicht, während der Staat durch Regulierung und Beteiligung der Gewerkschaften den Raubtierkapitalismus einigermaßen in Zaum hielt. Vertreterinnen des Großkapitals befürchteten, die Profitraten ihrer Konzerne würden nicht mehr schnell genug wachsen. Zudem zeigte die Ölkrise von 1973 den westlichen Staaten die Grenzen ihrer globalen Vormachtstellung auf. Darüber hinaus forderten rebellische Emanzipationsbewegungen spätestens seit 1968 die politische Ordnung heraus. In Reaktion auf diese Prozesse entwickelten die herrschenden Eliten einschließlich ihrer Wirtschafts- und Politikwissenschaftlerinnen Strategien für eine politisch-ökonomische Neuordnung. So wurde durch Privatisierung, Dezentralisierung der Produktion, Deregulierung des Marktes, Umwandlung der Industrie- in eine Dienstleistungsökonomie sowie durch Finanzialisierung in Form von Spekulation mit privatisierten Gütern wie Land, Wohnraum oder Renten das Muster der Kapitalakkumulation verändert. Dabei tat nicht der Markt irgendetwas, sondern Menschen trafen bewusst politische und wirtschaftliche Entscheidungen (vgl. Harvey 2007: 35-39; Staab 2019: 85). Aus der Perspektive von Kritischer Geographie vollzog sich im Prozess neoliberaler Umstrukturierung die Restauration der großbürgerlichen Klassenherrschaft (vgl. Harvey 2007: 29). Der Kollaps des sozialistischen Ostblocks trug zur Verschärfung dieses Klassenkampfes von oben bei:

Mit dem Verschwinden der alten kollektivistischen Feinde nahmen neue Feindbilder ihren Platz ein: staatliche Regulierung und Aufsicht, Sozialgesetzgebung und Wohlfahrtspolitik, Gewerkschaften, Tarifverhandlungen sowie die Prinzipien demokratischer Politik an sich. Sie alle sollten schließlich durch die eine Wahrheit des Marktes ersetzt werden; Wettbewerb wurde die Lösung für das Wachstumsproblem. (Zuboff 2018: 58)

Leitgedanken des Neoliberalismus sind individuelle Freiheit, Markt und Wissen. All dies verschmilzt miteinander zum »unternehmerischen Selbst« (Bröckling 2019: 7-8) als einem Idealtypus sozialen Handelns. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte wurden einige Sozialtechnologien neoliberaler Subjektformierung immer weiterentwickelt und infiltrierten alle Bereiche des Lebens (ausführlich Bröckling 2019). Neoliberale Umstrukturierung und der Aufstieg des digitalen Kapitalismus hängen strukturell miteinander zusammen. Dezentralisierung der Produktion oder Integration von (globalen) Lieferketten wären ohne EDV schwer möglich gewesen. Umgekehrt wäre wohl der Aufstieg digitaler Unternehmen ohne bestimmte menschliche Entscheidungen an der Börse und ohne den fördernden Staat und dessen politisch-militärische Interessen kaum vorstellbar (Zuboff 2018; Staab 2019). Zu unterscheiden ist der digitalisierte Kapitalismus von einem digitalen Kapitalismus. Zuletzt genannter Begriff verweist auf eine ...

Entwicklungsphase [...], in der nach der Diffusion digitaler Technologien in alle Lebensbereiche eine neue Konzentration von Macht zu beobachten ist. Das Gravitationszentrum [...] liegt im kommerziellen Internet, dessen Leitunternehmen zu den entscheidenden Schnittstellen für immer mehr ökonomische Prozesse geworden sind und ohne das die omnipräsenten Computer nur einfache Rechenmaschinen wären. (Staab 2019: 14).

Der Soziologe Philipp Staab (2019) weist darauf hin, dass diese Leitunternehmen »keine rationalen Produzentenmonopole« darstellen, so wie wir dies aus dem Kapitalismus bisher kannten. Vielmehr erscheinen sie als »proprietäre Märkte« (Staab 2019: 27). Die Expansion und gleichzeitige Schließung dieser Märkte beruht auf vier Strategien: Informationskontrolle, Kontrolle des Zugangs zum eigenen Markt, Preiskontrolle und – durch die Bündelung dieser ersten drei – Leistungskontrolle, das heißt Bewertungsregimes, um »die Disziplin der Produzentenseite nach den eigenen Maßstäben zu erzwingen« (ebd. 177-178). Identifiziert Staab die »Kapitalisierung eigentlich unknapper Güter« sowie »Profite als Renten aus Marktbesitz« als Kerncharakteristika

des digitalen Kapitalismus (Staab 2019: 27; 46), betont die Ökonomin und Philosophin Shoshana Zuboff (2018) die Akkumulation durch Überwachung. Der »Überwachungskapitalismus«, so schreibt sie, »beansprucht einseitig menschliche Erfahrung als Rohstoff zur Umwandlung in Verhaltensdaten«. Während er einen Teil dieser Daten zur Weiterentwicklung von Produkten und Diensten nutzt, eignet er sich gleichzeitig einen »Verhaltensüberschuss« an, »aus dem man mithilfe fortgeschrittener Fabrikationsprozesse, die wir unter der Bezeichnung »Maschinen- oder künstliche Intelligenz« zusammenfassen, *Vorhersageprodukte* [Hervorhebung im Original] fertigt, die erahnen, was sie [Sie] jetzt, in Kürze oder irgendwann tun« (ebd.: 22). Nach Zuboff liegt die politische Macht im digitalen Kapitalismus in den Händen einer »Datenpriesterschaft« (Zuboff 2018: 104). Diese schützt ihre Algorithmen wie geheime Schriften und verkompliziert ihre Operationen derart, dass sie für Nicht-Eingeweihte immer unverständlicher werden. Der politisch-ökonomische Wandel geht mit einer enormen Aufwertung von technisch-sozialem Wissen und der gleichzeitigen Abwertung von anderen Formen des kulturellen Kapitals einher (vgl. Jacob 2017: 32). Damit droht vielen Berufen die gesellschaftliche Devaluation. Des Weiteren führt digitaler Kapitalismus zu wachsender sozialer Ungleichheit auf nationaler wie globaler Ebene und trägt zur Verschärfung der Klimakrise bei (Mahnhaupt 2019a; 2019b). Ist es vor diesem Hintergrund politisch sinnvoll, Inklusion durch Digitalisierung zu fordern?

Hauke Behrendt (2018) beschäftigt die Frage der Teilhabe aus einer moralphilosophischen Perspektive. Es gilt zu überprüfen, ob, inwiefern und warum es richtig und gut sein kann, durch den Einsatz von Assistenzsystemen am Arbeitsplatz Menschen mit (kognitiven) Beeinträchtigungen zur Arbeit zu bewegen. Das Argument lautet: Inklusion durch digitale Assistenzsysteme ist »moralisch zulässig«, wenn Arbeit der Sinnstiftung und Selbstbestimmung dient und ethisch-moralische Standards eingehalten werden (ebd.: 36). So müssten die Fürsorgepflicht durch die Arbeitgebenden sowie die Durchsetzung des Instrumentalisierungsverbots gewährleistet sein. Notwendig wären außerdem der Ausschluss restriktiver Arbeitsbedingungen, die Vermeidung von Monotonie in der Tätigkeit oder von gesundheitlichen Schäden (ebd.: 29-30; 35). Es bleibt fraglich, wie diese Voraussetzungen unter den gegebenen Verhältnissen geschaffen werden sollen. Doch sind für Behrendt »Assistenzsysteme am Arbeitsplatz [...] extrinsisch-instrumentell-ethisch gut, weil und insofern ihr Einsatz dazu beiträgt, das Ideal einer inklusiven Arbeitswelt zu verwirklichen« (ebd.: 68). Was aber, wenn es keinen Arbeitsplatz (mehr) gibt?

Unter welchen Bedingungen besteht Zugang zu Assistenzsystemen? Wie werden Menschen mit Seherschädigung auf ihre effektive Nutzung vorbereitet? Und was ist, wenn eine Anpassung an den digitalen Kapitalismus und seine Arbeitswelten es erfordert, die bisherige Erwerbsbiographie zu opfern? Diesen und anderen Fragen werde ich nun empirisch auf den Grund gehen.

